



GOBIERNO DE MENDOZA
MINISTERIO DE SALUD,
DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES

MENDOZA, 06 SEP 2019

RESOLUCIÓN N° 002814

Visto el expediente EX-2019-03890876-GDEMZA-SEGE#MSDSYD, en el cual la Dirección de Maternidad e Infancia solicita la aprobación de la Guía de Buenas Prácticas para la atención de la muerte perinatal y neonatal; y

CONSIDERANDO:

Que la mortalidad perinatal en la Provincia de Mendoza representa aproximadamente unos trescientos (300) casos anuales;

Que la formación de grado del equipo de salud que asiste a la mujer en el embarazo y puerperio y al recién nacido es deficitaria en contenidos concernientes al abordaje del duelo perinatal;

Que los equipos de salud necesitan herramientas de abordaje para las situaciones de muerte fetal y/o neonatal, debido a que las mismas pueden ocasionar en las familias un duelo patológico;

Por ello, en virtud de las facultades conferidas por el Art. 17 de la Ley N° 8830,

LA MINISTRA DE SALUD,
DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES

RESUELVE:

Artículo 1°- Aprobar la GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL, que como Anexo forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°- Ordenar la difusión de la presente resolución y la aplicación de la Guía de Buenas Prácticas para la atención de la muerte perinatal y neonatal, en todo el territorio de la Provincia de Mendoza, tanto en maternidades públicas como privadas.

Artículo 3°- Comuníquese a quienes corresponda, publíquese y archívese.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA


D^{ña}. ELISABETH CRESCITELLI
Ministra de Salud,
Desarrollo Social y Deportes



GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN
DE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

1- INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal comprende, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10), las defunciones ocurridas en todo el período perinatal, que se inicia en la semana 22ª de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y termina cuando se completan siete días después del nacimiento.

El análisis de las causas de mortalidad fetal tardía presenta las siguientes características: la primera causa son los factores maternos y complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto, responsables de 30,7% de la mortalidad fetal tardía. En segundo lugar, aparece la hipoxia intrauterina y otras afecciones respiratorias, responsables del 23% de las defunciones fetales tardías. Luego aparecen otras afecciones perinatales (5,8%), las malformaciones congénitas (5,4%), los trastornos relacionados con la duración de la gestación (2,1%). La muerte fetal de causa no especificada representa para el total del país, en 2016 el 31,1% de las defunciones fetales tardías.

En la mortalidad neonatal precoz el mayor porcentaje de defunciones son debidas a trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (32,3%), seguidas por dificultad respiratoria del recién nacido (19,5%), otras afecciones respiratorias (14,7%) y la sepsis bacteriana del recién nacido (8,4%).

La pérdida perinatal provoca un gran impacto emocional, no sólo en los padres sino también en los profesionales involucrados en la atención del caso, lo que puede afectar la calidad de los servicios prestados.

La muerte perinatal o neonatal, tiende a ser negada o infravalorada dentro de la sociedad y aún en los equipos de salud. Esto lleva a un duelo no autorizado a los padres que en ocasiones no reciben acompañamiento o contención adecuada por la falta de formación y de recursos de los profesionales que los atienden, ya que la muerte no forma parte de la currícula sanitaria. Esa actitud conlleva más dificultades para los padres. Los gestos y palabras de los profesionales que intervienen en ese momento tan doloroso pueden ser recordados incluso años después y tienen un impacto muy grande en los padres y su entorno.

Por otro lado, los niños que nacen sin vida son considerados por el Código Civil Argentino como si no hubiesen existido, hecho que no

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Dr.ª ELISABETH PREGITELLI
Ministra de Salud,
Desarrollo Social y Deportes



coincide con la percepción actual de los padres quienes con el diagnóstico de embarazo sumado a la confirmación ecográfica, ya inician un vínculo de apego con su hijo antes de nacer. (Código Civil Argentino, Art. 74. Si muriesen antes de estar completamente separados del seno materno, serán considerados como si no hubiesen existido).

Es por ello y por pedido de los propios padres que han pasado por esta experiencia que se realiza esta Guía de atención para los equipos de salud.

Si bien la misma está orientada a la atención a la muerte perinatal y neonatal, consideramos que también es aplicable a la muerte en cualquier etapa del embarazo y del primer mes de vida.

2- OBJETIVOS

Sugerir en base al conocimiento actual buenas prácticas para la asistencia de los padres que sufren una muerte perinatal en el ámbito de las maternidades públicas y privadas de la Provincia de Mendoza.

Brindar herramientas comunicacionales a los equipos de salud para favorecer un duelo no patológico en los padres.

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DEL DUELO PERINATAL

1- ACOMPAÑAMIENTO

Se favorecerá el acompañamiento de la persona gestante o madre por las personas que ella elija en todo el proceso de consulta e internación. Se respetarán las creencias religiosas y culturales de las familias, por ejemplo si quieren bautizar al bebé u otros rituales.

2- COMUNICACIÓN

La comunicación es un factor decisivo en la relación médico-paciente.

Siempre el profesional de la salud debe presentarse, decir su nombre y preguntar el nombre de la paciente. También al referirse a su hijo, no nombrarlo como el feto sino por el nombre que le iban a poner o sino decirle: "el bebé".

La información debe ser clara, evitando términos técnicos que los padres no puedan comprender y sin dar esperanza cuando el pronóstico es claramente malo.

La comunicación no verbal tal como el lenguaje corporal, la actitud, el contacto, visual, el tono de voz, la expresión facial, el tacto y la postura supone más del noventa por ciento del significado recibido del mensaje.

El tacto (un abrazo, un apretón de manos) será un buen apoyo e incluso el silencio puede ser una demostración de que se comprende y se acompaña a los padres en el sufrimiento.

REDACTOR	
SUPERVISIÓN	
SEC. GENERAL	
DIRECTOR	
SUBSECRETARÍA	

Dra. ELISABETH CRESSITELLI
Ministra de Salud,
Desarrollo Social y Deportes



Es importante que los padres se sientan escuchados, responder todas sus inquietudes y si es necesario repetir la información las veces que sea necesario. En este momento pueden surgir enojos, gritos de desesperación, búsqueda de culpables de la situación y el equipo de salud debe comprenderlos y acompañarlos.

El equipo de salud no debe mostrarse apurado para resolver el problema, debe darles tiempo a los padres para que decidan cuando hay más de una opción y decir por ej. "los dejo un rato tranquilos y luego vuelvo"; y no mirar el reloj o cruzarse de brazos esperando la decisión de los padres.

Existen frases que son aconsejadas como:

- "Siento lo que les ha pasado"
- "Me imagino cuánto querrían a ese bebé"
- "No me molesta que lloren"
- "La verdad es que no sé muy bien que decirles"

Se deben evitar frases como:

- "Sé fuerte"
- "No llores"
- "Es la voluntad de Dios"
- "Todo pasa por alguna razón, es el destino"
- "No es el fin del mundo"
- "Ahora tienes un angelito"
- "Ahora está en un lugar mejor"
- "Al menos no llegaste a conocerle bien"
- "Eres joven, ya tendrás más"
- "Debes ser fuerte por tus hijos/esposo/familia"
- "El tiempo lo cura todo"
- "Ya le olvidarás"

Es importante evitar frases culpabilizadoras como "si hubieras venido antes o si hubieras venido cuando sentiste que se dejó de mover, etc."

3- AMBIENTE

Toda institución deberá contar con un ambiente adecuado, que reúna las condiciones de privacidad y silencio, donde se comunique lo acontecido con el detalle necesario y de modo comprensible.

En caso de ser necesaria la internación se recomienda que la misma sea en una sala donde pueda estar todo el tiempo acompañada por alguien de su elección y en un lugar alejado del llanto de niños o de embarazadas que están próximas a parir, por ejemplo otros servicios hospitalarios distintos de la maternidad.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Dr. ELISABETH CRESSITELLI
Ministra de Salud,
Desarrollo Social y Deportes



A su vez deberá haber una sala donde puedan estar los padres y familiares para despedirse del hijo, deberá ser tranquila, tener suficientes sillas y una cuna para colocar al feto muerto o recién nacido fallecido.

Usar tarjeta identificatoria con los datos del feto muerto o neonato (fecha de nacimiento, hora y peso), y los maternos-paternos.

4- FAVORECER LA PARTICIPACIÓN Y ELECCIÓN CUANDO SEA POSIBLE

Ayudar en la toma de decisiones como forma de parto, en caso que esté embarazada, si desea verlo o no ver el cuerpo de su hijo y respetar dentro lo posible los deseos de la paciente. En el caso de muerte intraútero, el parto vaginal es lo más recomendable siempre que no haya una contraindicación obstétrica.

Si no hay riesgo para la vida de la persona gestante es importante permitirles que decidan el momento de la inducción, algunos prefieren postergarla para organizarse con sus otros hijos y otros prefieren que sea lo antes posible.

Es importante ofrecerles la posibilidad de llamar a alguien si la mujer concurre sola.

5- OFRECER APOYO PSICOLÓGICO

Es importante la contención por un equipo de salud mental capacitado para abordar el duelo de la madre y del resto de su familia.

6- CUIDADOS DEL CUERPO SIN VIDA (FETO MUERTO O NEONATO FALLECIDO)

Respetar el derecho a tener contacto con el feto muerto/neonato fallecido, solos o acompañados por un integrante del equipo de salud, o un familiar. Se deben tomar los recaudos para que el feto muerto/neonato sea vestido y colocado en una cuna, que permita a su vez el traslado del mismo.

Cuando se va a mostrar el recién nacido fallecido es importante retirar las cintas adhesivas y catéteres (cuando la muerte ocurrió en neonatología) y que alguien del equipo de salud lo tenga en brazos o en una cuna, envuelto en una sábana o con la ropa que los padres le trajeron o ropa que tenga la maternidad. Se debe ofrecer a los padres la posibilidad de tener a su hijo en brazos.

Nunca se entregará a los padres el feto muerto/neonato fallecido en una caja o frasco. El traslado a la morgue debe ser realizado por el equipo de salud.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

Ordra. ELISABETH GRESSITELLI
Ministra de Salud,
Desarrollo Social y Deportes



7- OFRECER RECUERDOS DEL HIJO

Los padres a veces no han pensado si quieren tener recuerdos (foto de su hijo, ropita, huellas plantares o palmares, etc.) o si quieren nombrar a su hijo, puede sugerirles que tengan estas opciones.

8- NECROPSIA

En caso de considerarse necesaria la necropsia los médicos deberán informar a los padres cuál será el objeto de la misma y acordar una cita para explicar los resultados de la misma.

En caso de que el evento, por su significación, se considere que puede ser incorporado a investigaciones en salud, debe estar como siempre, además de una clara explicación, el consentimiento informado.

9- SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA

Se realizará en forma medicamentosa y se informará a la madre previamente. Se ofrecerán consultas por si tiene alguna complicación.

10- TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Cada hospital debe tener un protocolo escrito de los trámites para facilitar la gestión de los padres. Se referirá el nombre del servicio u oficina donde debe asistir y el lugar del hospital donde se encuentra. Sería ideal si alguien del equipo pudiese facilitar y acompañar esta gestión, dentro de la Institución, como así también brindar los contactos si hay trámites fuera de la misma.

No se deberá demorar la entrega de certificados de defunción fetal, ni infantil, así como certificado de nacido vivo.

11- SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Previo al alta otorgar un turno donde la madre prefiera (centro de salud u hospital) para control obstétrico.

Es importante asesoramiento en salud reproductiva y la entrega de métodos anticonceptivos.

Ofrecer atención ambulatoria con equipo de salud mental y entregar también turno para ello, o vincularla a ONG o grupos de ayuda.

12- CUIDADOS PARA EL EQUIPO DE SALUD

El equipo de salud debe ser capacitado para enfrentar estas situaciones. El estado de angustia en el equipo sumado al desconocimiento de cómo manejar estas situaciones, son responsables

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA

DR. ELISABETH GRESSITELLI
Ministra de Salud,
Desarrollo Social y Deportes



muchas veces de conductas inapropiadas que provocan dolor y reacciones indeseadas en los familiares.

Una sugerencia es constituir grupos de reflexión de los equipos de salud que han pasado por estas situaciones. La constitución de esos grupos, ha mostrado ser un método que incrementa la confianza, seguridad y competencias para afrontar estas situaciones de duelo perinatal, al tiempo que mejora la comunicación dentro del equipo.

BIBLIOGRAFÍA

- El duelo ante la muerte de un recién nacido. Lic. Patricia Bautista. Revista de enfermería neonatal.
- La muerte y el duelo perinatal. Proneo.
- Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Cordero, MA; Mena, P. Rev. Chil. Pediatr. 75 (1); 67-74, 2004
- Guía para la atención de la muerte perinatal y neonatal. Asociaciones Umamanita y el Parto es Nuestro. Octubre, 2.009.
- Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad. Alda, E. y Cols. 2.014.

REDACTOR
SUPERVISIÓN
SEC. GENERAL
DIRECTOR
SUBSECRETARÍA


 Dra. ELISABETH CRESSITELLI
 Ministro de Salud,
 Desarrollo Social y Deportes



Gobierno de la Provincia de Mendoza
República Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Resolución firma ológrafa

Número:

Mendoza,

Referencia: Ex.-2019-3890876 - Res.N° 2814/19

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.