

Guía de atención no proceso de morte e dón xestacional e perinatal



GUÍA DE ATENCIÓN NO PROCESO DE MORTE E DÓ XESTACIONAL E PERINATAL

GRUPO DE TRABALLO

Rocío Basanta Matos

Psicóloga Clínica. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Marta Conde García

Matrona. Área sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza.

José Luis Fernández Trisac

FEA de Neonatoloxía. Área sanitaria de A Coruña e Cee.

Laura González Rodríguez

FEA de Obstetricia e Xinecoloxía. Área Sanitaria de Vigo.

Gabriela Marcelina Klepsh Rotondaro

FEA de Psiquiatría. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Verónica Míguez Vázquez

FEA de Obstetricia e Xinecoloxía. Área sanitaria de Ferrol.

Agustina Celsa Otero Mosquera

Traballadora Social. Área sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza.

Patricia Peñas Silva

FEA de Obstetricia e Xinecoloxía. Área sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza.

Sonia Uceira Rey

Matrona. Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Lucía Vilela Castro

Médica de familia. Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Mª Sinda Blanco Lobeiras

Subdirectora xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Mª Teresa Rey Liste

Xefa do Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria.

Mª Blanca Cimadevila Álvarez

Xefa do Servizo de Integración Asistencial. Subdirección Xeral de Xestión Asistencial e Innovación.

Mª Dolores Martínez Romero

Técnica. Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria.

Mª Luisa Peleteiro Pensado

Técnica. Servizo de Saúde Mental. Subdirección Xeral de Atención Primaria.

O equipo de traballo elaborou esta guía de recomendacións transversais, co fin de orientar os/as profesionais que acompañan nun proceso de morte e dó xestacional e perinatal.

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2020

Deseño e maquetación: KRISSOLA DESEÑO, S.L.U

GUÍA DE ATENCIÓN NO PROCESO DE MORTE E DÓ XESTACIONAL E PERINATAL

GUÍA DE ATENCIÓN NO PROCESO DE MORTE E DÓ XESTACIONAL E PERINATAL

ÍNDICE

MODO DE NAVEGACIÓN

Un **clik no capítulo** do
índice **enlaza coa páxina**
correspondente

GUÍA DE ATENCIÓN NO PROCESO DE MORTE E DÓ XESTACIONAL E PERINATAL



Un **clik no pé de páxina** enlaza co **índice**

	Abreviaturas	5
1	Introdución	6
2	Obxectivos	9
3	Definicións	10
4	Ámbito de aplicación	11
5	Difusión e implantación	11
6	Diagnóstico de sospeita e confirmación diagnóstica	12
7	Como comunicar a morte xestacional ou perinatal	13
8	Algoritmo de actuación	22
9	Información para a toma de decisións	23
10	Admisión e ingreso	25
11	Abordaxe terapéutica segundo a idade xestacional	27
12	Parto	30
13	Puerperio	33
14	Lactación	35
15	Alta hospitalaria	38
16	Seguimento en atención primaria	39
17	Seguimento e criterios de derivación á unidade de saúde mental	41
18	Etapas e tarefas do dó	44
19	Apoio emocional ante a morte xestacional/perinatal	47
20	Creación de recordos	50
21	Apoio emocional a profesionais que prestan coidados no dó perinatal	51
22	Anexos	52
	a.1 Expresións inadecuadas	53
	a.2 Presentación do/da neonato/a falecido/a	54
	a.3 Xeración de recordos físicos/tanxibles	56
	Proposta de modelo para a autorización de realizar fotografías	59
	Datos relacionados co nacemento	60
	a.4 Bancos de leite de Galicia	61
	a.5 Escalas de cribado de depresión posnatal e de dó perinatal	62
	a.6 Trámites burocráticos e legais	66
	a.7 Prestacións por nacemento e coidado de menor	75
	a.8 Recursos de apoio en dó perinatal	78
23	Bibliografía	79

ABREVIATURAS

AET

Adecuación do esforzo terapéutico

BOE

Boletín Oficial do Estado

DOG

Diario Oficial de Galicia

EDPS

Escala de depresión posparto de Edimburgo

INE

Instituto Nacional de Estadística

OMS

Organización Mundial da Saúde

A morte dun fillo ou dunha filla durante o embarazo, o parto ou as primeiras semanas posparto, non é un feito habitual, pero si que é unha situación que require unha especial atención, tanto pola súa intensidade como pola complexidade da mesma. Esta situación provoca un forte impacto emocional dende o momento no que a muller e a súa parella, se é o caso, reciben a noticia e, polo tanto, precisa dun especial coidado por parte dos/das profesionais da saúde.

A elaboración do dó, en xeral, non só o producido tras un falecemento, é inherente á nosa existencia, sendo un feito natural ter que afrontalo e aprender a vivir con el¹. O dó libera respostas que poden ser consideradas naturais e saudables, que afectan ás esferas física, emocional, intelectual, relacional, comportamental e espiritual², e que son diferentes dunha persoa a outra. Son experiencias únicas a nivel persoal, intersubxectivo e intercultural, baseadas nunha biografía e personalidade previa e teñen lugar en determinadas circunstancias e nun momento social e cultural que condiciona o proceso e a súa expresión¹.

No caso do dó perinatal fálase de **dó desautorizado**³ porque adoita ser deslexitimado pola contorna desta persoa e/ou pola sociedade, que lle restan valor e poden dificultar as súas manifestacións. A persoa en dó deixa, así, de recibir apoio ou recoñecemento por parte dos demais, o que coarta o desenvolvemento “normal” do seu proceso de dó, ao ter que vivilo en maior soidade.

Ata hai pouco, o falecemento dun recentemente nado ou nada no medio hospitalario, abordábase, nalgúns casos, empregando unha comunicación verbal concisa e unidireccional, coa recomendación de non ver ao fillo ou filla para evitar sufrimento á muller e á súa parella,

se é o caso, expresións do tipo: “sodes novos e podedes ter máis”, “aínda non iniciara a vida”, “superarédelo”. Estas actitudes, lonxe de axudar, empeoran o proceso. [ANEXO 1](#)

O dó require unha atención coidada, especializada e individualizada, co obxectivo principal de facilitar o proceso de adaptación e evitar complicacións

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DA MORTE E DO DÓ PERINATAL

Segundo a Organización Mundial da Saúde (OMS), a morte perinatal é a morte dun feto ou un neonato durante o período comprendido entre as 22 semanas de xestación e os sete días posteriores ao nacemento. En calquera caso, temos que ter en conta que a morte do/da bebé, xa sexa recentemente nado/a ou en fase fetal en calquera semana, non só é a morte desa persoa, tamén é a morte de ilusións do fillo ou filla proxectados, da oportunidade de ser pais e nais, de adquirir ese rol materno ou paterno, dun proxecto de futuro, e, debido á nosa cultura e ás crenzas establecidas, tamén a perda do dereito para mencionar a esa criatura en segundo que situacións ou ambientes.

Non existe correlación directa entre a intensidade do dó e a duración do embarazo ou o grao de contacto co/coa neonato/a. Neste sentido, os abortos e as mortes fetais adoitan asociarse a sentimentos de fracaso na xestante, mentres que nas mortes neonatais parece estar máis presente o sentimento de ira⁴.

Á hora de dar cifras sobre a mortalidade perinatal constátase a existencia dun infrarrexistro de mortes fetais e neonatais, especialmente no caso de falecementos entre as 22 e 27 semanas de xestación, isto dificulta o estudo epidemiolóxico das causas de mortalidade. Os datos do Instituto Nacional de Estatística (INE) obtéñense a partir do Rexistro Civil de falecementos, que é obrigatorio no caso de falecementos de 180 días ou máis de xestación, polo que existe unha gran dificultade para obter información sobre falecementos de menos de 180 días.

Tendo isto en conta, os datos publicados polo INE amosan unha mortalidade perinatal no 2018 en España de 4,20 por cada 1.000 nados vivos (4,22 en homes e 4,17 en mulleres) e de 4,28 mortes perinatais por cada 1.000 nados vivos en Galicia (5,02 en homes e 3,49 en mulleres).

O/A PROFESIONAL DA SAÚDE SANITARIO ANTE A MORTE PERINATAL

A morte perinatal provoca un grande impacto emocional non só nas nais e pais senón tamén nos/nas profesionais involucrados/as na atención a esta situación, o que pode influír nos coidados prestados^{5,6}.

Proporcionar unha atención que permita á muller e á súa parella, se é o caso, familiares e persoas achegadas a elaboración dun dó saudable supón un gran reto, pois en ocasións as crenzas persoais son as que guían as actuacións dos profesionais por enriba da evidencia e do desexo daqueles⁶.

Os/as profesionais teñen a capacidade de facilitar a elaboración dun dó saudable cunha serie de coidados humanizados destinados, por unha banda, a recoñecer e validar a morte, lexitimando reaccións e sentimentos de morte das parellas e, doutra banda, a promover o empoderamento da muller e a súa parella, se é o caso, a través dun espazo común no que participen máis activamente e tomen as súas propias decisións de maneira informada⁷.

Son poucos os centros sanitarios que dispoñen de pautas de actuación en casos de mortes perinatais, polo que existe unha importante variedade de enfoques e abordaxes desta situación dun centro a outro⁸. Para reducir a variabilidade e para non deixar que as opinións e crenzas sexan as que ditaminen o que se vai realizar e o que se vai omitir, é preciso dispoñer de documentos que avalen e reforcen as accións do/da profesional da saúde. Este é o propósito deste documento.

- Homoxeneizar a atención profesional no caso dunha morte xestacional ou perinatal.
- Proporcionar ferramentas útiles aos/ás profesionais involucrados/as na atención no proceso de morte xestacional ou perinatal que lles permitan orientar os coidados ás necesidades de cada muller, parella se é o caso, ou da súa familia.
- Proporcionar información e unha atención máis humanizada que favoreza un ambiente afectivo empático para axudar á muller, parella se é o caso e familia a aceptar a realidade da morte e facilitar a elaboración do dó.
- Potenciar a autonomía da muller na toma de decisións, ofrecendo unha información veraz e de calidade acerca das opcións terapéuticas, xestións a realizar, documentación que cumprimentar, seguimento posterior á alta hospitalaria, etc.
- Planificar a adecuación do esforzo terapéutico de forma compartida e anticipada no caso de situacións nas que o desenlace esperado sexa o falecemento da criatura.
- Facilitar a continuidade de coidados entre o persoal de atención primaria e hospitalaria.
- Previr os trastornos derivados dos dós patolóxicos e crónicos ou, se estes se establecen, darlle o soporte oportuno.

Dende un punto de vista conceptual, e á vista dos resultados perinatais e neonatais, na actualidade, parece máis adecuado clasificar a morte perinatal en función do momento no que se produce, evitando facelo con base ao peso fetal, xa que actualmente a supervivencia ao nacer en nenos/as de menos de 500 gramos é cada vez máis frecuente.

Nesta guía asúmiranse as seguintes definicións:

MORTE FETAL^{i,9}

Para a OMS¹⁰ e a Federación Internacional de Xinecoloxía e Obstetricia (FIGO), a morte fetal é a que acontece con anterioridade á expulsión ou á extracción completa do produto da concepción, con independencia da idade xestacional, se despois de dita separación o feto non respira nin ten latexo cardíaco.

MORTE FETAL TEMPERÁ OU ABORTO

A que ocorre antes das 22 semanas completas de xestación.

MORTE FETAL TARDÍA

A que ocorre despois das 28 semanas completas de xestación.

MORTE FETAL INTERMEDIA

A que ocorre entre 22 e 28 semanas de xestación.

MORTE NEONATAL

A que acontece nos primeiros 28 días de vida.

MORTE PERINATAL

A que ocorre entre as 22 semanas de xestación e os 7 primeiros días de vida.

i . Nota: é importante ser conscientes de que cando se fala do/da bebé e se explican procedementos médicos aos proxenitores ou ás súas familias, unha falta de sensibilidade coa linguaxe ou o uso de terminoloxía demasiado técnica pode aumentar a súa angustia e ansiedade. Por exemplo, o uso da palabra “feto”, aínda que é normal e correcta nun contexto médico, adoita ser ofensiva para as mulleres e as súas parellas porque lles parece que despersonaliza ao seu/súa fillo/a.

4 ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía vai dirixida aos/ás profesionais sanitarios e non sanitarios do Servizo Galego de Saúde, co fin de mellorar a calidade da atención ás mulleres (xestantes ou puérperas), ás súas parellas se é o caso, familia e persoas achegadas, ante unha situación de morte dun fillo ou filla, xa sexa unha morte xestacional, perinatal ou neonatal, no momento de recibir a mala noticia, durante a atención ao embarazo, parto, puerperio inmediato así coma no seguimento puerperal posterior.

5 DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN

A difusión desta guía entre todo o persoal implicado, así como a implantación da mesma, serán tarefas a desenvolver nas propias Áreas sanitarias.

Esta guía está dispoñible en soporte electrónico no catálogo de publicacións da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde, así como na intranet e na extranet corporativas.

Cada área sanitaria debe contar cun documento que complemente a este, adaptado ás súas propias características, no que se recollan os circuítos e responsabilidades de cada profesional durante o proceso asistencial de morte e dó xestacional e perinatal.

Tanto na atención primaria como na hospitalaria os escenarios nos que se pode realizar un diagnóstico de morte xestacional ou neonatal son moitos e variados:



CONSULTA PRENATAL
DE ATENCIÓN PRIMARIA
OU HOSPITALARIA

URXENCIAS DE
ATENCIÓN PRIMARIA
OU HOSPITALARIA

PARITORIO

UNIDADE DE
NEONATOLOXÍA TRAS
O NACEMENTO

Nos casos nos que a sospeita de morte fetal se realice en atención primaria, dende o centro de saúde derivarase á muller ao hospital e considerando que a muller vaise desprazar nunhas circunstancias angustiosas, débese **procurar que vaia sempre acompañada**.

É adecuado que o diagnóstico/confirmación diagnóstica e a comunicación da nova sexan realizados por profesionais da saúde con destrezas na comunicación de malas novas e nun ambiente privado e íntimo.

"Mala nova sería calquera información que altera drasticamente
a visión que ten o/a paciente sobre o futuro"
BUCKMAN

"O mellor acompañamento non vai eliminar a dor, pero non vai engadir máis dor"
ANGELS CLARAMOUNT

O intercambio de información que supón toda **comunicación**, sen dúbida cobra especial interese ante determinadas circunstancias, como é o caso da detección de graves patoloxías prenatais ou da morte xestacional ou perinatal. O proceso de comunicación nestes casos ten elementos comúns coa comunicación xeral, pero con particularidades en función dos diferentes escenarios citados, e de se nos encontramos ante unha morte xestacional precoz, un diagnóstico de morte fetal ou unha morte acontecida tras o nacemento.

É importante a **contorna** na que se vai desenvolver este momento. Hai que tratar de facelo nun lugar onde se poida ofrecer á muller e á súa parella, se é o caso, **intimidade e tranquilidade**, un espazo privado onde ninguén os moleste, e onde poidan seguir expresando as súas emocións e as reaccións iniciais que a noticia poida xerar, e no que poidan permanecer o tempo que necesiten nestes primeiros instantes. Descartarase a posibilidade de que se produzan interrupcións (evitar corredores ou habitacións compartidas).

Sería desexable que no momento de dar a noticia estivera **algún/algunha profesional máis** que o/a que a vai dar, para que se sinta apoiado/a.

Cando falamos de formación en comunicación de malas noticias, un referente é Buckman. Algunhas das súas propostas reflíctense na seguinte táboa:

ASPECTOS
CLAVE PARA A
COMUNICACIÓN
DE MALAS NOVAS

- Contorna física adecuada: espazo tranquilo e privado
- Sempre acompañadas.
- Información veraz e linguaxe adecuada. Ser claros/as.
- Mostrar respecto e pesar pola morte.
- Responder aos sentimentos expresados; manter a calma nas situacións de grande tensión emocional. Pode pasar que nos culpen polo falecemento do seu bebé.
- Escoita activa: permitir que falen, asertividade, parafrasear o que di, utilizar palabras de reforzo ou resumir.
- Repetir a información as veces que sexa necesario.
- Dar tempo: non hai presa.
- Planificar de maneira anticipada e compartida.

Cando a morte non acontecera aínda, pero sexa probable, como **nos casos de malformacións incompatibles coa vida extrauterina**, é importante avisar ao servizo de neonatoloxía/ pediatría, para que se reúnan e informen a muller así como, se esta o desexa, a persoa acompañante elixida pola xestante.

No caso de que estea soa, ofrecer a posibilidade de avisar alguén que a acompañe e lle preste apoio emocional. Uns minutos dedicados ás persoas para establecer unha relación de confianza non só farán que a experiencia sexa menos traumática, senón que tamén aumentarán as súas posibilidades de asimilar e dar sentido á información que se lles proporcione¹¹.

Débese informar canto antes de que algo non vai ben. O momento no que a nai e a súa parella, se é o caso, reciben a noticia queda

firmemente gravado na súa memoria. Unha comunicación e interacción adecuada e respectuosa son claves para axudar a diminuír a ansiedade e o medo ante a mala noticia. A actitude dos/das profesionais vai repercutir de maneira profunda na evolución do dó e na posibilidade de tomar decisións baseadas nunha correcta información.

Unha vez **confirmado o diagnóstico**, a información debe ser clara e facilmente comprensible, amosando unha actitude sensible e empática. Débese acompañar á muller e a súa parella ou persoa que ela elixa, o tempo que precisen despois de recibir a noticia.

Normalmente, a reacción inmediata á noticia é un estado de shock. **A información aportada nos primeiros momentos tras o diagnóstico moi probablemente vai ter que ser repetida en ocasións posteriores**, cando comece a remitir o shock inicial da nova. O 70% do que se diga despois de comunicada a morte do bebé xa non é procesado, polo que **nun primeiro momento non se dará excesiva información, só a que sexa indispensable**.

Transmitirlle á muller **empatía**, que se prioriza a súa atención e se garante o acompañamento por quen ela decida, vaille axudar a comenzar a entender o acontecido e a sentir que ten control sobre a situación. A forma na que se lles proporciona a información resulta tan determinante que inflúe no seu estado emocional, polo que a forma de transmitirla debe ser considerada como unha intervención preventiva, que vai ter unha repercusión no futuro.

A actitude cando comunicamos contén a 90% da mensaxe: a linguaxe corporal, o contacto visual, o ton da voz, a postura e expresión facial, os silencios. Unha **escoita activa** permítenos descubrir as necesidades e inquedanzas desa muller e amosan que lle estamos prestando toda a atención. **Mostrarase coherencia entre a linguaxe verbal (o que se di) e a non verbal (ton e xestos que se utilizan)**.

Ás veces o **silencio** vale máis que moitas frases que á larga poden ter un impacto emocional desfavorable. Ás veces dicir “**síntoo**” é máis que suficiente. Se pensamos que vai ser ben recibido, e sáenos facelo,

realizar un **contacto físico apropiado** pode ser reconfortante, como tocarlle un ombreiro ou a man.

Responder as súas preguntas e inquietudes. Ter disposición a **repetir a información** as veces que sexan necesarias, tendo en conta que en situacións de shock emocional resulta difícil asumir e recordar a información recibida. É importante **dar tempo** para entender e asumir a situación.

Ofrecer unha información adaptada á idade xestacional ou momento no que acontece o falecemento, xa que varía o procedemento clínico a seguir, os estudos para descubrir a causa da morte ou os trámites burocráticos a realizar.

Un aspecto importante a ter en conta é a necesidade de **formación en comunicación de malas novas** por parte dos/das profesionais da saúde en contacto con mulleres embarazadas ou puérperas.

O/a profesional da saúde involucrado/a nestas situacións poderá atopar unha enorme gratificación en ofrecer unha **presenza terapéutica eficaz** nun momento de máxima necesidade da muller e a súa contorna.

En ocasións, os profesionais deberán enfrontarse á transmisión da noticia dunha morte xestacional ou do falecemento dun neno ou nena no paritorio ou na unidade neonatal. A esta circunstancia pódese chegar por múltiples vías e é fácil de entender, que a empatía ou a confianza coa nai e a súa parella, se é o caso, non será a mesma no caso dun/dunha paciente que levaba semanas ingresado/a cun problema de saúde serio, que no caso de que faleza de forma inesperada tras o seu nacemento ou do coñecemento por parte dunha muller e da súa parella se é o caso, dunha morte fetal antes de acontecer o parto. En cada caso teremos que **abordar a información de maneira individualizada**, pero salientaranse tamén algúns aspectos que son comúns no falecemento dun/dunha recentemente nado/a.

O primeiro que se terá que falar é da condición que desembocou na situación á que se enfrontan: morte xestacional ou falecemento do recentemente nado/a.

No caso de nenos ou nenas que poden levar días ou semanas **ingresados en coidados intensivos neonatais**, unha estratexia proposta é iniciar a conversación cun resumo da súa traxectoria durante o ingreso, das opcións que se foron expoñendo para solucionar os seus problemas e do resultado e complicacións xurdidas coas mesmas.

Máis difícil resulta establecer a comunicación cunha muller e cunha parella, se é o caso, que perderon ao seu fillo ou filla **de maneira fulminante e moitas veces inesperada**.

Tanto na primeira situación, na que pode ser máis sinxela a maneira de iniciar o proceso xa que se trata dunha familia xa coñecida, con moitas xornadas previas de información sobre o curso evolutivo do seu fillo ou filla, como nas situacións máis abruptas e inesperadas, o fin último da nosa comunicación vai máis aló de transmitir unha noticia, débese proporcionar consolo, acompañalos no seu dó e facilitar o mellor benestar ante un feito vital destas características.

Unha vez que se vexa que están de novo en disposición de escoitar, podemos explicarlles como vai ser o proceso de atención: cando, onde, como e quen vai acompañarlles nel, proporcionando información a unha velocidade e nunha linguaxe que sexa comprensible.



EN TODOS OS CASOS

- Presentarse.
- Proporcionar espazo tranquilo e íntimo.
- Favorecer o acompañamento pola persoa que a muller desexe.
- Facer partícipe do diagnóstico a parella, se é o caso, e proporcionarlle tamén atención no proceso de dó.
- Información veraz, linguaxe clara e adecuada. Evitar terminoloxía científica.
- Informar canto antes da sospeita e en canto se confirme o falecemento (non demorar).
- Só información indispensable. “Sinto comunicarvos que o/a voso/a bebé morreu”.
- Mostrar respecto.
- Manter a calma.
- escoitar activamente.
- Repetir a información e dar tempo para que sexa asimilada.
- Se non é unha situación de urxencia vital materna, deixar pasar un tempo antes de emprender calquera actuación.
- Proporcionar un tempo a soas á muller e a súa parella se é o caso, familia e/ou persoas achegadas para que poidan “procesar a información”.
- “Manter a calma no caso de que a nai e a súa parella, se é o caso, culpabilicen aos/ás profesionais do falecemento do/da seu/súa bebé” ¹².

Reaccións emocionais da familia

A PARELLA

A parella, na maioría dos casos un home, tamén pasa por un proceso de dó pola morte do/da seu/súa fillo/a como no caso da nai. Para a parella o primeiro contacto co/coa bebé prodúcese no momento do nacemento (sen vida), ten a sensación de converterse en pai no mesmo momento que se converte en doente. O rol de pai leva consigo ser o interlocutor coas persoas achegadas e implica que intente protexer a súa parella. A expresión emocional do dó no caso do pai está influenciada pola socialización e o rol de xénero. Polo tanto, débese prestar atención tamén á parella da muller que vive a perda dun/dunha fillo/a e non engadir máis sufrimento.

As reaccións á dor dentro dunha parella poden ser moi diferentes, xa que a mesma situación adoita vivirse dun xeito diferente.

Ás veces pode que alguén queira esquecer, “pasar páxina” rápido ou tratar de vivir como se nada pasase. En ocasións é necesaria axuda.

Posto que ambas persoas teñen o seu propio ritmo e xeito de afrontamento, poden xurdir conflitos dentro da parella,¹³ que, nalgúns casos, requiran axuda terapéutica.

IRMÁNS E IRMÁS

Os pais e nais, angustiados no seu dó, non se dan conta dos efectos da morte intraútero ou neonatal no outro fillo ou filla. É importante integralos no proceso de dó.

A reacción dos irmáns ou irmás, dependerá da súa idade, sexo, personalidade, lugar na fraternidade e tamén da cultura e/ou a relixión da familia. Sen dúbida, captarán a tristeza e o desgusto da súa nai e do seu pai ou parella, que tamén producirá neles/nelas un pesar ou medo, con manifestacións segundo a súa etapa evolutiva. Os cambios máis comúns son alteracións nos patróns de sono, mala interacción

social, regresión no control de esfínteres e cambios nos patróns de alimentación⁴.

A nai e a súa parella, se é o caso, tamén terán que enfrontarse á tarefa de informarlles ao nivel que poidan entender, o fundamental é que comuniquen aos seus outros fillos e fillas o sucedido, como parte que son da familia. A explicación debe ser acorde coa etapa do desenvolvemento na que se atope o/a neno/a. Non se deben usar frases como “durmiuse”, ou “foise” ou “Deus levouno”, pois provocan temor ao durmir, odio ou resentimento innecesarios. Este aspecto depende do grupo sociocultural e relixioso ao que pertence a familia^{4,14}. O diálogo honesto, ademais de axudar ao neno ou nena coas súas dúbidas, fortalece o vínculo emocional entre a nai, a súa parella se é o caso, e os fillos e fillas.

AVÓS E AVOAS

Os netos e netas axudan aos avós e avoas a fortalecer os vínculos cos seus fillos e fillas, polo que unha morte perinatal failles sufrir dobremente: polo neto ou neta perdido/a e polo fillo/a en dó. Poden aparecer desexos de substituír ao neto/a perdido/a, ao que ven como unha vida desperdiciada fronte á súa, xa vivida. Os avós e avoas non poden tomar decisións polos seus fillos ou fillas sen a súa autorización expresa, aínda que poden axudar noutras tarefas e no coidado dos outros netos e netas¹³.



ACTITUDES A FOMENTAR

- Manexar a comunicación como algo bidireccional.
- Respetar as decisións da muller.
- Deixar aberta a porta a volver a informar.
- Aportar esperanza ante incerteza manifesta.
- Ter en conta que todo comportamento asume un valor na comunicación (a actitude, cada xesto, cada silencio, cada palabra ou frase).

ERROS A EVITAR

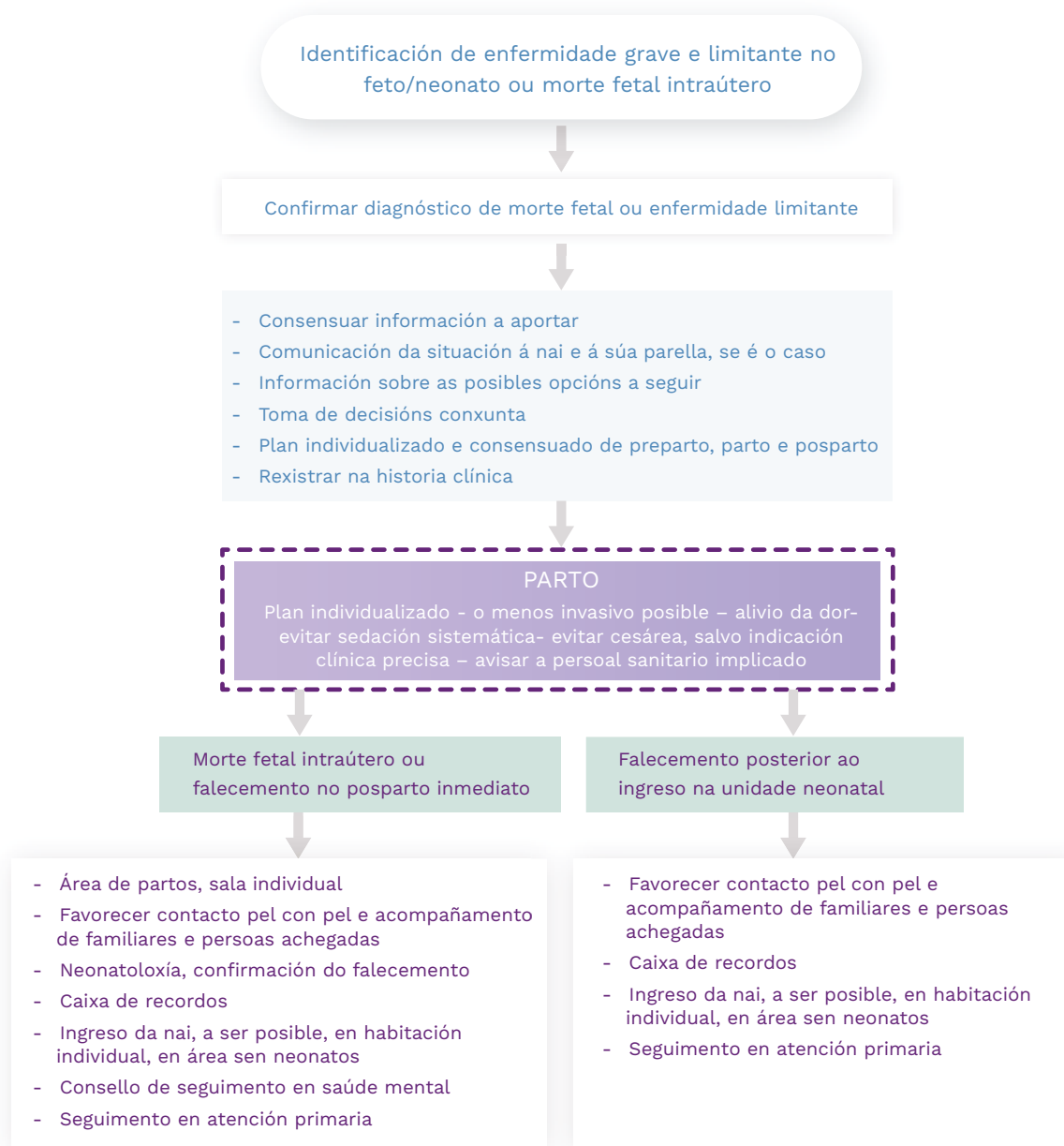
- Manexar a información como algo unidireccional.
- Esquecer á parella como parte activa no proceso.
- Adoptar un rol paternalista sen permitir á xestante expresar a súa autonomía.
- Evitar as seguridades prematuras (“seguro que todo vai saír ben”) e categorizar.

CONSIDERACIÓNS FINAIS

- A comunicación de malas noticias sempre será unha parte desagradable, pero necesaria no exercicio da atención sanitaria.
- Debe fomentarse a adquisición de habilidades de comunicación.
- Unha mala noticia ben notificada pode axudar á comprensión, aceptación e conciliación.

O manexo mal orientado do dó na nai pode derivar en enfermidade, nos dous primeiros anos logo da morte do seu fillo ou filla. Ademais pode ocasionar alteracións psicolóxicas, non só na nai e a súa parella, se é o caso, senón tamén noutras persoas da unidade familiar⁴.

Co fin de homoxeneizar o manexo do dó tras unha morte xestacional ou perinatal, propónse o seguinte algoritmo de actuación.



No contexto dunha morte xestacional, nais e pais adoitan estar desorientados e sen o coñecemento adecuado para tomar a mellor decisión para eles. Polo tanto, buscan sinais e pautas nos/nas profesionais sobre o que é socialmente aceptable ou mesmo esperado.

Naquelas situacións onde a **planificación anticipada** sexa posible, debemos ofrecerlles a oportunidade de planificar o proceso e ter en conta como lles gustaría manexalo, deixando constancia por escrito na súa historia clínica. O respecto na toma de decisións por parte da muller e no seu caso da parella, debe basearse nunha **comunicación xenuína e bidireccional** entre as persoas afectadas polo proceso de morte xestacional ou perinatal e o equipo de profesionais mediante unha coidadosa comunicación da información. Dado que se trata de moita información, será necesario falar do tema en máis dunha ocasión de forma que teñan tempo de asimilala sen que se sintan presionados.

Información a aportar

- **Antes do parto:** procedemento clínico a seguir e as alternativas dispoñibles, beneficios do parto vaxinal fronte á cesárea, xustificación da non indicación de sedación, diferentes métodos de alivio da dor, tanto farmacolóxicos como non farmacolóxicos.
- **Durante o parto:** os puntos coinciden co Plan de parto e nacemento de bebé vivo/a, polo que seguiranse as pautas recollidas neste: acompañamento (sendo máis flexibles na posibilidade de que entre algún familiar), liberdade de movementos, alivio da dor, lugar onde se vai producir, etc.

- **Nacemento:** beneficios de ver ao/á bebé, tocalo, crear recordos, estar co/coa bebé o tempo e ás veces que o desexen, presentalo/a ás persoas achegadas (incluídos fillos e fillas menores de idade), acompañamento, realización dalgún acto relixioso/espiritual que desexen...
- **Despois do nacemento:** opcións do destino do corpo do bebé, necropsia, lactación ou a súa inhibición, recursos dispoñibles a nivel de atención hospitalaria e primaria e outros recursos comunitarios (asociacións e grupos de apoio), prestacións por nacemento e coidado de menor, consulta con especialista en saúde mental se precisa e posibilidade de contactar con traballo social para que lles axuden cos trámites burocráticos (inscrición no rexistro civil, libro de familia), etc.



Entre o diagnóstico e o comenzo da indución do parto, é importante dar tempo para **facilitar a toma de decisións** desde o principio de autonomía mediante a **planificación** coidadosa, compartida e anticipada, especialmente naqueles casos nos que a situación clínica da muller o permita e tendo en conta os valores de cada muller e no seu caso, da parella.

Ante a presenza de factores de risco ou signos de alarma (rotura de membranas, datos de infección da nai, desprendemento de placenta, datos analíticos de alteración da coagulación...), o ingreso farase inmediatamente despois do diagnóstico.

No momento da **acollida inicial**, o equipo profesional implicado na atención sanitaria e coidado da nai, presentarase polo nome e cargo tanto á nai como á súa parella, se é o caso. Debemos ter en conta que hoxe en día hai mulleres que toman a decisión de ser nais e non teñen parella ou aqueles casos nos que a muller sofre unha situación de violencia de xénero e decide estar soa ou acompañada por outra persoa da súa confianza que non sexa a súa parella. Unha vez realizado o ingreso, o/a profesional da saúde acompañará á nai a unha habitación afastada do resto de xestantes, a ser posible individual, onde poida estar soa ou acompañada das persoas de confianza que a muller decida; pero nunca compartindo habitación con xestantes ou púerperas co/coa seu/súa recentemente nado/a vivo/a.

O equipo profesional estará informado de que hai unha muller cun proceso de dó por unha morte xestacional ou perinatal, podendo utilizar algún distintivo no servizo que sexa coñecido por todos/as os/as profesionais (persoal médico, de enfermería, de coidades auxiliares de enfermería, celadores/as, persoal encargado da limpeza...), podendo engadir ao cartel o un texto que avise de que antes de entrar nunha

habitación pregunte a enfermería co fin de que coñecer en que habitación está a nai ingresada.

Evitarase colocar ningún distintivo na porta da habitación co fin de garantir a confidencialidade, privacidade e intimidade da muller e da súa familia evitando así a súa estigmatización. Pódese preguntar á nai se desexa ou non poñer un distintivo dentro da habitación (p.e. no berce, na cama), respectando a súa intimidade e sempre previo consentimento expreso da muller. Similares precaucións deben terse en conta no caso de neonatos/as ingresados/as.





O procedemento de actuación dependerá de cada hospital pero, como norma xeral, nos abortos do primeiro trimestre tenderase á **abordaxe domiciliaria**, deixando o legrado cirúrxico como medida de rescate e facéndoo por aspiración sempre que sexa posible¹⁵. Nos do segundo e terceiro trimestre farase **abordaxe hospitalaria**, asegurando sempre unha boa cobertura analxésica, que estará consensuada co servizo de anestesia do hospital.

No caso de morte no **segundo e terceiro trimestre**, antes de comenzar coa indución é preciso informar dos beneficios do parto por vía vaxinal ^{6,17}, informando nos riscos derivados dunha cesárea e tamén sobre a súa repercusión na fertilidade futura. Procurarase un parto vaxinal independentemente da presentación fetal, incluso tratando de versionar os fetos que estean en situación transversa. Algunhas mulleres manifestan preferir unha cesárea por múltiples razóns (por medo a dor, por acurtar a duración do traballo de parto, pola posibilidade de reanimar á criatura...), é labor dos/as profesionais informarlles adecuadamente e acompañarlles na toma de decisións, especialmente cando insisten en someterse a unha cesárea innecesaria.

Recoméndase que cada área sanitaria dispoña dun procedemento de atención sanitaria ás mortes xestacionais de primeiro, segundo e terceiro trimestre. O devandito documento conterá as alternativas de tratamento baseadas no coñecemento actual dispoñible sobre o tipo de manexo (expectante, farmacolóxico ou cirúrxico), incluíndo o embarazo ectópico, mola hidatiforme, as interrupcións voluntarias/legais do embarazo e as mortes espontáneas.

Coidados paliativos e adecuación do esforzo terapéutico (AET)

Debemos ter en consideración que algunhas situacións cun desenlace final de morte xestacional ou perinatal, previamente pasaron por situacións de coidados paliativos, ás veces durante moito tempo, ou proveñen dunha AETⁱⁱ.

Deben proporcionarse **medidas de apoio** á nai e á súa parella, se é o caso, que deciden seguir coa xestación a pesar dun diagnóstico prenatal que indica que o/a seu/súa bebé presenta unha enfermidade ou alteración limitante coa vida. Inclúe os coidados paliativos e os coidados no caso de morte e dó perinatal.

Nalgúns casos, determinados/as recentemente nados/as, pola patoloxía que presentan ou polas propias circunstancias do seu nacemento, poderán ter unha situación clínica extremadamente grave. Débese determinar (de acordo coa súa nai e parella, se é o caso) a conveniencia ou non de instaurar medidas de soporte vital, ou incluso, se xa se iniciaron, de retiralas no caso de que un tratamento cumpra criterios de futilidade.

En caso de ser preciso, pódese consultar co Comité de Ética Asistencial da área sanitaria, que, como órgano multidisciplinar de consulta e apoio para profesionais e familias en caso de conflito de valores, farán unha análise do caso e asesoramento na resolución dos conflitos éticos que poidan xurdir, mellorando a dimensión ética da práctica clínica e a calidade da asistencia sanitaria.

A **adecuación do esforzo terapéutico** forma parte dos coidados paliativos e non se debe percibir como abandono do/da paciente polo que se debe facer un esforzo para que a familia así o entenda.

Como se trata dunha decisión tremendamente difícil en ocasións, entre profesionais e a nai e a súa parella, se é o caso, do/da neno/a chégase

ii. Adecuación do esforzo terapéutico: é a decisión deliberada ou meditada do/da médico/a responsable do/da paciente, que consiste en non establecer ou retirar medidas terapéuticas que non proporcionarán un beneficio claro cando se percibe unha desproporción entre os fins e os medios terapéuticos (entre ambas formas de facelo, retirar ou non establecer, existe equivalencia moral). Permite que a enfermidade continúe o seu curso evolutivo que leva inexorablemente á morte da persoa. Non é unha decisión facultativa, senón unha obriga moral e normativa dos profesionais. Tomado de: Garrido Sanjuán JA. Los cuidados al final de la vida: documento de recomendaciones. Una aportación desde la bioética a la calidad de la atención sanitaria en Galicia. Galicia Clin. 2013; 74 (2): 51-7.

a un “acordo” que se coñece como “intento terapéutico limitado no tempo”, que permite ás partes un pouco de tempo para asimilar o acontecido e resolver dúbidas. Consiste en iniciar unha terapia co compromiso expreso de retirala se se comproba a súa futilidade.

A adecuación do esforzo terapéutico, considerada como boa práctica, será unha **decisión compartida** entre o equipo de profesionais da saúde que atenden a ese/esa bebé e á nai e á parella, se é o caso. O equipo asistencial reunirase coa familia para formularlles a posibilidade de adecuar o esforzo terapéutico. A información debe de ser clara, arroupando á familia e permitindo expresar as súas dúbidas e sentimentos. Débese dar tempo a soas para que asimilen a información e poidan tomar a decisión con calma.

Se non hai acordo ou quedan dúbidas, debemos afondar na información e darlles máis tempo para decidir.

En caso de acordo, procederase a AET coas seguintes **recomendacións**:

- Rexistrar o acordo na historia clínica.
- Ofrecer e animar a que collan ao/á bebé no colo, se así o desexan.
- Asegurar a dignidade do/da paciente e da súa familia.
- Ofrecerlles un espazo privado e tranquilo, sen ruídos, luces ou interrupcións.
- Permitir o acompañamento de familiares, irmáns/ás e persoas achegadas.
- Respetar os rituais espirituais de cada familia.
- Retirar a monitorización, aparatos e tratamentos innecesarios.
- Atender ao confort do/da paciente e administrar os coidados paliativos necesarios.
- Explicar os detalles do proceso, e advertir da posibilidade de apreciar movementos pasivos no/na neonato/a falecido/a.



Parir un fillo/a morto/a, que morre no momento do nacemento ou con alta probabilidade de morrer tras o nacemento é unha situación inmensamente abafadora e desoladora. Informar, promover a participación activa e **respectar a autonomía da muller na toma de decisións**, asóciase a unha maior satisfacción coa atención recibida e a unha mellor evolución do dó¹⁸.

O **parto vaxinal**, mediante manexo expectante ou indución, é o método de elección en casos de morte intrauterinaⁱⁱⁱ. Non se recomenda a cesárea de forma sistemática.

Para moitas mulleres resulta traumático saber que o/a seu/súa bebé está morto/a dentro do seu corpo. Poden sentir medo e incluso preocupación pola súa propia saúde¹⁸. Aínda que soliciten unha cesárea nun primeiro intre, é necesario recoñecer o papel que xoga o medo e o shock tras o diagnóstico na toma de decisións, e por isto é de vital importancia explicarlle os beneficios para a súa saúde do parto vaxinal fronte á cesárea.

Non se recomenda a prescrición de sedantes nin benzodiazepinas na fase aguda do dó para favorecer o sono ou para o control da dor psicolóxica¹⁹, xa que poden interferir coa toma de decisións, a capacidade de actuar e a participación en rituais de contacto e despedida do/da bebé^{18,20,21,22,23}.

En cada centro valorarase o **espazo máis idóneo** no que acontecerá o parto. Débese ter en conta que para moitas mulleres é doloroso estar ouvindo os choros doutros/as recentemente nados/as vivos/as.

iii. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Sociedade Española de Xinecoloxía e Obstetricia (SEGO), The National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Sempre que sexa posible a nai e a súa parella, se é o caso, serán atendidos e apoiados polos/as **mesmos/as profesionais** de maneira continua. É importante que non teñan sensación de abandono²⁴.

O proceso de atención durante o parto é similar ao do parto dun/dunha bebé vivo: liberdade de posición e movementos, ofrecer a posibilidade de analxesia obstétrica e adminístrala o máis precozmente se a muller o desexa, limitar o número de exploracións, asegurar a intimidade e non trasladar á muller a outra sala para o expulsivo, facilitar o acompañamento por parte da persoa que ela decida (permitindo máis dunha persoa, se a muller así o desexa), explicar os procedementos e técnicas que imos realizar...

A monitorización cardíaca fetal non está indicada, en xeral, no caso de que o/a bebé estea vivo/a e se tivese previamente tomada a decisión de adecuación do esforzo terapéutico.

Se non houbo oportunidade de planificar o nacemento previamente, falaremos sobre a posibilidade e os beneficios de ver ao/á neno/a, collelo/a no colo e estar o tempo que precisen xuntos, recoller recordos, facer fotografías, rituais de despedida... **sempre respectando os desexos** da nai, e no seu caso, da súa parella, e permitíndolles que fagan o que sintan ou crean que lles vai facilitar a elaboración do seu proceso de dó. É importante lembrarilles que non teñen que decidilo de inmediato, que poderán tomarse o seu tempo e incluso cambiar de opinión.

ANEXO 2

Se xa tiñan **nome** para o/a seu/súa bebé e así o desexan, pódese utilizar para referirse a el/ela.

Avisar oa/á pediatra ou neonatólogo/a cando se prevea que o/a bebé vai nacer con vida ou morto/a. No caso de que naza con vida o/a pediatra deberá estar presente no momento do nacemento.

Algúns /algunhas bebés cunha esperanza de vida moi limitada sobreviven un tempo impreciso despois de nacer. Cando se teña tomada a decisión de adecuación do esforzo terapéutico, as **medidas de confort e coidados paliativos** realizaranse xunto coa nai e a súa

parella, se é o caso e se así o desexan. Aloxaranse ao/á neno/a e á súa familia nun espazo con ambiente adecuado, limitando o acceso de persoas e minimizando a monitorización²⁵. Ofreceráselles o fillo ou filla recentemente nado/a para que, se así o desexan, o falecemento aconteza nos seus brazos ou en contacto pel con pel. Se non desexaran estar co/coa bebé preguntaráselles se queren que o faga alguén da familia ou persoa achegada e no seu defecto o falecemento acontecerá co acompañamento dos/das profesionais²⁶.

Se non se trataron os temas administrativos ao inicio do traballo de parto, recoméndase esperar ata despois do mesmo e do contacto *post mortem* para facelo, excepto que a muller demande esa información en calquera momento¹⁸.



Durante o puerperio inmediato no caso dun/dunha neonato/a morto/a, a nai e a súa parella, se é o caso, permanecerán na mesma habitación onde se produciu a dilatación. Un apoio inicial, adecuado e sinxelo por parte do persoal neste momento consiste en establecer unha comunicación honesta e empática²⁷.

É apropiado facilitar, e non forzar, ás nais, pais, outros familiares ou persoas achegadas autorizadas, que permanezan co/coa recentemente nado/a o tempo que precisen. Se así o desexan, antes vestirse coa roupa do hospital ou coa roupa que trouxeran da casa. Respectarase tamén a decisión de non velo/a despois de informarlles que velo/a adoita facilitar a elaboración do dó. Nese caso pódese ofrecer telo/a no colo cuberto cunha manta²⁸. Tamén pode ser que autoricen a outra persoa achegada para que o/a vexa no seu lugar.

ANEXO 2

Tamén se ofrecerá a posibilidade de realizar fotografías ou obter as pegadas das mans ou pes ou outros **recordos**²⁹.

ANEXO 3

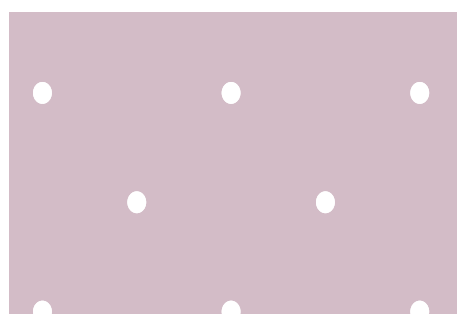
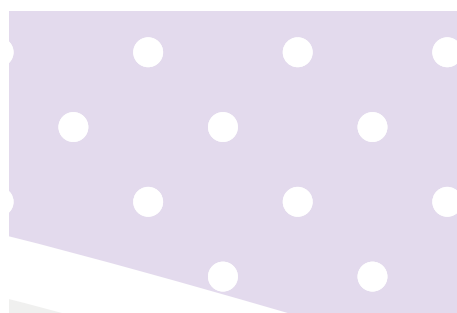
Os **coidados puerperais** durante esta etapa non difiren do puerperio normal (analxesia, vixilancia da evolución da sutura perineal se a houbese ou da ferida de cesárea, asesoramento sobre a lactoxénese, educación sobre coidados no puerperio...), pero ofreceráselle **soporte emocional** tanto á muller como á súa parella se é o caso e familia, para favorecer unha correcta elaboración do dó, ofertando unha consulta en saúde mental.

A muller ingresará preferiblemente nunha unidade de hospitalización onde non haxa recentemente nados, se é posible nunha habitación individual.

Se aínda non se lle ofrecera a posibilidade de ver ao/á recentemente nado/a, ou non quixo nun primeiro momento, facilitarlle que o vexa en calquera momento durante todo o tempo no que estea hospitalizada.

No caso de **hospitais comarcais** onde o/a recentemente nado/a teña que ser trasladado ao hospital de referencia para realizar a autopsia, non se procederá ao traslado mentres a muller puérpera estea ingresada.

Por último sinalar que durante o puerperio hospitalario, algunha muller pode ter ao seu fillo ou filla ingresado/a en neonatos, nunha situación crítica, na que se prevea a morte do neno ou nena durante o puerperio.



Temos que informar á muller de que a partir das 16 semanas de xestación (en algúns casos aínda con menos semanas), pode producir leite tras unha morte fetal. Tras a expulsión da placenta a proxesterona no sangue da nai baixa progresivamente e suprímese a acción inhibidora que esta hormona ten sobre a síntese do leite, iniciándose así a **secreción láctea ás 30-40 horas da eliminación da placenta**^{30,31}.

A produción láctea será maior aos 3-5 días tras o parto³².

O/a profesional da saúde ofrecerá o seu apoio na decisión que adopte a muller de forma libre e informada, ofrecéndolle un seguimento na consulta se o desexa, en especial se elixe algunha opción distinta á inhibición farmacolóxica³³, como pode ser a inhibición fisiolóxica ou a doazón a un banco de leite.

Supresión da produción láctea

A nai que queira suprimir a produción láctea, pode optar por unha **inhibición fisiolóxica** ou **farmacolóxica** da lactación³⁴.

- **A supresión farmacolóxica** da produción láctea produce un bloqueo neuropsicolóxico polo cese de produción de oxitocina, prolactina e endorfinas, hormonas que actuarían como protectoras ante o estrés e a depresión³³. Se non se realiza extracción os peitos deixarán de producir leite³².
- Se a nai opta pola **inhibición fisiolóxica**, o cese da lactación pode durar varios días e pode notar molestias por ingurxitación no peito, precisando, ás veces, realizar unha extracción (manual ou con extractor mecánico) de

pequenas cantidades de leite para alivio dos síntomas (isto tamén se pode realizar no caso de optar por unha inhibición farmacolóxica)³².

Se a lactación xa estaba establecida, non convén realizar unha supresión brusca da extracción do leite e baleirado do peito. Pódese reforzar coa toma de medicación supresora da produción de leite³².

No caso de ingurxitación³²:

- Utilizar un suxeitador que recolla o peito pero sen oprímilo.
- Extraer pequenas cantidades de leite para aliviar a tensión. É de axuda tomar unha ducha de auga morna, aplicar compresas húmidas mornas e refregar o peito previamente á extracción para facilitar a saída do leite.
- Se persisten as molestias, pódese aplicar frío local ao redor do peito e/ou tomar antiinflamatorios/analxésicos.

Doazón de leite para o banco de leite

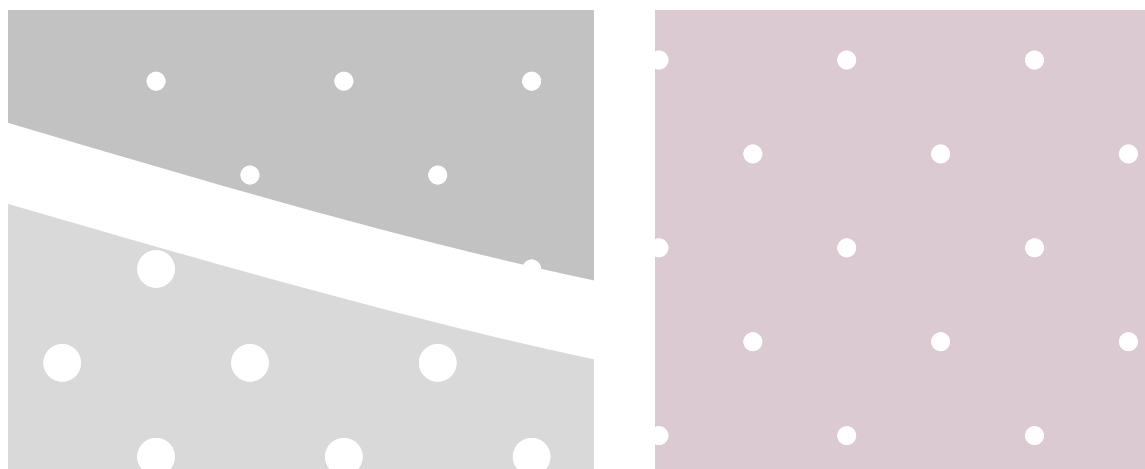
Algunhas nais manifestan o seu desexo de doar o seu leite tras o falecemento do/da seu/súa bebé. A doazón do leite pode contribuír á elaboración do dó e debe de ser abordada polos/as profesionais que atenden á muller nas primeiras horas tras o parto³².

Existen varios motivos para doar o leite, aparte do acto altruísta. Welborn³⁵ atopou que o acto de extraer o leite é unha maneira de validar a maternidade, de manter unha conexión co/coa bebé morto/a, de integrar a morte na súa vida e podería formar parte do ritual de despedida.

Son **catro os escenarios** nos que unha nai desexa ser **doante de leite materno**^{36,37}:

1. Doazón previa á morte acontecida
2. Doazón cando hai outro/a bebé lactante que vive (outro fillo ou filla lactante, parto múltiple...).
3. Doazón durante o proceso de inhibición natural tras a morte.
4. Doazón tras a morte dun/dunha bebé, sen intención de inhibir a lactación. Neste caso, é necesario informar ás mulleres que non existen investigacións que determinen o impacto psicolóxico e o benestar experimentado polas nais e as súas familias. Co apoio profesional farase prevalecer o desexo materno.

Nos dous bancos de leite da nosa Comunidade Autónoma [ANEXO 4](#) é posible doar leite de nais de bebés que nacen mortos ou morren tras o nacemento. Seguen o mesmo procedemento e requisitos que outras doantes³².



Planificarase a alta hospitalaria conxuntamente coa nai. A alta será o máis precoz posible, sempre asegurándose que o estado físico e psíquico da nai é axeitado para continuar o puerperio na súa casa.

Despois da alta, informar que se lle realizará un seguimento do puerperio por parte da matrona de atención primaria, coa colaboración do resto do equipo de atención primaria (médico/a de familia, pediatra, traballador/a social...) e na consulta hospitalaria de xinecología/obstetricia.

Concertarase unha consulta onde se lles proporcionarán os resultados das probas realizadas (autopsia³⁸, cultivo de mostras ou cariotipo...). Esta consulta realizarase nun prazo adecuado, procurando que estean os resultados dos estudos realizados *post mortem*³⁹, xa que isto diminúe a ansiedade²⁴. Iniciarase a consulta informando dos resultados atopados e das posibles causas da morte⁴⁰. Segundo os resultados pode ser necesario abordar aspectos que poidan repercutir en futuras xestacións.





Débase ter en conta que a muller atópase nunha situación de vulnerabilidade físico-emocional, polo que o/a profesional de atención primaria constitúe un punto de referencia tanto para a muller como para as persoas achegadas. Polo que é necesario que o equipo de profesionais de atención primaria estea preparado para axudar á nai e á súa parella, se é o caso, a afrontar a morte xestacional/perinatal/neonatal; facilitando así o acceso, a continuidade de coidados e o seguimento clínico do proceso de dó.

Continuidade de coidados e seguimento clínico

- Contacto telefónico tras a alta a través de **CONECTA 72** coa matrona/enfermeira do centro de saúde.
- **Consulta de puerperio coa matrona de atención primaria**, para avaliación e seguimento do puerperio, incluída a evolución fisiolóxica do dó nos primeiros días.
- Entre as 6-8 semanas recoméndase realizar:
 - ➤ → **Cribado da depresión posparto**⁴¹ que se realiza a todas as puérperas, mediante a *Escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPS)*^{iv}. [ANEXO 5](#) Un resultado positivo na escala non se considera diagnóstico de depresión, pero require a derivación a unha unidade de saúde mental.
 - ➤ → **Cribado de dó patolóxico** que se realiza só ás puérperas que están nun proceso de morte fetal, perinatal ou neonatal, mediante a *Escala de dó perinatal*. [ANEXO 5](#) No

iv Esta escala non detecta as nais con neurose de ansiedade, fobias ou trastornos de personalidade.

caso de que a puntuación final desta escala indique que a muller está experimentando un dó complicado ou de elevada intensidade derivar ao equipo de saúde mental de referencia.

- **Consulta co seu médico ou médica de familia** para seguimento clínico e valoración de necesidade de prescrición farmacolóxica ou derivación a outras especialidades (obstetricia, unidade de saúde mental,...) ou traballador/a social e facilitar tarefas administrativas (permiso de nacemento e coidado de menor). Recordaráselle a posibilidade de contactar co/coa médico/a de familia para solucionar calquera dúbida que poida xurdir, ou por empeoramento do estado físico ou anímico. É importante centrarse tanto nos aspectos emocionais como físicos da muller. En caso de necesidade, existe a posibilidade de realizar unha *E-interconsulta* co equipo profesional do hospital.
- **Consulta con pediatría de atención primaria** no caso de precisar axuda en relación á abordaxe da situación cos outros fillos ou fillas. Se precisasen apoio psicolóxico, valorar a súa derivación á unidade de saúde mental infanto-xuvenil.



Aínda que a dor, o sentimento de soidade e os trastornos que acompañan ao dó son parte dunha reacción normal (non patolóxica) ante unha morte, hai situacións nas que se recomenda **derivar a saúde mental**, como son as seguintes:

1. Cando a paciente o solicite.
2. Cando presente factores de risco de depresión posparto ou dó patolóxico: [ANEXO 5](#)
 - a. Cribado positivo de depresión posparto (EDPS).
 - b. Presenza dalgún destes síntomas de maneira continuada^{v,42}:
 - ▶ ● → Intensos sentimentos de culpa, que van mais aló do que rodea o falecemento.
 - ▶ ● → Pensamentos de suicidio, que van máis aló do desexo pasivo de “estar morto” ou de poder reunirse co seu ser querido.
 - ▶ ● → Desesperación extrema, é dicir, sensación de que por moito que o intente nunca vai poder recuperar unha vida que valga a pena vivir.
 - ▶ ● → Inquietude ou depresión prolongadas, sensación de estar “atrapado/a” ou “aminorado/a” mantida ao longo de períodos de varios meses de duración.

v. Aínda que calquera destes síntomas pode ser unha característica dun proceso normal de dó, a súa presenza continuada debe ser causa de preocupación e merece a atención dunha persoa que vaia máis aló das figuras de apoio informal que adoitan estar presentes na vida de cada un.

- ▶● → Síntomas físicos, como a sensación de opresión torácica ou perda substancial de peso, que poden representar unha ameaza para o seu benestar físico.
 - ▶● → Ira incontrolada, que fai que os seus seres queridos e persoas achegadas se distancien ou que lle leva “a planear vinganza” da súa morte.
 - ▶● → Dificultades continuadas de funcionamento, que se poñen de manifesto na súa incapacidade para conservar o seu traballo ou realizar as tarefas domésticas necesarias para a vida cotiá.
 - ▶● → Abuso de substancias, confiando nas drogas ou no alcohol para desterrar a dor da morte.
3. Cando existe un **dó complicado** (trastorno por dó prolongado da CIE 11⁴³ ou trastorno por dó complexo persistente do DSM 5⁴⁴).
 4. Cando existe **patoloxía psiquiátrica** previa ou actual.

Segundo a *Guía de Práctica Clínica sobre o Manexo da Depresión no Adulto*⁴⁵, a reacción ou proceso de dó non exclúe a existencia dun episodio depresivo maior, polo que indica a conveniencia de valorar a presenza de depresión maior ademais da resposta normal a unha morte significativa.

O DSM 5, *Manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais*, describe o dó non complicado [V62.82 (Z63.4)], como unha reacción normal ante unha morte, sendo a duración e a expresión dun dó “normal” moi variable entre distintos grupos culturais. Algunhas persoas en dó presentan síntomas característicos dun episodio depresivo maior, por exemplo sentimentos de tristeza, insomnio, falta de apetito, perda de peso.

Para distinguir o dó dun episodio depresivo maior, resúmense na seguinte táboa os síntomas descritos no DSM 5 como máis característicos do dó e dun trastorno depresivo maior, co fin de axudar os profesionais a orientar o diagnóstico:



Ademais, a CIE 11 (Clasificación Internacional de Enfermedades da OMS) e o DSM 5 describen o *trastorno por dó prolongado* e o *trastorno por dó complexo persistente*, respectivamente, que son a mesma entidade diagnóstica, como aquel trastorno no que, tras unha morte, hai unha resposta de dor xeneralizada, clinicamente significativa, que persiste durante un período atípicamente longo (6 meses en CIE 11 e 12 meses en DSM 5), ou fóra do que sería un período normativo de dó de determinado contexto cultural e relixioso da persoa, provocando un deterioro significativo na vida persoal, social, laboral ou outras áreas importantes de funcionamento⁴⁶.

Nos casos de dó, a psicoterapia de apoio, asociada ou non ao tratamento farmacolóxico (segundo a gravidade dos síntomas), pode ser unha estratexia útil para o alivio da sintomatoloxía, sendo necesario en moitas pacientes acompañalas de reunións coa familia coa finalidade de favorecer a compensación da situación e a adaptación da paciente á súa contorna.



“O dó non é un trastorno, unha enfermidade nin unha mostra de debilidade.
É unha necesidade espiritual, emocional e física. É o prezo que pagamos
por amar. A única cura que existe para o dó, é vivir o dó”
Eart Grollman

O dó é un proceso natural que case todo ser humano experimenta ao longo da súa vida tras a morte dun ser querido. Factores persoais individuais van determinar a reacción e adaptación psicolóxica ante a morte, e polo tanto a vivencia do dó, podendo incluso desenvolver formas patolóxicas.

Non hai un proceso de dó “normal”, todas as persoas son diferentes e viven a vida e a morte de forma distinta.

O dó é un proceso, non un estado. Na maior parte dos casos, o dó resólvese de maneira natural, grazas aos recursos cos que conta a propia persoa e ao apoio social que recibe da súa contorna.

Segundo Elisabeth Kübler-Ross (2006)⁴⁷, descríbense cinco etapas no dó: negación, ira, pacto, depresión e aceptación. Este modelo sinxelo e práctico, está superado hoxe por diversas cuestións: a linealidade e a progresión non sempre se cumpren, xa que se superpoñen varios dos estados á vez e ademais non todos os dós finalizan coa aceptación.

Os momentos do dó definen todas as fases ou estados que a persoa atravesará desde que recibe a noticia da morte ata que deixa de producirlle dor.

Pódese considerar que todas as persoas que se enfrontan ao dó teñen que pasar polos seguintes momentos

1. **Negación:** é o rexeitamento consciente ou inconsciente da realidade, que xorde como mecanismo de defensa.... *non morreu, non é certo, non pode estar a pasar isto, só afecta a outras persoas, non a min.....* É un estado de shock a través do que o organismo pretende gañar tempo porque é incapaz de asimilar toda a dor recibida dunha soa vez.
2. **Protesta:** o corpo prepárase para soportar a dor descargando a frustración. O sentimento que aflora é o de rabia cara as persoas que lle rodean e mesmo de resentimento cara á persoa que se foi.....*por que a min?* Neste momento poden vivirse emocións contraditorias, por unha banda tense conciencia de que a morte é real, pero pola outra mantense a esperanza de que todo poida solucionarse. Esta sensación dáse sobre todo nos casos de dó anticipado.
3. **Tristeza:** unha vez perdida a esperanza xorden os sentimentos de tristeza, dor, apatía, desinterese polo mundo e por todo o que lle rodea. A xa certeza da morte deixa un profundo sentimento de carga e inqueda.
4. **Aceptación:** aos poucos vaise asumindo a realidade da morte e aceptando que esa realidade é a que se vai a impoñer na propia vida. Iso fai recuperar as ganas de vivir, os sentimentos positivos, empezando a dirixir a enerxía cara as persoas achegadas, nos seres queridos e nun/nunha mesmo/a, nun intento de volver progresivamente á “normalidade”.... *todo vai ir ben....*
5. **Procura de significado:** comeza a curarse internamente, a entender que a morte non é un castigo, senón unha parte da vida mesma, deixa de buscar explicacións para crecer

coa experiencia, converténdose nunha aprendizaxe que lle acompañará para sempre.

6. Elaboración da perda: cando se fala de elaborar unha perda estase a falar de sufrimento. É o tempo do despois, o poder falar do pasado sen que lle cause dor. É o tempo de seguir crescendo a través de novos apegos. Non se trata de esquecer, senón de continuar.

O concepto de momentos do dó implica unha certa pasividade e algo que a persoa en dó atravesa, mentres que as **tarefas do dó**⁴⁸ implican que a persoa ha de **ser activa** e pode facer algo.

Para axudar a calquera persoa que estea atravesando un dó, Worden⁴⁸ fala da necesidade de colocar á persoa nun lugar activo, dándolle a oportunidade de levar a cabo accións que lle axuden a aliviar a sensación de impotencia que sente na maioría das ocasións.

Neste sentido Worden propón **catro tarefas** que será necesario resolver para avanzar no proceso do dó, o que implica unha **actitude activa da persoa**. Ditas tarefas non teñen porque realizarse nunha orde concreta nin finalizar unha para comezar coa outra, e corresponderían a diferentes momentos do dó⁴⁸.

Para Worden, tales tarefas son:

1. Asumir a realidade da morte ► momentos 1 e 2.
2. Elaborar as emocións relacionadas co dó ► momento 3.
3. Aprender a vivir nun mundo no que a persoa falecida xa non está presente ► momento 4.
4. Recolocar emocionalmente ao falecido e seguir vivindo ► momentos 5 e 6.

O dó precisa de tempo para ser elaborado; pero non só tempo, a persoa pode decidir como afrontar a morte e comprender o que lle pasa, afrontando o dó cos recursos propios que lle permitan seguir adiante³³.

O dó perinatal ten características diferentes a outros dós, por varios motivos: a nivel emocional pode dicirse que é múltiple, xa que implica diversas perdas, non só a morte dun fillo ou filla, tamén se truncan os desexos e as fantasías ligadas a ese nacemento, o proxecto de familia, o de futuro, a fertilidade, a propia identidade, etc., e en cada persoa hai que ver como se concretan esas perdas e esa dor.

Para Mander⁴⁹ o dó perinatal ten características que o diferencian doutros tipos de dó: a proximidade entre o nacemento e a morte, a mocidade das nais e no seu caso das súas parellas, para quen é o primeiro contacto coa morte e o inesperado do evento. Brier⁵⁰ engade que esta pode vivirse como a perda dunha relación máis simbólica que real baseada nas súas necesidades e desexos.

Por outro lado, as actitudes fronte a unha morte son moi variadas¹, dependendo de distintos aspectos: vínculo establecido co/coa bebé, circunstancias do seu falecemento, experiencias pasadas, características persoais, relación de parella, relacións familiares e aspectos sociais e culturais..., de aí a importancia de ter moi en conta variables relacionadas coa historia persoal e familiar. Por iso as vivencias poden ser moi diferentes dunhas mulleres a outras e incluso nunha mesma muller cando acontecen en máis dunha ocasión.

Despois dunha morte perinatal, a persoa en dó experimenta:

1. **Shock e insensibilidade**, sensación e dificultades para actuar con normalidade, sentimentos de nostalxia e comportamentos de busca, con irritabilidade, labilidade,

debilidade e sentimentos de culpa. Algunhas mulleres informan que oen o/a bebé que chora ou que senten os seus movementos no abdome.

2. Logo aparece a **desorientación e desorganización da vida cotiá**, cunha sensación de baleiro e impotencia. Séntense non autorizados/as a estar de loito, temen enfermarse e deprimirse. Estes fenómenos comezan cando todos/as se sorprenden de que non o “superen” porque “deben seguir adiante” ... e ter outro/a fillo/a.
3. Finalmente prodúcese unha **reorganización** na que, sen esquecer a morte, a capacidade de gozar da vida recupérase.

A vivencia da morte é distinta entre as persoas afectadas, non é o mesmo para cada integrante da parella, nin para os irmáns/irmás¹ e resto de familiares e achegados. Hai distintas expresións e ritmos na elaboración do dó, o que convén ter en conta para comprender o proceso.

A comprensión da complexidade e diversidade nas expresións de dó por parte dos/das profesionais, é necesaria para prestar un apoio adecuado e individualizado e favorecer así respostas adaptativas, aliviando os sentimentos desagradables derivados da morte¹.

O apoio e coidado das nais e as súas parellas durante o proceso de dó non é algo que poida improvisarse, senón que require de tempo, de habilidades de comunicación e de estratexias de axuda, sendo importante establecer unha boa comunicación entre os/as profesionais que interveñen, para seguir criterios de actuación conxuntos en cada caso.

A actitude dos/das profesionais, en momentos de tanta vulnerabilidade para a nai e se é o caso, a súa parella, repercute no proceso de dó, tanto en sentido positivo como negativo, moito máis do que se supón *a priori*¹, chegando a poder ser un recordo tan duradeiro e importante como outros recordos directamente relacionados coa morte do/da fillo/a.

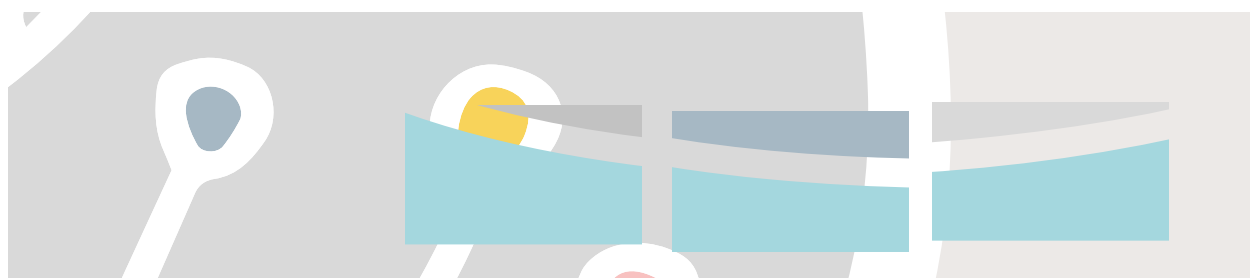
Disto deriva a importancia da formación en estratexias de comunicación, en competencias relacionais e, por suposto, do traballo en equipo dos/das profesionais implicados/as.

A comunicación coidadosa dunha mala noticia, constatar que a información aportada foi ben comprendida, preservar a intimidade asegurando que os espazos e tempos sexan os adecuados, animar a que exprese os seus sentimentos libremente, ofertar atención especializada en saúde mental urxente e/ou ambulatoria, proporcionar información sobre o dó e grupos de apoio; pero sobre todo unha escoita empática e xenuína con resposta ás demandas específicas, pode facilitar o proceso do dó, se se prioriza sempre a opinión e as decisións da persoa.

Os e as profesionais da saúde teñen que estar formados/as en comunicación de malas noticias a pacientes e usuarios/as do servizo de saúde. A comunicación empática e sensible pode consolar e promover a recuperación tras graves problemas perinatais⁵¹.

Para garantir a continuidade asistencial é imprescindible a coordinación entre atención primaria e hospitalaria⁵².

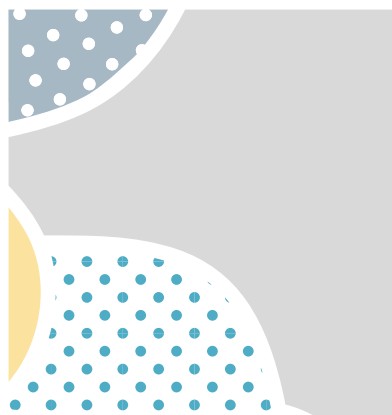
Finalmente, destacar as reflexións do autor Irving G Leon^{53,54} sobre a necesidade de evitar a institucionalización da morte, a idealización do contacto co feto morto, a homoxeneización do loito e o adoutramento das nais e as súas parellas, se é o caso, sobre como deben vivir o dó. Este autor considera que as respostas das persoas coidadoras deben basearse nunha comunicación xenuína entre as persoas afectadas e o equipo profesional que as atenden.





Dispoñer de recordos (fotografías, pulseira de identificación, pegadas do pé e/ou da man...) axuda a elaborar o dó pola morte do fillo ou filla, polo que debemos animar á muller e á súa parella, se é o caso, ou á persoa acompañante a que os recollan. O mundo material proporciona un dos principais recursos para manter unha conexión coa persoa falecida e para axudar no proceso de atopar significado á morte¹⁸. Os obxectos e as fotografías asociadas ao/á bebé teñen un valor afectivo especial e son moi importantes^{18,55,56,57,58,59,60,61}, xa que permiten establecer a identidade do bebé na contorna social, afirmar e reconstruír a súa propia identidade materna ou paterna, así como lexitimar o dó e a necesidade de apoio e comprensión^{18,55,56,62,63,64,65}.

ANEXO 3



A OMS, argumenta que o equipo interdisciplinar só poderá enfrontar e aceptar adecuadamente a morte (os sentimentos e a angustia que se viven en relación con esta), se dispón de fontes de apoio, se puido superar satisfactoriamente os seus propios dós e se posúe unha adecuada capacidade para tolerar a tensión.

Isto esixe o desenvolvemento de estratexias para que todos os membros do equipo compartan experiencias, temores, sentimentos relacionados co evento vivido. Estas estratexias tenderán a xerar un apoio mutuo á hora de cada quen manexar os seus propios medos e angustias con relación á morte e ao dó.

Os/as profesionais que se enfrontan a un proceso de morte xestacional ou perinatal, experimentan sensacións que deixan pegada e desembocan en actitudes de frustración e impotencia. Téñense descrito síntomas experimentados polos/as profesionais como dor, dúbidas, depresión e sentimento de culpa.

Proporcionar aos/ás profesionais ferramentas ou técnicas como formación para o coñecemento do tema así como desenvolvemento de habilidades, crear grupos de apoio entre profesionais ou tratar o tema nas sesións clínicas, axudan a reducir o impacto persoal e profesional ante un evento crítico, podendo diminuír os efectos e emocións negativas, e que sexan procesadas máis axiña.



anexo1 **Expresións inadecuadas**

anexo2 **Presentación do/da neonato/a falecido/a**

anexo3 **Xeración de recordos físicos/tanxibles**

- Proposta de modelo para a autorización de realizar fotografías
- Datos relacionados co nacemento

anexo4 **Bancos de leite de Galicia**

anexo5 **Escalas de cribado de depresión posnatal e de dó perinatal**

anexo6 **Trámites burocráticos e legais**

anexo7 **Prestacións por nacemento e coidado de menor**

anexo8 **Recursos de apoio en dó perinatal**

anexo1 Expresións inadecuadas

López García S e Pi-Sunyer MT⁶⁶ recollen unha serie de

- expresións que minimizan a morte e que se deberían evitar:

“A vida continúa”.

“Peor sería que...”.

“É lei de vida”.

“A natureza é sabia”.

- Esixencias para que a nai ou o pai esquezan o que ocorreu:

“Esquéceo, o que xa pasou, pasou”.

“Non lle deas máis voltas”.

- Esixencias para que a nai deixe de chorar ou lamentarse:

“Non chores máis”.

“Non te lamentes”.

“Non chores máis que te estás torturando”.

- Persoas que se poñen nerviosas ante o sufrimento alleo:

“Deixa de pensar niso”.

“Non penses máis”.

“Esquéceo, o que xa pasou pasou, non lle deas máis voltas”.

- Xuízos sobre a duración do dó:

“Xa fai seis meses que pasou, deberías estar mellor”.

“A vida continúa”.

“O tempo cúrao todo”.

“O primeiro ano é o peor, logo xa verás”.

- Comentarios sobre a posibilidade de ter outro/a fillo/a ou sobre os/as fillos/as que teñen:

“Xa terás máis fillos/as”.

“Xa tes outro/a fillo/a”.

“Anímate: faino polos teus fillos/polos túas fillas”.

- Medir a intensidade da dor en función do tempo de embarazo ou da vida do fillo ou filla:

“Aínda non estaba formado/a de todo”.

“Mellor agora que máis adiante”.

anexo2 Presentación do/da neonato/a falecido/a

A miúdo o dó tras a morte intraútero dun/dunha fillo/a complicase cando non foi posible a despedida, cando a nai e se é o caso, a súa parella, mesmo nin chegan a velo/a unha vez nado/a, cando non o/a poden soste, abrazar e bica ou coidalo/a aínda que sexa por pouco tempo⁶.

Segundo Cassidy et al “a posibilidade de contacto *post mortem* (ver, soste en brazos, vestir, velar, etc.) co/coa recentemente nado/a despois do parto é unha práctica que se lle debería facilitar ás nais, ás súas parellas e ás súas persoas achegadas porque lles permite afrontar o dó mediante rituais compartidos, reafirmar a súa identidade e superar aspectos daniños da morte. Cando non dispoñen desta oportunidade, é común que teñan remorsos”¹⁸.

É importante ter en conta que as accións do equipo de profesionais da saúde motivan ou non o contacto co/coa bebé falecido/a. Hoxe en día recoméndase que os/as profesionais apoiem ás nais e ás súas parellas se é o caso, para ver e pasar tempo co seu fillo ou filla, sen forzar, independentemente da idade xestacional ou da severidade das malformacións¹⁸.

OBXECTIVOS

- Reafirmar a identidade materna e/ou paterna, tanto en relación directa co fillo ou filla como no sentido socio-cultural a través da realización de coidados activos por parte da nai, a súa parella se é o caso e persoas achegadas, tales como tocar, soste, vestir, lavar, etc.
- Afirmar a identidade do/da bebé (ver aos seus fillos ou fillas, permítelles recoñecer ao/á fillo/a imaxinado/a e despedirse)⁶⁶.

Cando sexa posible, **preguntaráselles** antes do nacemento do/da bebé ou tras o parto, se desexa permanecer co/coa seu/súa bebé falecido/a ou ata que faleza. O/a profesional da saúde respectará o que cada persoa decida facer porque crea que é o mellor para ela².

Queredes ver ao voso bebé nalgún momento?

Se a resposta é negativa, deben saber que poden cambiar de opinión en calquera momento mentres que o/a bebé non fose incinerado/a ou enterrado/a. É común que as nais ou os pais que elixen non ver ao/á bebé poidan cambiar a súa decisión co transcurso do tempo ou ter remorsos despois¹⁸.

Se os proxenitores expresan reticencia a ver ou abrazar ao bebé, tentear con sensibilidade cales son os seus medos e preocupacións, incluíndo o probable aspecto do/da bebé. Asegurarlles que non estarán sós cando coñezan ao/á seu/súa bebe.

Se a nai ou parella, se é o caso ou persoas achegadas desexan coñecer e permanecer co/coa bebé:

- Presentar o/a bebé no momento no que a muller previamente verbalizara ou fora planificado (no momento do nacemento, no puerperio inmediato ou no puerperio hospitalario).
- Antes de presentar ao/á bebé falecido/a falar sobre o aspecto que poida ter ou comentar brevemente en que condicións está se o/a ven nun momento distinto do nacemento.
- Coidar que a presentación do/da bebé sexa de maneira **digna**.
- Proceder con tanta naturalidade e respecto como se faría cun bebé vivo ou cunha bebé viva.
- Mostrar ao/á bebé arroupado/a (usar a manta/saba/toalla persoal do/da bebé). Deixar que o/a vaian explorando aos poucos, desvestíndoo/a ata onde lles apeteza. En caso dalgún tipo de malformación, se é posible, tapala nun primeiro momento, por exemplo cun gorro, se é no cranio.
- Ter en conta que ven ao/á seu/súa bebé con ollos de amor, e sempre o ven cun aspecto mellor do que esperaban.
- O/a profesional sanitario/a, no momento de presentarlles o/a bebé, sosterao/a no colo e facilitará un berce por se nalgún momento o precisan usar.
- Actuar arrolando e falando suavemente ao/á bebé. Expresar aspectos belos coma “que mans tan perfectas” “que orellas tan pequenas” “que pequerrecho/a”, “que pelo tan rizado”...etc.
- Convidarlles a acariñar, tocar e soste en brazos ao seu bebé, bañalo/a ou vestilo/a porque en ocasións non saben que o poden facer ou porque pensan que poden alterar os resultados de anatomía patolóxica¹⁸.
- Explorar se desexan estar a soas co/coa seu/súa bebé e permitirlles estar tanto tempo como desexen e as veces que desexen, durante o ingreso hospitalario da nai. Ofrecer a posibilidade de volver velo/a novamente se o desexan.
- Explorar se desexan que outras persoas achegadas coñezan ao/á bebé.

No caso de hospitais comarcais, o corpo do/da bebé permanecerá na cámara de frío no propio hospital mentres que a nai estea ingresada. Se é preciso trasladar á/ao bebé ao servizo de anatomía patolóxica do hospital de referencia farase despois da alta hospitalaria. Esta acción permitirá que o corpo estea dispoñible en calquera momento para que a súa nai o/a acompañe ou o/a vele, tanto se nun primeiro instante decidiu non velo/a e cambia de opinión, como se quere velo/a novamente ou presentalo/a a outras persoas da familia ou achegadas.

anexo3 Xeración de recordos físicos/tanxibles

Proporcionar ás nais dun/dunha bebé falecido/a e se é o caso, ás súas parellas, recordos físicos como **unha caixa ou sobre de recordos** é práctica habitual en moitas unidades obstétricas e neonatais o que lles permite levar para a casa algo real e tanxible do seu/súa bebé. Xeralmente inclúense obxectos que tiveron relación e/ou contacto co bebé e serán de gran axuda no futuro, xa que poderán traer á súa mente momentos únicos vividos e permitirán comprender o acontecido como un feito e non como un soño. Durante a estancia no hospital é posible gardar unha fotografía ou un obxecto que estivera en contacto ou pertencera ao/á bebé¹⁸.

As caixas de recordos poden axudar tamén á superación da morte por parte de irmáns/ás, con frecuencia non o/a chegaron a ver e coñecer fisicamente. Ofrece a posibilidade de falar con eles/as mostrándolles obxectos e explicándolles o que significaron ou para que se utilizaron, pode ser un apoio na evolución do seu dó.

Recoméndase que cada hospital xestione a **custodia durante 1 ano dunha caixa de recordos do/da bebé** no caso de que non se recolla inmediatamente e que poidan facelo con posterioridade, cando se sintan capaces e así o decidan.

Actuación

- Informar á nai e á súa parella se é o caso, da posibilidade de gardar recordos e fotografías.
- Se manifestaron a súa conformidade, o/a profesional da saúde ofrecerase a axudarlles na súa recollida.
- Solicitar tamén a súa conformidade para a realización de fotos con fins académicos ou de investigación.
- Respetar as distintas crenzas relixiosas e ideolóxicas e favorecer a diversidade cultural.
- Introducir os obxectos nunha “caixa ou sobre de recordos”.
- Suxestións de recordos:
 - Documento que reflicte datos relacionados co nacemento do/da bebé. (Incluírase polo menos os seguintes datos: nome e apelidos do/da bebé, peso se é posible, hora e día do nacemento).
 - Tomar fotografías do/da bebé coa súa familia.
- Se a idade xestacional o permite:
 - Pulseira de identificación do bebé (colocaranse dúas pulseiras á/ao bebé, unha para que permaneza identificado e outra para entregar á familia).

- ▶ Pinza do cordón umbilical.
- ▶ Impresión de pegadas (mans e/ou pés).
- ▶ Un guecho de pelo do bebé.
- ▶ Obxectos que estiveron en contacto co bebé: gorro, chupete, manta, etc.
- ▶ Tarxeta do berce co nome do bebé.
- ▶ Debuxo realizado polos seus/súas irmáns/ás durante a estancia na unidade neonatal.
- Valorar se desexan algún outro recordo non contemplado.

Non se tomarán **pegadas** dactilares en documentos oficiais, aínda que si se tomarán pegadas do pé e/ou da palma da man e entregaranse á nai e á súa parella, se é o caso, xunto coa caixa de recordos ou, no caso de que rexeiten aceptala, quedará na historia clínica informándolles de que se nun futuro o desexan, estarán á súa disposición previa solicitude ao centro hospitalario.

No caso de que rexeiten recoller recordos ou fotografías

Dicirlles que, se cambian de opinión durante o ingreso hospitalario, nolo comuniquen posto que poden ser recollidos e entregados en calquera momento.

Fotografías

En España só un 12% das familias saen do hospital cunha fotografía¹⁸.

POR QUE FOTOGRAFAR A UN/UNHA BEBÉ MORTO/A?⁶⁷

- Confirma que existiu e morreu.
- Permite lembrar exactamente como era o/a bebé.
- Proporciona a posibilidade de mostrar aos outros fillos e fillas, familiares e persoas achegadas, a existencia do seu fillo ou filla.
- Evita sentimentos de culpa “Como puiden esquecerme de como era?”.

CONSIDERACIÓNS AO FOTOGRAFAR⁵⁵

- Deixarlles un tempo a soas antes de facer as fotos.
- Ofrecerse, para que se centren na despedida.
- Despexar a habitación de material que non sexa necesario.
- Evitar facelas en momentos de fortes emocións.
- Deben reflectir a máxima naturalidade do momento: por exemplo co/coa bebé no colo ou detalles do/da bebé como as mans ou os pés.

- Se se considera que é un momento adecuado, tomar fotos mentres o/a bebé permaneza vivo/a. Algunhas familias, ademais de ter fotos do/da seu/súa bebé vivo/a, desexan fotografarse co/coa bebé morto/a, sobre todo se non tiveron oportunidade de sostelo ou de fotografalo/a sen dispositivos (cables, tubuladuras, adhesivos...).
- Permitir o paso dun/dunha fotógrafo/a profesional se así o demandan.

Consideracións legais

- Os/as menores de idade, xa sexan vivos/as ou falecidos/as, están baixo a patria potestade dos seus proxenitores (artigo 154 do Código Civil).
- Polo tanto sempre se deberá obter a conformidade dos proxenitores ou titores legais para tomar imaxes nas que aparezan menores (Lei 1/1982 do 5 de maio sobre o dereito á honra, intimidade persoal e familiar e á propia imaxe).
- Se as fotos son tomadas coas cámaras ou dispositivos móbiles da familia será unicamente necesario unha autorización verbal, pero se son tomadas con cámaras propiedade do hospital, queden ou non baixo a custodia do mesmo, é preciso unha autorización por escrito.

BIBLIOGRAFÍA DESTE ANEXO

Alexander KV. "The one thing you can never take away". MCN Am J Matern Nurs. 2001; 26: 123-7.

Blood C, Cacciatore J. Parental grief and memento mori photography: narrative, meaning, culture, and context parental. Death Stud. 2014; 38 (1-5): 224-33.

Cacciatore J, Flint M. Mediating grief: postmortem ritualization after child death. J Loss Trauma. 2012; 17: 158-72.

Cassidy PR, Cassidy J, Olza I, Martín Ancel A, Jort S, Sánchez D et al. Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. Girona: Umamanita, 2018.

Cohen L, Zilkha S, Middleton J, O'Donohue N. Perinatal mortality: Assisting parental affirmation. Am J Orthopsychiatry 1978;48:727-31.

Layne LL. On fetuses and angels: fragmentation and integration in narratives of pregnancy loss. Knowl Soc. 1992; 9: 29-58.

Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell AEP. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. BMJ Open 2013; 3.

Gensch BK, Midland D. When a baby dies: A standard of care. Illness, crisis and loss. 2000; 8: 286-95.

Grau N. Fotografías para casos de muerte gestacional y neonatal. Revista Muerte y Duelo Perinatal. 2017; 2: 11-9.

Kavanaugh K, Hershberger P. Perinatal Loss in Low-Income African American Parents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005; 34: 595-605.

Layne LL. "He was a real baby with baby things": a material culture analysis of personhood, parenthood, and pregnancy loss. J Mater Cult. 5(3):321-45.

Lee C. "She was a person, she was here": the experience of late pregnancy loss in Australia. J Reprod Infant Psychol. 2012; 30: 62-76.

Rådestad I, Westerberg A, Ekholm A, Davidsson-Bremborg A, Erlandsson K. Evaluation of care after stillbirth in Sweden based on mothers' gratitude. Br J Midwifery 2011;19:646-52.

Proposta de modelo para a autorización de realizar fotografías

Eu (nome da nai) con DNI

e maior de idade, manifesto a miña vontade e conformidade co/coa profesional

.....

do hospital

con nº de colexiado

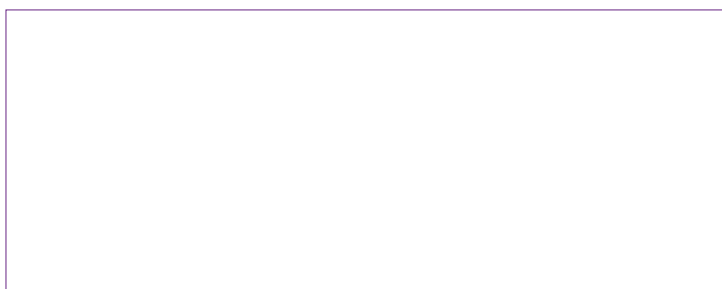
para para que realice fotografías do meu fillo ou filla

.....

Manifesto que entendo a natureza deste documento e que o asino por propia vontade

e sen que ningún medie forza nin coacción ou intimidación de ningún tipo.

En a de de 20



Sinatura

Autorizo a

☐ As imaxes quedarán en custodia do Hospital

☐ Unha vez me sexan entregadas desexo que se eliminen do arquivo hospitalario quedando eu como único/a posuidor/a das mesmas.

☐ Estas imaxes non se difundirán nin publicarán por parte do Hospital en ningún medio físico nin virtual sen previa autorización por escrito.



Datos relacionados co nacemento

Nome e apelidos

Data e hora Sexo Peso

PEGADA

PEGADA

FOTO

PULSEIRA

anexo4 Bancos de leite de Galicia

Tendo en conta que algunhas das nais dun/dunha bebé falecido/a que doan o seu leite refiren que lles alivia e reconforta saber que desta forma poden contribuír ao benestar doutros/as recentemente nados/as, débese **informar** ás nais da **posibilidade de doar o seu leite a un banco de leite**.



Banco de leite do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Abastece aos hospitais de A Coruña e Ferrol e en breve está previsto comenzar con Lugo. Como centros periféricos receptores de leite doada: A Coruña e Ferrol.

Datos de contacto:

Correo electrónico: blm.neo.santiago@sergas.es

Teléfono: 981 955 623

686 465 131



Banco de leite do Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

Abastece aos hospitais de Ourense e de Pontevedra que tamén son centros periféricos de recolección de leite doada.

Datos de contacto:

Correo electrónico: bancoleitevigo@sergas.es

anexo5 Escalas de cribado de depresión posnatal e de dó perinatal

A) Escala de Depresión Posnatal Edimburgo (EDPS)⁴¹

Nome e apelidos

Idade actual Data actual

Data de nacemento do/da bebé.....

Queremos saber como se sente se tivo un bebé recentemente. Marque a resposta que máis se acerque a **como se sentiu nos ÚLTIMOS 7 DÍAS**, non soamente como se sinta hoxe. Por exemplo: “Sentínme feliz a maior parte do tempo durante a pasada semana”.

Por favor, agora complete estas preguntas da mesma maneira que o exemplo:

1. Fun capaz de rir e ver o lado bo das cousas

- ☐ Tanto como sempre
- ☐ Agora non tanto
- ☐ Moito menos
- ☐ Non, non puiden

2. Mirei o futuro con pracer

- ☐ Tanto como sempre
- ☐ Algo menos do que adoitaba facer
- ☐ Definitivamente menos
- ☐ Non, nada

3. Culpeime sen necesidade cando as cousas non saían ben

- ☐ Si, a maioría das veces
- ☐ Si, algunhas veces
- ☐ Non moi a miúdo
- ☐ Non, nunca

4. Estiven ansiosa e preocupada sen motivo

- ☐ Non, para nada
- ☐ Case nada
- ☐ Si, ás veces
- ☐ Si, a miúdo

5. Sentín medo e pánico sen motivo

- ☐ Algún
- ☐ Si, bastante
- ☐ Si, ás veces
- ☐ Non, non moito
- ☐ Non, nada

6. As cousas oprímenme ou me abafan

- ☐ Si, a maior parte das veces
- ☐ Si, ás veces
- ☐ Non, case nunca
- ☐ Non, nada

7. Sentínme tan infeliz que tiven dificultade para durmir

- ☐ Si, a maioría das veces
- ☐ Si, ás veces
- ☐ Non moi a miúdo
- ☐ Non, nada

8. Sentínme triste e desgraciada

- ☐ Si, case sempre
- ☐ Si, bastante a miúdo
- ☐ Non moi a miúdo
- ☐ Non, nada

9. Fun tan infeliz que estiven chorando

- ☐ Si, case sempre
- ☐ Si, bastante a miúdo
- ☐ Só en ocasións
- ☐ Non, nunca

10. Pensei en facerme dano a min mesma

- ☐ Si, bastante a miúdo
- ☐ Ás veces
- ☐ Case nunca
- ☐ Non, nunca

INSTRUCCIÓN DE USO

1. Pedirlle á nai que escolla a resposta que se asemella máis á forma na que se sentiu nos últimos 7 días.
2. Teñen que responder ás dez preguntas.
3. Débese ter coidado e evitar a posibilidade de que a nai fale sobre as súas respostas con outras persoas.
4. A nai debe responder ela mesma a non ser que teña problemas para ler.

DIRECTRICES DE AVALIACIÓN

A escala indica como se sentiu a nai durante a semana anterior, en casos dúbidosos, pode ser útil repetila despois de 2 semanas.

Ás categorías das respostas danse puntos de 0, 1, 2 e 3 segundo o aumento da gravidade do síntoma. Os puntos das preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 obsérvanse en orde inversa (por exemplo, 3, 2, 1, 0).

Súmanse todos os puntos para dar a puntuación total. Unha **puntuación de máis de 10 amosa a probabilidade de sufrir unha depresión, pero non a súa gravidade.**

Calquera número elixido que non sexa “0” para a **pregunta número 10** significa que **son necesarias avaliacións adicionais.**

Debe realizarse unha avaliación clínica prudente para confirmar o diagnóstico. A escala non detecta nais con neuroses de ansiedade, fobias ou trastornos de personalidade.

B) Escala de dó perinatal (versión española para España)

Esta escala corresponde á adaptación transcultural da versión orixinal (*Perinatal Grief Scale*) que consta de 33 ítems recomendada pola *American Psychological Association*. Esta adaptación que foi realizada por Juan Carlos Paramio Cuevas no 2016 nunha mostra de mulleres españolas que sufriron unha morte perinatal e está validada para o contexto de España. Consta de 16 ítems con evidencias dunha adecuada fiabilidade e validez para avaliar o dó perinatal^{vi}.

Nome e apelidos

Idade actual Data de hoxe

Data de nacemento do/da bebé

		Puntuación				
1	Boto de menos ao/á meu/miña bebé	1	2	3	4	5
2	É doloroso lembrar a morte do/da meu/miña bebé	1	2	3	4	5
3	Altérome cando penso no/na meu/miña bebé	1	2	3	4	5
4	Choro cando penso no/na meu/miña bebé	1	2	3	4	5
5	Fáiseme difícil levarme ben con certas persoas	1	2	3	4	5
6	Pensei en suicidarme desde que perdín ao/á meu/miña bebé	1	2	3	4	5
7	Decepcionei a persoas desde que morreu o/a meu/miña bebé	1	2	3	4	5
8	Síntome apartada e illada ata cando estou cos meus amigos e amigas	1	2	3	4	5
9	Fáiseme difícil tomar decisións desde que morreu o/a meu/miña bebé	1	2	3	4	5
10	Síntome feliz polo simple feito de estar viva	1	2	3	4	5
11	Tomo pastillas para os nervios	1	2	3	4	5
12	Síntome desprotexida nunha contorna hostil desde que o/a meu/miña bebé morreu	1	2	3	4	5
13	Sinto que non vallo nada desde que o/a meu/miña bebé morreu	1	2	3	4	5
14	Cúlpome pola morte do/da meu/miña bebé	1	2	3	4	5
15	Sinto que é mellor non querer a ningún	1	2	3	4	5
16	Preocúpame como será o meu futuro	1	2	3	4	5

1 = Estou totalmente en desacordo / **2** = Non estou de acordo / **3** = Nin estou de acordo, nin en desacordo / **4** = Estou de acordo / **5** = Estou totalmente de acordo

vi. Coa autorización de Juan Carlos Paramio Cuevas, autor da Tese doutoral titulada Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal. Directora da Tese: Amelia Rodríguez Martín. Universidade de Cádiz (España), 2016. Resumo dispoñible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=50815>

INSTRUCCIÓN PARA O/A PROFESIONAL

A escala pasarase ás **6-8 semanas despois dunha morte fetal, perinatal ou neonatal xunto coa escala de depresión posparto de Edimburgo**. Pódese utilizar en mulleres que sufriran unha morte perinatal nos últimos 5 anos.

ADMINISTRACIÓN

Trátase dunha escala autoadministrada para a valoración da intensidade e repercusión do dó secundario a unha morte perinatal. A muller debe indicar do 1 ao 5 o seu grado de acordo coas 16 afirmacións propostas.

INTERPRETACIÓN DO RESULTADO

Considerarase a presenza de:

- **Dó activo:** cando a suma da puntuación obtida nos ítems do **1 ao 4** sexa igual ou maior a **8 puntos**.
- **Posible dó complicado:** cando a suma da puntuación obtida nos ítems do **5 ao 16** sexa igual ou maior a **42 puntos**.
- Ademais considerarase que a muller está experimentando un **dó de elevada intensidade** cando a suma da puntuación total da escala sexa igual ou maior a **49 puntos**, considerándose que a maior puntuación, maior intensidade do dó.

No caso de que a puntuación final desta escala indique que a paciente está experimentando un **dó de elevada intensidade** ou un posible **dó complicado**, hai que derivala á unidade de saúde mental, e citala de novo aos 3-4 meses e aos 6-12 meses da morte do/da seu/súa bebé, xa que, se polo motivo que sexa, non acudira á unidade de saúde mental de referencia ou á consulta dun/dunha profesional experto/a en dó, pasaráselle de novo a escala de dó perinatal e se o resultado segue sendo patolóxico haberá que derivar ao equipo de saúde mental de referencia para realizar diagnóstico e instaurar o tratamento que proceda.

anexo6 Trámites burocráticos e legais

Os/as profesionais que acompañan ás nais e pais que pasan por unha morte xestacional ou perinatal, deben estar familiarizados/as cos trámites burocráticos e legais asociados ao proceso (Rexistro Civil, enterramento/incineración, prestacións laborais por nacemento e coidado de menor etc.), informándolles adecuadamente dos mesmos, facilitándolles en todo momento a súa tramitación, co fin de reducir ao máximo a carga e a dor asociada.

Pódese contar coa asistencia do/da traballador/a social do hospital ou de atención primaria para a realización dos trámites burocráticos.

Necropsia/autopsia

A realización da necropsia/autopsia pode ser vista por algunhas nais e parellas, no seu caso, como unha falta de respecto co corpo do seu fillo/a e ser motivo de negativa para a súa práctica, noutros casos pode que non queiran por motivos relixiosos ou debido a información inadecuada sobre a técnica. Polo tanto, é importante que o equipo de profesionais da saúde lles informe da conveniencia de realizar a **autopsia fetal** para coñecer a causa da morte e que na maioría dos casos será unha **necropsia/autopsia** clínica realizada por anatomía patolóxica do hospital que corresponda e tramitarase polo procedemento habitual.

Coñecer a causa da morte pode axudar a resolver a fase de culpa do dó e a planificación de futuros embarazos, especialmente naqueles casos nos que a causa do falecemento foi xenética, por infección ou malformación.

Ofertarase necropsia en fetos de máis de 14 semanas de xestación no caso de mortes/abortos por malformación fetal. No caso de que a nai sexa menor de idade, será preciso o consentimento expreso dos titores legais.

Noutras ocasións, en función dos antecedentes e as circunstancias acontecidas en torno ao *exitus*, pode que nos encontremos ante unha **autopsia xudicial**. O seu obxecto é o diagnóstico das causas da morte co fin de deducir as consecuencias xurídicas ás que dera lugar. Polo tanto, se hai algún indicio de morte violenta ou con sospeita de criminalidade, xeralmente extramuros, é necesaria unha autopsia xudicial, estando o/a médico/a que recoñece o cadáver obrigado a comunicalo ao xulgado (realizando parte xudicial), esta autopsia ordénaa o/a xuíz/a instrutor e réalizaa un/unha médico/a forense.

Os representantes legais polo tanto, deciden se autorizan ou non a necropsia ou autopsia clínica (consentimento informado escrito).

Existe tamén a opción de doar o corpo ou solicitar a devolución sen existir un límite inferior de idade xestacional.

A partir dos 6 meses de xestación (máis de 180 días) é obrigatorio enterrar ou incinerar os fetos que morren antes de nacer, segundo a *Lei 20/2011 do Rexistro Civil* e posteriores modificacións.

Entrégase aos proxenitores ou á funeraria para a súa presentación no **Rexistro Civil**.

[illegible]

4. Datos del nacimiento o del aborto (se refiere un apartado por cada niño vivo o muerto)			
Datos del primer nacido en este parto:	Nombre: Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____	☐ Española ☐ Extranjera. Indique el país: _____	

A CUMPLIMENTAR POR PERSONAL SANITARIO			
Si el o ella nació muerto o falleció antes de los 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa?			
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido: _____ _____ _____			
Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o recién nacido: _____ _____ _____			
¿Se practicó autopsia? ☐ Sí ☐ No Si nació muerta, indique: ☐ Muerto antes del parto ☐ Muerto durante el trabajo del parto			
Datos del segundo nacido en este parto:	Nombre: Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____	☐ Española ☐ Extranjera. Indique el país: _____	

A CUMPLIMENTAR POR PERSONAL SANITARIO			
Si el o ella nació muerto o falleció antes de los 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa?			
Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido: _____ _____ _____			
Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o recién nacido: _____ _____ _____			
¿Se practicó autopsia? ☐ Sí ☐ No Si nació muerta, indique: ☐ Muerto antes del parto ☐ Muerto durante el trabajo del parto			

Naturaleza, características y Finalidad

El Monumento Natural de la Páculica es un sitio del patrimonio de las mayas, mamies y defunciones que se producen en el territorio asignado en una zona decretada.

Legislación:

El Congreso del Estado de Chiapas le otorgó al Instituto Nacional de Estadística, a través de sus Delegaciones, los boletines de nacimiento, muerte, matrimonio, defunción o otros hechos inscribibles art. 2º del Reglamento de la Ley del Registro Civil;

Servicio Estadístico

Se dio objeto de protección y guardar aquellos por el presente estatuto las datos personales que obligan las autoridades estadísticas, tanto directamente como indirectamente con la base de Datos de Familia Administrativa art. 13.3 de la Ley de Protección Estadística Federal de México (LPEFM). Todo el personal estadístico deberá adherirse al programa de tratamiento estadístico art. 17 de la LPEFM).

Obligación de facilitar los datos

La Ley de la Función Estadística Pública establece la obligación de facilitar los datos que se solicitan para la elaboración de series estadísticas.

Las series estadísticas deberán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas matriculadas y no matriculadas, residentes en Chiapas art. 13.3 de la LPEFM).

Los datos serán obtenidos de diferentes fuentes, tales como el establecimiento en obligaciones como voluntarias; **derecho contractivo de forma expresa, escrita, completa y definitiva** (delegados con las propiedades indicadas en la ley) forma por parte de los sucesores estadísticos art. 13.3 de la LPEFM).

El incumplimiento de las obligaciones estadísticas en esta Ley, en relación con las estadísticas para fines especiales, **está sancionado**, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos correspondientes en el Presente Título art. 42-1 de la LPEFM).

5. Datos de la inscripción. A rellenar por el Encargado del Registro Civil

A) Registro Civil en?	☐ Previa ☐ Municipal Fecha de inscripción Cl. No Mes Año Turnos Página Vuelta ☐ Primer mes ☐ Dos ☐ Más ☐ Otro ☐ Segundo mes ☐ Do ☐ Ab ☐ Ago ☐ Tercer mes ☐ Se ☐ Oco ☐ Nov
------------------------------	--

En caso de absten, fecha de inscripción a partir de mañana

Selo del Registro Civil

Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido:

Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido:

¿Se practicó autopsia? ☒ Sí ☐ No Si nació muerto, indique: ☐ Murió antes del parto ☐ Murió durante el trabajo del parto

Descoñecida

Na folla nº 7 do boletín INE no apartado “sinatura do/da médico/a” débese consignar a sinatura do/da obstetra de garda que cumprimente o boletín aínda que sexa unha matrona quen atenda o parto. No apartado de “sinatura do declarante” debe aparecer a sinatura da nai ou representante legal que vaia a presentar este documento no Rexistro Civil.

4. Datos del nacimiento o del aborto (se rellena un apartado por cada nacido vivo o muerto) (Continuación)

Datos del
tercer nacido
en este parto

4.13 Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

4.14 ¿Cuál es la nacionalidad del tercer nacido? ☐ Española ☐ Extranjero. Indique el país:

4.15 Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer

4.16 Peso en gramos:

4.17 Vivió más de 24 horas: ☐ Sí ☐ No → Nació: ☐ Vivo ☐ Muerto

A CUMPLIMENTAR POR PERSONAL SANITARIO

4.18 Si el niño nació muerto o falleció antes de las 24 horas de vida, ¿cuál fue la causa?

Enfermedad o afección principal del feto o recién nacido:

Enfermedad o afección principal de la madre que afectó al feto o al recién nacido:

¿Se practicó autopsia? ☐ Sí ☐ No Si nació muerto, indique: ☐ Murió antes del parto ☐ Murió durante el trabajo del parto

Si ha habido cuatro o más nacidos en este parto:

- Utilice un segundo cuestionario; cumplimente en él solamente la pregunta 2.1 de identidad de la madre y las preguntas del apartado 4 relativas a los nacidos.
- Escriba en las siguientes casillas el número del otro cuestionario, el que figura impreso en la parte superior derecha de la primera página.

Número del segundo cuestionario:

Firma del declarante

Firma y número de colegiado del médico

■■■■■

Mod. MNP-BEP

Página: 07

Nai ou representante legal

Obstetra de garda

Rexistro Civil e Libro de Familia

1. No caso de falecementos que se produzan con posterioridade aos seis meses (máis de 180 días) de xestación e que cumpren as condicións previstas no artigo 30 do Código Civil^{vii} para a personalidade xurídica serán inscritos no Rexistro Civil.

Aínda que falezan antes de 24 horas poden tamén inscribirse na folla correspondente do **Libro de Familia**, aparecendo tamén na folla seguinte como “faleceu”. Esta inscrición no *Rexistro Civil* debe facerse entre as 24 horas e os 8 días despois do nacemento, pero o regulamento establece un prazo de ata 30 días por causa xustificada.

2. No caso de falecementos que se produzan con posterioridade aos seis meses de xestación e non cumprisen as condicións previstas no artigo 30 do Código Civil^{vii}.

Figurarán nun *archivo do Rexistro Civil, sen efectos xurídicos*, podendo os representantes legais outorgar un nome. Este arquivo quedará sometido ao réxime de publicidade restrinxida.

3. No caso de falecemento **intraútero**, non se cumprimenta o “parte de asistencia ao nacemento” (folla amarela) senón a “**Declaración e parte de libramento de criaturas abortivas**” (folla rosa) que se entregará no Rexistro Civil e neste caso non se poderá inscribir no libro de familia.

vii. A persoa xurídica adquirese no momento do nacemento con vida, unha vez producido o enteiro desprendemento do seo materno.

Declaración e parte de nacemento de criaturas abortivas

É cumprimentada e asinada polo/a obstetra de garda, agás os datos da persoa declarante se fose diferente á nai (representante). A persoa que a presentará no Rexistro Civil tamén debe rexistrar a rúbrica. A sinatura do/da obstetra deberá ir acompañada do número de colexiado/a. Entrégase aos representantes legais ou á funeraria.

SERIE G N.º 05362

Declaración y parte de alijamiento de criaturas abortivas
Declaración e parte de libramento de criaturas abortivas

Datos del feto:
Datos de feto:

En la que se produce el alumbramiento _____ mes _____ año
En la que se produce el alumbramiento _____ mes _____ año
Hora del alumbramiento _____ Lugar del alumbramiento _____
Hora de libramiento _____ Lugar de libramiento _____
y de su muerte _____
y de su muerte _____
¿Murió antes del parto? _____ ¿En el parto? _____ ¿Después? _____
¿Murió antes del parto? _____ ¿En el parto? _____ ¿Después? _____
En este último caso, dígame fecha y hora de la muerte _____
Suerte última como alguna data o hora de muerte _____
Tiempo aproximado de vida fetal _____
Tiempo aproximado de vida fetal _____
Sexo _____
Sexo _____

Datos de la madre:
Datos de nai:

Apellidos _____
Apellidos _____
Nombre _____
Nombre _____
Edad _____
Edad _____
Etnia _____
Etnia _____
Domicilio _____
Domicilio _____
En anteriores datos se consignó _____
En anteriores datos se consignó _____

Datos del declarante:
Datos do declarante:

Apellidos _____
Apellidos _____
Nombre _____
Nombre _____
Edad _____
Edad _____
Etnia _____
Etnia _____
Domicilio _____
Domicilio _____
En anteriores datos se consignó _____
En anteriores datos se consignó _____

En _____ a _____ de _____ de _____
En _____ a _____ de _____ de _____
(Firma del declarante y del facultativo que asistió a la madre. En
(Firmas do declarante e do facultativo que asistiu á nai. Na
la sinatura de esta papeleta deberá ir apellidos y número de colexiación
la sinatura de esta papeleta deberá ir apellidos e número de colexiación
gracias)

(1) Encargado del Registro Civil de
(1) Encargado do Rexistro Civil de
a la vista de la declaración y parte recibida, según lo prescriba la presente acta, expedir fey de
a la vista de la declaración e parte recibida, según lo prescriba la presente acta, expedir fey de
alijamiento o parte recibida, según lo prescriba la presente acta, expedir fey de
alijamiento o parte recibida, según lo prescriba la presente acta, expedir fey de
alijamiento o parte recibida, según lo prescriba la presente acta, expedir fey de
alijamiento o parte recibida, según lo prescriba la presente acta, expedir fey de

En _____ a _____ de _____ de _____
En _____ a _____ de _____ de _____
(Firma del Encargado
(Firma do encargado)

Enterramento/incineración^{viii}

No caso de falecementos de **máis 180 días** de xestación existe obriga de enterrar/incinerar e no caso de falecementos de **180 días ou menos**, o enterramento/incineración é opcional sen límite inferior de idade xestacional definida.

Para poder autorizar o **enterramento ou incineración** é preciso realizar a *inscripción da defunción no Rexistro Civil* e para poder inscribir a defunción é necesario realizar a *declaración de nacemento* no Rexistro Civil.

Existe unha sentenza do *Tribunal Constitucional de febreiro do 2016* que *recoñece o dereito dunha familia a dispoñer do corpo do seu bebé (nado/a morto/a antes dos 180 días de xestación) e enterralo ou incineralo na intimidade familiar*. As sentenzas do Tribunal Constitucional son de obrigado cumprimento tanto para a Administración como para os xulgados e tribunais. Nesta sentenza considérase o “dereito a que a vida familiar e persoal sexa respectada (art. 18.1 CE)”. **Polo tanto, no caso de falecemento de 180 días ou menos, os representantes legais poden decidir o destino final do corpo do seu fillo ou filla, sen límite de idade xestacional.**

Será imprescindible contratar unha funeraria para transporte do féretro en coche especial (non se pode realizar en coche particular).

Débese informar aos representantes legais de que se desexan achegar algún obxecto especial ao enterro ou cremación (xoguete, roupa do/da bebé, foto da familia, etc.) deben informar deste feito á persoa representante da funeraria.

No caso de familias sen recursos económicos remitíranse a traballo social para que lles informe sobre a posibilidade do enterro en nichos municipais.

De modo similar ao rexistro de nacementos, regúlase a **inscripción de defuncións no Rexistro Civil**^{ix}, que é necesaria para poder proceder á inhumación ou incineración.

A inscrición no Rexistro Civil de **falecementos de máis de 180 días (6 meses) de xestación** (artigo 62 da *Lei 20/2011*^x) é **obligatoria**. A inscrición da fe da morte dunha persoa, da data, hora e lugar en que se produce. Na inscrición debe figurar así mesmo a identidade da persoa falecida.

A inscrición da defunción practícase en virtude de declaración documentada no *formulario oficial*, acompañado do *certificado médico da defunción*. En defecto de certificado cando este sexa incompleto ou se, a xuízo da persoa encargada, debe complementarse a documentación acreditativa do falecemento, requírirase *ditame médico* do/da facultativo/a.

Cando o falecemento ocorrera con posterioridade aos 180 días ou seis primeiros meses de xestación, antes do nacemento, e sempre que o/a recentemente nado/a falecese antes de recibir a alta médica, despois do parto, o **certificado**

viii. Decreto 151/2014, de 20 de novembro, de sanidade mortuoria de Galicia.

ix. Lei 20/2011 de 21 de xullo do Rexistro Civil (entrada en vigor na súa totalidade o 30 de xuño do 2020, varios artigos da Lei están en vigor por modificacións en Leis posteriores, Lei 19/ 2015 de 13 de xuño Lei 5/2018 de 11 de xuño).

x. Disposición adicional cuarta da Lei 20/2011 de 21 de xullo do Rexistro Civil referente a “supostos especiais de inscrición da defunción”.

médico deberá ser asinado, polo menos, por dúas persoas facultativas, que afirmarán, baixo a súa responsabilidade que, do parto e, no seu caso, das probas realizadas co material xenético da nai e o/a fillo/a, non se desprenden dúbidas razoables sobre a relación *materno filial*, facéndose constar na inscrición, ou no arquivo á que se refire a disposición adicional cuarta (Lei 20/2011 do Rexistro Civil) no seu caso, a realización de devanditas probas e o centro sanitario que inicialmente conserve a información relacionada coas mesmas, sen prexuízo do traslado desta información aos arquivos definitivos da administración correspondente cando cumpra.

Doazón á ciencia

Os representantes legais serán informados dos seus fins e decidirán a autorización da doazón do corpo do/da bebé para fins de investigación biomédica.

REGULAMENTO

Artigo 28 sobre doazón de embrións e fetos humanos do Capítulo I da Lei 14/2007, de 3 de xullo, de Investigación biomédica:

1. Os embrións humanos que perdan a súa capacidade de desenvolvemento biolóxico, así como os **embrións ou fetos humanos mortos**, poderán ser doados con fins de investigación biomédica ou outros fins diagnósticos, terapéuticos, farmacolóxicos, clínicos ou cirúrxica.

Artigo 29. Requisitos relativos á doazón.

- a) Que a doadora ou doantes dos embrións ou dos fetos outorgasen previamente o seu consentimento de forma expresa e por escrito. Se fose unha persoa menor non emancipada ou estivese incapacitada, será necesario ademais o consentimento dos seus representantes legais.
- b) Que a doadora ou os doadores ou, no seu caso, os seus representantes legais, previamente a que outorguen o seu consentimento, fosen informados por escrito, dos fins aos que pode servir a doazón, das súas consecuencias, así como das intervencións que se vaian realizar para extraer células ou estruturas embriolóxicas ou fetais, da placenta ou das envolturas, e dos riscos que poden derivar das devanditas intervencións.

anexo7 Prestacións por nacemento e coidado de menor

Segundo o Real Decreto-lei 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urxentes para a garantía da igualdade de trato e de oportunidades entre mulleres e homes no emprego e a ocupación:

- Teñen dereito a prestación por nacemento e coidado de menor ambos proxenitores se cumpren os requisitos legais de beneficiarios ou beneficiarias:

- Artigo 178. Beneficiarios.

"Serán beneficiarios do subsidio por nacemento e coidado de menor as persoas incluídas neste Réxime Xeral, calquera que sexa o seu sexo, que disfruten dos descansos referidos no artigo anterior, sempre que, ademais de reunir a condición xeral esixida no artigo 165.1 e as demais que regulamentariamente se establezan, acrediten os seguintes períodos mínimos de cotización..."

- Artigo 181. Beneficiarias.

"Serán beneficiarias do subsidio por nacemento previsto nesta sección, as traballadoras incluídas neste Réxime Xeral que, en caso de parto, reúnan todos os requisitos establecidos para acceder á prestación por nacemento e coidado de menor regulada na sección anterior, salvo o período mínimo de cotización establecido no artigo 178."

- O nacemento, que comprende o parto e o coidado de menor de doce meses, suspenderá o contrato de traballo da **nai biolóxica** durante **16 semanas**, das cales serán **obrigatorias as seis semanas ininterrompidas inmediatamente posteriores ao parto**, que haberán de gozarse a xornada completa, para asegurar a protección da saúde da nai.
- O nacemento suspenderá o contrato de traballo do **proxenitor distinto da nai biolóxica** durante **16 semanas^{xi}**, das cales serán **obrigatorias as seis semanas ininterrompidas inmediatamente posteriores ao parto**, que se deberán disfrutar a xornada completa, para o cumprimento dos deberes de coidado previstos no artigo 68 do Código Civil.
- Nos casos de **parto prematuro** e naqueles en que, por calquera outra causa, o **neonato deba permanecer hospitalizado a continuación do parto**, o período de suspensión poderá computarse, a instancia da nai biolóxica ou do outro proxenitor, a partir da data da alta hospitalaria. **Exclúense de devandito cómputo as seis semanas posteriores ao parto, de suspensión obrigatoria do contrato da nai biolóxica.**
- Nos casos de **parto prematuro con baixo peso** e naqueloutros en que o **neonato precise, por algunha condición clínica, hospitalización a continuación do parto**, por un **período superior a sete días, o período**

xi. A suspensión terá a mesma duración para ambos proxenitores (16 semanas con carácter xeral) cando acabe o período transitorio (polo tanto, a partires do 1 de xaneiro de 2021). Durante o ano 2020, a prestación durará 16 semanas para a nai biolóxica e 12 semanas para o outro proxenitor, as 4 primeiras posteriormente ao nacemento e as 8 semanas restantes ata que o/a menor cumpra 12 meses (pode obter ata 2 semanas do/da outro/a proxenitor/a).

de suspensión ampliarse en tantos días como o nado/a se atope hospitalizado, cun máximo de trece semanas adicionais, e nos termos en que regulamentariamente se desenvolvan.

- A suspensión do contrato de cada un dos proxenitores polo coidado de menor, unha vez **transcorridas as primeiras seis semanas inmediatamente posteriores ao parto**, poderá distribuírse a vontade daqueles, en períodos semanais a gozar de forma acumulada ou interrompida e exercitarse desde a finalización da suspensión obrigatoria posterior ao parto ata que o fillo ou a filla cumpra doce meses. Non entanto, a nai biolóxica poderá anticipar o seu exercicio ata catro semanas antes da data previsible do parto. O goce de cada período semanal ou, no seu caso, da acumulación de devanditos períodos, deberá comunicarse á empresa cunha antelación mínima de quince días.

A suspensión do contrato de traballo, transcorridas as primeiras seis semanas inmediatamente posteriores ao parto, poderá gozarse en réxime de xornada completa ou de xornada parcial, previo acordo entre a empresa e a persoa traballadora, e conforme se determine regulamentariamente.

Non se considera situación protexida a resultante de embarazos de menos de 180 días (artigo 8.4 do Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo).

Este dereito é individual da persoa traballadora, sen que poida transferirse o seu exercicio ao outro proxenitor.

NO SUPOSTO DE FALECIMENTO DO FILLO OU FILLA DE 180 DÍAS OU MÁIS

Non hai ningunha diferenza entre os proxenitores no caso de falecemento do feto. Ambos proxenitores continuarán percibindo a prestación por nacemento agás que, unha vez finalizadas as seis semanas de descanso obrigatorio, se solicite a reincorporación ao posto de traballo.

BIBLIOGRAFÍA DESTE ANEXO

Lei 19/2015, do 13 de xullo, de medidas de reforma administrativa no ámbito da Administración de xustiza e do Rexistro Civil.

Decreto 151/2014, de 20 de novembro, de sanidade mortuoria de Galicia.

Lei 20/2011, de 21 de xullo, do Rexistro Civil.

Lei 14/2007, de 3 de xullo, de Investigación biomédica.

Lei 5/2018, do 11 de xuño, de modificación da Lei 1/2000, do 7 de xaneiro, de axuizamento civil, en relación coa ocupación ilegal de vivendas.

Real decreto 295/2009, do 6 de marzo, polo que se regulan as prestacións económicas do sistema da Seguranza Social por maternidade, paternidade, risco durante o embarazo e risco durante a lactación natural.

Real decreto lei 6/2019, do 1 de marzo, de medidas urxentes para garantía da igualdade de trato e de oportunidades entre mulleres e homes no emprego e na ocupación.

Soto Herrero V, Rodríguez Portilla NE, Martínez Rojo C, Rubio Alacid S, Martínez Román C. Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía. Servicio Murciano de Salud. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). [actualizado: maio 2018]. Dispoñible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Guia-duelo-perinatal-MURCIA.pdf>

Curso “Abordaxe dos procesos do final da vida desde o traballo social” impartido polo Colexio de Traballo Social de Galicia (2018).

Contreras-García M, Ruiz Soto B, Orizaola Ingelmo A, Jubete Castañeda MY, Odriozola Feu JM. Protocolo-guía muerte fetal y perinatal. Santander: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2016.

anexo8 Recursos de apoio en dó perinatal

ASOCIACIÓNS EN GALICIA

- **Bolboretas no ceo:** bolboretasnoceo@gmail.com
- **Rede o Oco do meu ventre:** Rede solidaria de apoio a nais, pais e familiares que pasaron por esta experiencia

<http://www.redelhuecodemiventre.es/>

OUTROS RECURSOS DE INTERESE

- **Umamanita:** asociación española de apoio a nais, pais e familias fronte a morte perinatal e neonatal

<http://www.umamanita.es/>

- **Fundación Menudos Corazones**

Guía de apoio “Volver a vivir tras la pérdida de un hijo”

<http://www.menudoscrazones.org/wp-content/uploads/Guia-Duelo-II-baja.pdf>

- **El legado de Sara**

<http://ellegadodesara.com/>

- **Superando un aborto: rede social de apoio para todas aquelas persoas que sufriron a interrupción traumática dun embarazo**

<http://superandounaborto.foroactivo.com/>

- **Siempre en el corazón. El parto es nuestro**

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/siempre-en-el-corazon-sobre-muerte-gestacional-y-perinatal>

- **Como explicarle a morte aos nosos fillos e fillas**

Explicame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños

<http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/protocolos/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf>

LIBROS

- La cuna vacía: el doloroso proceso de perder un embarazo.
- Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas.

- 1 . López Fuentetaja AM, Iriondo Villaverda O. Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Clín contemp*. 2018; 9 (2): 12-34.
- 2 . Payás A. El mensaje de las lágrimas: una guía para superar la pérdida de un ser querido. Barcelona: Paidós Ibérica; 2014.
- 3 . Doka, KJ. (Ed.). *Disenfranchised grief. New directions, challenges and strategies for practice*. Champaign, Estados Unidos: Research Press; 2002.
- 4 . Vedia Domingo V. Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2016; 6 (2): 12-34.
- 5 . Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol*. 2007; 27 (4): 230-7.
- 6 . Pastor Montero SM. Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa. (tesis doctoral). Alicante: Universidad de Alicante; 2016.
- 7 . Stratton K, Lloyd L. Hospital-based interventions at and following miscarriage: literature to inform a research-practice initiative. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2008; 48 (1): 5-11.
- 8 . Claramunt MA, Álvarez M, Jové R, Santos E. *La cuna vacía*. Madrid: La esfera de los libros; 2009.
- 9 . Cassidy PR, Blasco C, Contreras M, Llavore M, Cassidy J, Quintana R et al. Atención al parto en casos de muerte intrauterina en el segundo y tercer trimestre. Aspectos psicosociales y clínicos de la atención hospitalaria. *Rev. Muerte y Duelo Perinatal*. 2018; 4: 41-57.
- 10 . World Health Organization. Regional Office for Europe. Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.
- 11 . Parkes CM. Bereavement in adult life. *BMJ*. 1998; 316 (7134): 856-9.
- 12 . Guía de actuación ante una muerte perinatal. Hospital do Salnés. Outubro 2018 [documento interno].
- 13 . López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011; 31 (109): 53-70.
- 14 . Cid Egea L. Explícame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo; 2011.
- 15 . Neilson JP, Hickey M, Vazquez J. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;(3):CD002253.
- 16 . Boyle A, Preslar JP, Hogue CJ, Silver RM, Reddy UM, Goldenberg RL et al. Route of delivery in women with stillbirth: results from the Stillbirth Collaborative Research Network. *Obstet Gynecol*. 2017; 129 (4): 693-8.
- 17 . Bakhbakhi D, Burden C, Storey C, Siassakos D. Care following stillbirth in high-resource settings: latest evidence, guidelines, and best practice points. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2017; 22 (3): 161-6.
- 18 . Cassidy PR, Cassidy J, Olza I, Martín Ancel A, Jort S, Sánchez D et al. Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. Girona: Umamanita, 2018.

- 19 . Gold KJ, Schwenk TL, Johnson TR. Brief report: sedatives for mothers of stillborn infants: views from a national survey of obstetricians. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008; 17 (10): 1605-7.
- 20 . Giles P. Reactions of women to perinatal death. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 1970; 10: 207-10.
- 21 . Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: 1156-66.
- 22 . Malacrida CA. Perinatal death: Helping parents find their way. *J Fam Nurs*. 1997; 3: 130-48.
- 23 . Thompson SR. Birth pains: changing understandings of miscarriage, stillbirth and neonatal death in Australia in the twentieth century. Tesis Doctoral. University of Western Australia, 2008.
- 24 . Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregn Childbirth*. 2016; 16 (1): 16.
- 25 . Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP). Grupo de Trabajo de Ética de SECIP: Guía para la adecuación y limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida en cuidados intensivos pediátricos. Disponible en: <http://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/Guía-para-la-Adecuación-y-Limitación-del-Esfuerzo-Terapéutico-en-CIP.pdf>
- 26 . Contreras-García M, Ruiz Soto B, Orizaola Ingelmo A, Jubete Castañeda MY, Odriozola Feu JM. Protocolo-guía muerte fetal y perinatal. Santander: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2016.
- 27 . Erlandsson K, Lindgren H, Malm M-C, Davidsson-Bremborg A, Rådestad I. Mothers' experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery: A qualitative Internet based study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011; 37: 1677-84.
- 28 . Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Protocolo: Pérdida gestacional de segundo trimestre y éxitus fetal intraútero. 2015. [actualizado 1 maio 2019]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/exitus-fetal.html>
- 29 . Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Late intrauterine fetal death and stillbirth. RCOG Green-top Guideline Non. 55, 2010. Disponible en https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf
- 30 . Wambach K., Riordan J., editors. Breastfeeding and Human Lactation. Fifth edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2016.
- 31 . Marcellin L, Chantry AA. Breast-feeding (part II): Lactation inhibition--Guidelines for clinical practice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015; 44 (10): 1080-3.
- 32 . Asociación española de bancos de leche humana. Manejo de la lactancia tras la pérdida de tu hijo. 2019. Disponible en: https://www.aebhlh.org/images/noticias/2019/pdf/20190429_triptico_manejo_lactancia.pdf
- 33 . Soto Herrero V, Rodríguez Portilla NE, Martínez Rojo C, Rubio Alacid S, Martínez Román C. Guía de actuación y acompañamiento en la muerte gestacional tardía. Servicio Murciano de Salud. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). [actualizado: maio 2018]. Disponible en: <https://www.redelhuecodemivientre.es/wp-content/uploads/Guia-duelo-perinatal-MURCIA.pdf>
- 34 . Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- 35 . Welborn JM. The experience of expressing and donating breast milk following a perinatal loss. *J Hum Lact*. 2012; 28 (4): 506-10.
- 36 . Carroll KE, Brydan LS, McEgan K, Opie G, Amir L, Bredemeyer S et al. Breast milk donation after neonatal death in Australia: a report. *Int Breastfeed J*. 2014; 9: 23.
- 37 . Uceira Rey S, Rodríguez Blanco MA, Martín Morales M, Rodríguez Czaplicki J. Donación de leche materna tras la muerte perinatal y la situación en España. *Rev muerte y duelo perinatal*. 2017; 3: 20-5. Disponible en: <https://www.uma-manita.es/wp-content/uploads/2017/11/2017-Uceira-et-al-Donaci%C3%B3n-de-leche-materna-tras-la-muerte-perinatal-y-la-situaci%C3%B3n-en-Espa%C3%B1a-MDP3.pdf>

- 38 . Arce Mateos FP. La autopsia fetal. En: Giménez Mas JA, Guerra Merino I (coords). Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España. 2013. Sociedad Española de Anatomía Patológica e International Academy of Pathology; 2013. p 241-9.
- 39 . Bakhbakhi D, Burden C, Storey C, Siassakos D. Care following stillbirth in high- resource settings: Latest evidence, guidelines, and best practice points. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2017; 22 (3): 161-6.
- 40 . Siassakos D, Jackson S, Storey C, Gleeson K, Chebsey C, EA, et al. InSight Study Report. Understanding and Improving care for parents after a baby has died.
- 41 . Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* 2003; 75 (1) :71-6.
- 42 . Neimeyer RA. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Disponible en: http://www.ignaciodarnaude.com/masalla_experienciaspostmortem/Neimeyer,Aprender de la Perdida,el duelo.pdf
- 43 . Organización Mundial da Saúde. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión: 04/2019). Trastorno por duelo prolongado. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/L-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
- 44 . American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5. 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- 45 . Grupo de traballo da Guía de Práctica Clínica sobre o Manexo da Depresión no Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre o Manexo da Depresión no Adulto. Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica no SNS: Avalia-t 2013/06.
- 46 . Maciejewski PK, Maercker A , Boelen PA, Prigerson HG. “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder” but not “complicated grief2, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry.* 2016; 15: 266-75.
- 47 . Kübler-Ross, E. Sobre el duelo y el dolor: cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas. Barcelona: Luciérnaga, 2006.
- 48 . Worden WJ. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. 2ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 2004.
- 49 . Mander R. Loss and bereavement in childbearing. Oxford: Blackwell Publishing; 1994.
- 50 . Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *J Womens Health (Larchmt).* 2008; 17: 451- 64.
- 51 . Berry SN, Colorafi K. The impact of communication surrounding intrauterine congenital anomaly diagnoses: an integrative review. *J. Perinat Neonatal Nurs.* 2019 Feb 6.
- 52 . Pereira MUL, Gonçalves LLM, Loyola CMD, Anunciação PSD, Dias RDS, Reis IN et al. Communication of death and grief support to the women who have lost a newborn child. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(4):422-7.
- 53 . Leon IG. Choreographing grief on the obstetric unit. *Am J Orthopsychiatry* 1992; 62 (1): 7-8.
- 54 . Leon IG. Perinatal loss: a critique of current hospital practices. *Clin Pediatr (Phila).* 1992; 31 (6): 366-74.
- 55 . Alexander KV. “The one thing you can never take away”. *MCN Am J Matern Nurs.* 2001; 26: 123-7.
- 56 . Lee C. “She was a person, she was here”: the experience of late pregnancy loss in Australia. *J Reprod Infant Psychol.* 2012; 30: 62-76.
- 57 . Cacciatore J, Flint M. Mediating grief: postmortem ritualization after child death. *J Loss Trauma.* 2012; 17: 158-72.
- 58 . Kavanaugh K, Hershberger P. Perinatal loss in low-income African American parents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005; 34: 595-605.
- 59 . Rådestad I, Westerberg A, Ekholm A, Davidsson-Bremborg A, Erlandsson K. Evaluation of care after stillbirth in Sweden based on mothers’ gratitude. *Br J Midwifery.* 2011; 19: 646-52.
- 60 . Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell AEP. Bereaved parents’ experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2013;3.

- 61 . Blood C, Cacciatore J. Parental grief and memento mori photography: narrative, meaning, culture, and context. *Death Stud.* 2014; 38 (1-5): 224-33.
- 62 . Cohen L, Zilkha S, Middleton J, O'Donohue N. Perinatal mortality: assisting parental affirmation. *Am J Orthopsychiatry.* 1978; 48: 727-31.
- 63 . Layne LL. Of fetuses and angels: fragmentation and integration in narratives of pregnancy loss. En: Hess D e Layne LL (eds): *Knowledge and Society: the Anthropology of Science and Technology.* Hartford, CYT: JAI Press; 1992; 9: 29-58.
- 64 . Layne LL. "He was a real baby with baby things": a material culture analysis of personhood, parenthood, and pregnancy loss. *Mother. Lost A Fem. Acc. Pregnancy Loss Am.,* New York and London: Routledge; 2003.
- 65 . Gensch BK, Midland D. When a Baby Dies: A Standard of Care. *Illness, Cris Loss Spec Issue Perinat Bereavement* 2000;8:286-95.
- 66 . López García S, Pi-Sunyer MT. Morir cuando la vida empieza. Conocer y despedir al hijo al mismo tiempo. Barcelona: Círculo Rojo; 2015.
- 67 . Grau N. Fotografías para casos de muerte gestacional y neonatal. *Revista Muerte y Duelo Perinatal.* 2017; 2: 11-9.





Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria

Guía

95

D



XUNTA
DE GALICIA