

### Mejorando la asistencia en situaciones dolorosas: comisión de mortalidad perinatal

**Felipe Ojeda Pérez<sup>a</sup>, Sandra Cano Bachs<sup>a</sup>, Jorge R. Bermúdez Flores<sup>a</sup>, Israel Anquela Sanz<sup>b</sup>, Amalia Zuasnar Cotro<sup>b</sup> y Mariana Bernet Vidal<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>*Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Granollers. Fundació Hospital Asil de Granollers. Granollers. Barcelona. España.*

<sup>b</sup>*Servicio de Pediatría y Neonatología. Hospital General de Granollers. Fundació Hospital Asil de Granollers. Granollers. Barcelona. España.*

<sup>c</sup>*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Granollers. Fundació Hospital Asil de Granollers. Granollers. Barcelona. España.*

Correspondencia: Dr. F. Ojeda Pérez.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Granollers.

Francisc Ribas, s/n. 08400 Granollers. Barcelona. España.

Correo electrónico: fojeda@fhag.es

#### Sr. Director:

Aunque la mortalidad perinatal ha disminuido notablemente en nuestro país en los últimos años, en especial a expensas de la fetal tardía y la neonatal de las primeras horas<sup>1</sup>, sigue siendo una situación de las más críticas a las que se puede enfrentar una pareja, pero también todos los profesionales que responsablemente atienden la situación. Independientemente de que la mortalidad se produzca antes, en el parto o después de él, los profesionales deben disponer de las herramientas suficientes para atender convenientemente a la madre, dar soporte a la pareja, familia y allegados y obtener la información clínica relevante para llegar a un diagnóstico de la causa del óbito y de las posibles medidas preventivas para una futura gestación. Esta complejidad conlleva una necesaria multidisciplinariedad para atender mejor estos casos<sup>2</sup>.

En nuestro centro optamos por crear una comisión de mortalidad perinatal (CMP) que inicialmente implicara a los profesionales más críticos dentro del proceso del óbito fetal o perinatal. Formada actualmente por dos ginecólogos, dos neonatólogos, una patóloga y el director del Servicio de Ginecología y Obstetricia, dotada de un fuerte liderazgo, tenía el requerimiento de definir la metodología a seguir, mejorar la transmisión de información a las familias afectadas e intentar obtener el consentimiento informado para aumentar el número de necropsias. Definir los estudios genéticos, bioquímicos, etc., necesarios en cada caso, así como estudiar la posibilidad de realizar microestudios anatomopatológicos.

En una segunda fase, el trabajo de la comisión propiamente consistirá en la revisión sistemática de los casos de mortalidad perinatal, a medida que se produzcan, realizando un cuidadoso análisis de cada caso para mejorar la calidad asistencial e informar del carácter evitable o no y de si el comité considera adecuada o mejorable la atención asistencial del caso.

Desde la primera reunión se dejó claro que el objetivo de la revisión de mortalidad no era juzgar actitudes o diagnósticos, sino poder definir la mortalidad evitable de la que no lo es y poder aconsejar cambios en pautas, protocolos y conductas que adecuen la actividad asistencial a los estándares más modernos. La confidencialidad de los casos y discusiones de la comisión queda garantizada por el secreto profesional y la legislación que lo regula.

El sistema de trabajo consta de los pasos siguientes:

- Identificar al profesional responsable para recoger los restos fetales y las muestras necesarias.
- Identificar la documentación requerida, incluidos los consentimientos.
- Destino final de los restos fetales: a) protocolo de seguimiento hasta facilitar a los familiares consejo genético cuando sea preciso; b) material necesario para recoger las muestras; c) archivo informático accesible al personal de la CMP con la preceptiva clave de acceso; d) método de recogida de muestras, y e) presentar cada caso a la CMP.

La definición de mortalidad perinatal adoptada por el comité es la clásica de la OMS, y la patología se codifica mediante la CIE-9 MC<sup>3</sup>.

La comisión elaboró un documento de Protocolo de Óbito Fetal que detalla los datos de la historia clínica, así como los estudios complementarios y documentación gráfica, clínica y legal, que debe contener el informe final.

También elaboró el Protocolo de Duelo Familiar que contemplaba: apoyo psicológico y médico a la familia para que pueda expresar sus sentimientos de duelo, dolor, pena, etc., no sólo en el momento del diagnóstico, sino de la expulsión del feto. Se hace énfasis en que deberían verlo y tocarlo para intentar paliar esa sensación de vacío. Después se debería realizar un seguimiento al mes, 6 meses y un año.

Información a los familiares de los procedimientos que se harán para llegar a un diagnóstico de las posibles causas del óbito.

Dotar de un interlocutor entre la familia y el personal médico para informarles de resultados parciales o completos de los estudios realizados sobre el feto en un lenguaje inteligible.

Elaboración de una base de datos que incluye necesariamente la filiación, si es inmigrante, edad gestacional, sexo, peso, diagnóstico clínico, autopsia, observaciones clínica, evitabilidad y conducta asistencial.

Desde hace mucho tiempo la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia)<sup>3</sup> y muchas otras sociedades científicas y profesionales intentan el registro de esta mortalidad y las causas que lo originan. En esta línea, las comisiones de mortalidad perinatal pueden y deben tener un papel decisivo<sup>4,5</sup>.

En nuestro trabajo hemos intentado explicar cómo afronta este reto un grupo sensibilizado ante el problema y, lo más importante, plasmar en un protocolo qué se debe hacer, quién lo debe hacer y de qué manera debe hacerse. Exigiendo la constitución de la comisión y la elaboración de actas y garantizando un secreto de las deliberaciones que permite un nivel de crítica elevada, pero sin la búsqueda de "responsables" en quienes descargar el problema.

**Bibliografía**

1. Fabre E, González de Agüero R, de Agustín JL. Mortalidad perinatal en España. *Clin Invest Gin Obst*. 1998;25:116-20.
2. Wright J, Hill P. Control de la calidad de la atención médica: disminución de errores y mejora de estándares. En: Wright J, Hill P, editores. *Gobierno Clínico*. Madrid: Elsevier; 2007. p. 89-112.
3. Dunn PM. History of the FIGO Standing Committee on Perinatal Mortality and Morbidity 1979-1991. *Int J Gynecol Obstet*. 2007;96:131-7.
4. Drife J. Perinatal Audit in low-and hig-income countries. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006;11:29-36.
5. King J, Warren R. The role of reviews of perinatal deaths. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006;11:79-87.