THE LANCET

Enero, 2016 www.thelancet.com

Acabando con las muertes intrauterinas prevenibles

Un Resumen Ejecutivo para las Series de *The Lancet*

Credit: Suzanne Lee/Save the Children/India

"En el núcleo de los programas de salud para mujeres y niños ... los cuidados de calidad prenatales y durante el parto protegen a la madre y al bebé y representan un retorno cuatro veces mayor sobre las inversiones, salvando las vidas de las madres y los neonatos, previniendo las muertes intrauterinas y, además, mejorando el desarrollo infantil." [1]

ExecSum-Stillbirths Spanish v 5.indd 1 2016/01/28 11:20 PM

Mensajes principales

- Elevado número de muerte prevenibles: Anualmente ocurren unos 2,6 millones de muertes intrauterinas de las que un 98% acontecen en países con rentas bajas o medias y un 75% acontecen en el Sureste Asiático y en el África Sub-Sahariana. La mitad de todas las muertes intrauterinas (1,3 millones) suceden durante el parto y el nacimiento. Muchas son el resultado de condiciones prevenibles como infecciones maternas (sobretodo Sífilis y Malaria), enfermedades no contagiosas y complicaciones obstétricas. Algunas son debidas a problemas congénitos pero algunas de éstas también son prevenibles.
- Elevado coste psicosocial y económico para las familia y los países: La carga de la muerte intrauterina afecta a las mujeres, las familias, los profesionales sanitarios, las comunidades y a la sociedad. Los padres experimentan varios síntomas psicológicos que a menudo persisten mucho tiempo después de las muerte de su bebé pero que podría ser mitigado mediante cuidados maternales respetuosos, incluyendo los cuidados del duelo. Se calcula que 4,2 millones de mujeres viven con depresión asociada a una pérdida intrauterina previa. A largo plazo, el estigma y el tabú incrementan el trauma de las familias y el fatalismo dificulta la prevención de la muerte intrauterina.
- La mayoría de muertes intrauterinas son prevenibles con mejoras en el Sistema Sanitario: Las muerte intrauterinas son prevenibles mediante cuidados de calidad prenatales y durante el parto dentro de un plan de cuidados continuados para las madres y los niños. Estos inputs tienen como resultado un retorno cuatro veces mayor a lo invertido en prevención maternal y en prevención de muertes neonatales y intrauterinas además de mejorar el desarrollo infantil. La tasa de muertes intrauterinas es un indicador muy sensible de la calidad y la equidad de los cuidados sanitarios. En todas las regiones hay países que están progresando rápidamente en la prevención de la muerte intrauterina.
- Oportunidades para incluir las muertes intrauterinas en los programas de salud maternales e infantiles: Estas oportunidades deben aprovecharse de manera sistemática. Algunas iniciativas, como el Plan de Acción multilateral Every Newborn, integradas en el Every Woman Every Child (EWEC), han incluido, por ejemplo, las muertes intrauterinas en los objetivos para 2030. Los datos para el monitoreo de las muertes intrauterinas han aumentado. Aun así, la mención de la muerte intrauterina es muy limitada en investigación, financiación y en programas políticos relevantes, demostrando la pérdida de oportunidades para integrar y actuar con el fin de garantizar el progreso.
- Acciones prioritarias para acelerar al reducción de muerte intrauterinas: Estas acciones incluyen (1) el liderazgo intencional, especialmente por parte de los legisladores, es el mayor desafío; (2) aumentar la visibilidad, especialmente de las mujeres; (3) implementar intervenciones integradas con un presupuesto proporcionado; (4) indicadores para medir el efecto de las intervenciones y especialmente para controlar el progreso de los programas y de la calidad de los cuidados; (5) investigación de las lagunas de conocimiento cruciales.

Acabando con las muertes intrauterinas

Esta serie de cinco artículos[1-5] sobre cómo acabar con las muertes intrauterinas prevenibles reporta el estado actual de las muertes intrauterinas, recalca las oportunidades perdidas e identifica las acciones para acelerar el progreso con el fin de acabar con las muertes intrauterinas prevenibles y alcanzar los objetivos de supervivencia de las madres, los neonatos y las criaturas fijados para el 2030. Como resultado de la colaboración de 216 autores, investigadores y consejeros que representan a 43 países y a mas de 100 organizaciones, presentamos un llamamiento renovado para actuar en la era post-2015, enmarcada en el contexto de la salud, la supervivencia y, sobretodo, de la calidad de cuidados para las mujeres y sus bebés.

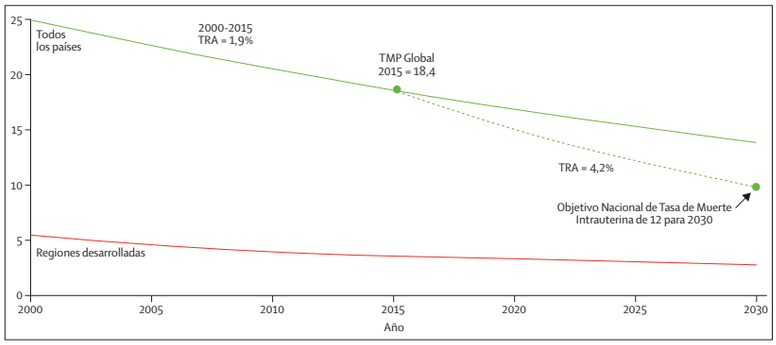


Gráfico 1: **Progreso Global hacia el objetivo del Plan de Acción Every Newborn para acabar con las muertes intrauterinas prevenibles en 2030[2].** TRA=Tasa Media de Reducción Anual. TMP= Tasa de Muerte Intrauterina.

Las series de artículos sobre la muerte intrauterina de *The Lancet* del 2011 analizaron el estado global de las muerte intrauterinas y presentaron el ejemplo para obtener un retorno en prevención de la muerte intrauterina tres veces mayor de lo invertido y que a su vez previene las muertes de neonatos y de la madre. Esas series de artículos tuvieron un impacto en medios muy amplio y una respuesta sin precedentes.[1] Sin embargo, a pesar de los avances, esta nueva serie de artículos muestra que hay que hacer mas para integrar la prevención de la muerte intrauterina en las agendas globales y nacionales con el fin de lograr unos cuidados de calidad para las mujeres, las adolescentes y los bebés. Este mensaje resuena en otras series de artículos de *The Lancet*, sobretodo, en salud maternal, desarrollo infantil temprano y en Every Newborn.

Objetivo para acabar con las muerte intrauterinas prevenibles para el 2030[2]

En 2014, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el objetivo de 12 o menos muertes intrauterinas por cada 1000 nacimientos en todos los países para el año 2030. 94 países, mayoritariamente con rentas medias o elevadas ya han logrado el objetivo pero con notable disparidad entre ellos. Al menos 56 países, particularmente en África y en zonas de conflicto, tendrán que duplicar su ritmo de progreso para llegar al objetivo.

ExecSum-Stillbirths Spanish v 5.indd 2

2016/01/28 11:20 PM

Qué ha cambiado y qué tiene que seguir cambiando[1]

La revisión de la progresión a partir de la serie de artículos sobre muerte intrauterina de *The Lancet* del 2011 llama a la acción, basado en una política heurística sistemática, mostró que el interés por las muertes intrauterinas ha aumentado. El Plan de Acción Every Newborn del 2014 incorporó los objetivos sobre muerte intrauterina para el 2030. Los países han adaptado este Plan a sus contextos nacionales; algunos de ellos, con las mayores tasas de mortalidad, han establecido objetivos específicos para acabar con las muertes intrauterinas prevenibles y mas en concreto India, el país con mayor número de muertes intrauterinas. La muerte intrauterina está incluida en la declaración de la nueva estrategia global para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Los "100 indicadores básicos de salud" de la OMS incluyen la tasa de muertes intrauterinas y se ha progresado hacia la verificación intrauterina sobre las herramientas y guías de actuación liderada por la OMS. La disponibilidad de datos de cada país sobre muerte intrauterina ha aumentado en el 2015, con solo 38 países de los que no se disponen datos, comparados a los 68 países en 2009. La Agencia Internacional de Naciones Unidas Grupo para la Estimación de la Muerte Infantil ha asumido la responsabilidad de supervisar las tasas de muerte intrauterina estimadas para la era posterior a 2015.

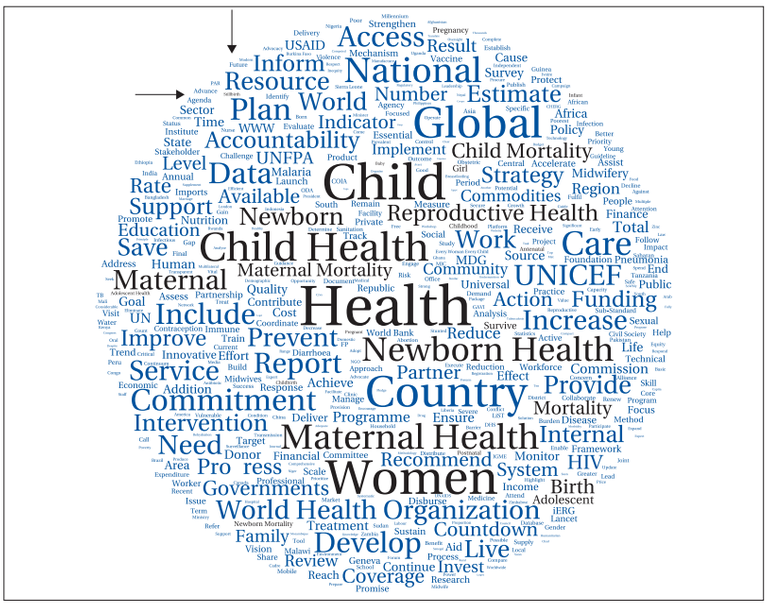
A pesar de los avances en áreas como el apoyo, la formulación de políticas, el control y la investigación, quedan lagunas substanciales en los datos que obstaculizan la transparencia y que, a su vez, son necesarios para un seguimiento efectivo de las intervenciones probadas para con la supervivencia prenatal. No hubo mucho ímpetu en incluir la muerte intrauterina en las políticas y los programas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio porque la reducción de la tasa de muerte intrauterina no formaba parte de los objetivos. Una afirmación de los informes mas recientes de agencias globales, Asociaciones y Organizaciones implicadas en ámbitos de la salud maternal y neonatal muestran que la muerte intrauterina casi nunca se menciona (Imagen 2). La financiación para la salud de las mujeres y de los niños ha aumentado substancialmente desde el 2011 pero solo cuatro proyectos mencionaron la muerte intrauterina durante el periodo de 12 años de financiación (2002 – 2013) documentado en la base de datos de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. La investigación de la muerte intrauterina sigue infra-financiada en relación a la importancia que tiene en la salud global. No ha habido respuestas plausibles ante la necesidad de reducir el estigma y el tabú que conlleva la muerte intrauterina ni ante la necesidad de mejorar el cuidado del duelo y, además, la muerte intrauterina sigue sin estar presente en los indicadores y metas de los Objetivos para el Desarrollo Sostenible.

Definición

En esta serie, la muerte intrauterina se refiere a todas las pérdidas de 22 o mas semanas de gestación, pero para el cálculo comparativo nacional, solo presentamos aquellas de 28 o mas semanas de gestación (tercer trimestre). Cuando ha sido posible , hemos corregido los datos a 28 semanas mas que utilizar el umbral de los 1000grs, porque éstos no son equivalentes.

Liderazgo global y local: un prerrequisito crítico para el progreso [1,5]

Un análisis de la red de organizaciones que establece la interacción entre 33 organizaciones internacionales implicadas en temas sobre la muerte intrauterina afirma que la red global no está funcionando de manera tan efectiva como podría, teniendo menor interacción en temas sobre la muerte intrauterina que en temas sobre la salud maternal y neonatal. La mencionada red se expande pero está infra-utilizada e infra-financiada ya que depende mas de personas individuales que de


Access
National
Global
Child
Health
Women
Country
Maternal Health
Newborn Health
Child Health
Reproductive Health
Maternal
Commitment
Intervention
Service
Report
Prevent
Include
Improve
Save
Care
Work
UNICEF
Funding
Increase
Provide
Internal
HIV
Birth
Adolescent
World Health Organization
Countdown
Develop
Live
Coverage
Invest
Continue
Review
Family
Governments
Recommend
System
Need
Pro ress
Donor
Financial
Committee
Programme
Deliver
Achieve
Response
Partner
Effect
Mortality
Focus
Disease
Framework
Monitor
Income
Ensure
Reduce
Community
Universal
Action
Commission
Estimate
Number
Indicator
Plan
World
Resource
Inform
Result
Cause
Survey
Protect
Strengthen
Pregnancy
Mechanism
Vaccine
USAID
Delivery
Accountability
Implement
Child Mortality
Policy
Africa
Time
WWW
Evaluate
Essential
Sector
State
Institute
Stakeholder
Level
UNFPA
Product
Data
Malaria
Launch
Strategy
Midwifery
Rate
Available
Commodities
Region
Support
Newborn
Education
Nutrition
Private
Finance
Total
Social
Receive
Track
Source
Foundation
Pneumonia
Address
Human
Maternal Mortality
MDG
Quality
Republic
Practice
Public
Goal
Assess
Partnership
Contribute
Cost
Coordinate
Survive
Analysis
Sexual
Water
Contraception
Immune
World Bank
Active
Help
Trend
Innovative
Effort
Diarrhoea
Technical
Psychosocial
Build
Approach
Workforce
Economic
Addition
Midwives
Success
Manage
Skill
Program
Deliver
Method
Call
Target
Scale
Area
Expenditure
Worker
Recent
Issue
Term
Refer
Newborn Mortality
Treatment
Sustain
Gender
Lancet
Share
Malawi
Vision
Geneva
Reach
Promise
Research
Progress
Aid
Supply
Local
Worldwide
Compare
Mobile
Malaria
Mobile
Mobile
Mobile

instituciones y no cuenta con un liderazgo por parte de las estructuras de gobierno de las Agencias de Naciones Unidas y Asociaciones involucradas en salud materno-infantil. Se necesita un liderazgo fuerte a nivel global así como a nivel de países e instituciones con el mandato de liderar los esfuerzos globales para con las madres y sus bebés. Naciones Unidas y otros grupos globales deben aprovechar las oportunidades de liderazgo e incluir la muerte intrauterina en su trabajo diario ya que esta responsabilidad es parte de su misión.

La lacra global de las muerte intrauterinas: Dónde, cuándo y por qué?[2,4]

A nivel mundial, hubieron 18,4 muertes intrauterinas por cada 1000 nacimientos en 2015, comparado con las 24,7 muertes intrauterinas en 2000.[2] Aunque las tasas de muerte intrauterina han descendido ligeramente, la media de la tasa de reducción anual de muerte intrauterinas (2,0%) ha decaído, con diferencia, mas lentamente que las de mortalidad maternal (3,0%) y la de mortalidad post-neonatal de niños menores de 5 años (4,5%). Con la progresión actual tendrán que pasar mas de 160 años para que un mujer embarazada en África tenga las mismas posibilidades de que su hijo nazca vivo que las que tiene una mujer embarazada en un país con rentas altas en la actualidad.[2] En cada región, hay países que progresan mas rápidamente que otros en la prevención de la muerte intrauterina. Incluso entre países de rentas altas la tasa de muertes intrauterinas (en el tercer trimestre) varia notablemente, desde el 1,3 al 8,8 por cada 1000 nacimientos; esto demuestra que todavía se puede reducir mas la tasa de reducción de muerte intrauterina, habiendo seis países que muestran una tasa igual o menor a 2,0 por cada 1000 nacimientos.[4]

La mayoría de los 2,6 millones de muertes intrauterinas anuales acurren en países con rentas medias o bajas (98%), tres cuartas partes de los cuales pertenecen al África Sub-Sahariana y al Sudeste Asiático. Alrededor del 60% suceden en zonas rurales y mas de la mitad en zonas de conflicto, afectando a las familias con las que el sistema sanitario es mas injusto.[2]

La mitad de las muerte intrauterinas suceden durante el trabajo de parto – 1,3 millones al año. Estas muertes acontecen mayoritariamente a bebés que llegan a término y con expectativas de sobrevivir. Aunque la mayoría de muertes intrauterinas ocurren en centros médicos mas de 40 millones de mujeres al año dan a luz en casa mediante partos no atendidos. Hay enormes lagunas en la cobertura de cuidados durante el parto especialmente en los partos en casa en las regiones de África y Asia.

La creencia de que muchas muertes intrauterinas son inevitables debido a anomalías congénitas está muy extendida a pesar de que éstos casos representan solo una media del 7,4% de las muertes intrauterinas a partir de la semana 28.[2] Los factores de riesgo son bien conocidos y a menudo se superponen e incluyen la edad maternal >35 años, infecciones maternas, enfermedades no contagiosas, nutrición y estilos de vida. Las muertes intrauterinas están, a menudo, asociadas a un crecimiento fetal limitado, partos prematuros, embarazos prolongados y cuidados insuficientes.

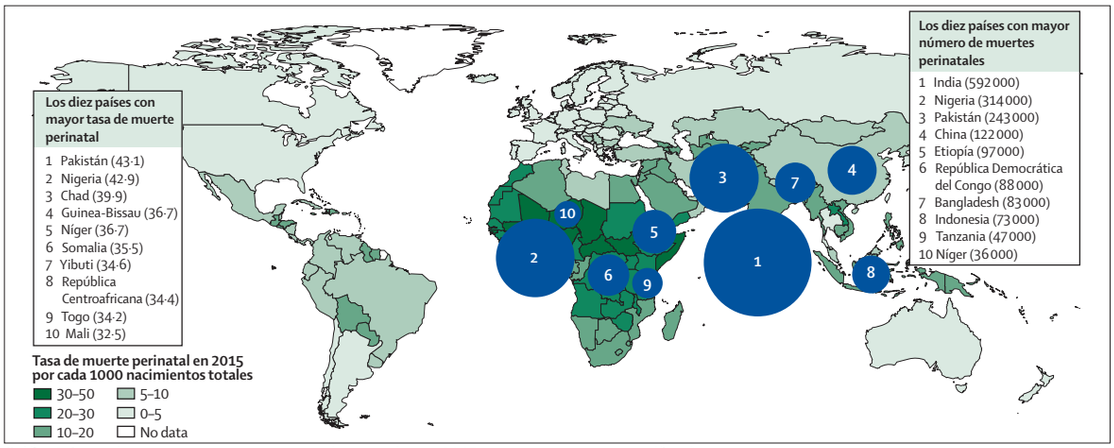


Gráfico 3: **Los países con mayor tasa de muerte intrauterina en 2015 y aquellos con mayores cifras.[2]**
Los Círculos Azules son proporcionales al número de muertes intrauterinas.

ExecSum-Stillbirths Spanish v 5.indd 4 2016/01/28 11:20 PM

Prioridades para mejorar los datos para una acción informada de cara al 2030[2,3,4]

- El registro de todos los nacimientos, muertes intrauterinas, maternas y neonatales debe mejorar.
- La tasa de muerte intrauterina debe utilizarse como indicador de calidad de los cuidados durante el embarazo y el parto y como indicador sensible de la fortaleza del sistema sanitario.
- La tasa de muertes intrauterinas durante el parto, una medida directa del acceso a cuidados de calidad durante el parto, debe anotarse y reportarse para mejorar la transparencia local.
- Es urgente implementar un sistema global de clasificación y control de muertes intrauterinas para entender las causas y focalizar los esfuerzo en prevención.
- La recogida de datos es esencial para facilitar el seguimiento del contenido y la calidad de los cuidados durante el embarazo y el parto.

En países con rentas elevadas, el 90% de las muertes intrauterinas ocurren en el periodo anterior al parto y, a menudo, asociadas a factores prevenibles relacionados con el estilo de vida tales como la obesidad y el tabaco, así como a cuidados deficitarios durante el embarazo como la no identificación de un bebé en riesgo.[4] Unos cuidados culturalmente apropiados y de calidad así como la planificación familiar, la educación y la reducción de la pobreza pueden ayudar a reducir los factores de riesgo y mejorar los resultados para con las madres y sus bebés.

Muerte Intrauterina: Una lacra para la sociedad[3,4]

Mayor riesgo para las familias mas pobres[4]

En todos los países, el riesgo de muerte intrauterina es mayor para la población marginal. Las desventajas sociales están asociadas con duplicar el riesgo de muerte intrauterina en países con rentas altas[4], este efecto es mucho mayor en países con rentas medias y bajas. Esta disparidad refleja desequilibrios estructurales, incluyendo el racismo y un desequilibrio sistemático de oportunidades. Un correcto enfoque de los cuidados de salud universales debe incluir a las mujeres mas pobres y sus familias y a sus bebés.

Estigma, tabú y fatalismo deben ser retados[3,4]

La muerte intrauterina sigue oculta a la sociedad. El duelo desautorizado es común, por lo que el duelo de los padres tras la muerte de su bebé no está legitimado o aceptado por los profesionales sanitarios, sus familias o la sociedad. En un estudio llevado a cabo para esta serie de artículos, alrededor de la mitad de los 3.503 padres en duelo sentían que su comunidad creía que los padres "deben olvidarse de su bebé muerto y tener otro". Mucho padres suprimen su duelo en público. Las mujeres cuyos bebé murieron se siente especialmente estigmatizadas, socialmente aisladas e infravaloradas y, en algunos casos, sujetas a violencia y abusos.[3] El estigma y el tabú agrava el trauma para las familias y el fatalismo coarta el progreso en la prevención de la muerte intrauterina.[3,4] Estas ideas dañinas y erróneas deben enfrentarse mediante la concienciación y la educación liderada por organizaciones de profesionales dentro de las comunidades y de la sociedad. Las organizaciones de padres junto a los profesionales sanitarios proveen mecanismos efectivos para reconducir el estigma y el fatalismo sobre la muerte intrauterina.[4]

Costes directos, indirectos e intangibles[3]

La muerte intrauterina tiene consecuencias muy amplias en los padres, los profesionales sanitarios, las comunidades y la sociedad y que son frecuentemente ignoradas y despreciadas. Los síntomas psicológicos negativos son habituales en padres en duelo y, a menudo, persisten durante años tras la muerte de sus bebés. Se estima que 4,2 millones de mujeres sufren depresión asociada a la muerte intrauterina de su bebé.[3] Muchas mas están afectadas por secuelas intangibles de mayor alcance. Los profesionales sanitarios se ven también profundamente afectados tanto en lo personal como en lo profesional, con sentimientos de culpa, ira, culpabilidad, ansiedad y tristeza, así como con miedo a las denuncias y a acciones disciplinarias. Los datos disponibles indican que el coste económico directo de una muerte intrauterina es de un 10-70% mayor que el coste de un bebé vivo.[3] Los costes económicos de los cuidados deben ser cubiertos por el gobierno o las aseguradoras o legados en su totalidad a los padres. Los costes del funeral y del entierro o cremación del bebé son asumidos habitualmente por los padres. Los padres pueden ver

Mel Scott/United Kingdom

Mel Scott y su hijo Finley

"...muchas mujeres me dijeron que la muerte de mi hijo era "la vida arreglando errores"
(Madre, Canadá)

"No pude enterrar a mi bebé porque no tenía dinero; eso me duele porque no tengo una tumba"
(Madre, Alemania)

"Los hombres lo sienten [el dolor de la muerte intrauterina], quizás [la mujer] tiene algún demonio .., quizás es una mujer con mala suerte .... puede romper un matrimonio y provocar ansiedad"
(Padre, Uganda)

ExecSum-Stillbirths Spanish v 5.indd 5 2016/01/28 11:20 PM

reducidos sus ingresos debido al tiempo sin trabajar, la reducción de jornada laboral o la reducción de su productividad. Datos extraídos de un estudio indican que a los 30 días de la pérdida los padres pueden trabajar solo al 26% de su productividad habitual, incrementándose hasta el 63% a los 6 meses de la pérdida.[3] Los enormes costes de la muerte intrauterina deben tenerse en cuenta cuando se considera si las intervenciones para su prevención son efectivas económicamente.

Mitigando el efecto de la muerte intrauterina: cuidado del duelo y apoyo social.

Una actitud empática en todos los encuentros entre padres en duelo y profesionales sanitarios pueden minimizar las secuelas emocionales y psicologicas, tanto inmediatamente como tras la pérdida y a largo plazo. Los cuidados inmediatos y respetuosos con el duelo deben ser parte de la práctica rutinaria de todos los profesionales sanitarios y deben incluir animar a las mujeres a ver y sostener a sus bebés, a crear recuerdos lo cual ha demostrado ser de gran ayuda a la hora de mejorar el estado de ánimo de los padres.[3] Todo profesional sanitario que esté proporcionando cuidados durante los nacimientos en cualquier entorno debe tener formación en cómo proveer cuidados respetuosos con el duelo tras la muerte intrauterina así como tras la muerte maternal o neonatal y, a su vez, debe tener acceso a mecanismos de apoyo para sí mismo tras la muerte.

Mirando al 2030: un enfoque integrador para reconducir las muertes intrauterinas[5]

Esta serie de artículos ofrece un guión renovado para acabar con las muertes intrauterinas prevenibles (panel 1) en el contexto de unos cuidados de salud integrales. La implementación de los Objetivos para un Desarrollo Sostenible y de la Estrategia Global de Salud Maternal, Infantil y Adolescente se verán amplificados mediante el reconocimiento, la incorporación y la enumeración de las muertes intrauterinas. La comunidad sanitaria global, los líderes de los países y las mujeres y hombres como individuos deben reconocer la muerte intrauterina y que sus consecuencias son esencialmente prevenibles si colaboran con mayor efectividad y proclaman sus necesidades colectivas para romper el silencio y recudir el estigma y el tabú.

Implementación integrada para obtener mayor efecto

La prevención de la muerte intrauterina y su respuesta no pueden ser un tema individualizado y requiere un enfoque integrado. Obviar la muerte intrauterina en las agendas minimiza y esconde el potencial de los programas de salud para mujeres y niños. Los análisis sobre las necesidades para reconducir la salud materno-infantil y la supervivencia demuestran la importancia de un enfoque integrado dentro del marco de trabajo de los cuidados continuados de calidad (figura 4). A su vez, las intervenciones basadas en evidencias tienen grandes efectos—ej. el tratamiento de la sífilis durante el embarazo podría prevenir mas del 7.7% de las muertes intrauterinas (mas de 200.000 muertes intrauterinas), aunque su efecto se nota menos en muertes neonatales; la monitorización del latido cardíaco fetal y el control durante el parto son cruciales para prevenir 1,3 millones de muerte intrauterinas durante el parto además de reducir las muertes neonatales. No contabilizar las muertes intrauterinas podría ser una de las razones por las que estas dos intervenciones no han recibido toda la atención que se merecen. El análisis de la Herramienta de Vidas Salvadas (conocida como LiST en sus siglas en inglés) demostró que aumentar las intervenciones probadas durante el embarazo y el parto en los países con una tasa superior al 75% podrían prevenir 823.000 muertes intrauterinas, 1.145.000

SALUD REPRODUCTIVA: planificación y cuidados antes de la concepción
- Planificación Familiar
- Buena salud y nutrición incluyendo el ácido fólico
- Protección de la niña y promover la salud en adolescentes
- Educar y capacitar

EMBARAZO: asegurar un inicio saludable
- Proveer cuidados de calidad durante el embarazo
  - Prevención y gestión de infecciones maternas, incluyendo Malaria y Sífilis
  - Gestión de hipertensión y diabetes gestacional
  - Detección y gestión de crecimiento fetal limitado
  - Cuidados respetuosos

NACIMIENTO: respaldar un nacimiento seguro
- Proveer cuidados de calidad durante el parto y el nacimiento
  - Monitorización fetal y, en caso necesario, parto vaginal asistido y cesárea
  - Inducción del parto en embarazos prolongados si es adecuado en el contexto sanitario
  - Cuidados respetuosos

SI UNA MUERTE ACONTECE: cuidados respetuosos y comprensivos
- Proveer cuidados de calidad tras el nacimiento
- Cuidados respetuosos y comprensivos para la madre, su familia y la comidad
- Evaluación y respuesta intrauterina

Figura 4: **Prevención y respuesta a la muerte intrauterina en el marco de salud adolescente y materno-infantil continuada y la supervivencia[5]**

ExecSum-Stillbirths Spanish v 5.indd 6 2016/01/28 11:20 PM

muertes neonatales y 166.000 muertes maternales al año si logramos la cobertura universal para el 2030 y con un coste anual adicional de 2.150 dólares US por cada vida salvada.[3] La Inversión adicional es crucial para asegurar cuidados respetuosos para la madre y el bebé, incluso tras la muerte.

Esta serie de artículos presenta tres criterios para atestiguar si la muerte intrauterina esta siendo integrada de manera eficiente dentro de las iniciativas de salud materno-infantil a nivel nacional y global: (1) La muerte intrauterina ha sido incluida en los resúmenes de la tasa de mortalidad maternal, neonatal e infantil? (2) Los cuidados de calidad durante el embarazo y el parto ha sido incluidos mediante intervenciones específicas para prevenir las muertes intrauterinas(3) Las muertes intrauterinas son controladas mediante la utilización de un meta o un indicador de resultado, o ambos?

***Panel 1:* Llamamiento para acabar con las muertes intrauterinas prevenibles[5]**

Credit: © Photo Tagaza Djibo/UNFPA/Niger

Objetivos de Mortalidad para 2030 (incluidos en el Plan de Acción Every Newborn)

- 12 muertes intrauterinas o menos por cada 1000 nacimientos totales en cada país
- Todos los países establecen y alcanzan los objetivos para eliminar las lagunas de equidad y del uso de datos para monitorizar y prevenir muertes intrauterinas

Objetivos para una cobertura universal de cuidados sanitarios

- Planificación familiar: para 2020, 120 millones mas de mujeres y chicas con acceso a métodos anticonceptivos; para 2030, acceso universal a servicios de salud reproductiva y sexual e integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales
- Cuidados durante el embarazo: para 2030, cuidados de calidad universales y cuidados exhaustivos durante el embarazo para todas las mujeres
- Cuidados durante el parto y el nacimiento: para 2030, cuidados efectivos y respetuosos durante el parto para todas las mujeres en todos los países

Metas

- Alcanzar las metas globales y nacionales del Plan de Acción Every Newborn para 2020, incluyendo la hoja de ruta para la Mejora en las Mediciones.
- Cuidados respetuosos, incluyendo el apoyo al duelo tras la muerte: para 2020, consenso global para los cuidados tras la muerte durante el embarazo o el parto para las familias afectadas, su comunidad y los profesionales sanitarios involucrados, en cualquier situación
- Reducir el estigma: para 2020, todos los países deben identificar mecanismos para reducir el estigma asociado a la muerte intrauterina entre todos los involucrados, especialmente profesionales sanitarios y sus entornos de trabajo

Acciones prioritarias para modificar la tendencia de la las muertes intrauterinas

LIDERAZGO INTERNACIONAL:	Potenciar el liderazgo existente; asegurar que las organizaciones globales incluyen la muerte intrauterina cuando llevan a cabo acciones para las mujeres y niños e intencionadamente involucran a los padres y propician el liderazgo
AUMENTAR LA VISIBILIDAD, especialmente entre las mujeres:	Empoderar a la mujeres para que reclamen calidad de vida y cuidados sanitarios de calidad, y apoyar a los afectados por la muerte intrauterina para que reclamen cambios; desarrollar protocolos culturalmente adecuados para con unos cuidados respetuosos tras la muerte; reducir el estigma
IMPLEMENTACION de intervenciones integradas con una inversión proporcionada:	Asegurar cuidados de calidad para todas las mujeres durante el embarazo, el parto y el nacimiento y tras la muerte intrauterina; centrarse en las intervenciones con mayor impacto, especialmente en los cuidados durante el parto en los contextos con mayores tasas; solucionar los problemas del sistema sanitario, especialmente la necesidad de profesionales cualificados y en particular con las matronas; aumentar la financiación y la innovación en proporcionalmente a los 2,6 millones de muertes anuales; promover estas acciones en los procesos globales, regionales y nacionales en apoyo a la Estrategia Global para la Salud Maternal, Infantil y Adolescente
INDICADORES PARA MEDIR EL IMPACTO & control del progreso:	Contabilizar todos los embarazos y los bebés, incluyendo las muerte intrauterinas, y especialmente, mejorar los Sistemas de Registro Civil; integrar los elementos específicos relativos a la muerte intrauterina en los planes relevantes de mejora de captación de datos, sobretodo para poder monitorear la calidad y la cobertura programática, incluyendo la prevención de la muerte intrauterina y el apoyo posterior; establecer y utilizar mecanismos de control intrauterina así como un sistema global de clasificación
INVESTIGACION de las lagunas de conocimiento cruciales:	Reconducir las lagunas de conocimiento estableciendo prioridades en investigación relacionadas con la prevención de la muerte intrauterina y el apoyo al duelo, incluyendo como pautas de la innovación los descubrimientos científicos, la investigación transnacional y la ciencia aplicada; desarrollar la capacidad de investigación

PANEL 2: Acciones necesarias en países con elevados ingresos[4]

- Monitorear y reconducir factores sociales determinantes para el bienestar maternal y fetal en todos los países, incluyendo estrategias para reducir la obesidad y el tabaco en mujeres en edad reproductiva
- Implementar un control de calidad intrauterina y expandirlo a nivel global
- Ofrecer a todos los padres que hayan sufrido una muerte intrauterina una autopsia y una histopatología de la placenta de calidad con un patólogo perinatal especializado
- Proveer formación de los cuidados durante el duelo perinatal a todos los profesionales sanitarios
- Llevar a cabo investigaciones para mejorar la prevención de la muerte intrauterina, centrándolas en las correlaciones entre placenta y muerte intrauterina y causas y muerte intrauterina sin explicación clínica
- Eliminar el estigma y el fatalismo que rodean a la muerte intrauterina mediante la colaboración entre padres y profesionales sanitarios, la educación y acciones a nivel comunitario

ExecSum-Stillbirths Spanish v 5.indd 7 2016/01/28 11:20 PM

Mas información

The Lancet Ending preventable stillbirths Series 2016: http://www.thelancet.com/series/ending-preventables-tillbirths

The Lancet Every Newborn Series 2014: http://www.thelancet.com/series/everynewborn

The Lancet Midwifery Series 2014: http://www.thelancet.com/series/midwifery

Referencias

Todos los estudios de las Series y los comentarios disponibles en www.thelancet.com

1 Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1.

2 Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group with *The Lancet* Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5.

3 Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group, with *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016 publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3.

4 Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths study group and *The Lancet* Stillbirths in High-Income Countries Investigator Group. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01020-X.

5 de Bernis L, Kinney K, Belizan JM, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group with *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series Advisory Group. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet* 2016 publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X.

Artículos relacionados y comentarios:

6 Blencowe H, Cousens S, Bianchi Jassir F, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet* Glob Health 2016. publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2.

7 Zhu J, Liang J, Mu Y, et al. Sociodemographic and obstetric characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. *Lancet* Glob Health 2016; publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00271-5.

8 Horton R, Samarasekera U. Stillbirths: ending an epidemic of grief. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3.

9 Homer C, Malata A, ten Hoope-Bender P. Supporting women, families, and care providers after stillbirth. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7.

10 ten Hoope-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths-more than a triple return on investment. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01277-5.

11 Kiguli J, Munabi IG, Ssegujja E, et al. Stillbirths in sub-Saharan Africa: unspoken grief. *Lancet* 2016; publicado online el 18 de Enero. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01171-X.

Agradecimientos

Grupo de estudio Acabando con las Muertes Intrauterinas Prevenibles de The Lancet: J Frederik Frøen, Joy E Lawn, Alexander E P Heazell, Vicki Flenady, Luc de Bernis, Mary V Kinney, Hannah Blencowe y Susannah Hopkins Leisher. Agradecemos a Aleena Wojcieszek por liderar el primer borrador del resumen y a Udani Samarasekera y Emilia Harding por la revisión editorial. Diseño gráfico: Chris Rowland y Stacey Black de Miracle Interactive, Ciudad del Cabo.

Grupo de Estudio

international stillbirth alliance · London School of Hygiene &Tropical Medicine · Norwegian Institute of Public Health · Save the Children · UNFPA · Manchester 1824 The University of Manchester · The University of Queensland Australia

Asesores

The Aga Khan University · Bill & Melinda Gates foundation · CIFF Children's Investment Fund Foundation · CIS MAC · Columbia University Medical Center · Family Care International · FIGO · Fundación Era en Abril · gapps · Grand Challenges Canada Grands Défis Canada · Griffith University · Inserm · IECS · International Confederation of Midwives · March · Mater Medical Research Institute · Maternal Health Task Force · NHS England · The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health · SickKids Centre for Global Child Health · Stanford Medicine · Still Life · UKaid · unicef · UBC a place of mind The University of British Columbia · uclan · university of groningen · Universiteit van Pretoria · University of St Andrews · University of Utah Health Care · USAID · The Stillbirth Foundation · The White Ribbon Alliance · World Health Organization

Support for translation of the Spanish version by:

Umamanita

WE SUPPORT EVERY WOMAN EVERY CHILD

ExecSum-Stillbirths Spanish v 5.indd 8 2016/01/28 11:20 PM