

2. OPORTUNIDADES PARA SUPERAR LOS RETOS EN EL ENFOQUE DE LA MORTALIDAD FETAL

¿Cuáles son los desafíos?

A pesar de los recientes avances en la inclusión de muertes fetales en el seguimiento de indicadores sobre mortalidad infantil (1), los datos correspondientes a los mortinatos siguen rezagados en términos de reconocimiento social, financiamiento y acción programática, debido a deficiencias en cinco grandes rubros (27): falta de equidad en el acceso a la atención; falta de calidad de la asistencia; percepción social; brechas de información y desafíos operativos (Figura 2.1). Estas amplias categorías describen por qué siguen produciéndose muertes intrauterinas que podrían evitarse mediante acciones del sistema de salud. También demuestran cómo la atención de calidad tras la muerte suele ser inadecuada. En el Anexo 1 se muestran ejemplos de retos específicos.

Desigualdad en el acceso a la atención

La equidad en la salud materna significa que todas las personas tienen acceso a una atención adecuada y oportuna, y pueden hacer uso de ella, independientemente de su raza, condición social, origen étnico, religión, edad, sexualidad u otras características individuales. Las autoridades sanitarias deben adoptar medidas para garantizar que los servicios obstétricos estén disponibles para todas las personas, especialmente para aquellas con mayor probabilidad de necesitarlos, pero con menor probabilidad de utilizarlos. Por ejemplo, las poblaciones migrantes, refugiadas, así como las mujeres y familias que viven en contextos frágiles y en emergencias humanitarias.

FIGURA 2.1: ESTRUCTURA DE LOS DESAFÍOS EN EL ENFOQUE DE LA MORTALIDAD FETAL



© UNICEF/UNI166910/d'Aki

El 25 de julio de 2014, en el Estado de Palestina, Soha Mosleh yace en una camilla mientras se recupera en la maternidad del Hospital Al-Shifa, en Gaza. En el segundo día de la reciente escalada de violencia entre Israel y Gaza, la Sra. Mosleh, que estaba en su noveno mes de embarazo, abandonó su hogar en el distrito de Zeitoun en busca de un lugar más seguro donde refugiarse. «Era como una piedra», dijo refiriéndose al dolor vaginal que comenzó a sentir. En el hospital, dio a luz a una niña muerta. Según sus médicos, la muerte fue causada por el estrés inducido por el conflicto.



La pobreza me ha devastado; he tenido cuatro mortinatos seguidos. La mayoría de la gente aquí es pobre y analfabeta. Son conservadores, no permiten que sus mujeres se hagan revisiones médicas. Pero las mujeres ricas no tienen estos problemas, tienen más libertad que nosotras.”

Fonte: Zakar, Zakar, Mustafa, et al. (mujer en Pakistán, 2018) (28)

Deficiencias en la calidad de la atención

La tasa de mortalidad fetal es un indicador clave de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto.



La OMS define la calidad de la atención como «el grado en que los servicios de salud prestados a los individuos y las poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados... la atención de salud debe ser segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas» (29).

La evidencia demuestra que las mujeres y las adolescentes que acuden con mayor frecuencia a la consulta prenatal tienen menor probabilidad de tener una muerte fetal. Esta reducción del riesgo se debe, en gran medida, al aumento de las oportunidades que tienen los profesionales sanitarios de detectar y, junto con las mujeres, gestionar las posibles complicaciones. En comparación con cuatro visitas, realizar ocho o más visitas de atención prenatal puede reducir las muertes perinatales (mortinatos y muertes de recién nacidos) hasta en ocho muertes por cada 1000 nacimientos (30). Sin embargo, aún existen muchas barreras para ofrecer una atención prenatal de alta calidad. Aproximadamente la mitad de todos los mortinatos son el resultado de complicaciones durante el parto y el alumbramiento (31). Existen muchos desafíos para mejorar la calidad de la

atención relacionados con factores emocionales, de capacitación sanitaria y estructurales del sistema de salud, que incluyen dificultades en materia de recursos humanos y financieros (32).

Percepción social

La pérdida significativa de vidas debido a la muerte intrauterina a menudo no se reconoce y se invisibiliza. Los desafíos comunes que enfrentan los países y las sociedades incluyen el estigma y los tabúes persistentes que mantienen oculta la mortalidad fetal (33), así como la falta de reconocimiento y disponibilidad de marcos legales y jurídicos sobre la mortalidad fetal en muchos países. También es necesario sensibilizar más a la comunidad sobre el duelo y el trauma de la mortalidad fetal y sobre cómo responder a ellos, lo cual es un paso crucial para reducir el aislamiento, el duelo y el estigma de muchas familias (véase el [Capítulo 1](#) y [«El duelo reprimido: un estudio de caso de la India»](#)).



A nuestra sociedad le resulta muy difícil hablar de la muerte y le cuesta mucho hablar de emociones intensas, y la muerte de un bebé o un niño es un tema muy doloroso y conflictivo para las personas.” – Deborah de Wilde, voluntaria de la Stillbirth Foundation Australia

Fuente: [Comité Especial del Senado para la Investigación y Educación de Muertes Fetales. Reporte 2018](#)

El duelo reprimido: un estudio de caso de la India

La Sra. S, una mujer de 29 años, disfrutaba de su primer embarazo en 2019. En el octavo mes, un ultrasonido rutinario reveló hinchazón en la cabeza del bebé, con destrucción de masa cerebral (hidrocefalia con adelgazamiento del córtex cerebral). Se informó a la Sra. S y al padre sobre el pronóstico del bebé. El apoyo de la familia ayudó a la Sra. S mientras esperaba el parto espontáneo. Después de nueve meses de gestación, nació un hermoso niño muerto. Se le preguntó a la Sra. S si quería ver y sostener a su bebé. Estaba bien vestido, con el gorrito puesto (para ocultar las marcas del procedimiento), pero la Sra. S se negó. Le pidió al obstetra que le hiciera una foto al bebé, por si quería verla en el futuro. En ese momento, no hubo una expresión aparente de duelo. Tras la muerte del bebé, la pareja quedó tan angustiada que dejó su trabajo y se marchó al extranjero, con la esperanza de escapar de los dolorosos recuerdos. La Sra. S volvió a quedar embarazada y dio a luz a una niña sana. Casi dos años y medio después, la Sra. S llamó al obstetra anterior y le pidió las fotos de su hijo nacido muerto. Compartió que, en el momento de la muerte de su hijo, estaba bajo una intensa presión sociocultural para evitar verlo. Su familia la apoyó, pero pensaba que el bebé era un mal presagio y que verlo podría traer mala suerte para el próximo embarazo. Cuando el obstetra le envió las fotos, la Sra. S comenzó a llorar. No había llorado por su hijo hasta ese momento, lo que provocó que acumulara culpa hacia sí misma durante su duelo tardío. El obstetra comprendió su situación y le dijo que era normal llorar. Le sugirió que buscara ayuda psicológica a largo plazo.

Brechas de información

Uno de los desafíos para la realización de estudios epidemiológicos sobre la mortinatalidad, así como para el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia, programas de formación y políticas de salud que reduzcan las pérdidas gestacionales, es la falta de datos oficiales precisos, de alta calidad y completos sobre muertes fetales. La falta de atención al problema, junto con recursos financieros y humanos insuficientes, contribuye a estas deficiencias. La imposibilidad de desagregar los datos disponibles ha provocado la pérdida de oportunidades para prevenir la mortinatalidad. Por ejemplo: sin datos detallados sobre el momento de la muerte, no es posible monitorear las muertes ocurridas durante el trabajo de parto (intraparto), que son ampliamente prevenibles.

Muchos bebés nacidos muertos no se registran debido al estigma social o a la falta de requisitos legales para su reporte. Incluso cuando los datos están disponibles, su aprovechamiento a menudo se ve obstaculizado por la falta de comunicación eficaz sobre los costos emocionales y financieros de la mortinatalidad con el público, los organismos gubernamentales, donantes, los profesionales de la salud, entre otros (10, 31).

Los datos oficiales también son necesarios para orientar acciones preventivas específicas y para monitorear los cuidados posteriores al fallecimiento. Los datos que ya se recopilan rutinariamente para rastrear los cuidados prenatales e intraparto, incluido su contenido,

calidad, cobertura y equidad, podrían utilizarse mejor para la prevención de la mortinatalidad. Se necesita más información para cuantificar todos los costos directos e indirectos relacionados con la muerte fetal (véase el [Capítulo 1](#)).

Desafíos operativos

Las brechas programáticas, como la falta de protocolos locales claros para la investigación de las causas de la muerte fetal ([Anexo 1](#)), agravan los desafíos para enfrentar el problema. Estas lagunas pueden reflejar una falta de compromiso organizacional y político con la prevención de la mortinatalidad y con la prestación de cuidados respetuosos y de apoyo a las familias tras la pérdida, así como la creencia errónea de que la muerte intrauterina no es evitable. Las políticas y guías para la atención tras la muerte fetal (incluido el apoyo al duelo y la atención en embarazos posteriores) son fundamentales y requieren [liderazgo](#) en múltiples niveles.

Oportunidades a lo largo del continuo de la atención

El continuo de la atención se refiere a la secuencia de atención que cada individuo necesita a lo largo del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte, entre los diferentes niveles y unidades, con el objetivo de garantizar la supervivencia y una buena salud. Tiene como objetivo principal reducir las muertes maternas, neonatales, infantiles y gestacionales, además de mejorar los cuidados a nivel mundial ([34, 35](#)). El continuo de la atención implica la prestación de integral de servicios, que incluyen atención clínica, servicios ambulatorios y atención comunitaria, brindada por personal de partería, enfermería, medicina, con especialidad en ginecología, obstetricia, pediatría, neonatología o medicina familiar, así como personal comunitario, equipos técnicos y otros profesionales afines.

Abarca la adolescencia, la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto, el puerperio y la primera infancia, así como la atención inmediata posterior a la muerte, con énfasis en la reducción de desigualdades ([34](#)). La integración entre los programas y a lo largo de las distintas etapas del proceso es fundamental para garantizar la calidad de la atención, de modo que ninguna mujer, bebé, niña o niño sea desatendido en ninguna fase ([34](#)).

Guías y buenas prácticas

Las guías existentes de la OMS proporcionan un resumen completo de las intervenciones a lo largo del continuo de la atención. Aunque no están específicamente dirigidas a la prevención de la mortinatalidad, muchas de las intervenciones recomendadas para la atención preconcepcional, prenatal e intraparto ayudan a prevenirla. Algunas recomendaciones sobre los cuidados posnatales pueden aplicarse a la atención física de mujeres que han dado a luz a un bebé sin vida. **Sin embargo, no existen directrices específicas de la OMS para la atención tras la muerte intrauterina.**



Atención preconcepcional

- [Atención preconcepcional de la OMS para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil \(36\)](#)

Atención prenatal

- [Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo \(30\)](#)

Atención durante el trabajo de parto

- [Recomendaciones de la OMS: Para los cuidados del parto, para una experiencia para una experiencia de parto positiva \(37\)](#)
- [OMS: Manejo de complicaciones en el embarazo y el parto: Una guía para obstetras y médicos – 2ª edición \(38\)](#)
- [Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario \(39\)](#)

Atención posnatal

- [Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva \(3\)](#)

¿Y qué hacer específicamente si el bebé nace sin vida?

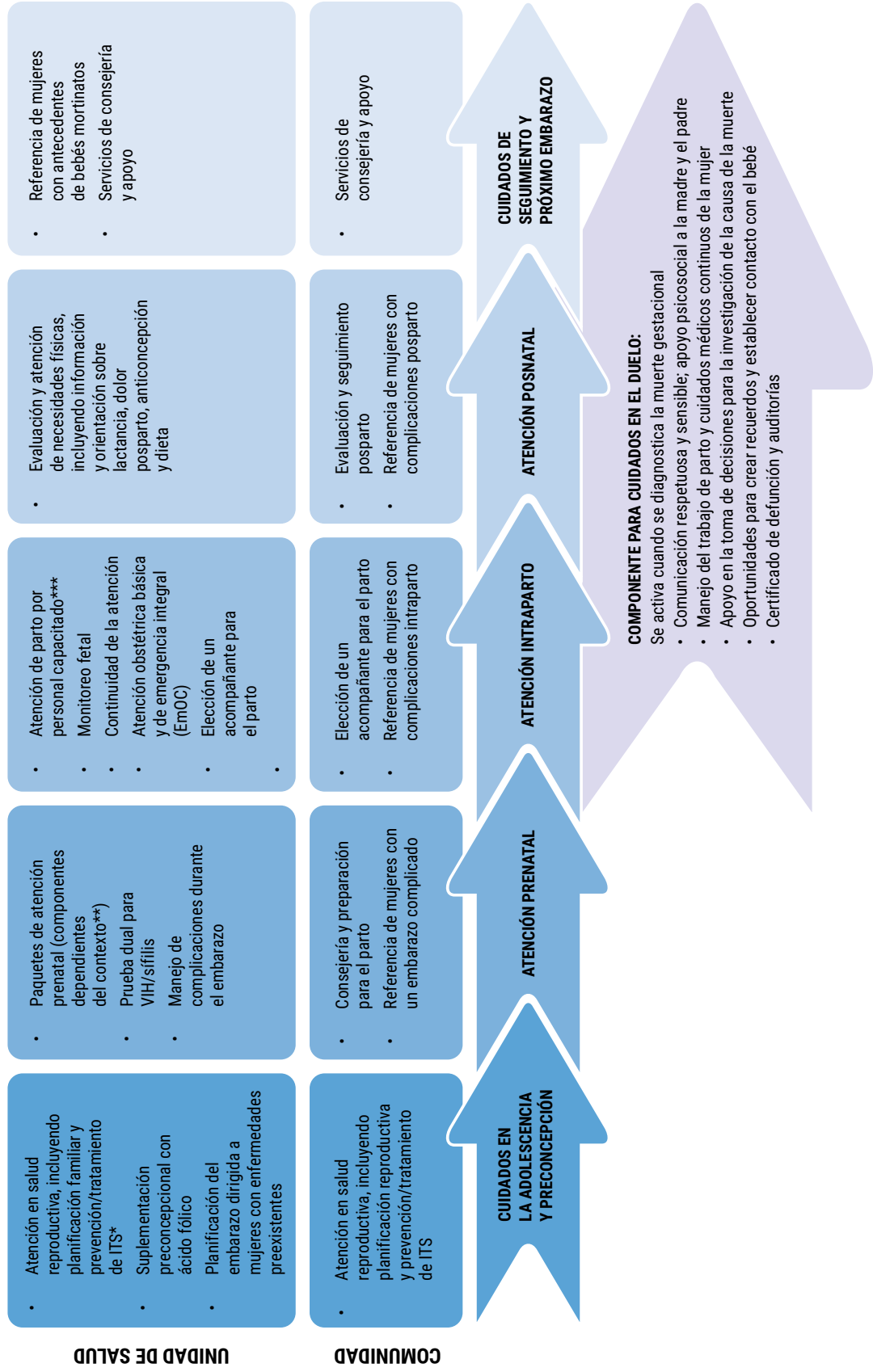
El continuo de la atención, cuando se realiza por profesionales capacitados en un entorno acogedor, es fundamental tanto para prevenir complicaciones como para ofrecer atención adecuada en caso de que ocurra la muerte gestacional, promoviendo la mejora de la salud de cada mujer y cada bebé. La [Figura 2.2](#) ilustra las acciones dirigidas a la prevención de la mortinatalidad y los cuidados en cada etapa del proceso, basadas en las directrices y buenas prácticas existentes. Los elementos esenciales de la atención al duelo también están contemplados, y se abordan con más detalle en el [Capítulo 3](#).

El [Cuadro 2.1](#) describe los elementos esenciales de la atención clínica, que no debe pasar por alto el apoyo al duelo, especialmente porque la muerte de un bebé suele estar relacionada con las condiciones de salud materna. Es fundamental que la atención física a la mujer se proporcione con sensibilidad y compasión.

¿QUÉ PUEDE HACER USTED?:

- **A nivel local:** Garantizar el acceso a guías de práctica clínica pertinentes y actualizadas; implementar las intervenciones recomendadas.
- **A nivel intermedio:** Establecer contacto con políticos locales para desarrollar una campaña de sensibilización dirigida a las mujeres sobre los servicios a los que tienen derecho, y exigir rendición de cuentas al gobierno y a los profesionales de salud por su desempeño.
- **A nivel político:** Asegurar financiamiento para implementar y adaptar las guías al contexto local.
- Plan de acción con el apoyo de la guía de abogacía incluida en el [Capítulo 4](#).

FIGURA 2.2: LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CUIDADO PARA EL BEBÉ MORTINATO



ANC: antenatal care (atención prenatal); EmOC: emergency obstetric care (atención obstétrica de emergencia); STI: sexually transmitted infection (ITS - infección de transmisión sexual)

* Además de otras medidas de salud pública para mejorar la salud general y el bienestar de todas las mujeres en edad reproductiva.

** Puede incluir intervenciones como ecografía Doppler de la arteria umbilical, cese del tabaquismo materno, concienciación sobre los movimientos fetales, vacunación materna, medidas ambientales

(como mosquitos), decisiones informadas sobre el momento del parto, pruebas para detección de estreptococo del grupo B, entre otras.

*** Incluye el monitoreo del trabajo de parto y del estado materno, según la [Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: Manual del usuario \(39\)](#).

CUADRO 2.1: ELEMENTOS ESENCIALES DEL CUIDADO FÍSICO DE LA MUJER TRAS EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE GESTACIONAL**Trabajo de parto y nacimiento:**

- Decisión compartida y cuidadosa sobre las opciones para elegir el momento ideal y la vía del parto (vaginal o cesárea).
- Discusión sobre las opciones para el manejo y alivio del dolor durante la tercera etapa del trabajo de parto (en partos vaginales).
- Planificación de un acompañante para el parto, según las preferencias de la gestante.
- Tratamiento para cualquier enfermedad materna.

Atención posnatal

- Evaluación fisiológica posnatal integral.
- Manejo del dolor perineal y uterino posterior al parto vaginal.
- Manejo del dolor y tratamiento de la herida quirúrgica posterior a una cesárea.
- Recomendaciones e información nutricional para prevenir el estreñimiento.
- Manejo de la lactancia, incluida su supresión, cuando sea necesario.
- Tratamiento de la ingurgitación mamaria y prevención de la mastitis.
- Servicios integrales de información y planificación reproductiva.
- Tratamiento continuo de cualquier enfermedad materna y consejería sobre la planificación de un embarazo futuro.



© UNICEF/UNI48209/Khemka

Un médico examina a Hameeda Abdul, de 25 años, recostada en la cama tras una cesárea en el Hospital Qatar, en la ciudad portuaria de Karachi. El bebé de Hameeda nació muerto, y ella estuvo a punto de morir debido a complicaciones por anemia grave, hipotensión y hepatitis C. Este fue su octavo embarazo; tiene cuatro hijos con vida. Todos sus partos anteriores ocurrieron en casa. Los médicos dijeron que fue muy afortunada al salvar su vida.