

MUERTE FETAL: ABORDAJE DE LA PÉRDIDA EN EL SISTEMA DE SALUD HOSPITALARIO

Guadalupe Granjo Grande; Julia Álvarez-Arenas Alcamí . PIR Psicología Clínica Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC), Parla; MIR Psiquiatría HUIC

HISTORIA DEL MANEJO OBSTÉTRICO EN LA MUERTE FETAL:

Durante décadas, cuando se producía una muerte perinatal, la madre era sedada en el expulsivo y cuando el bebé nacía era rápidamente retirado del paritorio con la intención de que la madre no tuviera ningún contacto con el bebé y así el dolor de perderlo fuera menor. La intención era evitar el apego con el hijo perdido y la eliminación de cualquier señal de su existencia. Se recomendaba a la madre buscar otro embarazo cuanto antes para que un nuevo hijo sustituyera al fallecido; y el padre pasaba aún más desapercibido, negándosele su derecho al duelo.

POSTURA ACTUAL:

El manejo obstétrico tradicional produjo resultados catastróficos, con un aumento escandaloso de la tasa de suicidios, de patología psiquiátrica en los progenitores y de repercusiones psicopatológicas en el niño nacido con posterioridad (**síndrome de Niño de Reemplazo** y **síndrome de Niño Vulnerable**). Por todo ello, con el paso de los años las pautas de manejo obstétrico se han ido modificando, persiguiendo actualmente la consecución de una serie de objetivos: no obstaculizar el proceso normal de duelo, favorecer una desidentificación madre-hijo, que el hijo adquiriera el estatus de persona (objeto externo) y que se cuente con referentes perceptuales que permitan confirmar la realidad de la muerte y la relación de los padres con el recién nacido.

ABORDAJE HOSPITALARIO DE LA PÉRDIDA:

Algunas de las recomendaciones que se han propuesto en este sentido son:

- ❖ **Favorecer que se realice un parto y no cesárea:** el parto natural favorece la discriminación perceptual del bebé, lo que facilita la aceptación de la pérdida y evita el aumento de la sensación de irrealidad que se da en la cesárea.
- ❖ **Sedantes:** ofrecer analgesia a la dosis adecuada para controlar el dolor pero no para evitar los sentimientos de aflicción de la madre. La sedación en el momento del parto incrementa aun más la sensación de irrealidad.
- ❖ **Contacto con el bebé:** ofrecer siempre a los progenitores y al resto de familiares la posibilidad de ver y tocar a su bebé fallecido, al tiempo que respetar al máximo el criterio de los padres. Aunque el recién nacido presente alguna deformidad o este macerado se recomienda mostrarlo a los padres con el cuerpo más o menos cubierto. Realizar los cuidados post mortem en presencia de los padres y permitir que ellos lo vistan y lo asean si lo desean.
- ❖ **Dar nombre al bebé (vs referirse a él como "feto"):** usar el nombre del bebé cuándo los profesionales se refieran a él permite formar y mantener la identidad del mismo, facilitando poder hablar sobre él.
- ❖ **Evitar comentarios que desautoricen el duelo:** los gestos y palabras de los profesionales que intervienen en ese momento tan doloroso pueden tener un impacto profundo en los padres y su entorno.
- ❖ **Formación de recuerdos sobre el recién nacido ("Cajita de los recuerdos"):** ofrecer la posibilidad de conservar todos los objetos relacionados con el recién nacido como: libreta de salud, pulsera de identificación, ropas, fotografías (siempre cogido por algún familiar o personal sanitario), huellas de manos y pies y/o un mechón de cabello. Para aquellos padres que lo hayan rechazado, es importante informarles que estarán en el hospital para que una vez pasado el período agudo, los puedan reclamar si lo desean.
- ❖ **Hermanos:** involucrar a los hermanos en la pérdida enviándoles las huellas/contornos de pies/manos del bebé, invitándoles a hacer un dibujo con el para crear su propio memento.
- ❖ **Sala de duelo:** facilitar un espacio físico íntimo y privado para los padres y los familiares fuera del Área Materno Infantil, dado que es muy doloroso para los padres escuchar el llanto de otros bebés.
- ❖ **Favorecer la decisión de realizar una necropsia:** saber que no había nada que pudiera haber evitado esa pérdida despeja dudas, desculpabiliza y permite comenzar el duelo.
- ❖ **Ritos religiosos y decisiones con respecto al cuerpo:** dar libertad a la familia para ejercer sus ritos culturales o religiosos en el hospital. Y recomendar el entierro privado, con la intención de permitir a la familia la expresión emocional y el reconocimiento de la muerte.

DISCUSIÓN:

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los progenitores que han sufrido una muerte perinatal es bastante común, encontrándonos en la práctica clínica con complicaciones en la elaboración del duelo que derivan hacia trastornos depresivos (10-48%), trastornos de ansiedad frecuentes tras un aborto y sobre todo ante la posibilidad de un nuevo embarazo y trastorno por estrés postraumático (25%). En muchas ocasiones, estos padres reconocen haberse sentido desamparados en el momento de la pérdida ante la indiferencia, frialdad y/o el desconocimiento del personal sanitario, que muy probablemente conlleva la propia ansiedad que genera esta dura muerte en los diferentes profesionales que la atienden (enfermeros, neonatólogos, ginecólogos, obstetras y personal auxiliar). En este sentido, las investigaciones al respecto han mostrado que las **características del sistema de salud hospitalario** suponen un *factor de riesgo* muy importante en la elaboración del duelo perinatal. De igual modo, dado que estos profesionales están en primera línea de atención cuando un bebé muere, son los primeros que pueden ofrecer consuelo y apoyo a las familias, *reduciendo los efectos traumáticos* que muy frecuentemente siguen a la pérdida. A pesar de la clara función preventiva de psicopatología que supondría formar a estos profesionales en el abordaje emocional de la muerte fetal, en España existen pocos centros hospitalarios que se hayan planteado elaborar, en colaboración con profesionales de la Salud Mental, una guía de actuación ante la pérdida perinatal, que evite ciertas prácticas iatrogénicas para el psiquismo de los progenitores, al tiempo que reduzca la ansiedad de los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Denise, Defey. El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud.
2. González, S., Suárez, I., Polanco, F., Ledo, M., y Rodríguez, E. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cadernos de atención primaria*, 19, 113-117.
3. Lopez, A. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Asociación Española de Psiquiatría*, 31(109), 53-70.
4. López, A., y Zuazo, J. (2008). Brazos Vacíos: programa de enfermería de salud mental de acompañamiento en duelo perinatal desde un centro de salud mental. *En 25 años contigo. Un recorrido en los cuidados de Salud Mental*. Salamanca.
5. Umamanita. (2009). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal.

