

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Primera versión

ÍNDICE

1. Introducción
2. Personal que interviene
3. Objetivos
4. Atención sanitaria
5. Autopsia
6. Disposición del cuerpo
7. Cumplimentación de documentos
8. Traslado de madre y bebé
9. Atención psicológica
10. Recursos de apoyo
11. Impacto del acompañamiento al duelo perinatal en los profesionales sanitarios
12. Derechos de los padres
13. Consideraciones en gestaciones posteriores
14. Folletos informativos para familias
15. Plan de duelo perinatal
16. Anexos
17. Indicadores de evaluación
18. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el período perinatal engloba desde las 20 semanas de gestación (SG) hasta los primeros 28 días de vida del neonato. Sin embargo, en la práctica al referirnos a las pérdidas perinatales, utilizamos una definición más amplia considerando pérdidas perinatales los abortos espontáneos e inducidos, el embarazo ectópico, la reducción selectiva, la muerte de un gemelo en gestación, el feto muerto intraútero o intraparto y la muerte del prematuro o del neonato.

La OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomiendan las siguientes definiciones:

Concepto	Definición
Aborto	Expulsión o extracción de un feto o embrión < 350 g o < 20 SG, independientemente de la existencia o no de vida y de que el aborto sea espontáneo o provocado.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

	<ul style="list-style-type: none"> - Aborto precoz: el del primer trimestre (< 12 SG). - Aborto tardío: el del segundo trimestre (> 13 SG).
Muerte fetal	<p>Es la muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o de su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente del tiempo de duración del embarazo. Cronológicamente se divide en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muerte fetal temprana o aborto: todas las muertes de fetos de menos de 20 SG y/o < 350 g de peso si se desconoce la edad gestacional. - Muerte fetal intermedia: las muertes fetales que tienen lugar en las 20-27+6 SG y/o peso al nacimiento entre 350-999 g. - Muerte fetal tardía: las muertes fetales que se producen a partir de las 28 SG y/o peso al nacimiento \geq 1000 g.
Muerte neonatal	<p>Es la muerte del recién nacido en las primeras 4 semanas de vida (28 días). Se divide en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muerte neonatal precoz: muerte del recién nacido en los primeros 7 días de vida. - Muerte neonatal tardía: muerte del neonato entre los 8 días hasta los 28 días.
Muerte perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - Aquella que acontece entre la semana 20 de gestación y antes de los 28 días de vida posnatal.

Aunque se ha actualizado la definición de muerte fetal, tomando el Intervalo a partir de las 20 semanas en lugar de las 22 semanas como anteriormente, a efectos de manejo clínico y documentación se siguen considerando las 22 SG o peso \geq 500 g.

En nuestro hospital existe un Comité de Mortalidad Perinatal que tiene como objetivo definir la causa más probable de la pérdida del feto o recién nacido y definir recomendaciones futuras.

IMPORTANCIA Y MARCO DE COMPRENSIÓN PARA EL DUELO PERINATAL.

La muerte de un ser querido supone un gran impacto; sin embargo, cuando se trata de una muerte perinatal o neonatal, se tiende a infravalorar e incluso negar el proceso de duelo ligado a dichas muertes. Muchas veces esto es debido a una falta de formación, conocimiento y recursos, que hace que en ocasiones el personal sanitario tienda a mostrarse frío y/o distante. Esta actitud conlleva más dificultades para los padres.

El duelo perinatal no se circunscribe al duelo por muerte del bebé. Puede darse ante un diagnóstico de enfermedad o anomalía congénita, ante separación/retirada del bebé e incluso si fallece la madre...

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Específicamente el duelo por la pérdida de un hijo/a en etapa perinatal es muy complejo y, aunque comparte características con otros duelos, presenta características especiales que lo diferencian de otras pérdidas: la pérdida de reconocimiento social, los sentimientos de culpa, las posibles pérdidas recurrentes, las actitudes ambivalentes hacia el embarazo y la naturaleza imprevisible e incontrolable de una pérdida fetal conlleva un gran sufrimiento y dolor para los padres.

La pérdida de un bebé es un hecho para el que ninguna familia está preparada, y es una de las pérdidas más devastadoras en la vida de una mujer. Para los sanitarios suscita muchas dudas acerca de cómo actuar, qué decir o qué hacer, al tiempo que las acciones realizadas en torno a la muerte son trascendentales y decisivas para la posterior elaboración del duelo por parte de los padres, por lo que la adecuada formación y soporte a los profesionales es fundamental.

El proceso de duelo no es un trastorno emocional, ni mental, es una respuesta normal y saludable, aunque tremendamente dolorosa, ante una pérdida. El duelo puede entenderse como un proceso dinámico y activo, necesario para la adaptación y aceptación de una pérdida. No puede entenderse el proceso de duelo como una sucesión de fases o etapas, ya que cada proceso es único: ni tienen que darse todos los estados, ni ocurren de forma lineal. Sí puede entenderse como una reconstrucción de significado donde la influencia del entorno va a ser fundamental. Y no solo del entorno familiar, social y laboral de los padres en duelo, sino también del entorno sanitario en el que se da el diagnóstico de la muerte, el encuentro con el bebé en el parto, los últimos momentos de presencia física con el hijo y los momentos posteriores.

La muerte perinatal puede describirse como “abrazar la muerte cuando se espera la vida”. Al impacto de la noticia, shock y miedo asociados, se suma el poco conocimiento social de la pérdida perinatal y la ausencia de modelos de afrontamiento, lo que suma más confusión y desconcierto en la madre, padre y familia. Hay que considerar que la pérdida no es solo de un hijo o hija, sino que abarca también a todas las ilusiones, proyectos y expectativas generadas y depositadas en el embarazo desde la concepción, “lo que pudo ser y no fue”, la pérdida del futuro planeado. También supone en muchas ocasiones la pérdida de la propia identidad personal como padres. Es considerada una de las peores pérdidas que puede sufrir el ser humano. Son muertes imprevistas, las más difíciles de encajar. Es la pérdida del futuro planeado. Un hecho para el que ninguna familia está preparada y que suscita muchas dudas a los sanitarios acerca de cómo actuar, qué decir o qué hacer.

Es importante tener en cuenta que el proceso de duelo presenta una gran variedad de expresiones e intensidades, y que las semanas de gestación no son una variable clara por la que guiar la atención. Las manifestaciones del duelo abarcan un gran abanico de sentimientos y conductas: miedo, sintomatología ansiosa, insomnio, irritabilidad, pena, rabia, incredulidad, apatía, sentimientos de fracaso, de vacío interior, indefensión, desesperanza, culpabilidad, aislamiento, temor a un nuevo embarazo, etc. Estas respuestas normalmente van acompañadas de síntomas fisiológicos como dolor de cabeza, cansancio y letargo, disnea, taquicardia, sequedad de boca, sudoración, y trastornos digestivos, entre otros.

Podemos considerar que el duelo se encuentra en proceso de resolverse cuando se es capaz de: pensar sin culpa sobre la pérdida, expresar los sentimientos sobre ella, hacerse cargo de la nueva realidad asumiéndola intelectual y emocionalmente y proyectar la vida hacia el futuro.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

El proceso de duelo en ocasiones puede complicarse, apareciendo cuadros de estrés, ansiedad, depresión, estrés postraumático y reacciones de duelo complicado (reacciones de duelo crónicas, retrasadas, exageradas o enmascaradas) que pueden tener repercusión en embarazos posteriores y en la relación con el siguiente bebé. Se han identificados factores de riesgo relacionados con: imprevisibilidad del acontecimiento, poco reconocimiento social, poca comunicación/expresión emocional, la ausencia de rituales de despedida, acumulación de pérdidas previas (especialmente perinatales), ausencia de hijos, o haber tenido actitudes ambivalentes hacia el embarazo. También se identifican factores protectores entre los que destacan compartir emociones, la comunicación fluida con la pareja, estilos de afrontamiento similar y la percepción de un red de apoyo social segura.

El apoyo y acogida por parte del personal sanitario desde los primeros momentos es fundamental. Entender la vivencia y comprender las reacciones, para comunicar la información, que puede requerir ser repetida y ofrecida en varias ocasiones. Las familias que reciben compasión en todos estos momentos, manejan mejor el duelo y estarán mejor equipadas para integrar la muerte de su hijo en su vida diaria. Los padres que están satisfechos con el nivel del cuidado psicológico que recibieron están más capacitados para resolver aspectos muy importantes en estos duelos: la ira y la culpa.

Es necesario conocer el significado de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los padres para no caer en posturas paternalistas o en protocolos dogmáticos que consideran iguales a todos los progenitores ante pérdidas a las que ellos atribuyen significados diferentes. Nuestra prioridad será acompañar y proporcionar apoyo eficaz, ajustado a las necesidades y peculiaridades de cada familia, evitando añadir dolor innecesario al dolor de por sí inevitable, lo cual ayudará a minimizar el sufrimiento.

EPIDEMIOLOGÍA

Incidencia de la muerte intrauterina y perinatal en España

En España, cada año, alrededor de 4,31 bebés por cada mil nacidos mueren durante los primeros 28 días de vida (Datos INE 2013-2022). La frecuencia de este hecho demuestra la necesidad de reconocer la importancia de brindar una atención al duelo de calidad a las familias que han sufrido una pérdida.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en España la muerte perinatal ha experimentado un considerado descenso pasando de 20,91 muertes por cada 1000 nacimientos en 1975 a 3,89 muertes por cada 1000 nacimientos en 2021.

En 2020 la tasa de mortalidad fetal tardía fue de 2.81 por mil nacidos y la neonatal temprana de 1.24 por mil nacidos. Pero si tenemos en cuenta toda la gestación, la muerte intrauterina es mucho más frecuente que lo que indican las cifras anteriores. La incidencia de muertes intrauterinas tempranas, teniendo en cuenta todas las formas clínicas de abortos, varía según diferentes estadísticas entre el 10 y el 30% de todas las gestaciones, de ellas, el 80% ocurren durante las doce primeras semanas de embarazo y la incidencia se eleva a más del 50% cuando además se tienen en cuenta aquellos abortos que se producen precozmente. Estas cifras revelan una elevada infradeclaración.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Factores de riesgo, etiología y prevención de la muerte perinatal

Los principales factores de riesgo de pérdida de embarazo son: edad materna avanzada (> 35 años), obesidad, tabaquismo, consumo de drogas ilícitas, enfermedades maternas (preeclampsia, diabetes), restricción del crecimiento fetal, la muerte fetal previa y factores sociales como la inmigración, mujeres adolescentes precoces, mujeres con menor nivel de educación formal y mujeres de bajos ingresos.

Las causas más frecuentes de pérdida de embarazo varían según los trimestres de gestación: siendo en el primer trimestre las causas fetales por anomalías cromosómicas o genéticas, en el segundo trimestre las causas infecciosas y en el tercer trimestre las alteraciones del cordón umbilical y las hemorragias anteparto.

En un país desarrollado es posible reducir la cifra de mortalidad intrauterina alrededor de una tercera parte implantando estrategias como la mejora de la continuidad de atención, la detección de riesgos y el apoyo para dejar de fumar durante el embarazo.

2. PERSONAL QUE INTERVIENE

El presente protocolo va dirigido a los profesionales sanitarios del Hospital Universitario Virgen de las Nieves implicados en la asistencia hospitalaria de mujeres que experimentan una pérdida gestacional, en cualquier trimestre de gestación, aunque la mayoría de las buenas prácticas se refieren más específicamente a pérdidas perinatales.

La atención al duelo perinatal requiere un abordaje multidisciplinar, en el que intervengan todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso: obstetras, neonatólogos y personal de enfermería.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal:

El objetivo principal de este protocolo es contribuir a la calidad de la atención en el inicio del proceso de duelo basándonos en las buenas prácticas que recomienda la evidencia disponible y con los recursos disponibles en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos secundarios:

- Dotar a los profesionales de una guía de actuación que les ayude a orientar sus cuidados a las necesidades de cada familia ante la pérdida perinatal
- Evaluación continua y adecuación según las recomendaciones de buenas prácticas actuales, de las actividades asistenciales que se realizan en el hospital en relación a la muerte fetal intraútero o intraparto.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

- Proporcionar una atención humana y de calidad que permita a la pareja y familia aceptar y afrontar la realidad de la pérdida y que al salir del hospital sientan que han estado atendidos en todo momento.
- Recoger y proporcionar acciones identificadas como facilitadoras en la elaboración del duelo.
- Facilitar a los padres la información necesaria de las opciones terapéuticas, procedimientos, gestiones o documentación.
- Tras el alta hospitalaria continuar con el apoyo a las familias, valoración de la evolución física y psicológica y valoración de los resultados del estudio postparto.

4. ATENCIÓN SANITARIA

EL PRIMER CONTACTO. COMUNICACIÓN DE LA NOTICIA

Con la implementación de tres intervenciones relativas al primer contacto de la madre con el hospital se consigue aumentar la satisfacción con la atención:

- Trato prioritario a su llegada a Urgencias. Prioridad en triaje 2.
- Comunicación clara y entendible.
- Acompañamiento después del diagnóstico.

El momento en que se comunica la noticia de la muerte del bebé supone el inicio del proceso de duelo, un momento duro que la familia recordará siempre. En la inmensa mayoría de los casos, el diagnóstico es algo imprevisible y constituye un shock emocional para la pareja y la familia y según la forma en que sea comunicado repercutirá en el proceso.

Recibir el diagnóstico de patología o muerte fetal es una de las vivencias más traumáticas que puede suceder a los padres. Una comunicación poco adecuada podría generar mayor ansiedad tanto a pacientes y parejas como a profesionales.

Hay que tener en cuenta que desde la comunicación de la noticia se inicia un proceso que estará muy marcado por el miedo, por lo que debemos esperar, siempre que sea posible, ya que con el miedo las decisiones se toman en estado de shock.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Presentarnos con nuestro nombre y categoría y mostrar nuestra disponibilidad es una forma agradable de conectar con los familiares.

Asegurarse que la madre esté acompañada y apoyada en el tiempo próximo al diagnóstico, intentando dar la noticia conjuntamente a la pareja.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Procurar un espacio tranquilo y con privacidad.

Ser honesto, dando las malas noticias con claridad e inmediatez pero sin olvidar el impacto de las palabras, evitando hablar en exceso y dando tiempo para que la noticia sea asimilada. Explicaciones sencillas, claras y directas, intentando transmitir con calidez.

Prestar atención al lenguaje no verbal. Cómo miramos, la rapidez con la que hablamos, nuestros gestos y silencios que a veces dicen más que las palabras que pronunciamos.

Dirigirnos a la paciente por su nombre. No te olvides del padre, también está en duelo, pregúntale su nombre e igualmente dirígete a él por su nombre.

Permanecer en calma frente a sus reacciones, el duelo suele comenzar con una fase de negación de la realidad y de búsqueda de culpabilidades. Entre las emociones de los padres podemos encontrar incredulidad, llanto, negación y dificultad para procesar la información. En estos momentos, y durante toda la atención sanitaria será importante posibilitar y acoger las reacciones emocionales, validando los sentimientos de pérdida, proporcionando apoyo emocional.

Hacerles sentir que estamos disponibles, acompañando y ofreciendo la información que necesiten, pero dejando a la vez tiempos de intimidad a la pareja.

La información debe darse de manera sencilla, de forma oral y escrita y repetirla cuantas veces sea necesario. Explica la información de los folletos que entregas. Informa cuidadosamente de todos los procesos médicos y administrativos.

No es aconsejable utilizar la palabra feto, exitus u óbito, en presencia de las personas afectadas.

Preguntarles si habían elegido nombre para su bebé y referirse a él/ella con dicho nombre si lo tiene.

En los casos en los que la muerte no haya acontecido aún, pero sea posible por una edad gestacional por debajo del límite de viabilidad o malformación incompatible con la vida, informar al equipo de neonatología que visitará e informará a la mujer tras el ingreso.

Posibilitar la participación en todo el proceso de la mujer y su pareja. Supone un empoderamiento en la gestión de su pérdida que facilita un duelo saludable.

Expresiones que validan la pérdida	Expresiones a evitar
Siento lo que les ha pasado.	Sé fuerte.
Me imagino cuánto querrían a este bebé.	No llores.
No me molesta que lloren.	Es la voluntad de Dios.
Si lo necesitan estoy aquí para escucharles.	Todo pasa por alguna razón.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

<p>Podemos hablar cuando lo necesiten.</p> <p>¿Tienen alguna pregunta?</p> <p>Ojalá las cosas fueran diferentes...</p> <p>La verdad es que no sé muy bien qué decirles.</p> <p>No puedo imaginar lo que estáis pasando.</p> <p>Tienes un bebé precioso/a.</p>	<p>No es el fin del mundo.</p> <p>Ahora tienes un angelito.</p> <p>Ahora está en un lugar mejor.</p> <p>Al menos no llegaste a conocerle.</p> <p>Mejor ahora que más tarde.</p> <p>Eres joven, ya tendrás más.</p> <p>Ya tienes otros hijos.</p> <p>Debes ser fuerte por tus hijos/ marido/familia.</p> <p>El tiempo lo cura todo.</p> <p>Ya te olvidarás.</p>
---	--

INGRESO DE LA GESTANTE

El ingreso hospitalario lo realizaremos en sala de hospitalización de Gestantes, preferiblemente en la habitación 308, donde la mujer permanecerá ingresada, acompañada de una persona que desee, durante todo el proceso del parto y durante el puerperio hasta que reciba el alta médica, procurando que todo el proceso permanezca en la misma habitación y favoreciendo de esta manera la continuidad de cuidados que permita seguir la evolución y dar apoyo al proceso del duelo. Se realizará el traslado a Paritorio en función de las condiciones obstétricas, del deseo de analgesia y de la capacidad de ofrecer una atención adecuada a la mujer. Se procurará en la medida de lo posible que la mujer permanezca en una habitación individual.

Se considera una buena práctica la colocación de un símbolo en la puerta de la habitación de las pacientes con cualquier tipo de pérdida, de manera que todo el equipo, desde profesionales hasta el servicio de limpieza, seamos conscientes de la situación de pérdida y actuemos de forma adecuada, evitando errores de interpretación o comunicación. Se dispone de dibujos de mariposas para indicar que en esa habitación se está desarrollando un proceso de muerte fetal, para que todo el personal tenga conocimiento de ello.

En el caso de una muerte intrauterina sin contraindicaciones médicas, puede ofrecerse a la pareja la opción de regresar a su domicilio en las primeras 24 horas para asimilar la noticia en un ambiente más confortable. Si su estado clínico lo permite y así lo desea ingresará al día siguiente para la inducción del parto. En este caso se explicarán a la mujer los síntomas que hacen recomendable un ingreso urgente (fiebre, dolor, contracciones, secreción maloliente...), se le dará una cita para el ingreso y se le facilitará el teléfono de Urgencias (958020074) donde puede contactar si tiene cualquier duda.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Esto les puede ayudar a recuperarse del shock del diagnóstico y a prepararse adecuadamente, siempre que la mujer elija esta opción. Les permite traer la ropa que habían elegido para el bebé o una cámara de fotos, avisar a otras personas u organizar el cuidado de otros hijos. Sin embargo, para muchas mujeres esperar la inducción del parto puede ocasionar ansiedad y preocupación. Por ello es importante explicar todas las opciones y respetar las necesidades y decisiones individuales.

Debemos estar disponibles, durante todo el tiempo que la mujer permanezca ingresada, para conocer las preferencias de la familia, siempre dejando constancia por escrito de ellas pero informándoles que en cualquier momento pueden cambiar de opinión. Es recomendable dejar un tiempo a la pareja para asimilar lo ocurrido, hacer preguntas y expresar preocupaciones y necesidades.

Dejaremos por escrito sus preferencias en cuanto al parto, al acompañamiento, las preferencias analgésicas, las preferencias de contacto con el bebé, la decisión de realizar o no necropsia y sus creencias, valores o planes espirituales. En caso de que la familia lo desee, se puede avisar al Capellán del Hospital en el teléfono 694489.

PROTOCOLO MÉDICO DE MANEJO DEL ABORTO

Se deben plantear las distintas opciones para finalización del embarazo cuando muere el bebé. Sea un manejo expectante, farmacológico o quirúrgico, hay que dar información y apoyo.

Cuando se opta por un manejo expectante y la mujer puede expulsar al bebé en su casa se debe explicar que puede encontrarse con un sangrado intenso, describir el dolor de las contracciones y ofrecer analgesia. También dar pautas de cuándo es necesario acudir al hospital ante signos de infección y proporcionarle el teléfono de Urgencias (958020074) para contactar en caso necesario. Si se opta por un manejo farmacológico las contracciones y el dolor pueden ser muy intensos y se le debe dar la opción de ingresar en el hospital si se sienten más seguras.

En el caso del legrado, es necesario explicar que no será posible recuperar o ver el cuerpo del bebé.

En cualquier caso la mujer merece un trato profesional y sensible y deberá de estar acompañada. Se pueden y deben ofrecer recuerdos, como ecografías, pulsera identificativa o algunos objetos simbólicos. Se puede mostrar el cuerpo del bebé cuando sea posible, recogido con sensibilidad en unas gasas o arullo pequeño.

Los profesionales debemos recordar que para la mujer la pérdida de un bebé, aunque sea de pocas semanas de gestación, es un momento muy importante y el lugar donde se las atiende, el tiempo que se les dedica y la expresión de condolencias dejan huella.

Ver Protocolo de Aborto [https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos clinicos/Aborto_2022.pdf](https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Aborto_2022.pdf)

ANEXO 1. ESQUEMA RESUMEN DE TRATAMIENTO DEL ABORTO

PROTOSCOLO MÉDICO DE INDUCCIÓN DEL PARTO

Salvo que exista contraindicación absoluta para el parto vaginal, éste debe ser la vía de elección, incluso en pacientes con cesárea anterior, fetos en podálica, y placenta previa o marginal (individualizar el caso). La situación transversa debe intentar convertirse en longitudinal tras evaluar los riesgos de la versión. La cesárea se reservará para casos de indicación materna. El uso de episiotomía debe ser más restrictivo que en casos con feto vivo.

Ofreceremos información completa y clara a la mujer y su pareja sobre las tres opciones terapéuticas: manejo expectante, manejo activo y manejo mixto y aclararemos las dudas que tengan, permitiéndole optar por la opción terapéutica que prefiera, siempre que no existan contraindicaciones.

Ver Protocolo de Muerte Fetal: Inducción del Parto https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte%20fetal_2023.pdf

ALIVIO DEL DOLOR DEL PARTO

El alivio del dolor tanto emocional como físico en los casos de pérdida perinatal, es fundamental para que las madres y sus parejas afronten el duelo de manera satisfactoria. En muchas ocasiones el alivio del dolor durante el parto con muerte fetal es insuficiente. En un parto en el que el bebé ha fallecido o va a fallecer de forma inminente, es esperable que la madre viva el dolor con mucha intensidad.

Individualizar pauta analgésica según umbral del dolor de la mujer, semanas de gestación, etc. de manera consensuada con la mujer.

Permitir la ingesta de líquidos y la movilización. Valorar la ingesta si se prevé que la inducción puede alargarse en el tiempo.

Ofrecer las mismas opciones para el alivio del dolor que en cualquier parto: ducha, pelota fitball, bolsa caliente, inyecciones intradérmicas, óxido nítrico, sedación, perfusión analgésica, morfina y analgesia epidural.

Ver Protocolo de Muerte Fetal: Pauta analgésica en la pérdida gestacional del segundo trimestre.

https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte%20fetal_2023.pdf

ANEXO 2. PAUTA ANALGÉSICA EN LA PÉRDIDA GESTACIONAL DEL SEGUNDO TRIMESTRE.

ASISTENCIA AL PARTO

Nuestra atención sanitaria en el momento del parto va a ser fundamental para que mujer y pareja desarrollen un duelo no complicado. Hay que considerar que las prácticas que sirven para el parto de un bebé vivo son las mismas que para un bebé muerto ya que, aunque cargado de dolor y sufrimiento, sigue siendo el momento de encuentro con su bebé, y así debemos cuidarlo. Se trata de que nuestra atención les ayude a continuar en su papel maternal/paternal respetando su autonomía en las decisiones clínicas y las relacionadas con el cuidado del bebé, y a que vivan el parto como un proceso íntimo y personal entre su cuerpo y el del bebé que va a nacer, a pesar de la tristeza de las circunstancias. Esto contribuye a devolverles el control de la situación, a reforzar sus identidades y a evitar remordimientos respecto a las decisiones tomadas.

El inicio del parto activo, el expulsivo y el momento en el que el bebé nace son momentos especialmente importantes. Conviene procurar un ambiente tranquilo y respetuoso durante el tiempo que la madre necesite para conocer a su hijo/a y despedirse de él/ella.

Informaremos de la evolución del proceso y procedimientos que se están realizando.

Evitaremos en lo posible la realización de episiotomía.

Mantendremos una actitud cálida, empática y respetuosa.

Posponer los temas administrativos para después del parto.

Darles tiempo para conocer y despedir a su bebé.

En el caso de que se prevea que el neonato nacerá con signos vitales y si se ha tomado la decisión de adecuación del esfuerzo terapéutico se avisará al neonatólogo de manera que se apliquen medidas de confort y cuidados de forma consensuada con los padres. Se puede ofrecer el contacto con el bebé y que muera abrazado a los padres si ellos lo desean. *ANEXO 3 PROTOCOLO CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES.*

Tratar con respeto el cuerpo del recién nacido en todo momento, llamarle por su nombre si los padres lo desean.

Ofrecer y recomendar el contacto con el bebé. La decisión de cómo recibir al bebé, encontrarse con él y despedirlo será de los padres.

Ofrecer participar en cuidados: corte del cordón umbilical, bañar o vestir a su hijo con la ropita que deseen.

Respeto de rituales espirituales, culturales y personales.

Ofrecer caja de recuerdos y fotografías.

Dejar registrado en la historia un breve resumen de lo acontecido (si la familia ha visto al feto, si desean o no necropsia y si dispondrán del cuerpo en caso de fetos nacidos sin vida).

Cumplimentación de documentación y recogida de muestras para el Estudio Postparto. Ver Protocolo de Muerte Fetal: Estudio Postparto.

https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte%20fetal_2023.pdf

ANEXO 4. ESTUDIO POSPARTO

MANEJO DEL ALUMBRAMIENTO

Ver Protocolo de Muerte Fetal: Manejo del Alumbramiento.

https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte%20fetal_2023.pdf

ANEXO 5. MANEJO DEL ALUMBRAMIENTO

MANEJO DE LA LACTOGÉNESIS

La lactancia es un proceso natural y fisiológico que da comienzo en torno al cuarto mes de gestación y continúa tras el parto, independientemente del estado del recién nacido.

Si la pérdida perinatal se ha tratado como un tabú, este tema aún más. Actualmente existe poca formación en cuanto al manejo de la lactancia en casos de pérdida perinatal, no obstante, para los profesionales es necesario tener la información clara, veraz y actualizada respecto a las posibilidades con las que cuentan las madres que pasan por este proceso, para poder asesorarlas y que tomen la mejor decisión en cuanto a su lactancia.

Por otro lado, la vivencia por parte de las madres es muy variable y tendremos que valorar cada caso de forma individual. Si bien para algunas madres la subida de la leche y mantenimiento de la lactancia supone un episodio doloroso tras la pérdida de su bebé, ya que no pueden amamantarlo, diversos estudios señalan cómo la lactancia materna y su manejo fisiológico tiene un efecto positivo para las madres en situación de duelo perinatal, y cómo la donación de leche puede ser un factor de apoyo y refuerzo para la elaboración del duelo. Son varios los motivos por los que una madre decide donar su leche y serán beneficiosos para comenzar su proceso de duelo: aparte del acto altruista de ayudar a la salud de otro bebé, para muchas madres el acto de extraerse la leche y donarla facilita integrar la pérdida en sus vidas, darle significado y afrontarla. Para otras mujeres la extracción de leche es una manera de validar su maternidad, y también una manera de mantener una conexión con su bebé, hecho importante para la elaboración del duelo.

Las opciones para el manejo de la lactancia sobre las que debemos informar y asesorar a las madres son: inhibición farmacológica, inhibición natural o fisiológica, continuar con la lactancia en caso de hermano gemelo o lactante a relactar, o donación al Banco de leche materna.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Inhibición farmacológica.

Ver Protocolo de Muerte Fetal: Atención al Puerperio. https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte%20fetal_2023.pdf

ANEXO 6. ATENCIÓN AL PUERPERIO

Inhibición natural o fisiológica.

Tras el parto, si no tiene lugar el vaciado frecuente del pecho, la producción de leche disminuye hasta que la secreción desaparece por completo. Este proceso de inhibición natural de la lactancia es regulado por mecanismos de control local, como es el factor inhibidor de la lactancia (FIL).

Se recomiendan medidas de confort como:

Extracciones de leche de descarga, suaves y sin vaciado.

Sujetador firme, cómodo y ajustado. Se desaconsejan los vendajes compresivos.

Uso de antiinflamatorios o analgésicos si precisa.

Aplicación frío/calor local según tolerancia de la madre.

Continuar con la lactancia en caso de hermano gemelo o lactante a relactar.

Donación al Banco de leche materna. La leche puede ser donada cumpliendo los mismos requisitos y excepciones que una madre de un bebé que ha nacido vivo y esté siendo amamantado. Contacto

Banco de Leche HUVN: Dra. Manuela Peña Caballero. tlf corporativo 741857

bancodeleche.hvn.sspa@juntadeandalucia.es

https://www.huvn.es/el_hospital/informacion_corporativa/iniciativa_para_la_humanizacion_de_la_asistencia_al_nacimiento_y_la_lactancia/documentos_utiles

https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/pediatría/banco_de_leche

La Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH) especifica que las únicas candidatas que no pueden ser donantes son aquellas madres incluidas en grupos de riesgo de ser portadoras de enfermedades transmisibles, que se encuentran en fase de enfermedad aguda, con hábitos tóxicos, o que consumen medicamentos habitualmente.

Puede donar hasta que ella lo desee. La donación de leche materna por sí sola no hará desaparecer el dolor de una madre, pero sí puede proporcionar protección contra los trastornos del estado de ánimo posparto.

CUIDADOS EN EL PUERPERIO

Ver Protocolo de Muerte Fetal: Atención al Puerperio.

https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte%20fetal_2023.pdf

ANEXO 6. ATENCIÓN AL PUERPERIO

Una vez el bebé ha nacido y la familia ha tenido la posibilidad de despedirse, nuestros cuidados continuarán dirigidos a acoger las reacciones emocionales de los padres, dándoles nuestro apoyo. Explicaremos a los padres cómo será un proceso de duelo normal, orientándoles sobre la importancia de explicar a otros hijos, si los hay, lo que ha ocurrido y planificando con los padres la vuelta a casa. Se ofrecerá información sobre los cuidados durante el puerperio y la evolución normal del cuerpo tras el parto o legrado.

No se debe recomendar una nueva gestación hasta que no se haya producido una recuperación física y psicológica.

VISITAS POSPARTO EN EL HOSPITAL

Se establecerán una serie de visitas posparto para comunicar a la familia los resultados preliminares del estudio y valorar la evolución física y psicológica.

En casos de pacientes que se detecte dificultad en la elaboración del proceso de duelo, pueden derivarse al programa de Salud Mental Perinatal mediante PAE diferida según protocolo.

También tanto las pacientes como los profesionales de Atención Primaria pueden solicitar cita en el programa de Salud Mental Perinatal, a través del correo electrónico consulta.ginecologia.hvn.sspa@juntadeandalucia.es o del teléfono 958020440.

Ver Protocolo de Muerte Fetal: Revisión en Consultas.

https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/Muerte%20fetal_2023.pdf

ANEXO 7. REVISIÓN EN CONSULTAS

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

CUIDADOS DEL BEBÉ

Conocer al bebé.

Según estudios cualitativos y cuantitativos y experiencia de los padres: ver, sostener y pasar tiempo con el bebé ayuda a hacer real el hecho de la muerte y favorece un duelo más saludable. Para muchas madres la alegría de conocer al bebé supera el impacto de la muerte.

Se recomienda que se aconseje a los padres, independientemente de la edad gestacional, con una información clara y adaptada a las características socioculturales, sobre el contacto con su bebé fallecido. Es importante tener en cuenta que nuestra negatividad o incluso neutralidad sobre el contacto con el bebé tiene un impacto adverso sobre los padres. Indudablemente nunca debemos aconsejar no ver al bebé.

Algunos padres se sienten ambivalentes sobre las decisiones a tomar en el momento del nacimiento del bebé y la mayoría se arrepienten de no verlo, tomarlo en brazos y pasar tiempo con él o ella. Es normal que la familia no desee conocer al bebé, y una vez les hemos informado correctamente sobre la posibilidad de conocerlo, si persiste la negativa debemos RESPETAR SU DECISIÓN.

Si tras esta información la pareja expresa el deseo de conocer al bebé, ofreceremos ver, sostener y abrazar al recién nacido fallecido el tiempo que deseen, vestirlo o realizarle algún ritual (bendecirlo, bautizarlo...), siempre favoreciendo la intimidad. Es recomendable que lo conozcan nada más nacer, cuando el bebé permanece caliente. El encuentro debe tomar el tiempo necesario que será individual para cada familia y que servirá para que lo reconozcan como su hijo amado, para que dejen fluir las emociones y puedan expresar la tristeza, el amor y la ternura.

El objetivo de este contacto no es sólo ver al bebé, sino muy especialmente sostenerlo, darle cuidados, lo cual protege de la posible aparición posterior de síntomas de estrés postraumático. En este sentido es de especial relevancia la facilitación por parte de los demás (profesionales sanitarios) para “sostener” el miedo inicial, facilitar tiempos para poder acercarse, señalar aspectos bonitos de ese momento y de su hijo/a (animar a observar unos piecitos, parecido de unas orejitas o de una nariz...)

Algunos estudios señalan que el que las mujeres puedan estar con su hijo/a fallecido durante tanto tiempo como deseen puede influir positivamente en su sintomatología depresiva posterior, ya que evita la culpabilidad por no haberle dado una bienvenida adecuada. El Informe Umamanita 2018 sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina, refleja que el 96,4% de las madres que vieron a su bebé lo consideran una buena decisión, mientras que el 57,4% de las madres que no vieron a su bebé se arrepentía de la decisión.

En el caso de que los padres decidan conocer al bebé podemos explorar durante el proceso del parto sus deseos sobre el contacto que quieren tener con el bebé, a la vez que exploramos sus miedos y les informamos sobre algunos aspectos de ese encuentro.

Se puede ofrecer limpiar al bebé antes de conocerlo, y si existen dudas del aspecto físico del bebé (maceración, tono de piel oscuro, malformaciones, etc) se les puede ofrecer envolverlo en una mantita para que ellos puedan ir conociendo el cuerpo de su hijo/a a su propio ritmo.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Los padres aprecian mucho el acto de preguntar por el nombre del bebé y que sea llamado por su nombre si lo tiene. Cuando nace el bebé, cuáles sean las semanas de gestación, es fundamental la manera en que los profesionales lo tratamos, ya que si es tratado con el cariño y ternura con que se trataría a un bebé vivo, daremos a los padres la oportunidad de ver a su hijo/a con la misma mirada y aprovechar la oportunidad de tener a su bebé en brazos. Cuando los profesionales cojamos al bebé debemos hacerlo como sostendríamos a un bebé vivo, con cuidado y cariño.

En el caso de encontrarnos atendiendo un nacimiento de un bebé con diagnóstico de enfermedad potencialmente limitante de la vida durante la gestación, así como aquellos en los que el parto se desencadena antes de la viabilidad, en los que se producirá el fallecimiento en los primeros minutos u horas de vida, es especialmente importante acompañar a las familias en la bienvenida a su hijo/a, fomentando la creación de vínculos, recuerdos, y ayudándoles a tomar decisiones sobre el tipo de monitorización y actuaciones más adecuadas a la patología de su bebé.

Si los padres lo desean se facilitará que se puedan reunir con la familia, una vez que la madre se encuentre en la sala de Gestantes, para conocer y despedir al pequeño juntos.

En el caso de que los padres decidan no conocer al bebé podemos ofrecerles describirlo, enfocándonos en este caso en detalles bonitos como los pies o las manos. También podemos ofrecer que otros miembros de la familia puedan conocerlo. En este caso, y siempre con el consentimiento de los padres, se ubicará a la familia en el lugar que se considere más apropiado según la situación, como puede ser otro paritorio u otra habitación y se les permitirá realizar la despedida durante un tiempo prudencial.

El tiempo de permanencia con el bebé deberá ser limitado a 2-3 horas, pasado este tiempo el bebé debe conservarse en frío. Para ello el Hospital dispone de una “cuna de abrazos” o “cuddle cot”. Es una cuna tipo capazo con un dispositivo térmico de refrigeración que mantiene el cuerpo frío y ralentiza los cambios de la muerte.

Instrucciones de la cuna de abrazos:



<https://manuals.plus/es/cuddlecot/cuddlecot-cooling-system-manual>

Esta cuna permite a las madres, padres y otros familiares permanecer con su bebé fallecido durante el tiempo que necesiten para poder despedirse sin prisas. Dicha cuna se ubicará en la habitación de despedida de la 4ª planta, señalizada con la imagen de una mariposa, existiendo la posibilidad de desplazar la cuna a la habitación de hospitalización de la madre o al área de neonatología si así se deseara.

El tiempo de uso de la cuna de abrazos dependerá del estado de la madre, de los deseos de la familia y de la hora del nacimiento, entre otras. Aunque normalmente ninguna familia se ha quedado más de 12 horas, se han descrito casos en los que la duración ha sido de horas, días e incluso semanas, por ejemplo

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

en los casos en los que la madre permanezca ingresada en UCI varias horas o días. Se explicará a los padres los beneficios de la cuna y se les informará de su posible uso, siempre que ellos deseen, para poder despedirse de su bebé tranquilamente en un espacio íntimo, dándoles la oportunidad de tener más tiempo para despedir a su bebé, estar con él, abrazarlo, besarlo y guardar recuerdos.

Cómo presentaremos al bebé a la familia será individual según cada caso, y aunque no hay ningún requisito, es importante que valoremos el estado del bebé, si es adecuado envolverlo en una mantita, ponerle un gorro, disimular algún aspecto...

En ocasiones no desean ver al bebé, pero debemos indicarles que el bebé permanecerá disponible para que lo vean si cambian de opinión durante unas horas, evitaremos el traslado precoz del bebé por si cambian de opinión o algún miembro de la familia desea conocerlo.

RECIÉN NACIDOS SUSCEPTIBLES DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES

El momento de la despedida se intentará que sea lo más íntimo posible.

En el caso de que el fallecimiento se produzca en la Unidad Neonatal se intentará situar a los padres/familia en una zona con menos pacientes, a ser posible en la zona contigua a la habitación de duelo de la UCI Neonatal.

En el caso de que tras el nacimiento los padres deseen permanecer con el bebé, se quedarán en paritorio/reanimación durante el tiempo habitual, siendo posteriormente trasladados a la sala de hospitalización de Gestantes. El recién nacido estará a cargo de los neonatólogos, y sus cuidados serán proporcionados por el personal de enfermería de la tercera planta (paritorio, gestantes o reanimación) con el apoyo del personal de enfermería de neonatología.

Se debe permitir a los padres despedirse de su hijo cogiéndolo en brazos el tiempo que necesiten, ya sea antes o después del fallecimiento, o ambas veces, según sus preferencias. Si lo desean también pueden participar otros miembros de la familia.

Durante la despedida estaremos presentes de forma puntual por si los familiares nos necesitan y como punto de apoyo, pero dejando espacio e intimidad.

ANEXO 3. PROTOCOLO CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES.

CREACIÓN DE RECUERDOS

Dentro del concepto de “creación de recuerdos” podemos agrupar un conjunto de intervenciones orientadas a facilitar el proceso de duelo evitando disfunciones. Entre los beneficios de la “creación de recuerdos” se encuentra el hecho de que mejora la comunicación entre profesionales y la familia.

La creación de recuerdos debe ofrecerse a las familias, pero siempre individualizando los casos y RESPETANDO LAS DECISIONES DE LOS PADRES, sin forzar ninguna situación. Entre los recursos utilizados encontramos diferentes acciones:

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Guardar recuerdos del bebé. Guardar recuerdos del bebé es fundamental para validar su identidad, establecer un contacto simbólico con él/ella y tener recuerdos. Para ello se puede hacer una “caja de recuerdos” que se entrega a los padres para que no se vayan del hospital con los brazos vacíos.

Según la evidencia, nuestra experiencia clínica y la voz de los propios padres, guardar recuerdos del hijo fallecido:

- Puede ayudar a la familia a afrontar la pérdida de un hijo, a que forme parte de una realidad.
- Facilita el mantenimiento de una conexión con su bebé.
- Les ayuda a dar una identidad social con el resto de su entorno familiar y social y su reconocimiento como padres.

La evidencia demuestra que la creación de recuerdos no tiene ningún efecto contra-terapéutico, y se asocia, junto con el apoyo de los profesionales, a menos síntomas de estrés postraumático.

En el caso de las parejas que deciden una interrupción del embarazo por patología materna o del bebé, los cuidados deben ser ofrecidos igualmente en cuanto a ofrecer ver al bebé y poder despedirse, incluso realizar una caja de recuerdos. Estas parejas sufren un doble duelo, ya que a la tristeza por perder al hijo/a esperado, se une un gran sentimiento de culpa por la decisión tomada, por lo que deberían recibir un especial cuidado.

El hospital dispone de pequeñas cajas preparadas para su uso como caja de recuerdos. Aunque cualquier cosa que haya estado en contacto con el bebé es apreciada, en una “caja de recuerdos” se pueden incluir:

- Ecografías.
- Certificado de nacimiento (sin valor administrativo), para reconocer la vida única e irrepetible del bebé fallecido. Solemos anotar la fecha, hora de nacimiento, nombre del bebé y el peso. Se dispone de ellos en el hospital (*Anexo 8. Certificado de nacimiento*).
- Huellas de las manos y/o pies. Para ello podemos usar tinta sobre cartulina blanca o usar arcilla blanca para hacer moldes de las manos y/o pies.
- Mechón de pelo, recortando y pegando con cinta adhesiva y guardándolo en bolsitas de plástico.
- Pinza de cordón.
- Pulseras identificativas de plástico en las que escribiremos el nombre del bebé.
- Estampación con colores de la placenta. En caso de realizarse debe hacerse con pinturas lavables, y debe lavarse la placenta con suero fisiológico previamente a su conservación en formol.
- Se pueden incluir además oraciones, poemas, ropa, mantita, peluches, certificado de bautismo, pañal, etc.
- En el caso de que la mujer disponga de cartilla maternal, anotaremos los datos del parto por si quieren incluirlo como recuerdo.
- Fotografías (*Anexo 9*).
- Información sobre grupos de apoyo a nivel local y nacional.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

- Folletos informativos sobre el duelo, creación de recuerdos, manejo de la lactancia, autopsia, derechos de los padres tras la pérdida, cómo hablar del duelo con otros hermanos.
- En caso de que la pareja se encuentre dudosa sobre la creación de la caja de recuerdos, podremos realizarla y que sea custodiada por el Hospital durante un plazo de 4-6 meses. Si la paciente no desea caja de recuerdos no se realizará.

5. AUTOPSIA

En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento y técnicas de patología para la identificación de la causa de la muerte: la información más fidedigna es la que aporta el estudio patológico de la placenta, que unida a las pruebas de laboratorio y a la autopsia anatómica general, aportan los mejores resultados, que en buenos sistemas de patología perinatal puede determinar la causa de la muerte en más del 75% de casos. Para los padres, la necropsia supone un beneficio emocional, ya que al despejar la incógnita de la causa de la muerte elimina el sentimiento de culpabilidad. Permiten además detectar posibles riesgos de mortalidad en próximos embarazos y aumentar el conocimiento general de los motivos de los mismos.

Debemos recomendar a los padres la realización de la necropsia, siendo la información clara, honesta, y ofrecida antes del parto, de manera que tengan tiempo de tomar la decisión. Se debe explicar el propósito y el procedimiento, teniendo en cuenta los sentimientos respecto al trato del cuerpo.

Si se considera necesario se puede explicar que se realizarán fotografías, que abrirán el cuerpo, que guardarán pequeñas secciones de tejidos, que puede ser necesario guardar órganos para evaluaciones adecuadas (anomalías cardíacas, cerebrales), y que una vez finalizada la autopsia se cerrará el cuerpo y se tratará con todo respeto.

En el caso de los fetos de menos de 22 SG, el estudio anatomopatológico no requiere autorización expresa de los padres, aunque pueden negarse a la realización de la misma. En todo caso, en fetos del segundo trimestre hay que informar a anatomía patológica si los padres querrán retirar los restos o si estos se quedarán en el centro.

6. DISPOSICIÓN DEL CUERPO

Igualmente la información sobre la disposición del cuerpo debe ser facilitada a los progenitores de manera clara, concisa y honesta, explicando las opciones: hacerse cargo ellos mismos del entierro o cremación o autorizar que se ocupe el propio hospital.

La falta de información sobre las opciones y el proceso de la disposición del cuerpo es uno de los factores que más afecta a la satisfacción con la atención sanitaria, especialmente antes de las 26 SG. Para las familias, no conocer dónde se ha dispuesto el cuerpo del bebé puede ser especialmente traumático, haciéndoles sentir que le han abandonado o deshonrado.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

En el caso de que la familia decida que el hospital se haga cargo de la cremación, y cambie de opinión posteriormente, deberá comunicarse dicha revocación al servicio de Anatomía Patológica lo antes posible.

Por Sentencia del Tribunal Constitucional existe el derecho a la disposición del cuerpo, siempre a través de funeraria, independientemente de las semanas de gestación y el peso. El entierro o cremación será económicamente afrontado por los padres. Es importante informar a las familias sobre la posibilidad de que su seguro de decesos cubra este entierro o cremación y de la posibilidad de gestionar a través de la trabajadora social, un enterramiento por causa social si no disponen de medios económicos.

La autopsia no es incompatible con la disposición del cuerpo. Pero es recomendable que quede reflejado en la petición de autopsia que la familia dispondrá del cuerpo, de manera que no se ralenticen los trámites.

Informaremos a la familia sobre los trámites respecto a la disposición del cuerpo: deberán contactar con el Servicio de Atención al Usuario, donde deberán aportar fotocopia del DNI de ambos progenitores, un teléfono de contacto y el nombre de la funeraria elegida.

7. CUMPLIMENTACIÓN DE DOCUMENTOS

Ver Protocolo Muerte fetal y Neonatal: Cumplimentación de documentos

https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Parto/Protocolo%20doc%20feto%20muerto%20documentos%202022.pdf

8. TRASLADO DE MADRE Y BEBÉ

Si el parto se produce en la sala de Gestantes se realizarán los cuidados puerperales habituales en la propia habitación (constantes maternas, control del sangrado, involución uterina...).

Si el parto se produce en Paritorio, tras los cuidados puerperales habituales, la mujer será trasladada a la sala de Gestantes donde permanecerá en su misma habitación si ya disponía de ella. En el caso de que la madre lo desee puede ser trasladada con el bebé, al que previamente se le habrán realizado las tomas de muestras en Paritorio, acompañados de una matrona.

En el caso de que la madre precise traslado a Reanimación, previamente se informará al servicio desde Quirófano/Paritorio de la llegada de la paciente y de si se traslada acompañada de su bebé. En tal caso la matrona acompañará a la paciente en el traslado. Se intentará que sea ubicada en un Box que permita la mayor intimidad para ella y su acompañante. La ubicación será preferiblemente en el Box 1. El Box quedará señalizado mediante el distintivo de la mariposa cuidando de que el entorno sea el más adecuado para facilitar la elaboración del duelo.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

En el caso de traslado desde Reanimación a planta con el bebé se consultará con el personal de planta que acudirá si es posible a acompañar en el traslado.

En todos los casos en que se precise de un celador para el traslado éste será advertido correctamente de la situación de pérdida.

9. ATENCIÓN PSICOLÓGICA

A LOS PADRES

Nuestro hospital, dispone de un programa de Salud Mental Perinatal que tiene como objetivo la prevención, detección e intervención precoz de posibles desajustes psicológicos o psicopatología en las madres/padres en torno a las dificultades surgidas en la gestación, parto y puerperio, así como la ayuda en el establecimiento de un vínculo sano de estos padres con sus hijos, desde el embarazo hasta el primer año de vida del bebé.

Desde Salud Mental, requiere una consideración especial la Atención al Duelo perinatal. En este caso, el objetivo es prevenir procesos de duelo patológicos y trastornos psicológicos en esas madres y padres en duelo.

Ver Programa de Salud Mental Perinatal.

https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/Protocolos_clinicos/Embarazo/SALUD%20MENTAL%20PERINATAL.pdf

10. RECURSOS DE APOYO

Contamos además con distintos grupos de apoyo que ofrecen diferentes recursos. Debemos informar de ellos previamente al alta:

- Matrioskas. Asociación en Granada de apoyo al duelo perinatal. asociacionmatrioskasgranada@gmail.com Teléfono: 691240478
- Asociación Umamanita. www.umamanita.es
- Asociación El hueco de mi vientre. www.redelhuecodemivientre.es
- Alma y Vida. www.almayvida.es

11. IMPACTO DEL ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO PERINATAL EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La atención al duelo perinatal supone, para los profesionales sanitarios implicados, un trabajo emocionalmente difícil en el que se mezclan sentimientos y respuestas personales diferentes que

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

dependiendo de nuestras propias experiencias y de la formación específica, gestionaremos de una manera u otra. Muchos de nosotros hemos sido testigos de eventos traumáticos asociados al parto como muertes intraparto o cesáreas de emergencia con resultado grave que nos han dejado huella o que incluso han desencadenado reacciones postraumáticas.

La atención al duelo perinatal conlleva la aparición de sentimientos negativos en los profesionales como: impotencia, inseguridad, frustración, rabia, miedo, culpa, shock, dolor, tensión, tristeza, llanto, recuerdos traumáticos e incluso efectos físicos como estrés, cefalea, irritabilidad o ansiedad que pueden desembocar en un síndrome de burn-out si no hay un buen afrontamiento. La intensa carga emocional nos lleva a veces, inconscientemente, a conductas de evitación, distanciamiento o frialdad como forma de protegernos emocionalmente. A todo ello se une la alta carga asistencial, la poca experiencia en ocasiones en el manejo del proceso, el desconocimiento de los protocolos o las barreras culturales, idiomáticas y/o religiosas.

El impacto de la muerte y el duelo provocan en nosotros sentimientos difíciles pero también nos aportan experiencias de aprendizaje, satisfacción, alegría, seguridad, sensación de paz, autoconfianza y crecimiento profesional. Experimentamos una gran satisfacción cuando sentimos que hacemos las cosas bien, cuando cuidamos y apoyamos a las familias, empleando las herramientas y conocimientos científicos al respecto, cuando sentimos que dejamos una huella positiva en las familias. En definitiva eso es lo que da sentido a nuestra profesión y refuerza el sentimiento de humanidad.

ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL MANEJO DE LAS EMOCIONES EN LOS PROFESIONALES

Para poder ofrecer cuidados de calidad a los padres que están sufriendo una pérdida perinatal los profesionales también debemos autocuidarnos emocionalmente, explorar nuestros límites, reflexionar sobre nuestras actuaciones y manejar las diferentes estrategias de afrontamiento que aumenten nuestra seguridad y autoconfianza.

Prácticas para fomentar la promoción de la salud en los profesionales:

- Formación específica en el acompañamiento del duelo perinatal, a través de cursos, talleres o sesiones. Es fundamental conocer las respuestas emocionales de los padres para poder prestar cuidados de calidad.
- Creación de espacios y grupos de diálogo y reflexión, en los que compartir situaciones o experiencias traumáticas y que sirvan de apoyo entre compañeros y de expresión emocional. Hablar y reflexionar acerca de nuestras experiencias con otros miembros del equipo, compartir y expresar nuestros sentimientos e incluso darnos permiso para llorar nos ayudan a un afrontamiento más positivo.
- Procurar un tiempo de respiro entre la atención de un parto de un bebé muerto y un bebé vivo.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

- Intentar que no siempre sean los mismos profesionales que atienden a los padres en un proceso de duelo. Se trata de que todos los profesionales adquieran experiencia en el manejo de estas situaciones.

12. DERECHOS DE LOS PADRES

El derecho de los padres a disponer de un permiso o baja laboral remunerada cuando nace o se adopta un bebé, está regulado en España por una prestación denominada actualmente “Prestación por nacimiento y cuidado del menor”. Tiene una duración de 16 semanas, de las cuales 6 semanas son obligatorias tras el parto y las otras 10 son voluntarias y pueden solicitarse acumuladas o interrumpidas, avisando a la empresa con 15 días de antelación, hasta que el menor hubiera cumplido un año.

En la siguiente tabla se muestra el derecho o no a la prestación según edad gestacional y progenitor:

		Prestación	Progenitores
Nacido vivo		Si	Ambos*
Nacido sin vida	> 26 SG	Si	Madre biológica**
	< 26 SG	No	Ninguno

*Hay una disposición que dice que la prestación para el otro progenitor ha de ser tramitada en vida del hijo.

**Hay familias en las que el otro progenitor ha solicitado la prestación y le ha sido concedida tras recurrir.

INSCRIPCIÓN DEL BEBÉ

Actualmente el registro del bebé y el derecho a figurar en el libro de familia depende de si nace o no con vida y de las semanas de gestación.

- Si el bebé nace vivo (independientemente de las semanas de gestación): según el artículo 30 del Código civil, modificado por la Ley 20/2011, la personalidad jurídica se adquiere en el momento del nacimiento con vida, por lo que cualquier bebé que nace con vida, aunque muera a los pocos segundos o minutos de nacer, puede ser registrado en el Libro de Familia. Para ello los padres deberán acudir al registro civil o a la oficina del propio hospital que lo realiza, y presentar el Certificado de nacimiento (papel amarillo) y el Certificado de defunción.

PROCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

- Si el bebé nace sin vida: según el mismo artículo, no tiene personalidad civil y no puede inscribirse en el Libro de Familia. La situación depende entonces de la edad gestacional:
 - Nace sin vida por encima de 180 días de gestación: los padres tienen el deber de registrarlo en el Archivo de nacidos sin vida del Registro Civil, pudiendo otorgar un nombre al bebé.
 - Nace sin vida por debajo de 180 días de gestación: no hay deber de inscribirlo. Sin embargo, si los padres quieren hacerse cargo del cuerpo a través de funeraria para su posterior entierro o incineración, necesitan hacer este trámite en el Registro Civil.

13. CONSIDERACIONES EN GESTACIONES POSTERIORES

La atención al duelo perinatal incluye además del seguimiento de las mujeres que experimentan una pérdida, la atención a la mujer y su pareja en el siguiente embarazo tras la pérdida. La propuesta de la SEGO para el embarazo tras la pérdida perinatal en gestaciones avanzadas consiste en un embarazo controlado en una Unidad de Tercer Nivel y con apoyo psicológico, individualizando el embarazo e involucrando a los padres en la toma de decisiones con respecto a la finalización de la gestación, que dependerá de la ansiedad materna, de la maduración cervical y de la causa de la muerte fetal anterior. En la mayoría de los casos, si el embarazo no presenta complicaciones, se plantea una inducción electiva a partir de las 39 SG.

Cobra especial importancia valorar la situación emocional en estas situaciones, ya que el duelo es un proceso que está vivo, que se abre y reabre, y es habitual que se reactive en un nuevo embarazo. Es frecuente la aparición de temores, que se superponen a la ambivalencia y vulnerabilidad propia del embarazo.

14. FOLLETOS INFORMATIVOS PARA FAMILIAS

La sala de Gestantes dispone de material informativo para la mujer y su pareja, el cual será entregado en los casos de pérdida perinatal:

- Guía informativa para madres y padres tras una muerte intrauterina. (*Anexo 10*)
- Guía informativa Duelo.
- Trípticos informativos Umamanita:
 - Caja de recuerdos.
 - Conocer a tu bebé.
 - Decidir sobre autopsia.
 - Derechos.
 - Duelo y los otros hijos.
 - Llegar a casa.
 - Fotografías.

15. PLAN DE DUELO PERINATAL

Con el objetivo de que todos los profesionales que atienden a la pareja conozcan sus preferencias y como forma de asegurarnos que les hemos transmitido la información necesaria disponemos de dos tipos de planes de duelo perinatal:

- Plan de parto y cuidados paliativos perinatales. Para casos de diagnóstico intrauterino de una enfermedad que amenaza o limita la vida del recién nacido. Será rellenado entre el servicio de Medicina Fetal y Neonatología. (*Anexo 3. Protocolo Cuidados Paliativos Perinatales*)
- Plan de duelo perinatal. Para casos de diagnóstico de muerte fetal o interrupción del embarazo por causa médica. Será rellenado entre obstetras y matronas. (*Anexo 11. Plan de duelo perinatal*)

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

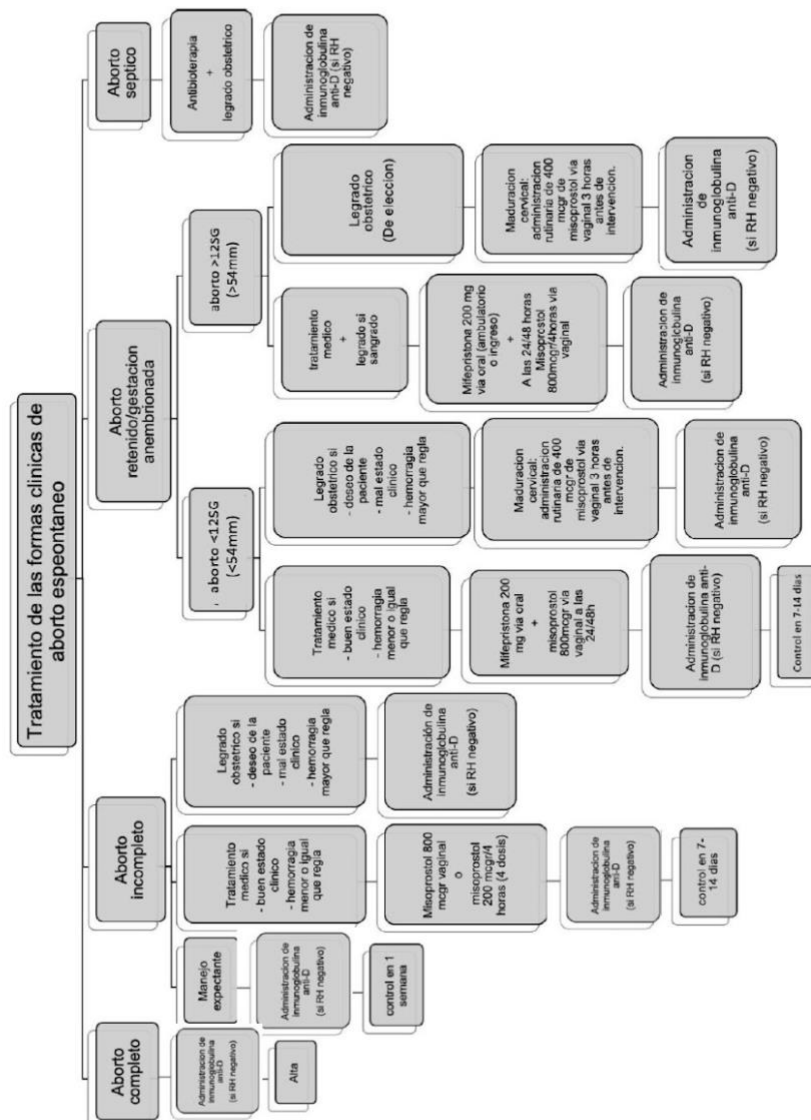
16. ANEXOS

ANEXO 1. ESQUEMA RESUMEN DE TRATAMIENTO DEL ABORTO

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Aborto

9. ESQUEMA RESUMEN DE TRATAMIENTO DEL ABORTO



ANEXO 2. PAUTA ANALGÉSICA EN LA PÉRDIDA GESTACIONAL DEL SEGUNDO TRIMESTRE.

4. ANALGESIA Y OTRO SOPORTE DURANTE LA INDUCCIÓN

El control del dolor agudo depende de diversos factores como la semana de gestación, el umbral del dolor de la paciente, estado de ansiedad, IMC, etc. La pauta analgésica debe ser individualizada.

Se debe permitir la ingesta de dieta líquida, así como la movilización de la paciente.

Pauta analgésica en la pérdida gestacional de segundo trimestre: Objetivo: Dolor según escala visual

analgésica (EVA) < 5
Primer escalón analgésico: Perfusión analgésica Dexketoprofeno y Tramadol:

- 150 mg de Dexketoprofeno.
 - 200 mg de Tramadol.
 - Previo a la perfusión administrar Dexketoprofeno 50 mg + Tramadol 100 mg + ondansetrón 4 mg iv.
 - Si existe alergia a dexketoprofeno:
 - 6gr de Metamizol
 - 200 mg de Tramadol
 - Administrar Metamizol 2g + Tramadol 100 mg + ondansetrón 4 mg previo a la perfusión analgésica.
 - Si existe alergia/intolerancia a tramadol:
 - Dexketoprofeno 150 mg
 - Metamizol 6 g
 - Administrar Metamizol 2g + Dexketoprofeno 50 mg + ondansetrón 4 mg iv previo a la perfusión analgésica
 - Preparar perfusión en vehículo de SF 250 ml (retirar volumen de medicación para volumen total de 250 ml).
 - Velocidad de infusión: 10 ml/h (No aumentar)
 - Si náuseas/vómitos pautar ondansetrón 4 mg iv/12h
- Segundo escalón analgésico: Morfina 5 mg subcutáneo o intramuscular
 - Pasa a segundo escalón si EVA > 5
 - Administrar conjuntamente con la perfusión de analgesia del primer escalón.
 - Se puede repetir a los 30-40 minutos.
 - Si náuseas/vómitos pautar ondansetrón 4mg iv/12h
 - Tercer escalón analgésico: Analgesia epidural.
La técnica y monitorización inicial se realizará en paritorio o en planta a criterio del anestesiólogo
 - Pasar a tercer escalón si EVA > 5 tras 2 rescates de morfina.
 - Suspender medicación de primer escalón.
 - Comprobar analítica con recuento plaquetario y coagulación reciente (dependiendo de la situación clínica de la paciente).
 - Avisar a Anestesiólogo de guardia (busca 750957).

ANEXO 3. PROTOCOLO CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES.

Índice:

1. Introducción
2. Grupo de patologías susceptibles de cuidados paliativos perinatales
3. Manejo anteparto en gestantes con pronóstico fetal letal o muy limitante.
4. Manejo en sala de partos.
5. Manejo al alta.
6. Aspectos administrativos.
7. Anexos
 1. Modelo plan de parto y Cuidados Paliativos Perinatales
 2. Manejo lactancia en casos de pérdida perinatal.

1. INTRODUCCIÓN.

Ante el diagnóstico intraútero de una enfermedad que amenaza o limita la vida, la asistencia debe ser interdisciplinar siendo esencial la coordinación entre obstetras-neonatólogos y otros especialistas (matronas, unidad de cuidados paliativos pediátricos, enfermería neonatal, psicólogo, trabajador social). Todos deben acordar una línea de actuación coherente e informar a la familia de la situación, de las diferentes opciones posibles, sus beneficios y sus riesgos, promoviendo la autonomía y la libertad de elección. Por ello, además de documentación detallada sobre la modalidad de interrupción del embarazo según la edad gestacional, las gestantes y sus parejas deberían recibir información sobre cuidados paliativos perinatales. En caso de optar por la interrupción del embarazo también se debería ofrecer seguimiento, incluyendo apoyo psicológico. La información debe realizarse preferiblemente de forma conjunta. Este equipo multidisciplinar debería realizar reuniones periódicas en las que se lleve a cabo un seguimiento de la gestante de riesgo.

2. GRUPOS DE PATOLOGÍAS SUSCEPTIBLES DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES.

Grupo 1

Neonatos con diagnóstico prenatal de una patología limitante de la vida (agenesia renal bilateral, anencefalia, determinadas cromosopatías...)

Grupo 2

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Neonatos con diagnóstico prenatal de una patología que conlleva elevada morbilidad/mortalidad (espina bífida grave, hidronefrosis bilateral grave con gran afectación de la función renal ...)

Grupo 3

Neonatos nacidos en el límite de la viabilidad (23-24 SG) donde los cuidados intensivos tras valoración, sean considerados inapropiados por presentar datos prenatales y perinatales desfavorables o bien porque la decisión previa de los padres se decanta hacia la no intervención activa.

Ver Protocolo Atención prenatal gestaciones en límite de la viabilidad.

https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/pediatria/profesionales/neonatologia/protocolos_neonatologia

3. MANEJO ANTEPARTO EN GESTANTES CON PRONÓSTICO FETAL LETAL O MUY LIMITANTE.

En aquellos pacientes seguidos en la Unidad de Medicina Fetal que presenten una patología fetal susceptible de recibir cuidados paliativos perinatales (grupos 1, 2 y 3) sería recomendable informar del pronóstico de la patología fetal junto a Neonatología (Teléfono adjunto Neonatología 741234) y/o especialista pediátrico de referencia.

Se explicará a los padres las diferentes opciones disponibles: solicitud de interrupción del embarazo por causa médica, terapia fetal en casos seleccionados o proseguir con la gestación adhiriéndose al programa de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP).

Se ofrecerá a la familia la posibilidad de una visita informativa con el equipo de CPP antes de la toma de decisiones y, en aquellos casos en los que se estime necesaria la intervención postnatal de otros especialistas (neurocirugía, cardiología, cirugía pediátrica...), ofrecer también la opción de visita informativa multidisciplinar. *Teléfonos de contacto de CPP pediatra 678442/enfermera 734782.

En las pacientes que decidan continuar con el embarazo si las semanas de gestación lo permiten, a parte de las visitas de control obstétrico, programar visitas de seguimiento conjuntas con CPP, Medicina Fetal (MF) y Neonatología para llevar a cabo una valoración integral del caso y realizar las siguientes intervenciones:

- Resolver dudas sobre la patología.
- Ofrecer seguimiento psicoemocional (Protocolo de Salud Mental Perinatal con PAE diferida a Unidad de Hospitalización de Salud Mental HUVN psicóloga clínica de Enlace e IC (M^a Ángeles Hernández Tlf: 689 571925 - Corp 730982) o, en su defecto, con secretaría de Salud Mental 958 020021 - Corp 120021) y espiritual (recursos propios y servicio de atención religiosa integrando a los miembros de la familia que lo precisen).
- Explorar creencias y deseos de la familia en cuanto a rituales y trámites funerarios.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

- Explorar y evaluar los recursos familiares, sociales y económicos y realizar coordinación con los recursos médicos del territorio en aquellos casos en que sea necesario (hospitales, centro de atención primaria, trabajadora social de zona,...).
- Explicar los circuitos asistenciales en el momento del parto y posparto.
- Diseñar el “Plan de Parto y Cuidados Perinatales” junto con la familia (ver anexo 1 Plan de parto y cuidados paliativos perinatales). Este documento se redactará de forma consensuada entre el equipo de Medicina Fetal, Obstetricia, Neonatología y Cuidados Paliativos y se incluirá en la historia clínica informatizada de la gestante, de forma que sea accesible a todos los profesionales implicados. Una vez anexo, se activará una alerta en la historia clínica de la madre donde se haga constar la existencia del mismo.
- Sería conveniente gestionar una visita y acompañamiento por un profesional del equipo de medicina materno-fetal y/o neonatología del área de partos aproximadamente entre las semanas 32-34 de gestación. El objetivo de esta visita sería resolver dudas sobre el momento del parto, familiarizarse con el espacio (mostrar si es posible las salas de parto), el circuito de ingreso y las opciones para los acompañantes durante el trabajo de parto. Reforzar y repasar el plan de CPP.

4. MANEJO EN SALA DE PARTOS

A. Parto y postparto inmediato:

- Mantener un ambiente íntimo y respetuoso. En nuestro hospital se señalará con el símbolo específico de la mariposa en la puerta de la dilatación asignada o de la habitación, para que todo el personal hospitalario conozca que se están produciendo unos cuidados al final de la vida. Además es imprescindible la transmisión de la información entre los distintos profesionales en el cambio de turno/cambio de guardia.
- Valorar la presencia de otros familiares o amigos.
- Revisión periódica de las decisiones alcanzadas. Explicar a los progenitores que puede estar sujeto a cambios si la evaluación postnatal nos muestra un diagnóstico o pronóstico diferente.
- Sería recomendable que al menos un miembro del equipo multidisciplinar que ha tratado con la gestante durante la etapa prenatal realice alguna visita durante su estancia hospitalaria.

B. Procedimientos ante muerte inminente en paritorio:

- Intentar interferir lo menos posible, realizar sólo aquellas intervenciones que sean absolutamente necesarias. Las medidas somatométricas del niño (peso, talla y perímetro cefálico) se pueden obtener tras el fallecimiento. No es necesario monitorizar al recién nacido ni tomar constantes rutinariamente. De forma periódica, el médico responsable valorará al neonato para evaluar si precisa sedoanalgesia y para diagnosticar su fallecimiento.
- Proporcionar al neonato las medidas de confort necesarias: secar, calentar, colocar gorro, proporcionar envoltura mediante paño/toalla y contacto físico continuo por parte

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

de los padres (piel con piel) si así lo desean, así como evitar estímulos como ruidos fuertes, luces brillantes o aire frío. Medidas farmacológicas si lo precisara.

- En los pacientes con patologías limitantes de la vida no está indicado canalizar una vía venosa en los primeros minutos/horas de vida.
- Es importante respetar cada una de las formas posibles de vivir este momento y adaptarse a los deseos de la familia. Se animará sin presiones a que lo vean, que lo toquen y que obtengan recuerdos (fotografía, pelo, huella plantar, pinza de cordón, pañal...). Todos los objetos se guardarán en una “caja de recuerdos” que les será entregada con el nombre del niño a aquellos padres que así lo estimen. Si expresan dudas, esta se guardará temporalmente por si cambian de opinión.
- Dejar a la familia junto al recién nacido el tiempo que precisen. Si el exitus no se produjera en el tiempo que permanece la madre en paritorio, madre y recién nacido se trasladarán, a ser posible, a una habitación individual con la familia donde se garantizará la vigilancia de la madre y el entorno adecuado para los cuidados paliativos. En estos casos se planificará también el tipo y vía de alimentación (incluyendo asesoramiento sobre lactancia materna), etc. Cuando el pronóstico es incierto, se establecen planes paralelos para afrontar los diferentes escenarios posibles.
- Soporte espiritual: Permitir rituales culturales o religiosos.
- Consulta a Psicología al diagnóstico o después del fallecimiento, siguiendo protocolo de Salud Mental Perinatal (durante la hospitalización: hoja de IC preferente para valoración dirigida a UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL HUVN, reflejando “programa de enlace de SM Perinatal” M^a Ángeles Hernández Tlf: 689 571925 - Corp 730982)

C. Medidas farmacológicas:

En el recién nacido en fase final de vida que presente disnea o discomfort:

- Fentanilo intranasal 1mcg/Kg repetible cada 10-15 minutos. Si respuesta parcial posible aumentar a 2mcg/Kg. (Diluir en un volumen final hasta de 0.1ml aprox).
- Si disnea persistente o empeoramiento de ésta sin respuesta a fentanilo: Midazolam intranasal 0.1mg/kg cada 15-30 min (sin diluir).

5. MANEJO AL ALTA:

Al alta, en caso de fallecimiento del bebé, ofrecer diferentes opciones en cuanto a la lactancia. (Ver Anexo Lactancia en casos de pérdida perinatal). En el caso de que no se produzca el fallecimiento en el parto o primeros días de vida, existe la posibilidad de que el bebé pueda irse a domicilio y seguimiento por parte de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos hasta el final de su vida.

6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

La normativa actual establece que a todo recién nacido que nazca CON signos de vida y fallece posteriormente debe realizarse un CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN, independientemente de la edad gestacional y del tiempo de vida:

- < 22 semanas: No reanimación, realización de cuidados paliativos por parte del equipo de medicina materno-fetal (MMF). Cumplimentación de la documentación requerida por parte del equipo de MMF.
- ≥ 22 hasta < 23 semanas:
 - Si hay presencia de signos de vida: El equipo de neonatología, tras confirmar por la exploración física la edad gestacional (EG) valorará la necesidad de cuidados paliativos. Cumplimentación de la documentación de exitus neonatal por parte de neonatología.
 - Si ausencia de signos de vitalidad: Cumplimentación de la documentación de exitus fetal por parte del equipo de MMF.
- ≥23 y < 24 semanas: consensuar con la familia la conducta a seguir
- Si EG incierta: se contactará con Neonatología para valoración y se adoptará una reanimación neonatal proporcionada para reconsiderar posteriormente la situación (no se consideran signos de vitalidad la presencia de gasping ni de extrasístoles ventriculares).

Bibliografía:

- Cuidados paliativos perinatales. Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Anales de Pediatría. 2021.
- Cuidados paliativos perinatales. Fallecimiento en paritorio. UGC Neonatología Virgen Rocío. www.pedpal.es 2022
- Cuidados al final de la vida en neonatología. Unidad de Hospitalización Domiciliaria-Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos. Servicio de Neonatología. Hospital Universitari i Politecnic La Fe de Valencia. www.pedpal.es 2022

ANEXO 1: PLAN DE PARTO Y CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES

Este documento se elaborará como un Informe de resumen clínico, que deberá quedar abierto en versión provisional de forma que pueda ser editado por los facultativos. Cuando se elabore este plan de parto se establecerá una alerta que remitirá al informe.

NHC:

Fecha de nacimiento:

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

Fecha del informe:

Núm. de versión del informe:

Gestante de ** años.

** Semanas de gestación.

Diagnóstico fetal de:

Nombre del recién nacido:

Nombre de los progenitores:

Nombre de los hermanos:

Antecedentes personales:

Valoración Psicosocial:

- Contexto familiar y de soporte
- Estado emocional
- Conocimiento de la situación amenazante para la vida
- Preferencias y voluntades

PLAN TERAPÉUTICO:

- Parto:
 - o Monitorización fetal: SI/NO. Si respuesta NO, valorar monitorización de actividad cardíaca intermitente (al ingreso y al llegar a sala de partos).
 - o Vía de parto: vaginal/cesárea. Motivo de la indicación.
 - o ¿Inducción? SI/NO
 - o Valorar si inhibición de lactancia/ posibilidad de donación al banco de leche (en casos seleccionados).
 - o Coger muestras de sangre de cordón? SI/NO. Especificar.
 - o ¿Mandar placenta a AP? SI/NO.
- Sala de partos:
 - o Avisar a Neonatología
 - o Medidas de soporte:
 - ¿Indicación de RCP? SI/NO
 - ¿Indicación de ventilación (CPAP, IOT)?
 - o Priorizar medidas de confort
 - o Fomentar el “piel con piel”. Fomentar el vínculo con los padres. Si deseo de la madre de lactancia fomentar colocar al pecho.
 - o En fase final de vida, si disnea, disconfort o malestar:
 - Oxígeno libre

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

- Si disnea leve: Fentanilo intranasal 1mcg/kg repetible cada 10-15 minutos. Si respuesta parcial valorar aumentar a 2mcg/kg.
- Si disnea grave o no respuesta a fentanilo, administrar Midazolam intranasal 0.1mg/kg cada 15-30 min (sin diluir)
- Explorar la posibilidad de entrada de los hermanos.
- Proponer realización de fotografías y memorias tangibles.
- Explorar posibilidad y deseo de realizar rituales.
- Traslado en habitación piel con piel.
- Primeras 24-48 horas:
 - Traslado a “habitación de duelo”
 - Si deseo de la madre de realizar lactancia materna, asesorar. Si mala tolerancia valorar succión no nutritiva.
 - Valorar indicación o no de alimentación artificial por SNG.
 - Valorar indicación o no de hidratación por vía periférica.
 - Facilitar la entrada de los hermanos.
 - Facilitar la creación de memorias tangibles.
 - Plantear alta a domicilio.
- Alta a domicilio:
 - Se planteará según evolución. Contactar con CPP (CPP pediatra 678442/enfermera 734782).
- Trámites post-mortem:
 - Explorar posibilidad de necropsia.
 - Explorar trámites funerarios y deseo de rituales.
 - Explorar cobertura de seguro de deceso.
 - Baja laboral maternidad/paternidad.

ANEXO 2. LACTANCIA EN CASOS DE PÉRDIDA PERINATAL

La lactancia comienza a partir de las 16 semanas de gestación y continúa después del parto independientemente del estado del recién nacido (lactogénesis I y II). Posteriormente tiene lugar la galactopoyesis o lactogénesis III, que dependerá de la eficacia y frecuencia del vaciado de la mama para mantener la producción de leche. Cuando la lactancia está bien establecida y se suspende de forma brusca, es frecuente que se produzca clínica de dolor e ingurgitación mamaria.

En los casos de fallecimiento del bebé intraútero o intraparto, la mujer presenta de forma fisiológica los cambios de la lactogénesis I y II. Mientras que si se produce en periodo postnatal, puede encontrarse en la fase II o III. Por tanto, en todos los casos de muerte perinatal será necesario asesorar sobre la lactancia. La vivencia de las madres es muy variable. La supresión o continuación de la lactancia en estos casos es una elección personal. No existe una

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

recomendación universal sobre las forma más eficaz para inhibir la lactancia en los casos que desee suprimirla.

Antes de informar a la madre debemos revisar su historia clínica para identificar posibles contraindicaciones para inhibición farmacológica o la existencia de otro hijo en edad lactante. Las opciones de las que debemos informar son las siguientes:

- Inhibición de la lactancia: farmacológica o natural
- Continuar con la lactancia: existencia de otro hijo lactante o donación a Banco de Leche.

1. Inhibición farmacológica:

El fármaco más utilizado es la cabergolina. Si bien no hay suficiente evidencia que demuestre que sea más seguro y efectivo que el uso de medidas no farmacológicas. En los casos que la lactancia esté bien establecida, tiene menos eficacia. Aunque se administre el tratamiento, es importante informar a la madre de que puede producirse ingurgitación del pecho y en el caso de que sea dolorosa, deberá realizar extracciones suaves para aliviar las molestias.

2. Inhibición natural o fisiológica:

Tras el parto si no se produce un vaciado frecuente del pecho, la producción disminuye progresivamente hasta desaparecer. Por ello se recomiendan medidas de confort:

- Realización de extracciones de leche de descarga, suaves y sin vaciado.
- Utilizar sujetador firme, cómodo y ajustado. No vendajes compresivos.
- Uso de antiinflamatorios o analgésicos si precisa.
- Aplicación frío/calor local según tolerancia de la madre.
- No se debe aconsejar beber menos líquidos para prevenir la ingurgitación.

3. Continuar con la lactancia en caso de que haya un hermano gemelo o lactante.

4. Donación a Banco de Leche:

Se puede ofertar la donación de leche extraída durante el proceso de inhibición no farmacológica de la lactancia o en aquellas mujeres que decidan continuar con la misma. La Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH) señala que la lactancia materna y su manejo fisiológico tiene un efecto positivo en el duelo perinatal, siendo la donación de leche un punto de apoyo y refuerzo en el proceso de duelo

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

(https://www.huvn.es/el_hospital/informacion_corporativa/iniciativa_para_la_humanizacion_de_la_asistencia_al_nacimiento_y_la_lactancia/documentos_utiles).

La información y asesoramiento sobre la lactancia debe ser llevada a cabo por los profesionales que atienden a la mujer en las primeras horas tras el fallecimiento. En el caso en que los padres estén interesados en la donación, la matrona que esté acompañando el parto se pondrán en contacto el Banco de Leche Humana del hospital Virgen de las Nieves de Granada (tlf corporativo 741857, https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/pediatría/banco_de_leche).

No hay un periodo determinado de cese de la donación recomendado para estas pacientes.

ANEXO 4. ESTUDIO POSPARTO

6. ESTUDIO POSTPARTO

a. INSPECCION

(debe quedar reflejado en hoja de evolución, plantilla de evolución "parto feto muerto", será cumplimentada por quien asista el parto).

- Feto: sexo, peso, maceración, color, anomalías visibles. Grados de maceración:
 - Primer grado (2º a 8º día de feto muerto y retenido): Aparecen en la epidermis flictenas que contienen un líquido sero-sanguinolento.
 - Segundo grado (9º a 12º día): Líquido amniótico se torna sanguinolento (rotura de las flictenas). La epidermis se descama en grandes colgajos y la dermis adquiere un color rojo. Las suturas y tegumentos de la cabeza comienzan a reblandecerse, provocando su deformación.
 - Tercer grado (a partir del 13º día): La descamación afecta la cara. Reblandecimiento de la bóveda craneal (cráneo en saco de nueces). El amnios y el corion adquieren un color achocolatado. Con el tiempo, si el feto no es eliminado, puede conducir a la esquelización y petrificación del feto. Si el saco ovular está íntegro, el proceso es aséptico.
- Placenta: peso, color, coágulos, anomalías estructurales, edema, infartos.
- Membranas: color.
- Cordón umbilical: número de vasos, longitud, prolapso, gelatina de Wharton, procidencia, circulares, hematomas, nudos.
- Líquido amniótico: color, consistencia y volumen.

b. ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO de la placenta (se remite en formol)

c. **NECROPSIA DEL FETO:** Se debe conservar el feto en fresco envuelto en toalla seca para su posterior valoración por el Servicio de Anatomía Patológica. No se debe conservar en formol ni congelar (si los padres no desean necropsia y se sospechan anomalías morfológicas puede ser importante, bajo consentimiento, tomar fotografías del feto, realizar radiografías o incluso una RNM).

d. **CULTIVOS FETALES** nasal, faríngeo y rectal y **CULTIVO DE PLACENTA:** ante clínica sugestiva de amenaza de parto prematuro, RPM, infección intraamniótica o infección materna. Si se va a hacer cultivo de placenta deben usarse 2 hisopos (uno para la cara fetal y otro para la materna) y se debetomar la muestra antes de incluir la placenta en formol.

e. **ESTUDIO GENÉTICO** en todos los casos de muerte fetal. No se realizará el estudio genético en aquellos fetos a los que ya se les hubiera hecho. Se solicitará la petición en "estudios genéticos de restos abortivos" (Array-cGH). En casos de sospecha, solicitar además **estudio de metabolopatías**

Muestras posibles para el estudio genético:

- Fragmento de placenta de 1cm³, recogido de la zona cercana a la inserción del cordón o un fragmento del propio cordón umbilical (conservar en medio estéril específico o en suero salino).
- Recogida de muestra de piel fetal (recuadro de 5 x 5 mm de la cara interna del muslo o antebrazo. Se debe proceder a la desinfección previa con alcohol y se debe incluir tejido subcutáneo).
- La sangre de cordón umbilical en un tubo con heparina es una muestra excelente para el estudio genético en caso de muertes fetales intraparto

ANEXO 5. MANEJO DEL ALUMBRAMIENTO

5. MANEJO DEL ALUMBRAMIENTO

La retención placentaria es más frecuente en los casos de inducción de parto con feto muerto. La tasa de retención es mayor cuanto menor es la edad gestacional. Pese a que la retención placentaria sea más frecuente, no se recomienda realizar una ecografía sistemática a las pacientes asintomáticas tras el alumbramiento (alta tasa de falsos positivos) y deberá reservarse para casos de sospecha de retención placentaria o sangrado abundante.

No se realizará legrado sistemático a las pacientes tras el parto. Aunque los estudios actuales no permiten establecer un límite de tiempo a partir del cual sea necesario efectuar la evacuación uterina, se ha comprobado que a los 60 minutos se ha producido el alumbramiento en el 50% de las pacientes y que esperar 2h al alumbramiento espontáneo no aumenta el riesgo hemorrágico (algunos autores incluso proponen 4h).

En las pacientes con una edad gestacional por encima de las 22 semanas, se realizará un manejo activo de la tercera fase del parto. Se administrará, al igual que en los casos de parto de feto vivo, Oxitocina IM (10 UI) o IV (1-3 UI a pasar en 30 segundos) como prevención de la hemorragia postparto y de la retención placentaria.

Por debajo de las 22 semanas el número de receptores de oxitocina en el miometrio es tan escaso que no tiene sentido hacer una profilaxis con dicho fármaco. En los casos de partos de menos de 22 semanas en los que la expulsión fetal no se siga del alumbramiento en los siguientes 30 minutos, se administrará una dosis de 800mg de Misoprostol vía oral, rectal o vaginal (a considerar según situación clínica).

A partir de la administración de la oxitocina o del misoprostol (según el caso), se pinzará el cordón y se dará un plazo de 1.5-2h para que se produzca el alumbramiento (siempre que la paciente permanezca clínicamente estable y no se produzca una hemorragia abundante).

Transcurridas 1.5-2h, se procederá a realizar un alumbramiento manual (puede intentarse a partir de las 24 semanas) o quirúrgico (con cuchara de Pinard o legrado) según se considere adecuado para el caso. Debe administrarse profilaxis antibiótica con Cefazolina 2 gr, o vancomicina o eritromicina en caso de alergia.

ANEXO 6. ATENCIÓN AL PUERPERIO

8. ATENCIÓN AL PUERPERIO

La paciente no ingresará en la planta de puerperio, sino que permanecerá en la planta de obstetricia.

En casos de muerte fetal anteparto no son necesarios cuidados puerperales especiales.

En la planta de obstetricia se ofrecerá a la mujer, además de apoyo psicológico, la inhibición de la **lactancia** farmacológica (cabergolina 1 mg vo dosis única) si la edad gestacional era mayor de 16 semanas. Se informará también de que existe la posibilidad de donar la leche al banco de leche materna (beneficios psicológicos) y de hacer una supresión no farmacológica (medidas físicas). Se dejará registrado en la evolución de Diraya un breve resumen de lo ocurrido (si ha visto al feto, si ha querido inhibición de la lactancia...).

En madres Rh negativas, administrar gamma globulina anti-D si no se había administrado anteriormente (ver apartado "[manejo clínico tras el diagnóstico](#)")

La muerte fetal suma 1 punto en la valoración de tromboprofilaxis durante el puerperio.

Se favorecerá el alta precoz, dándola en cuanto el estado de la paciente lo permita, siempre con una cita para revisión en consulta.

ANEXO 7. REVISIÓN EN CONSULTAS

9. REVISION EN CONSULTA

La muerte fetal es un hecho con una gran repercusión sobre la familia, por lo que es importante ofrecer un apoyo y dedicar el tiempo suficiente a la familia, así como intentar establecer una causa de dicha muerte.

Una vez transcurrido el puerperio, se deben realizar una serie de visitas médicas para comunicar a la familia los resultados preliminares del estudio y valorar la evolución física y psicológica.

9.1. Primera visita postparto

Esta visita se realizará a las 2 semanas postparto, en la consulta postnatal, y la cita será gestionada desde la planta en el momento del alta

En ella se realizará:

- Revisión física y dudas sobre cuidado de herida quirúrgica o periné.
- Atención a dudas sobre el manejo de la supresión de la lactancia/usuario del banco de leche.
- Apoyo psicológico y valoración del estado emocional.
- Valoración del apoyo y situación familiar (pareja y familia).
- Explicar y ofrecer todos los recursos de los que disponemos (Colaboración con Matriuskas).
- Valorar si necesitan información anticonceptiva, valorando la recomendación sobre el periodo intergenésico. El periodo intergenésico recomendable tras la finalización de la gestación en caso de éxito fetal es de 6 meses. Los datos disponibles en la literatura establecen que periodos intergenésicos menores se asocian a un discreto incremento del riesgo de aborto espontáneo, prematuridad y bajo peso al nacimiento.
- Revisión de resultados de cultivos u otras pruebas solicitadas durante el ingreso y de las que se disponga de resultados

En esta primera cita se solicitarán las siguientes pruebas si no se hubieran solicitado previamente:

- Cursar estudio de **trombofilias** en todos los casos de muerte fetal, aunque el grado de recomendación es bajo. Se solicitará estudio de trombofilias congénitas como adquiridas, incluyendo anticuerpos antifosfolípidos (Anticoagulante lúpico, IgG e IgM anticardiolipina, IgG e IgM y antibeta-2-glicoproteína). Se solicitarán al menos 2 meses después del parto.
- Estudio de **cariotipo de los padres**: ante pérdida fetal recurrente (≥ 2 pérdidas fetales) o por hallazgos surgidos del estudio de éxito fetal.
- Solicitar TTOG (75 g) si el **peso fetal al nacimiento** > **percentil 90** a realizar en la visita tras el alta, excepto en aquellos casos con una glucemia basal >126 o gestantes con diagnóstico previo de diabetes.

A la vista del informe de necropsia, podrían añadirse otras determinaciones (si no se hubieran realizado antes):

- Anticuerpos anti-Ro y anti-La, si hallazgo en la necropsia de fibroelastosis endomiocárdica y/o

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Muerte fetal

calcificación del nodo AV.

- Anticuerpos anti-plaquetas si hallazgo en la necropsia de hemorragia intracraneal fetal.

9.2. Segunda visita postparto

Se realizará a las 6 semanas postparto.

Se evaluarán los resultados de las diferentes pruebas realizadas (estudio genético, trombofilia, necropsia, etc.) para establecer el consejo pregestacional futuro, y se reevaluará el estado psicológico.

En caso de que los resultados de la necropsia no estén disponibles en esta visita, o que se considere necesario, se programará una nueva visita entre los 2 y 6 meses postparto.

8.3. Control de la gestación con antecedente de exitus fetal de causa desconocida

Es importante evaluar el estudio realizado en la gestación previa y completar estudio antes de recomendar una nueva gestación.

El riesgo de recurrencia de exitus antenatal, así como de presentar otras complicaciones obstétricas (PE/CIR/pérdida gestacional temprana) se incrementa entre 2-10 veces respecto a la población general. El riesgo de recidiva dependerá de la causa y de la edad gestacional en el momento del exitus. De forma global la recidiva del exitus de causa desconocida se sitúa en un 3% y se eleva a 11% si existen dos antecedentes.

En estos casos se realizará un control de gestación como embarazo de alto riesgo. No existe evidencia de que un mayor control gestacional disminuya el riesgo de recidiva, aunque los niveles de ansiedad de la paciente pueden reducirse con una mayor frecuencia de visitas prenatales y de pruebas de bienestar fetal. Se recomendará realización de una ecografía adicional para valorar el crecimiento fetal a las 28 semanas, y el comienzo de las visitas de bienestar fetal en la semana 39ª.

Se valorará la finalización de la gestación entre las semanas 39ª y 41ª, de manera consensuada con los padres, en función de los antecedentes obstétricos, de las condiciones cervicales y del estado emocional de los padres.

ANEXO 8. CERTIFICADO DE NACIMIENTO

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

De

Nacido/a el día de de 20

A las horas en

Peso Talla

Para siempre amado por sus padres

ANEXO 9. FOTOGRAFÍAS

Las fotografías contribuyen al bienestar psicológico. Son un recuerdo físico que refuerza la identidad como padres.

Al mismo tiempo que se ofrece ver al bebé, vestirle... podemos hablarles de la posibilidad de hacer fotos, como algo más que pueden hacer con su hijo y una forma de conservar ese recuerdo para el futuro. Compartiremos los testimonios de padres que han tenido a largo plazo tristeza por no tener ese recuerdo, pero dejándoles tiempo para decidir y siendo conscientes de que en nuestra cultura puede resultar una idea chocante.

Debemos informar de cómo serán las fotos, mostrándoles, si es posible, ejemplos o describiéndolas, para que no tengan ideas no reales.

Aunque las fotografías pueden ser realizadas por la madre o el padre, lo ideal sería que las tomara un profesional sanitario o un fotógrafo, para que los padres puedan centrarse en la despedida.

Pautas para la toma de fotos: evitar el desorden y el material médico que no sea necesario. Hacer las fotos de forma no intrusiva, sin pedir a los padres que estén pendientes de la cámara, de manera que reflejen la máxima naturalidad del momento. Antes de hacer las fotos, es recomendable dejar un tiempo a los padres solos. Evitaremos hacer fotos en momentos en que los padres estén muy emocionados o sufriendo, porque aunque van a ser fotos de momentos dolorosos, hay que tratar de que las imágenes transmitan amor. “No se trata de fotografiar la muerte, si no de fotografiar el amor”. Usar siempre que sea posible luz natural, nunca usar flash. Usar si es posible una lente que permita trabajar con poca luz y mucho desenfoque para centrarse en los detalles del bebé. Favorecer fotografías cercanas, donde los padres cogen al bebé, lo visten, detalles de sus manitas. Hacer algunas fotos del bebé solo. Si alguna zona del bebé no tiene buen aspecto, se pueden fotografiar otras. No forzar posturas que el bebé no pueda realizar de forma natural.

ANEXO 10. FOLLETOS INFORMATIVOS PARA LAS FAMILIAS

Guía informativa para padres y madres tras una muerte intrauterina.



Autopsia

Otra decisión importante que deben tomar es si realizar o no autopsia a su bebé. Es una decisión muy personal. Casi el 60% de las autopsias pueden determinar cuál fue la razón de la muerte, y en los que no puedan determinar la razón si pueden descartar algunos problemas genéticos, malformaciones o infecciones, por lo que como profesionales recomendamos que sea realizada.

Funeral

El funeral de su bebé es algo completamente personal según sus creencias. Es muy difícil aceptar que tienen que enterrar/incinerar a su hijo/a. Quizás pueden llevar algo para su bebé, un peluche o algún regalo que tuvieran para él o ella. Algunos padres visten a su bebé o piden al hospital que lo haga.

Hablando con la familia y otros hijos

Hablar sobre la muerte de un hijo/a nunca es fácil, y cada familia lo hará según sus propias creencias. Cuando tenemos que explicárselo a otros hijos, suele ser preferible ser sinceros con ellos y dejar que participen en todo lo que deseen. Cuando les damos información en palabras que puedan entender y les permitimos expresar sus emociones (ya sea llorar, reír, irse, enfadarse...) les permitimos elaborar un duelo sano y sentirse amados y protegidos en un momento muy difícil, y ellos

son capaces de pedir lo que necesitan y vivir la muerte del hermanito desde el amor.

Lactancia materna

Se pueden elegir varias opciones: supresión fisiológica, supresión médica o elegir donar tu leche.

El alta

Una vez que vuelva a casa debe pedir cita con su médico de familia para gestionar la baja maternal (si el embarazo ha durado más de 180 días) y con la matrona del Centro de Salud. Estos dos profesionales serán los más indicados para seguir su proceso.

En unos meses se le dará una cita para informarle de los resultados de la autopsia si han decidido realizarla.

El proceso de duelo no es un trastorno emocional, ni mental, es una respuesta normal y saludable, aunque tremendamente dolorosa, ante la pérdida que habéis sufrido. Es un proceso necesario para la adaptación y aceptación de una pérdida, dinámico y activo, con cambios y oscilaciones y vivencias muy intensas, donde el apoyo de la familia y entorno cercano va a ser muy importante.

Si te ves con dificultades, puedes contar con orientación y atención psicológica, dentro de nuestro programa de Duelo de Salud Mental Perinatal: si te sientes estancada, con dificultades para avanzar o tienes dudas al respecto, puedes contactar con nosotros en:

consulta.ginecologia.hvn.espa@juntadeandalucia.es

Teléfono: 958020440

Grupos de apoyo al duelo gestacional, perinatal y neonatal externos (puedes encontrar más información en Internet): Matroskas, Umamanita, Red el hueco de mi vientre.



Guía informativa para madres y padres tras una muerte intrauterina

Desde la Unidad de Obstetricia y Ginecología le queremos transmitir que sentimos mucho la pérdida de su hijo/a y nos gustaría ser capaces en estos momentos de prestarles todo nuestro apoyo y acompañamiento.



Cuando recibes la noticia de que tu bebé ha muerto, la primera reacción suele ser querer acabar con esto lo antes posible. Es normal que pensar en este parto le produzca miedo y rechazo. Pero, aunque ahora no lo parezca, es beneficioso que tomen un poco de tiempo para asimilar la noticia y empezar a aceptarla. Van a necesitar entender lo que sucederá, hacer preguntas y prepararse. No hay prisa.

El nacimiento

El parto vaginal es la opción fisiológica. Una cesárea trae consigo el riesgo de cualquier cirugía mayor. De cara al futuro, una cesárea aumenta las posibilidades de complicaciones en un embarazo y parto posterior.

El nacimiento de su bebé no será el que esperaban, les tocará hacer en muy poco tiempo lo que la mayoría de las mamás y papás hacen en toda una vida. Es un momento que recordarán siempre y aunque sea difícil, su nacimiento puede estar lleno del amor y cariño que tienen por su bebé.

El ginecólogo y/o matrona les informarán sobre los métodos de inducción del parto disponibles, qué implica cada uno, el tiempo estimado y las necesidades que cada uno conlleva.

Para aliviar el dolor del parto

Tiene a su disposición las mismas opciones que en cualquier parto. Puede usar la ducha, pelota fitball, bolsa caliente, inyecciones intradérmicas, sedación, óxido nítrico, bañera y analgesia epidural. Para administrarle la analgesia epidural es necesario que el parto esté establecido, con dinámica adecuada y al menos cuatro centímetros de dilatación.

Si lo necesita se podría administrar un tranquilizante, son usados en momentos de shock y pueden aliviar el estado emocional, pero a su vez puede afectar a los recuerdos o capacidad para tomar decisiones, aunque la duración de su efecto se limita a unas horas.

Durante el tiempo que permanezca ingresada lo estará en una habitación de la tercera planta, aunque es posible que pueda ser trasladada al área de Dilatación hasta completar el parto de su hijo/a y el alumbramiento de la placenta. Posteriormente volverá a la misma habitación donde había estado inicialmente y permanecerá allí hasta el momento del alta médica.

Es recomendable que su familia le acompañe en función de sus preferencias, siempre respetando su intimidad y comodidad en estos momentos.

Si lo desea puede solicitar que sea avisado el Capellán del Hospital.

Después del nacimiento

Conocer a mi bebé

En la bienvenida y despedida de su bebé pueden elegir sostenerlo, abrazarlo y poder amarlo y despedirlo como a cualquier ser querido. Incluso pueden vestirlo. La mayoría de las madres y padres que ven y sostienen a su bebé afirman que para ellos ha sido un momento precioso y no se arrepienten de haber conocido a su hijo/a.

Es normal tener miedo a cómo será su bebé, pueden hablar con el equipo sanitario sobre sus dudas. Si hace pocos días sintió a su bebé moverse, lo más probable es que esté



físicamente bien, quizás tenga sus labios un poco más oscuros y alguna zona de su piel se esté descamando un poco. También es posible, como todos los bebés, que nazca cubierto de vórnix blanco y algo de sangre. Muchas veces, el bebé parece simplemente dormido, aunque carece de tono muscular.

Si su bebé tiene entre 12 y 20 semanas su piel será algo más translúcida, pero estará completamente formado. Si ha pasado más tiempo o existe la posibilidad de que tenga alguna malformación pueden pedir a la matrona que lo envuelva en una mantita para ir conociéndolo poco a poco, o incluso que ella vaya describiéndolo.

Pueden estar con su bebé el tiempo que quieran o elegir estar a solas con él/ella. Puede que haya otros miembros de la familia que también quieran conocerlo. Lo importante es que estén las personas con quien quieren estar en este momento.

Crear Recuerdos

Tener recuerdos del bebé es algo muy preciado para los padres. Si el bebé aún no tenía nombre, puede ayudar ponerle uno para respetar su lugar en la familia, aunque es una decisión muy personal y deben elegir qué prefieren hacer.

Pueden guardar su ropita o algún arroyo que tuvieran preparado. Algunos padres guardan un mechón de pelo, la mantita en la que ha estado envuelto, huellas en cartulina o moldes de arcilla de sus manos y pies, la pinza de cordón, la pulsera identificativa del bebé, los recuerdos físicos del embarazo como ecografías, incluso pueden hacer fotografías del bebé, de sus manos, sus pies, etc (los profesionales le ayudarán a tomarlas de forma que transmitan el amor a su bebé).

Si no tienen claro querer hacer fotos puede ser una buena idea pedir a algún familiar o matrona que haga la fotografía, siempre pueden verla más adelante.

ANEXO 11. PLAN DE DUELO PERINATAL

En los casos de muerte fetal o interrupción del embarazo por causa médica, de cara al traslado de información entre el personal de enfermería y los facultativos, está disponible en las Carpetas en Red una plantilla con la información más relevante que debe trasladarse entre profesionales.

Incluirá:

- Semanas de gestación
- Diagnóstico fetal
- Grupo y Rh
- Nombre y apellidos del recién nacido
- Nombre del otro progenitor
- Preferencias de acompañamiento
- Estudio Array
- Deseo de Necropsia
- Disposición del cuerpo
- Desean conocer al bebé
- Desean ritual religioso
- Desean vestir al bebé
- Desean caja de recuerdos
- Manejo de lactancia
- Valorada necesidad de atención psicológica
- Entrega folletos informativos
- Oferta apoyo psicológico
- Información grupos de apoyo y recursos disponibles
- Información sobre derechos laborales

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

17. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Atención psicológica	% de oferta de atención psicológica según protocolo	Diraya	100%
Creación de recuerdos	% de creación de caja de recuerdos en familias que lo deseen	Muestreo	100%

18. BIBLIOGRAFÍA

- Calderer A, Obregón N, Cobo JV, Goberna J. Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas Prof.* 2018; 19(3): e41-e47
- Cassidy PR, Cassidy J, Olza I, Martín A, Jort S, Sánchez D. Informe Umamanita: Encuesta sobre la Calidad de la Atención Sanitaria en Casos de Muerte Intrauterina. 2018
- Gómez Ulla P, Contreras García M. Duelo perinatal. Síntesis. 2021
- González AM. De la desilusión a la esperanza: superando una pérdida gestacional temprana. *Archivos de la Memoria.* 2018; 15: e01503
- Hackett J, Heavy E, Beresford B. Era como un airbag, amortiguaba el golpe: Un estudio cualitativo de varios sitios de las experiencias de los padres afligidos de usar instalaciones de enfriamiento. *Medicina Paliativa.* 2022; 36: 365-374.
- Hospital de Poniente. Protocolo de Atención Integral al Duelo Perinatal en el Hospital de Poniente. El Ejido: Hospital de Poniente. 2021
- Huffman CS, Swanson K, Lynn MR. Measuring the meaning of miscarriage: Revision of the impact of miscarriage scale. *Journal of Nursing Measurement.* 2014; 22(1): 29-45
- Listermark KH, Sormunen T, Radestad I. Perinatal palliative care after a stillbirth-Midwives' experiences of using Cubitus baby. *Women and Birth.* 2020; 33(2): 161-164
- Mansilla M, Pastor S, Labela F. Intervención enfermera en cuidados paliativos perinatales: revisión bibliográfica. *Biblioteca LasCasas.* 2018; 14: e11615
- Norton EA, Mastroyannopoulou K, Rushworth I. Parents experience of using «cold» facilities at a children's hospice after the death of their baby: A qualitative study. *Death Stud.* 2022; 46(6): 1501-1507.
- Paloma O, Pastor S, Vaello A, Romero JM, Bas P, Fernández M, Soldevilla S, Moreno LJ. Guía para la planificación anticipada de los cuidados en la muerte gestacional y vuelta a casa. Universidad de Cádiz. 2023

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Protocolo de Atención a la Pérdida Perinatal

- Pastor S. Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.
- Pastor S, Romero JM, Gálvez M, Paloma O, Carnicer C, Toledano AC. Diagnóstico y estrategias de intervención en el ámbito del cuidado de la pérdida perinatal. *Parainfo Digital*. 2012; 5: 15
- Plantilla para el desarrollo de guías de atención o guías informativas para madres y padres tras una muerte intrauterina. Umamanita.
- Rodríguez MA, Uceira S, Martín M, Rodríguez J. Bancos de Leche Materna y Duelo Perinatal. Hospital da Barbanza. Ribeira. Servizo Galego de Saúde.
- Ruiz Segovia N, Rodríguez Muñoz MF. (29019) Pérdidas en el período perinatal. En: Rodríguez Muñoz, MF (Coord), *Psicología Perinatal. Teoría y Práctica*. Ed. Pirámide.
- Sheehy A, Baird K. A qualitative study of early career Australian midwives' encounters with perinatal grief, loss and trauma. 2022; 35(6): e539-e548
- Wenzel A. Cognitive behavioral therapy for pregnancy loss. *Psychotherapy*. 2017; 54(4): 400-405. Doi: 10.1037/pst0000132.

Autores	Zoraida de la Rosa Várez Marta Martín Pérez M^a Ángeles Hernández Molinero Dr. Puertas Prieto Dra. Valverde Pareja Dra. Carrillo Badillo Dra. Martín Álvarez Dra. Escobosa Sánchez Dra. Juguera Rodríguez Dr. Pacheco Sánchez-la Fuente Dr. Hurtado Suazo Rosa María García Carmona Rocío López Sierra Carmen Escort Millán María Teresa Rivas Castillo		
Fecha elaboración	Noviembre 2024	Vigencia	Noviembre 2027