

1.CONTEXTO

El impacto de un bebé mortinato

Tasas de muerte fetal

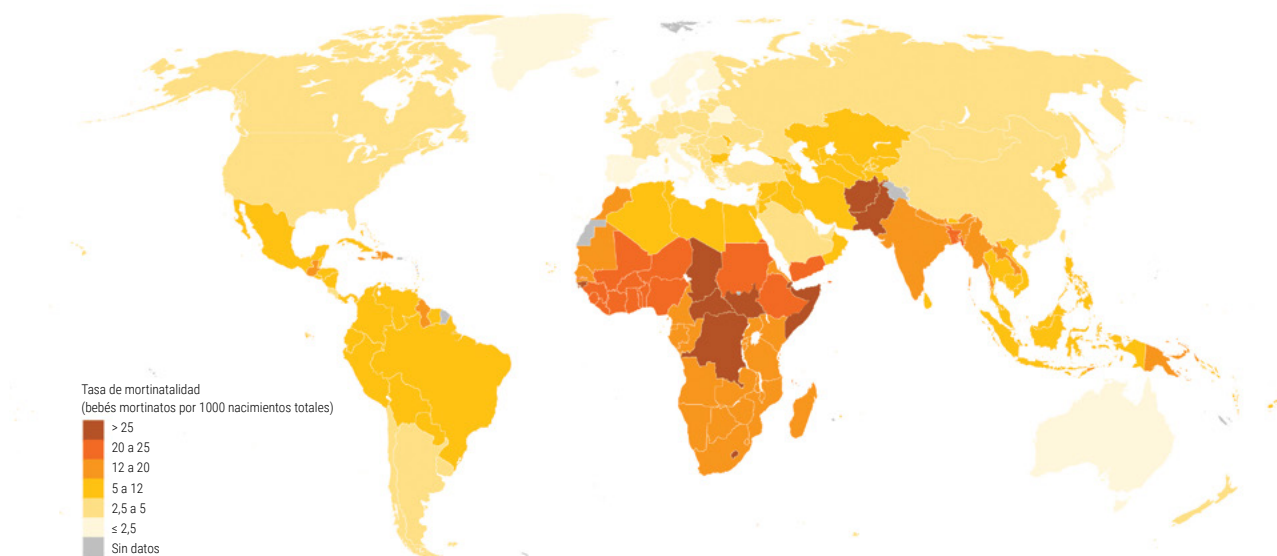
El mortinato, el bebé que muere en las últimas etapas del embarazo o durante el parto, es un resultado devastador del embarazo. En todo el mundo, se produce una muerte fetal cada 17 segundos, lo que equivale a aproximadamente 1.9 millones de bebés mortinatos solo en el 2021. Son bebés cuyas familias esperaban que nacieran vivos. Más de tres cuartas partes del total de mortinatos ocurren en África subsahariana y Asia meridional ([Figura 1.1](#)). Los países de ingresos bajos y medianos concentran el 89% de todos los mortinatos y solo el 71% de todos los nacidos

vivos. El 45% de los mortinatos mueren después del inicio del trabajo de parto. Muchas de estas muertes ocurren en bebés nacidos a término y se evitarían mediante el acceso equitativo a la atención de alta calidad durante el embarazo y el parto ([1](#)). En las últimas dos décadas, los avances en la reducción de las tasas de muerte fetal no han seguido el ritmo de los logros obtenidos para salvar la vida de las madres y sus recién nacidos en los primeros 28 días de vida. Entre 2000 y 2021, la tasa global de muertes fetales disminuyó solo un 2% anual, en comparación con una reducción del 2.7% en la mortalidad neonatal (muertes ocurridas en el primer mes después del nacimiento) y del 3.9% en la mortalidad de niñas y niños entre 1 y 59 meses de edad ([1](#)). Mientras tanto, entre 2000 y 2020, la razón de mortalidad materna (MMR) disminuyó un 2,1% anual a nivel mundial ([2](#)).

© UNICEF/UNI73176/Holtz

Nadège Ndi Rose, de 20 años, en trabajo de parto en la sala de maternidad del Hospital Saint Luc, un hospital privado de la ciudad de Mbalmayo (Camerún). Dos profesionales de la salud la están cuidando. Nadège Ndi Rose dará a luz a su quinto bebé prematuro y mortinato. Ella nunca tuvo una consulta prenatal.



FIGURA 1.1: TASAS DE MUERTE FETAL POR PAÍS (2021)

Fuente: [Jamás olvidados: la situación de los bebés nacidos muertos en todo el mundo](#). Informe del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil, 2022. Nota: El mapa no refleja la postura de UNICEF, ni de ninguna organización que colabora en esta guía, sobre el estado legal de ningún país o territorio o la delimitación de ninguna frontera. Las últimas cifras sobre tasas nacionales de mortalidad de 195 países están disponibles en www.childmortality.org.



Una nota sobre terminología de género

Esta guía reconoce la diversidad de género entre personas gestantes y en trabajo de parto. Dicho esto, los términos “mujer” y “madre” se emplearon a lo largo del documento de forma práctica. Esta guía tiene como objetivo incluir a todas las personas gestantes y que dan a luz, aunque algunas pueden no identificarse como mujer o madre (3).

El nacimiento de bebés fallecidos es un problema de salud global cada vez más grave. En 2000, los mortinatos representaron el 23% de todas las muertes de niños menores de 5 años. En 2021, este número aumentó al 27% (1). En África subsahariana, el número estimado de mortinatos aumentó de 765,000 en 2000 a 847,000 en 2021, ya que el aumento en el número total de nacimientos superó la reducción en la tasa de bebés mortinatos en la región (1). En algunos países de ingresos altos, hay más mortalidad que muertes neonatales, y el número de muertes fetales supera incluso el de muertes infantiles (ocurridas en niñas y niños entre 1 y 12 meses de edad).

En 2014, 194 Estados Miembros aprobaron el [Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos](#) (ENAP, por sus siglas en inglés) (4) durante la 67ª Asamblea Mundial de la Salud. ENAP ha establecido un objetivo para que todos los países tengan 12 o menos muertes fetales por cada 1,000 nacimientos hacia 2030. Para lograr este objetivo, más de 45 países deben avanzar más del doble su progreso actual (1). ENAP también tuvo como objetivo eliminar las brechas de inequidad, es decir, las diferencias en las tasas de bebés mortinatos entre los grupos más vulnerables. Sin embargo, pocos países, incluso aquellos con baja mortalidad general, han progresado en el uso de datos y acciones específicas para cerrar estas brechas.

Impacto emocional y psicológico

La experiencia de tener un bebé mortinato es un evento que puede cambiar la vida de madres, padres y familias debido a impactos psicológicos, psicosociales y emocionales complejos (5). Para ellos, la pérdida inesperada de un bebé, así como el cuidado experimentado después de esta pérdida, afecta la forma en que lidian con la vida y la muerte, así como su autoestima e identidad (6).



Nadie te dice que te sentirás completamente perdida. Que perderás tu vida, tu identidad, tus intereses, tus relaciones -se siente como si lo estuvieras descubriendo todo por primera vez.” – Alex, madre del hijo mortinato Robin

Fuente: whatsyourgrief.com/loss-of-identity-after-stillbirth

Aunque el impacto en la salud mental de las personas que experimentan una muerte fetal varía, las emociones incluyen recordar el nacimiento, choque, culpa, una profunda necesidad de comprender la causa de la muerte, pensamientos irracionales y aterradores (7). Varios estudios demuestran que, este impacto parece ser más frecuente e intenso en los primeros meses después de la muerte, sin embargo, existen secuelas emocionales y psicológicas complejas y prolongadas entre las mujeres y sus parejas. Estas secuelas incluyen una mayor morbilidad psicológica en embarazos posteriores y un mayor riesgo de trastornos mentales graves (8).



La pérdida de mi bebé cambió muchas cosas en mí. Decirle a la gente era tan vergonzoso. La gente [dijo] que era mi culpa que el bebé falleciera, y comencé a culparme a mí misma también, diciéndome a mí misma que no había sido lo suficientemente cuidadosa. Me iba a casa [del trabajo] todos los días llorando.” – Oyele, Nigeria

Fuente: blogs.unicef.org/evidence-for-action/shrouded-in-silence-the-untold-story-of-stillbirths

La evidencia muestra que las consecuencias emocionales de tener un bebé mortinato a menudo están significativamente influenciadas por las normas y contextos sociales y culturales. En algunas culturas, las mujeres son responsables de las muertes gestacionales, lo que resulta en humillación pública y discriminación futura. En otros contextos, los mortinatos no se reconocen del todo o se consideran muertes menos significativas, lo que puede afectar considerablemente la capacidad de un individuo para vivir el proceso de duelo (9, 10). Diversos estudios han descrito que el ambiente dinámico y alegre de las salas de maternidad son lugares extremadamente dolorosos para los padres y las familias que han tenido un bebé mortinato, y los intentos bien intencionados de los profesionales de la salud para proporcionar comodidad a menudo tienen el efecto contrario (11).

Aunque nada pueda prevenir el dolor y el duelo de tener un bebé mortinato, la disponibilidad de atención y apoyo psicosocial, culturalmente apropiado y centrado en la persona puede ayudar a reducir la severidad, la magnitud y la duración de la carga psicológica y emocional en las mujeres y sus familias.



Crystal y LP Nielsen se despidieron de su hija Aleia Nielsen después de su funeral el 8 de julio de 2020.

Aleia es su única hija.

Fuente: Stacey Fletcher

¿Qué entendemos por cuidados culturalmente apropiados?

Esta guía define la atención culturalmente apropiada como aquella que está basada en un trato respetuoso y alineado con las creencias y normas culturales de la mujer, al mismo tiempo, que se adhiere a las normas aceptadas a nivel mundial sobre derechos humanos y atención materna respetuosa, como la [Declaración Internacional de Derechos Humanos](#) y la [Carta de Atención Materna Respetuosa](#).

Costo Financiero y Social

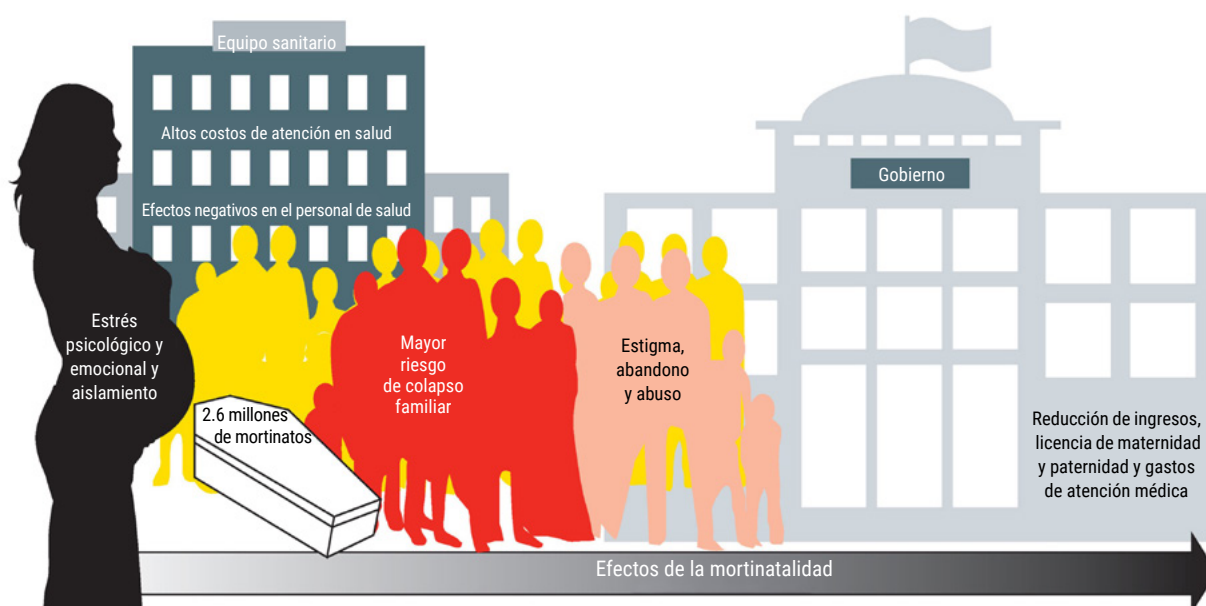
Estimar el costo económico y social de la muerte intrauterina es un desafío, pero es necesario para comprender la relación costo-beneficio de las intervenciones preventivas y enfocadas a mejorar la atención ofrecida a las mujeres y sus familias después de la pérdida de un bebé.

Las pérdidas atribuidas a la muerte intrauterina pueden ser difíciles de estimar porque incluyen

costos tanto directos (el costo financiero de usar los servicios de salud cuando muere un bebé), como indirectos (debidos a la pérdida de productividad o recursos humanos) e intangibles (los costos no monetarios que reflejan en gran medida el impacto emocional de la muerte) (12). La [Figura 1.2](#) muestra el impacto de una muerte intrauterina, incluidos los costos directos, indirectos e intangibles asociados con el bebé, la madre, la familia, los servicios de salud, la sociedad y los gobiernos.

En 2018, Campbell y colaboradores estimaron el costo directo promedio por mortinato en 802 libras esterlinas. Corregido a los valores de 2022, y convertido a dólares estadounidenses para la comparación internacional, este valor corresponde a aproximadamente 1,000 dólares por mortinato (13). El costo directo de la ansiedad y la depresión de los padres fue de aproximadamente 820 dólares por mortinato (10). Los costos de la atención en embarazos posteriores variaron según la causa de la muerte, siendo más altos para casos inexplicables: aproximadamente 5,500 dólares por caso (14). Adicionalmente, el impacto negativo en el equipo médico se estimó en 900 dólares por caso (13).

FIGURA 1.2: EFECTO DE LA MUERTE DEL BEBÉ MORTINATO EN LA MADRE, LA FAMILIA, LOS SERVICIOS DE SALUD, LA SOCIEDAD Y EL GOBIERNO



Fuente: Reimpreso de The Lancet, Vol. 387, Heazell, Siassakos, Blencowe, et al., Stillbirth: economic and psychosocial consequences, páginas 604–616, Copyright (2016), con el permiso de Elsevier. Nota. 2.6 millones de bebés mortinatos al año corresponden a la estimación al momento de la publicación de la figura (2016); la estimación para el 2021 es de 1.9 millón de bebés mortinatos.

Una revisión sistemática agrupó los costos intangibles asociados a la mortalidad fetal en ocho temas: duelo profundo, depresión, aislamiento social, problemas de relación de pareja, problemas con los hermanos, regreso a la normalidad, necesidad de apoyo y acontecimiento que cambia la vida (12). Estos costos intangibles son experimentados por las madres, los padres/parejas, los hermanos, los abuelos y otros miembros de la familia. Pueden ser mucho mayores que los costos directos e indirectos y dar lugar a gastos financieros adicionales, que normalmente son cubiertos únicamente por los padres.

Pocos países conceden permisos de maternidad o paternidad tras la muerte de un bebé, lo que conlleva una pérdida de ingresos o presentismo (estar presente en el trabajo, pero con una productividad reducida) (10). Teniendo en cuenta el impacto de la muerte gestacional, la inversión necesaria para desarrollar intervenciones que salven la vida de los bebés se reduce a 2,143 dólares estadounidenses por vida salvada, que es menor en comparación con los 3,994 dólares que se necesitan al considerar las muertes neonatales de forma aislada (10). La comprensión de todos estos aspectos de la carga de la mortalidad fetal pone de manifiesto el elevado costo económico de la muerte gestacional, que recae sobre los gobiernos y las sociedades.

Impacto en los profesionales sanitarios

El personal de salud corre el riesgo de desarrollar agotamiento profesional debido al impacto psicológico de trabajar en situaciones estresantes, como la atención a mujeres que dan a luz a bebés mortinatos (15). Para los profesionales de la salud, el impacto negativo posterior a la atención brindada a las familias tras la muerte de un bebé incluye angustia personal, sentimientos de sobrecarga, intento de «mantener la compostura», dificultad para concentrarse y dificultad para volver al trabajo tras el evento (16-20). Los profesionales sanitarios

que atienden partos complicados, incluidos los de bebés nacidos muertos, también han manifestado síntomas de trastorno por estrés postraumático (21). Un estudio realizado en Kenia y Uganda mostró que la tristeza, la frustración, la culpa y la vergüenza eran sentimientos comunes, y que los profesionales sanitarios mostraban culpa, miedo y comportamientos negativos, como transferir a otras personas la responsabilidad de comunicarse con las familias (22). Otro estudio realizado en Papúa Nueva Guinea mostró que los profesionales sanitarios que atendían partos de bebés nacidos muertos se sentían en riesgo de sufrir violencia física por parte de los familiares (23).



Cada vez que atiendo a una mujer que ha tenido un mortinato, es devastador para la mujer y su familia, pero también para mí como cuidadora. Tengo que lidiar con mi propio dolor y el de la mujer y su familia y, sin embargo, culturalmente, no es aceptable lamentarse en público, ya que la sociedad no considera al feto como un ser humano...” – Partera de Malawi

Fuente: Homer, Malata, ten Hoope-Bender (2016) (24)

Sin embargo, hay pruebas de algunos efectos positivos, especialmente cuando los profesionales sanitarios sienten que pueden ofrecer un apoyo de calidad en el duelo. Cuidar de las familias puede ser gratificante cuando los profesionales sanitarios son capaces de conectar con ellas, ofrecerles oportunidades para crear recuerdos especiales, escuchar —y compartir— el duelo y marcar una diferencia positiva (25).

© UNICEF/UNI59991/Nesbitt

Una mujer desempaca ropa y mantas de bebé en Lusaka (Zambia).
Acaba de regresar a casa tras la muerte de su bebé. Ella cree
que nació muerto debido a complicaciones relacionadas con su
diabetes y su seropositividad al VIH.



Factores de riesgo subyacentes asociados a la mortalidad fetal

Los factores de riesgo son condiciones o características que aumentan el riesgo o la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o una afección de salud adversa, como el nacimiento de un bebé sin vida. Estos factores pueden actuar de forma directa o indirecta, aumentando el riesgo de otras causas más directas de muerte. Por ejemplo, la infección es un factor de riesgo que puede causar directamente la muerte, mientras que la falta de profesionales capacitados es un factor de riesgo indirecto que puede contribuir a una muerte. Los mismos riesgos que conducen a la muerte intrauterina pueden aumentar el riesgo de otros eventos adversos al nacimiento, como el parto prematuro, el bajo peso al nacer y la muerte neonatal. La [Figura 1.3](#) muestra un modelo de

riesgo para la mortalidad fetal (denominado modelo ecológico social) y el modelo estratificado de factores de riesgo que desencadenan complicaciones fetales, incluidos los factores maternos, familiares, comunitarios, del sistema de salud y estructurales. En la [Tabla 1.1](#), se muestran ejemplos de estos factores, de acuerdo con el modelo. La tabla proporciona una lista de factores de riesgo, que no es exhaustiva. Es importante destacar que estos factores pueden interactuar entre sí de forma compleja, lo que puede amplificar el riesgo (26).

FIGURA 1.3: MODELO ECOLÓGICO SOCIAL DEL RIESGO DE MORTALIDAD FETAL

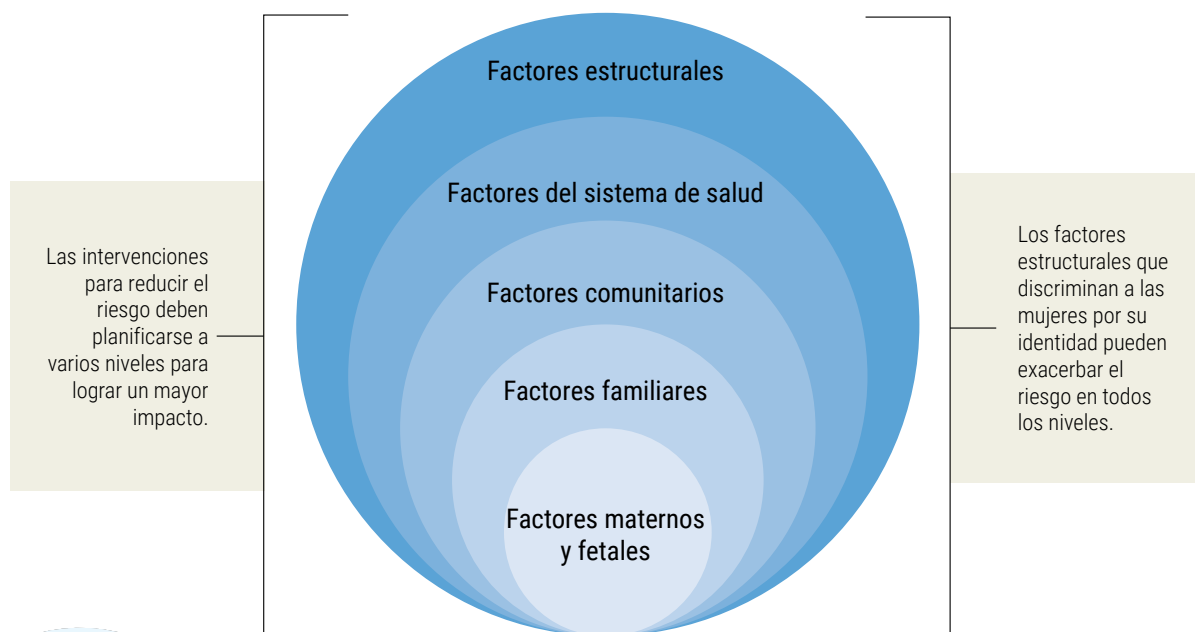


TABLA 1.1: FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD FETAL SEGÚN EL MODELO SOCIOECOLÓGICO

Componente del modelo	Ejemplos de factores de riesgo
FACTORES DE RIESGO ESTRUCTURALES	
Discriminación y desigualdad	Por motivos de raza, etnia, religión, orientación sexual, identidad de género u otras características personales
	Rechazo de servicios o mala calidad de la atención; falta de atención respetuosa
	Falta de políticas públicas que protejan la salud reproductiva
FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD	
Personal sanitario	Falta de personal de salud capacitado, especialmente durante turnos nocturnos y en zonas rurales
	Falta de capacitación inicial y continua en gestión de riesgos
	Supervisión y rendición de cuentas deficientes
Calidad de la atención	Falta de comunicación a lo largo del continuo de la atención
	Factores relacionados con la baja calidad de la atención, que incluyen (pero no se limitan a) la falta de capacidad de los profesionales sanitarios para reconocer y gestionar el riesgo, el incumplimiento de las guías de práctica clínica y la mala comunicación
	Ausencia o retraso en la referencia de embarazos de alto riesgo
	Ausencia o baja calidad de la atención obstétrica durante el parto y el alumbramiento
Infraestructura y suministros sanitarios	Falta de infraestructura sanitaria, como agua potable, electricidad y suministros médicos
	Cadena de suministro deficiente para insumos esenciales, como oxígeno y anestesia
FACTORES DE RIESGO COMUNITARIOS	
Larga distancia a recorrer y acceso limitado a la atención	Falta de atención especializada en las zonas rurales
	Largas distancias, falta de infraestructura vial y de transporte, costo del viaje
Comunidades inseguras	Altos niveles de delincuencia, violencia e inseguridad en las calles
Exposición a factores ambientales	Falta de servicios de agua potable y saneamiento; contaminación ambiental y de interiores
FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	
Estructuras y dinámicas familiares	Abuso emocional y físico
	Falta de autonomía en la toma de decisiones sobre salud y atención sanitaria
FACTORES MATERNOS Y FETALES	
Estrés financiero, emocional e interpersonal	Pobreza o bajos ingresos e inseguridad alimentaria o de vivienda
	Falta de apoyo social o familiar
Distancia y ruralidad	Falta de acceso al transporte
	Falta de acceso y disponibilidad de servicios obstétricos de emergencia
Falta de autoeficacia	Bajo nivel de alfabetización en materia de salud, lo que conduce a una mala comprensión de la información sanitaria relevante
Fisiológicos y biomédicos	Edad materna de 35 años o más
	Índice de masa corporal elevado/obesidad
	Afecciones preexistentes, como trastornos hipertensivos, malaria, infección por el VIH
	Pobre consumo nutricional; consumo de sustancias como tabaco, alcohol, opiáceos
Placentarios/fetales	Restricción del crecimiento intrauterino; preeclampsia/eclampsia; infección
	Hemorragia anteparto o intraparto

Nota: esta lista proporciona ejemplos de factores de riesgo; no pretende ser exhaustiva