

Multimed 2017; 21(6)

SEPTIEMBRE-OCTUBRE

ARTICULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS CELIA SÁNCHEZ MANDULEY
MANZANILLO, GRANMA

Repercusión de las muertes perinatales en las madres.
Estudio cualitativo en la provincia Granma

Repercussion of perinatal deaths in mothers. Qualitative study in
Granma province

Ms. C. Nuevas Tecnol. Inform. Dasha María García Arias,¹ Dr. C. Económ. Luisa Álvarez Vázquez,^{II} Ms. C Med Bioenergética Rita Irma González Sábado,¹ Est. 5º Medicina Dasha María Palomino García,¹ Est. 6º Medicina Jorge Alejandro Palomino García.¹

^I Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo, Granma. Cuba.

^{II} Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Los estudios sobre la mortalidad perinatal indican que este es un fenómeno de gran interés en el mundo dada la dificultad para lograr su reducción. En Cuba la mortalidad perinatal constituye un problema priorizado, situación que se refleja con características especiales en Granma cuya solución hace necesario profundizar en todos los aspectos ya que, si bien desde el punto de vista biológico es un indicador del estado de la madre y el feto o neonato, en él inciden factores sociales y demográficos. El estudio pretende identificar las percepciones de las madres en relación con la atención recibida durante la ocurrencia de la muerte perinatal que las afectó. Se realizó un estudio cualitativo descriptivo en la provincia Granma en el año 2015, la información se recogió a través de entrevistas en profundidad a mujeres que tuvieron una defunción perinatal en los 3

primeros meses del año que coincidieron, además con los 3 meses anteriores a la entrevista. Las entrevistas en profundidad unidas a la información disponible sobre las muertes perinatales de la provincia y la bibliografía disponible permitieron la triangulación de la información. Las entrevistas denotan dificultades en la comunicación entre el personal de salud y la mujer que sufre una muerte perinatal, la falta de información sobre problemas relevantes para ellas y las causas que han llevado a que sucediera el hecho. Se refleja la percepción de falta de adecuada comunicación, expresada de diversas maneras.

Palabras clave: muerte perinatal, investigación cualitativa, muerte fetal.

ABSTRACT

Studies on perinatal mortality indicate that this is a phenomenon of great interest in the world given the difficulty in achieving its reduction. In Cuba, perinatal mortality continues to be a priority problem, a situation that is reflected with special characteristics in Granma, whose solution makes it necessary to go deeply into all aspects since, although from the biological point of view it is an indicator of the state of the mother and the fetus or neonate, social and demographic factors affect it. The study aims to identify the perceptions of mothers in relation to the care received during the occurrence of perinatal death that affected them. A qualitative descriptive study was conducted in Granma province in 2015, collecting the information through in-depth interviews with women who had a perinatal death in the first 3 months of the year, which were also 3 months before the interview. The in-depth interviews, together with the available information on perinatal deaths in the province and the available bibliography, allowed the triangulation of the information. The interviews indicate difficulties in the communication between the health personnel and the woman who suffers a perinatal death, the lack of information about problems that are relevant for them and the causes that have led to the event happening. It reflects the perception of lack of adequate communication, expressed in various ways.

Key words: perinatal death, qualitative research, fetal death.

INTRODUCCIÓN

Durante siglos, tener descendencia ha sido un hecho natural. En la sociedad actual, en cambio, las maneras de lograr un embarazo se han ampliado debido a avances tecnológicos que permiten entre otros ver la imagen ecográfica del hijo en gestación desde el comienzo del embarazo, lo que facilita el apego de los progenitores con el hijo que esperan. Para los progenitores no es el peso, ni la edad gestacional lo que

transforma al feto en hijo y lo dota de una identidad propia, sino que es el lugar que le han creado en su corazón, en su mundo afectivo, lo que condiciona que lo consideren hijo y persona. ¹ En pocas palabras quedó bien definido por Farnot cuando expresa "La vida del ser humano comienza en el momento de la fecundación". ²

Así como la neonatología ha logrado mejores resultados en pacientes cada vez más pequeños, también ha aumentado la complejidad de la atención del recién nacido y su familia. En este marco, la muerte en etapa perinatal es un problema que requiere cada vez más atención en la práctica clínica cotidiana. El ciclo vital de los mamíferos superiores -y de muchas otras especies- contempla la muerte de los padres al llegar a la adultez. Sin embargo, en el ser humano la muerte de un hijo al inicio de la vida es una gran ruptura en el proceso natural de la vida debido a que se escapa de las expectativas y programas biológicos. Manifestaciones de duelo se han observado en una gran variedad de especies, sin embargo, el dramatismo y especial dolor experimentados por la pérdida de un hijo emerge como uno de los fenómenos de estrés emocional más intensos que puede experimentar una persona a lo largo de la vida, con grandes implicancias para el rol social, la vida de la pareja y los vínculos sociales inmediatos. ³

Las actitudes hacia la pérdida perinatal varían según las expectativas de los progenitores, la prosperidad de la sociedad en que viven, y la cultura a que pertenezcan. 1 Estudios realizados en otros países así lo corroboran, entre ellos en un pequeño estudio sobre mujeres hindúes de clase media se observaron reacciones intensas de duelo mientras sus familias las culpaban por no producir un bebé sano. ⁴

Estudios en Taiwán hacen referencia a las percepciones de las madres al expresar que han sido las causantes de la muerte de su bebé y para mitigar el efecto anticipan los embarazos subsecuentes ⁵ y en otro las mujeres después de la pérdida se declararon fracasadas en los papeles de madre, esposa y nuera, además del impacto psicológico de experimentar el pesar y preocupar sobre cómo enfrentar a la familia y amistades y preocupadas sobre el destino de su bebé muerto de acuerdo a sus religiones. ⁶

Desde el punto de vista cuantitativo en el mundo la mortalidad perinatal se registra con cifras más bajas y más altas que en el nuestro, según datos recuperados de internet por ejemplo en el año 2008 Dinamarca en 6,6‰, Alemania en 5,5‰, Holanda en 6,0‰ y Suecia en 4,3‰ ⁷ y en el año 2013 en Estados Unidos estaba en 6.24‰ ⁸ y en Sudáfrica en 25‰. ⁹ En el año 2013 podemos hacer la observación de lo diferente que se comportan los componentes de la mortalidad fetal e infantil en Cuba y Estados Unidos, teniendo una proporción del total de las defunciones fetales + infantiles, la

mortalidad fetal en Estados Unidos tuvo una proporción del 50.1 % y en Cuba del 70.8 %, la neonatal en Estados Unidos del 33.8% y en Cuba del 17.1 % y la posneonatal en Estados Unidos del 16.1 %, y en Cuba del 12.1 %. ¹⁰

En Cuba se han realizado varias investigaciones relacionadas con la muerte perinatal pero no se refleja en ninguna los criterios de las madres respecto a esa pérdida. En Cuba, la tasa de muerte perinatal, cuantitativamente, en 25 años se redujo en un 42,7 %, de 19,4‰ (1615 fallecidos) en 1990 a 11,1‰ (1404 fallecidos, de ellos 1192 muertes fetales) en el 2015, mientras la mortalidad infantil disminuyó un 59,8 %, de 10,7‰ a 4,3‰, es evidentemente una reducción mucho mayor que la perinatal en el mismo período de tiempo. En Granma, estos cambios han tenido características similares en igual período de tiempo, la disminución de la mortalidad perinatal fue de un 48,8 %, de 24,4‰ a 12,5‰, y la mortalidad infantil una disminución de 64,5 %, de 10,7 ‰ a 3,8‰. Es evidente que estos cambios reflejan, para Granma, que la mortalidad perinatal debe constituir un problema priorizado y cuya solución hace necesario profundizar en todos los aspectos referentes a ella.

Si se tienen en cuenta que los indicadores de muerte perinatal en Cuba y también en Granma se encuentran por encima de las cifras que ostentan países desarrollados a diferencia de la mortalidad infantil y que, la mortalidad perinatal, desde el punto de vista biológico, es un indicador del estado de la madre y el feto o neonato, en el que inciden además factores sociales, se realizó este estudio con el objetivo de identificar percepciones de las madres en relación con la atención recibida durante la ocurrencia de la muerte perinatal que las afectó.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo en la provincia Granma en el año 2015 donde se realizaron 20 entrevistas en profundidad (EP).

Se entrevistaron a 20 mujeres en los 13 municipios de la provincia, que comprendió al menos 1 entrevista en los municipios de menor cantidad de defunciones perinatales. La selección de las mujeres a entrevistar se realizó de forma aleatoria por municipio, los datos se recogieron del registro de la provincia de las madres que aportaron muertes perinatales en los 3 primeros meses del año 2015, que fueron además los 3 meses anteriores a la entrevista, que eran 33, el número por municipio osciló entre 2 y 4 mujeres y se entrevistó 1 en los que tenían 2 mujeres y 2 en los que tenían 3 o 4. Las entrevistadas fueron madres de diversas edades, algunas adolescentes, pero la mayoría mujeres adultas jóvenes, para pocas este era su primer embarazo, casi todas

tuvieran o no hijos habían tenido dos o más embarazos anteriores, de ellas una proporción considerable sin hijos o con uno sólo, con abortos o muertes fetales previas, casi todas con parejas estables, aunque en su mayoría en uniones consensuales, todas las seleccionadas para la entrevista aceptaron participar.

Las entrevistas realizadas se grabaron y transcribieron textualmente. Luego se analizaron con la ayuda del software ATLAS/ti (para análisis de información cualitativa) y su análisis se realizó unido a la información disponible sobre las muertes perinatales de la provincia y la bibliografía disponible fue base para la triangulación de la información que se presenta en el presente trabajo.

Se protegió todo el tiempo la información recogida y se mantiene en el anonimato para garantizar los aspectos éticos con las participantes y se les pidió para la realización de las EP su consentimiento, donde además se le expusieron los propósitos del estudio, el procedimiento que se seguiría para la recogida de sus declaraciones y la importancia de sus criterios a los efectos del estudio.

RESULTADOS

¿Qué percepciones tienen las madres en relación a la atención recibida durante la ocurrencia de la muerte perinatal que las afectó?

Los resultados de las entrevistas se estructuraron en dos partes: en qué momento se le informó la muerte del feto o el niño, por quién y cómo le dan la noticia y la comunicación acerca de las causas que provocaran la muerte del feto o el niño.

INFORMACIÓN SOBRE LA MUERTE DEL FETO O NIÑO

En las entrevistas en profundidad se refleja el problema de forma de comunicación cuando acontece una muerte perinatal. Por ejemplo, una mujer de 18 años de edad, residente en las afueras de Media Luna, con 37 semanas de gestación, comentó que fue al hospital porque "estaba viendo una flema amarilla", el médico le dice que era un meconio, y que la iba a remitir para Manzanillo, además ella expresó que el médico no encontró el foco. Se trasladó urgente para Manzanillo y allí la ingresaron en una sala, al mediodía. Al otro día a las 6 de la mañana, la pasaron para el Salón de parto y le pusieron un suero "...ya cuando me iban a poner el suero, la enfermera fue la que me dijo que estaba muerto...". Al preguntarle que cómo se sintió espiritualmente respondió "...bueno, imagínese usted", sus ojos se nublan y su mirada permanece triste.

Una madre de 24 años de edad y 39 semanas de gestación cuando se le preguntó cómo y por quién se le informó la muerte del feto expresó "Bueno yo creo que..., a lo mejor si me lo hubieran dicho de otra forma, esa mala noticia no me hubiera... (lloró en silencio)"

Una de las entrevistadas de 33 años, primeriza y con 6 años de casada nos contó de una manera muy locuaz su historia. A las 37 semanas de embarazo la ingresaron en el hospital, aunque expresa no tenía ningún problema. A las 40 semanas, un día amaneció con mucho calor y el médico le dice que tiene contracciones y la remitió para Bayamo, pues el aire acondicionado estaba roto. Su relato es largo, pero en él hay expresiones interesantes "...ya como a las 10 de la noche le dije a mi mamá, vuélvela a llamar (a la enfermera) porque ya no aguanto más, mi mamá la volvió a llamar y entonces ella llamó a la doctora". Luego la trasladaron al salón de parto y al llegar ahí nos cuenta "...cuando él me pone el monitor, me dice, ¡ay!, yo no siento los latidos, y yo le digo ¡ay!, pero como tú me vas a decir eso..." Su feto ya había fallecido. Era una niña de 3360 gramos, y terminó con una operación cesárea.

Estos relatos son ejemplos que manifiestan la percepción de mujeres sobre deficiencias en el trabajo de parto y la falta de comunicación, en varias de las entrevistas se comentan elementos que denotan estas deficiencias; sin embargo, también nos encontramos relatos, aunque en mucha menor medida que demuestran lo contrario como es el de una madre de 33 años y 36 semanas de gestación que comentó acerca de su trabajo de parto y la atención recibida: "Fui tratada bien, y el médico de aquí fue también allá y todo, el que me atendía aquí; cuando me hicieron la cesárea, él fue."

CAUSAS QUE PROVOCARON LA MUERTE DEL FETO O EL NIÑO

Una entrevistada de 24 años, primeriza y un feto de 3340 gr expresó: "Es verdad que me subió la presión y me dio principio de eclampsia, pero fue después, no antes, yo me sentía muy mal porque yo creía que se había muerto por mi culpa y no era así, fue que se pasó de tiempo porque tenía 43 semanas y 2 días y nunca nadie supo bien, bien, que fecha era la del parto, ni me explicaron nada."

Una embarazada que era enfermera, de 41 años de edad, con un solo hijo varón y de 39 semanas de gestación, diagnosticada como riesgo por la edad y reportada como una muerte fetal tardía, amaneció con dolores y pérdidas y como era cesárea anterior enseguida la pasan al salón y la intervienen, era una niña de 3200 gr de peso. En su relato dice "...unos dicen que nació viva, otros dicen que murió, digo que sí, que nació viva y murió enseguida, que nació y duró poco; en conclusión, no sé nada, ni pregunté

más nada después de eso...” Más adelante refiere “...todo me lo hicieron rápido, sin embargo, no sé, porque se dijo que era un meconio, un meconio ya desde por la noche que supongo yo, nadie me lo había dicho, que se asfixió con la caca, porque si genética dice que yo no tenía ningún problema y ellos me dicen eso, en conclusión...” Todo esto indica que aún ella desconoce las causas por la cual fallece la niña. Esta y otras entrevistas muestran que las mujeres perciben que sus niños nacen vivos y lo indican así y que no se les comunica las causas por la que falleció.

DISCUSIÓN

Los datos que se muestran en los resultados hablan a favor de que existen problemas de comunicación entre el personal de salud y la embarazada, pues no se realiza de forma adecuada durante el doloroso acontecimiento de la pérdida de un hijo y dudas sobre el momento, la causa o motivo del fallecimiento del feto. Resulta evidente que el personal de salud, en especial el binomio médico - enfermera deben estar entrenados en técnicas de cómo dar una mala noticia (de acuerdo con el momento, el tono de voz, el apoyo de un familiar y el contenido de lo que se trasmite), las evidencias antes presentadas denotan insuficiencias en este particular.

En la práctica clínica es de suma importancia la comunicación dialogada, para lograr la excelencia en la atención médica es necesaria la comprensión de la necesidad de una comunicación efectiva. Jiménez Díaz, con la siguiente frase, se refirió a la importancia de esta en relación con la práctica clínica: “Antes de realizar la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, lo que constituye el examen físico de un paciente, el médico debe ejecutar la ‘escuchación’.”¹¹

En 1993, la Organización Mundial de la Salud señaló la relevancia que tiene la asistencia más personalizada en la práctica médica. Para ello enfatiza la importancia de la entrevista como base de la práctica clínica, en donde el desarrollo de habilidades y destrezas comunicacionales genera una serie de beneficios que facilitan el buen diagnóstico y mejoran la calidad de la relación médico-paciente.¹²

En un estudio realizado en España,¹³ se hacen comentarios que están muy relacionados con lo comentado en las entrevistas anteriores a pesar de las diferencias en el sistema de salud y el contexto social que las envuelve, López García afirma que cuando se produce una pérdida durante el embarazo, la vida y la muerte caminan juntas, resulta una paradoja para la que nadie está preparado y por eso es tan delicado saber qué decir o hacer, y además al igual que en Cuba no existen rituales religiosos, ni otros que

legitimen, faciliten y reconforten a los progenitores, los familiares y amigos; evitan hablar del tema por temor a causar más dolor que beneficio, mientras, los padres viven su experiencia en soledad. Además, en ese estudio se expone que el equipo hospitalario deberá gestionar que tras el alta los progenitores tengan unos cuidados físicos y emocionales que den continuidad a los iniciados durante el ingreso para poder asimilar progresivamente lo vivido y seguir adelante con su vida, es decir, proponen que los padres sean asesorados para enfrentar su duelo.

Estudios realizados en el mundo reconocen que a este fenómeno debe dársele más atención pues en los países más desfavorecidos de la tierra, los niños mueren antes de nacer por culpa, sobre todo, de una mala atención al embarazo o bien por infecciones maternas, sólo un 5 % de estos fallecimientos se deben a malformaciones o anomalías genéticas y que la importancia de una buena atención médica, de la educación sexual y en higiene o de la labor de las matronas en estos ámbitos es fundamental. En el mundo rico, factores tan dispares a estos como la edad materna por encima de los 35, la obesidad, el tabaco o el alcohol pueden causar la muerte fetal en el último trimestre de embarazo.¹⁴

A pesar de la frecuencia de muertes perinatales, las implicaciones subsecuentes se pasan por alto y se desprecian. Los efectos del negativo, particularmente en la salud mental paternal, podrían ser moderados por las actitudes de empatía de todos los que trabajan e intervienen en el momento del parto. El valor del bebé, así como los costos asociados para los padres, familias, proveedores del cuidado, comunidades, y sociedad, deben considerarse para prevenir y reducir estas muertes y por tanto la morbilidad asociada.¹²

La revista británica *The Lancet* publicó en los años 2011 y 2016 varios artículos a los que se les refiere como un gran estudio sobre la muerte perinatal en el mundo, donde participaron 70 especialistas y 50 instituciones de 18 países. En uno de estos artículos se refiere ellos la tragedia de las muertes que se producen antes y durante el parto, especialmente en los países en vías de desarrollo, se comenta que en el año se producen alrededor de 3 millones de muertes perinatales principalmente en los países de bajo y medio ingreso y para los padres constituye una tragedia similar la muerte al nacer que la de un bebé o niño y merecen atención, dedicación, reconocimiento y más investigación destinada a desentrañar definitivamente las últimas causas del fenómeno y por lo tanto debe considerarse su valoración para prevenir éstas en el futuro. Este gran estudio sobre

la muerte perinatal en el mundo dice que más allá de los porcentajes, la muerte fetal es un acontecimiento devastador para las familias. ¹⁵

En cuanto a los datos numéricos referentes a las tasas de mortalidad perinatal y sus componentes hay que prestarle atención al componente de la mortalidad fetal, en Cuba y Granma en el período de tiempo del 2000 al 2015 la mortalidad fetal tuvo una tasa que varió desde 14.8‰ a 9.4‰ con una tasa media anual de reducción de un 2.9 %; sin embargo, en el mundo la tasa media de reducción anual fue del 2 %, pero en los países desarrollados está entre 1.3‰ a 8.8‰ por 1000 y en los países del tercer mundo que más alto muestran este indicador está entre 32.5‰ y 43.1‰, algunos de estos países son Pakistán, Nigeria, Chad y otros de continente africano y asiático. ¹⁶ El otro componente de la mortalidad perinatal es la muerte neonatal precoz que en el mundo entre el 2000 y 2015 osciló su tasa entre 19.8 y 14.0 con una tasa media de reducción anual de 2.3 % y en Cuba en este mismo período y con cifras al nivel de los países más desarrollados del mundo osciló entre 3.1‰ y 1.7‰ con una tasa media de reducción anual de 4.1 %. En el 2015 la cifra de mortalidad neonatal precoz en Cuba de 1.7 está dentro de los límites en los que oscila este indicador en los países más desarrollados del mundo como Japón con 0.8‰, Holanda 1.8‰, Alemania 1.6‰ y más baja que en estados Unidos con 2.6‰. ¹⁷

En Cuba y Granma han de trazarse nuevas estrategias de trabajo para revertir el peso psicológico de los padres y familias ante el evento de una muerte en el período perinatal, además también representa un costo económico en las familias y el país, así como atenuar el dolor en los padres después de la muerte de su bebé con un excelente trato y comunicación por parte de todo el personal de salud por el que sean atendidos.

CONCLUSIONES

La mortalidad perinatal debe considerarse como un problema priorizado en Granma, no solo por su magnitud, sino además por su vínculo muy estrecho con la mortalidad fetal. Las entrevistadas permitieron identificar aspectos importantes de este proceso para la embarazada, como es el desconocimiento de la salud del feto y la falta de comunicación entre las mujeres afectadas por la mortalidad perinatal y el personal de salud que está directamente relacionado con su atención en el parto, así como la disparidad en el manejo de las madres para la comunicación de la muerte del bebé.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins EF, Rezende EM, Almeida MC, Lana CF. Perinatal mortality and socio-spatial inequalities. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 12 Dic 2016]; 21(5):1062-70. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501062.
2. Farnot Cardoso U, Nodarse Rodríguez A. Fisiología del feto. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 3a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p. 235-44.
3. Cordero MÁ, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2004 [citado 12 Dic 2016]; 75(1):67-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000100011.
4. Mortensen LH, Helweg K, Andersen AN. Socioeconomic differences in perinatal health and disease. Scand J Public Health [Internet]. 2011 [citado 12 Oct 2016]; 39 (Supl 7):110-4. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494811405096>.
5. Hsu MT, Tseng YF, Kuo LL. Transforming loss: Taiwanese women's adaptation to stillbirth. J Adv Nursing [Internet]. 2002 [citado 22 Nov 2016]; 40(4):387-95. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02386.x/pdf>.
6. Tseng YF, Chen CH, Wang HH. Taiwanese Women's Process of Recovery from Stillbirth: A Qualitative Descriptive Study. Res Nursing & Health [Internet]. 2014 [citado 10 Ene 2017]; 37(3):219-28. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.21594/pdf>.
7. Maeda K. Global Statistics of Perinatal Medicine. J Health Med Informat [Internet]. 2013 [citado 10 Ene 2017]; S11:009. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/global-statistics-of-perinatal-medicine-2157-7420.S11-009.pdf>.
8. MacDorman M, Gregory E. Fetal and Perinatal Mortality: United States; 2013. National Vital Statistics Reports [Internet]. 2015 [citado 22 Ene 2017]; 64(8). Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_08.pdf.

-
9. Statistics South Africa. Perinatal deaths in South Africa, 2011–2013 [Internet]. Pretoria: Statistics South Africa; 2015 [citado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.statssa.gov.za/publications/P03094/P030942013.pdf>.
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2016 [citado 10 Ene 2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf.
11. Pérez Cárdenas ME, Flores Rodríguez JL, Singh Castillo C, Paredes Rodríguez G. Ética médica y bioética. Perspectiva filosófica. En: Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 140-64.
12. Organización Mundial de la Salud. Doctor-Patient Interaction and Communication [Internet]. Ginebra: Division of Mental Health; 1993 [citado 22 Ene 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/60263/1/WHO_MNH_PSF_93.11.pdf.
13. López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2011 [citado 09 May 2017]; 31(109): 53-70. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>.
14. Heazell A, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacicato J, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. Lancet [Internet]. 2016 [citado 22 Oct 2016]; 387(10018):604-16. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00836-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00836-3.pdf).
15. Mullan Z, Horton R. Bringing stillbirths out of the shadows. Lancet. [Internet]. 2011 [citado 22 Sep 2016]; 377(9774):1291-2. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60098-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60098-6.pdf).
16. Ending preventable stillbirths. Lancet Series [Internet]. 2016 [citado 22 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016-exec-summ.pdf>.
17. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet

[Internet]. 2014[citado 22 Sep 2016]; 384(9947):957-79. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4165626/>.

Recibido: 19 de octubre de 2017.

Aprobado: 8 de noviembre de 2017.

Dasha María García Arias. Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley.
Manzanillo. Granma, Cuba. Email: dasha@ucm.grm.sld.cu.