

Atención al parto en casos de muerte intrauterina en el segundo y tercer trimestre:

Aspectos psicosociales y clínicos
de la atención hospitalaria

Documento de consulta*

Versión: 1.0, 4 Junio 2018

Paul Richard Cassidy¹, Cheli Blasco², Manuela Contreras³, María Llavore⁴, Jillian Cassidy⁵,
Rosario Quintana Pantaleón⁶, Sue Steen⁷, Francisca Fernández⁸, Clara García Terol⁹,
Patricia Roncallo¹⁰

¹Investigador (Umamanita) y Doctorando en Sociología y Antropología (UCM), ²Activista, ³Matrona (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria), ⁴Matrona (Hospital de Sant Pau, Barcelona), ⁵Presidenta y Co-fundadora de Umamanita; ⁶Médico especialista en obstetricia y ginecología; ⁷Enfermera y Coordinadora de Enfermería Perinatal (Maple Grove Hospital, Minnesota, EE.UU.), ⁸Abogada y experta en Derecho Administrativo y Derecho Sanitario, ⁹Matrona (Hospital Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Barcelona), ¹⁰Psicóloga

*Este documento es un esfuerzo multidisciplinar de compilar evidencias respecto a la atención al parto en casos de muerte intrauterina en el segundo y tercer trimestre. No es un protocolo de actuación, contempla la intersección de prácticas clínicas y las vivencias del duelo con la intención de ser un recurso de reflexión y conocimiento científico para profesionales sanitarios en el ámbito de la obstetricia. Los autores invitan comentarios y aportaciones para mejorar el documento, escribiendo a:

paulcassidy@umamanita.es

Palabras claves: atención al parto, muerte intrauterina, muerte fetal, duelo perinatal, parto vaginal, inducción del parto, manejo expectante, cesárea, sedación, acompañamiento durante el parto, toma de decisiones

Muerte y Duelo Perinatal

Resumen y recomendaciones claves

- **Respetar la autonomía de la paciente proporcionándole por escrito y verbalmente una información de calidad** y basada en la evidencia sobre las opciones de parto. Es conveniente utilizar un lenguaje comprensible y sensible, dar tiempo para asimilar la información y no olvidar que puede ser necesario repetir la información.
- **No intentar reducir el tiempo entre el diagnóstico y el comienzo del parto.** En casos de muerte intrauterina sin indicaciones clínicas contrarias el manejo expectante no tiene riesgos (hasta 3-4 semanas). Siempre que así lo elija, es preferible que la mujer vuelva a casa durante unas horas o días para estar con su familia y prepararse para el parto, se le informe sobre todos los aspectos de la atención que se le va a prestar y sobre las señales de alarma ante las que deba acudir al centro hospitalario, así como proporcionarle un número de teléfono de contacto.
- **Facilitar el acompañamiento durante el parto** es clave para una mejor experiencia del parto, además de ayudar a reducir las intervenciones obstétricas y aumentar las tasas de contacto con el bebé tan importante para la elaboración del duelo.
- **No se recomienda la cesárea** salvo en casos de urgencia por motivos clínicos especificados en los protocolos. Está asociada con un aumento en la morbilidad materna y con riesgo durante un embarazo y parto futuro. Asimismo, se asocia con un riesgo elevado de muerte intrauterina en los embarazos siguientes.
- **En caso de inducción, se debe hacer un uso de oxitocina y prostaglandinas lo más conservador posible**, según las evidencias y protocolos más actuales.
- **Garantizar una analgesia adecuada en cada momento del parto de forma consensuada con la mujer** y, preferiblemente, controlada por ella. Tener en cuenta que **la sedación en casos de muerte intrauterina es contraindicada** por sus efectos perjudiciales sobre el duelo. Solo administrar sedantes del tipo ansiolíticos en casos de verdadero necesidad, como un ataque de pánico. Tener en cuenta que los analgésicos opiáceos tienen un efecto sedativo y puede ser conveniente usar alternativas.

1. Introducción

Este documento trata únicamente sobre partos en el segundo y tercer trimestre en casos de muerte intrauterina. No aborda situaciones como pérdida de bienestar fetal ni cuando la terminación del embarazo se produce tras la detección de anomalías fetales, por amenaza a la salud de la madre o por otros motivos.

La pérdida o muerte de un hijo o hija durante el embarazo, el parto o poco después del parto es una experiencia devastadora para madres y padres y lo más habitual es que vivan un duelo como el que vivirían por la muerte de cualquier otro miembro de la familia. Las investigaciones demuestran que, en esta situación, tanto las mujeres como sus parejas tienen un elevado riesgo de experimentar un duelo complicado, depresión, ansiedad y estrés post-traumático [1-4].

La atención sanitaria y el apoyo social son claves para estas familias y el desarrollo de un duelo no complicado. Cuando la atención sanitaria les ayuda a continuar en su papel maternal/paternal y respetando su autonomía en las decisiones clínicas y las relacionadas con el cuidado del bebé, está contribuyendo a devolverles el control sobre la situación, a reforzar sus identidades y a evitar situaciones de remordimiento respecto a las decisiones tomadas [5–8].

Sin embargo, varios estudios han encontrado que las madres y sus parejas coinciden en afirmar que a menudo no recibieron el apoyo que necesitaban durante la estancia hospitalaria ni en el entorno social, lo que dificulta el proceso de duelo [5,9–12]. En España, un estudio con 796 mujeres ha encontrado que sólo una tercera parte de ellas contestaron “de acuerdo” a la pregunta de si tuvieron control sobre las decisiones en el hospital y 1 de cada 2 valoró negativamente la información recibida sobre el proceso de parto [13].

Respecto a la atención al parto en los hospitales españoles, el estudio halló que varios aspectos de la atención no alcanzaban los parámetros internacionales de buenas prácticas. Entre ellos, la tasa de cesárea en casos de muerte fetal tardía es casi el doble que en otros países con economías equivalentes [14]. Además, una tercera parte de las mujeres parieron sin acompañamiento de su pareja u otra persona no sanitaria y un 48% de las mujeres entrevistadas recibió sedantes antes, durante o después del parto [13].

Es evidente que en España la atención psicosocial al parto en casos de muerte intrauterina es un tema relativamente nuevo y que la ausencia de formación específica dificulta la labor de los profesionales sanitarios a la hora de interactuar y ayudar a estas mujeres y sus familias [10,15].

En este sentido, el objetivo del documento es presentar la evidencia más actual sobre las experiencias de las mujeres en los momentos anteriores al parto, y lo que los profesionales sanitarios deberían tener en cuenta durante la comunicación con la mujer sobre los aspectos clínicos del parto y las decisiones a tomar. Al señalar cómo las prácticas obstétricas y clínicas pueden interferir con aspectos importantes del duelo, el documento pone de manifiesto que un parto bien atendido, en el que se respeta a la mujer y sus decisiones, favorece la continuidad de la identidad maternal (y paternal) e influye positivamente en el proceso de duelo.

Finalmente, el documento no trata de excluir a la pareja o padre, que tiene un papel fundamental, pero centrarnos en la atención a la mujer como protagonista principal porque las decisiones que se toman son sobre su cuerpo y durante un momento íntimo y fisiológico de su sexualidad y su vida.

2. La toma de decisiones, información basada en la evidencia y autonomía de la paciente

En casos de muerte intrauterina la seguridad del bebé ya no es relevante en cuanto a la elección del tipo de parto [16,17]. Tras una información de calidad, la mujer debe decidir si elige inducir el parto de forma inmediata o esperar unas horas, días o semanas al inicio espontáneo del parto. Otra posibilidad es la práctica de una cesárea cuando esté indicada por circunstancias clínicas específicas. Más adelante se expondrá en detalle las ventajas y contras de cada una de estas posibilidades.

Tras una explicación clara y empática de las opciones para la finalización del parto, la atención al parto debería ser personalizada y basada en el respeto a las decisiones informadas de cada mujer [18–20]. Es importante ser conscientes de que cuando se habla del bebé y se explican procedimientos médicos, una falta de sensibilidad con el lenguaje o el uso de terminología demasiado técnica puede aumentar la angustia y ansiedad [19]. Por ejemplo, el uso de la palabra “feto”, aunque normal en un entorno médico, suele ser ofensivo para las mujeres y sus parejas, porque les parece que despersonaliza a su hijo/a.

Por lo general, las investigaciones en este campo destacan que una atención humana, sensible y basada en la evidencia, junto con una buena transmisión de información, ayudan a la mujer en esta difícil situación. Es especialmente importante apoyarla y respetar sus decisiones, ya sean clínicas o sobre otras preferencias relacionadas con el cuidado del bebé tras el parto, porque esto se asocia no solamente con mayor satisfacción con la atención, sino también con una mejor evolución del duelo [13,21], además de ser algo a lo que tiene derecho como paciente [22].

Una buena atención ayuda a que la mujer puede tomar las decisiones sobre cómo quiere parir y a que viva el parto como un proceso íntimo y personal entre su cuerpo y el del bebé que va a nacer, a pesar de la tristeza de las circunstancias [11,18,23].

Se recomienda utilizar un documento para facilitar la comunicación entre los profesionales, la mujer y su familia, informar y registrar la toma de decisiones (un ejemplo sería el ‘Plan de Parto’ que propone Sue Steen [24]).

3. Reacciones iniciales respecto al tipo de parto

Para las madres y sus parejas la noticia del fallecimiento de su hijo o hija durante el embarazo conlleva sentimientos de shock, desorientación y una sensación de pérdida de control [25–29].

Para muchas mujeres resulta aterrador saber que tienen un bebé muerto dentro de su cuerpo. Pueden sentir miedo y preocupación por su propia salud. De igual forma la pareja puede sentir preocupación por el bienestar de la madre [19,30–32].

En este contexto, muchas mujeres expresan su deseo de acabar con el embarazo cuanto antes y, a menudo, solicitan una cesárea [18,19,23]. La pareja podría tener miedos similares y apoyar esta petición [31]. El parto vaginal puede verse como un sinsentido [23] y es importante tener en cuenta que la petición de una cesárea (igual que la petición de sedantes) puede representar una manera de intentar retomar control sobre una situación muy difícil mediante la única manera que la mujer conoce [8].

Como desglosaremos más detalladamente, la cesárea no está recomendada en casos de muerte intrauterina súbita por varios motivos [16,17] y es especialmente importante que los sanitarios ayuden a la mujer a conocer esto para reducir su ansiedad y facilitar una decisión informada. La experiencia de otros países indica que la mayoría de las mujeres se inclinará por un parto vaginal una vez que entiendan sus ventajas [23], pero es de suma importancia que nunca sea impuesto.

4. El tiempo entre el diagnóstico y el comienzo del parto

En los países del norte de Europa (Reino Unido, Irlanda, Suecia y Holanda entre otros), Australia y los EE.UU., no es habitual inducir el parto tras el diagnóstico. En casos sin indicaciones médicas por salud materna para la finalización inmediata del embarazo lo más común es que se anime a la mujer volver a casa durante unas horas, un día o más tiempo [33]. Las mujeres sin evidencia de CID (coagulación intravascular diseminada) no requieren que se intervenga de forma inmediata. Y, los estudios demuestran que esperar unas horas o días antes de inducir el parto es deseable para dar tiempo a recuperarse del shock del diagnóstico y prepararse adecuadamente, siempre que la mujer elija esta opción [32,34].

Sin embargo, esperar la inducción del parto puede ser vivido de diversas maneras y a algunas mujeres les puede ocasionar ansiedad y preocupación [32,35]. El estudio de Rådestad y col. encontró que las mujeres que esperaron más de 24 horas experimentaron un grado de ansiedad más elevado, pero es importante señalar que en este estudio no se dio a las mujeres la posibilidad de elegir el tiempo de espera [36]. Esta capacidad de decidir es importante como demuestra un estudio reciente en España que encontraba que el control sobre la toma de decisiones médicas (incluido el momento del parto) influye en gran medida en la satisfacción con la atención recibida [37]. Por otra parte, los sentimientos de ansiedad pueden estar relacionados con el hecho de que muchas mujeres declararan sentirse solas y no acompañadas durante este periodo [23].

En conclusión, es importante explicar todas las opciones y respetar las necesidades y decisiones individuales [19,21,38].

En caso de que una mujer elija volver a casa, se le debe facilitar información escrita sobre el proceso de parto y las decisiones que tendría que tomar (tanto las relativas al parto como a otros aspectos de la atención), además de un número de teléfono atendido por alguien que conozca su caso. Finalmente, habiendo sido informada de las posibles contraindicaciones clínicas, es importante que el tiempo que elija pasar en casa sea una decisión suya, ya sean unas horas o unos días o semanas, siempre que sepa que puede cambiar su decisión.

5. Experiencias hospitalarias antes y durante el parto: La importancia del acompañamiento y apoyo

Estudios con mujeres que habían sufrido una muerte intrauterina encuentran que en el período antes del parto la gran mayoría de las mujeres no quieren estar solas y agradecen el acompañamiento familiar y de matronas u otros profesionales [35]. Sin embargo, es habitual que declaren sentirse abandonadas por parte de los profesionales durante este período [32,35].

En cuanto al acompañamiento durante el parto, una revisión sistemática de la base de datos Cochrane encontró que las mujeres que reciben apoyo continuo (por parte de profesionales sanitarios, familiares o un/a acompañante) durante el parto de un bebé vivo tienen más probabilidades de tener un parto espontáneo y de menor duración [39] y mejoras en su salud [40]. Por el contrario, las mujeres que no reciben este acompañamiento tienen más probabilidades de solicitar analgesia y de tener una cesárea o parto instrumentalizado [39].

En casos de muerte intrauterina, las mujeres tienen mayor probabilidad de sentirse solas que las madres en el grupo de control de partos de bebés vivos [40], y un pequeño estudio encontró que una cuarta parte de las mujeres pensaron que la atención durante el parto no fue empática [41]. Un estudio cualitativo realizado en España concluyó que la atención empática por parte de los profesionales, así como un ambiente tranquilo y menos tecnificado tuvo como resultado experiencias de parto más positivas en casos de muerte intrauterina [11].

Otro estudio reciente en España con 796 mujeres que habían sufrido una muerte intrauterina encontró que el 34,5% no estuvo acompañada durante el parto, el 78,8% en caso de cesárea y el 19,8% en caso de parto vaginal [13], cifras superiores a las de otros países como el Reino Unido [42]. Aunque el porcentaje de mujeres que no tiene acompañamiento durante una cesárea es muy elevado, desde el punto de vista médico no existen razones para ello, salvo en casos de cesárea urgente o complicaciones, que son poco frecuentes en casos de muerte intrauterina, tal como detallamos en la próxima sección.

El estudio español encontró una relación significativa entre no estar acompañada y otros aspectos de la atención. Las mujeres no acompañadas tenían menos probabilidad de haber visto a su bebé (37,3% v. 59,4, $p < 0.001$), mayor probabilidad de haber recibido sedantes durante o después del parto (39,5% vs. 29,1%, $p = 0.003$) y de haber calificado su grado de satisfacción con la atención más baja (57,9% vs. 70,5%, $p = 0.001$) [13].

Por tanto, es importante hacer todo lo posible para facilitar el acompañamiento durante el parto, ya sea por la pareja u otra persona de su elección, porque puede ayudar a reducir la ansiedad y los sentimientos de soledad, las intervenciones quirúrgicas y la administración de medicaciones psicotrópicas (algo que tratamos con más detalle en la sección 7). Si una mujer acude sola, se le debería informar que otra persona puede acompañarla. Si en el momento del parto no hay un/a acompañante es muy importante que no se sienta sola o abandonada. Cuando una mujer expresa que quiere estar sola durante el parto, conviene conocer las razones e informarle de los beneficios del acompañamiento. Pero como en cualquier circunstancia lo importante es crear una relación de confianza y mantener un diálogo continuo que permita ofrecer de manera individualizada a cada mujer la atención más adecuada para ella.

Por otra parte, es importante recordar que el inicio del parto activo, el expulsivo y el momento en el que el bebé nace son momentos especialmente importantes y conviene procurar un ambiente tranquilo y respetuoso durante el tiempo que la madre necesite para conocer a su hijo/a y despedirse de él/ ella [11].

Finalmente, es habitual escuchar a las parejas/padres quejarse de que los profesionales les piden que se ocupen de trámites burocráticos en los momentos previos, durante o inmediatamente después del parto. Esto imposibilita el apoyo mutuo entre la pareja, aumenta los sentimientos de soledad de la madre y reduce el tiempo que el padre/pareja puede pasar con su pareja y hijo/a durante unos momentos de ritual muy importante y irrepetibles. Se recomienda esperar hasta después del parto y el contacto post mortem para tratar temas administrativos.

6. Gestión médica del parto en casos de muerte intrauterina

Las recomendaciones clínicas sobre el tipo de parto se basan en diversas consideraciones, principalmente: la edad gestacional, la historia clínica de la madre, la etiología y el diagnóstico del caso, los factores psicosociales como el duelo y los rituales como el contacto postmortem [16,17,43,44].

Las asociaciones de obstetras y ginecólogos de EE.UU., Reino Unido y España y la guía NICE recomiendan que el parto vaginal, ya sea mediante manejo expectante o inducción, sea el método de elección en casos de muerte intrauterina [16,17,45,46]. También señalan que la dura-

ción del tiempo entre el diagnóstico y el comienzo del parto no es muy importante en casos no complicados de muerte intrauterina [16,17].

A continuación detallamos la evidencia sobre los beneficios y riesgos de cada manera de abordar el parto y explicamos por qué el parto vaginal (manejo expectante o inducción farmacológica o mixto) representa la opción más favorable en casos de muerte intrauterina, por encima de dilatación y evacuación (segundo trimestre) y la cesárea. También contemplamos los casos de cesárea previa.

Manejo expectante

Entre el 80-90% de las madres con una muerte fetal intrauterina que optan por el manejo expectante se pondrá de parto de forma espontánea en una a tres semanas [17,44,47], con un periodo de latencia inversamente proporcional a la edad gestacional [45].

Exceptuando los casos de pre-eclampsia, infección o hemorragia, el riesgo que puede conllevar la espera es muy bajo durante las primeras cuatro semanas posteriores a la muerte del bebé, ya que antes de ese tiempo las complicaciones potencialmente graves (corioamnionitis y coagulopatías) no suelen aparecer [20,44,47]. Sin embargo, es importante recalcar que el momento del diagnóstico no es siempre el momento de la muerte y puede que hayan pasado varios días o incluso semanas desde el fallecimiento.

Las alteraciones de la coagulación ocurren en el 3-4% de los casos con una muerte fetal >24 semanas de gestación sin complicaciones y manejo expectante de más de 3 semanas [48]. Un nivel de fibrinógeno menor de 100mg/dl es evidencia de coagulopatía. Pasadas cuatro semanas muy pocas mujeres sufren una coagulopatía de consumo crónica [48].

Mientras la incidencia de la endometritis es más elevada en los casos de parto espontáneo que en los inducidos (6% v 1%), no existe ninguna diferencia significativa en cuanto a la hemorragia postparto, placenta retenida o necesidad de transfusión de sangre [48].

Uno de los beneficios de elegir el manejo expectante es una reducción significativa en la duración del parto [49]. En cuanto a las desventajas, se incluyen la reducción de la posibilidad de llevar a cabo estudios de anatomía patológica, tales como autopsia y pruebas genéticas [49], aunque una espera de unos días no afecta excesivamente a la calidad de estos estudios [50].

Aunque por maceración el aspecto del bebé se altera en casos de manejo expectante prolongados, especialmente en edades gestacionales menores, el contacto tras el parto con la ayuda de ropa, arulllos o gorros, no suele ser problemático para las madres o sus parejas/familias.

Desde la perspectiva del riesgo físico, el control en casos de manejo expectante menor de cuatro semanas no es necesario [44], pero puede ser conveniente para que la mujer se sienta más segura y acompañada y para reevaluar tanto la situación clínica como su estado de ánimo y sus necesidades. En todo caso, se debe informar sobre los síntomas que hacen recomendable una consulta urgente tales como fiebre, dolor, contracciones, o secreción maloliente [44,51]. Un control clínico semanal es aconsejable en casos de espera de más de 4 semanas [44].

Inducción farmacológica

Como hemos señalado arriba, la muerte fetal es una de las indicaciones para la inducción del parto [52] pero en general no por riesgo para la madre, ya que la mayoría tendría un parto espontáneo en 1 a 3 semanas. Es decir, en los casos en los que no existan factores de riesgo añadidos, la inducción se ha indicado durante las últimas décadas en la creencia de que aportaba beneficios psicosociales, aunque desconocemos estudios que realmente muestran que sea psicológicamente más favorable que el manejo expectante.

El método y la medicación empleados para la inducción del parto varían dependiendo de si la muerte ocurre en el segundo o tercer trimestre, pero varios autores señalan que no existe un método 'ideal'; especialmente en el tercer trimestre [44,53]. La ACOG recomienda que en casos de muerte fetal después de las 28 semanas se realice la inducción según los protocolos obstétricos habituales [16]. Es importante señalar que las recomendaciones para la inducción farmacológica en casos de muerte intrauterina en el tercer trimestre son menos precisas, lo que se relaciona con el hecho de que la mayoría de los protocolos han sido extrapolados de estudios sobre la interrupción del embarazo en el segundo trimestre [52].

Además de la oxitocina, existen varias prostaglandinas para la inducción del parto (misoprostol, mifepristona, dinoprostona [PGE₂], prostaglandina intra-amniótica F_{2α}). Por su eficacia y menor riesgo de efectos secundarios, como vómitos y diarrea, el misoprostol es la más recomendada [17,52].

Respecto a las dosis, existen varias pautas, según los distintos protocolos:

- Misoprostol por vía oral o vaginal con una dosis de 25-50mcg en casos de edad gestacional mayor de 28 semanas y de 200-400mcg antes de las 28 semanas, cada 4 horas. O infusión de oxitocina según el protocolo habitual, si el Bishop es favorable [43,44,49,52].
- La SEGO aconseja la finalización de la gestación con misoprostol vaginal. Entre la semana 16 y 21+6 se puede administrar mifepristona previamente y a partir de la semana 22, si el Bishop es favorable oxitocina [45].

Muerte y Duelo Perinatal

Dado que existe menos evidencia sobre la inducción en casos de muerte fetal en el tercer trimestre, es prudente tener en cuenta que en primíparas de bajo riesgo la administración de oxitocina durante la primera o segunda fase del parto es un factor de riesgo independiente para hemorragia postparto. El riesgo es proporcional al aumento de las dosis y su perfusión en intervalos demasiados cortos, especialmente si no se administra oxitocina profiláctica durante la tercera fase del parto [54,55]. Asimismo, el estudio de Kireddine y col. encontró un resultado similar para el uso de prostaglandinas: un riesgo de hemorragia postparto un 20% más alto que en partos espontáneos [55].

Otros efectos adversos de las prostaglandinas incluyen fiebre, náuseas, emesis y diarrea, particularmente si se usa una preparación de PGE₂. El tratamiento previo con antieméticos, antipiréticos y antidiarreicos puede reducir los síntomas [20]. Dado que PGE₂ es un relajante muscular muy potente, se debe evitar su uso en mujeres con asma, hipertensión, hipotensión y enfermedad cardíaca, renal y/o hepática [44].

Dilatación y evacuación, dilación y aspiración

En el segundo trimestre estas técnicas son más difíciles pero seguras cuando se realiza por un profesional especializado [16,20]. Algunos estudios señalan que hay menos complicaciones que en una inducción farmacológica [43,47].

Mientras que es relativamente habitual que se practiquen en casos de interrupción del embarazo por causa fetal [56,57], en casos de muerte intrauterina del segundo trimestre no es habitual que se realicen dilatación y evacuación o aspiración en España. Esto se debe principalmente por las dificultades técnicas de conseguir una dilatación adecuada y por el riesgo de la extracción de partes óseas fetales.

Además, se debe tener en cuenta que cualquier método destructivo reduce las posibilidades de realizar estudios de anatomía patológica y rituales como el contacto post mortem, ambos muy importantes para el duelo y bienestar de la madre y el padre [16,58]. En este sentido, no es una práctica recomendada.

Alumbramiento de la placenta

Para minimizar la posibilidad de retención placentaria y la rotura del cordón umbilical con maniobras de tracción, se recomienda dar tiempo al alumbramiento espontáneo, evitando tirar del cordón umbilical y en el caso de que sea necesario existe la posibilidad de administrar más dosis de misoprostol en intervalos adecuados [47].

Episiotomías

No existe evidencia que la episiotomía tiene beneficios maternas [59]. Igual que en los casos de parto de un bebé vivo, la episiotomía no debe ser practicada de forma rutinaria, solamente en casos de necesidad clínica [60].

Cesárea

La ACOG recomienda que la cesárea se emplee solamente en circunstancias de emergencia y urgencia no iatrogénicas porque está potencialmente asociada con morbilidad materna y no hay ningún beneficio para el bebé en casos de muerte intrauterina [16]. En casos de muerte intrauterina, las indicaciones médicas y obstétricas para una cesárea incluyen hemorragia, preeclampsia severa, desprendimiento placentario, macrosomía y malposicionamiento fetal que no se puede resolver [44,61].

Mientras algunas propuestas manifiestan que evitar el parto vaginal protege psicológicamente, no existen estudios que apoyen tal hipótesis [62]. Por otra parte, existen una serie de riesgos para la salud de la mujer a corto plazo: hemorragia, lesiones de la vejiga y los intestinos, paro cardíaco postparto, hematoma de la herida, y una incidencia de histerectomía e infección puerperal superior. Al mismo tiempo, deben tenerse en cuenta las complicaciones anestésicas, el incremento del riesgo de tromboembolismo venoso y una estancia hospitalaria más prolongada [63].

A largo plazo, existe un mayor riesgo de muerte fetal en el siguiente embarazo, independientemente del tipo de cesárea, de urgencia o electiva/ a demanda [64]. Además, la cesárea incrementa la probabilidad de rotura uterina en un futuro parto inducido, de problemas asociados con la placenta, como placenta previa o ácreta, y la posible necesidad de practicar una histerectomía [65–67].

Además de estos riesgos físicos, la cesárea compromete la vida reproductiva de la mujer. Aunque es frecuente que otro embarazo suponga miedo y preocupación [68,69], bastantes mujeres y sus parejas quieren tener un siguiente embarazo bastante pronto después de la pérdida [10,32]. La OMS recomienda un intervalo entre partos de dos años cuando ha habido una cesárea [70], porque tanto el riesgo para el bebé como los efectos adversos en la madre son mayores antes de 18 meses (y más allá de 59 meses) [71].

Muerte y Duelo Perinatal

Casos con cesárea previa

En los casos en los que a la madre se le ha practicado una cesárea previa es necesaria una atención individualizada [44,47]. La principal preocupación es la rotura uterina y el factor más significativo para que ocurra es la localización de la incisión de la cesárea previa [72].

En casos de cesárea con incisión corporal la probabilidad de rotura uterina es más alta, pero existen pocos estudios que sirvan como guía de buena práctica. Por lo general, se recomienda repetir la cesárea [16,44,47,49], pero una prueba de parto puede ser una opción, dependiendo de las circunstancias de cada caso [72].

En cuanto a cesáreas previas transversales, la recomendación es un intento de parto y una proporción alta consiguen un parto vaginal [72,73]. Las indicaciones y su manejo varían según la edad gestacional, pero se advierte que existe poca evidencia en cuanto a casos de muerte fetal antepartum.

Edad gestacional <28 semanas

Las evidencias son extrapoladas de estudios sobre la interrupción del embarazo y aunque se necesita más investigación, el ACOG concluye que una prueba de parto con misoprostol (en dosis adecuadas) es segura y efectiva, sin un aumento en complicaciones y con resultados (duración del parto, fracaso de inducción) similares a mujeres sin cesárea previa [52]. En base a casos de interrupción del embarazo en el segundo trimestre, la probabilidad de ruptura uterina en mujeres con una incisión previa es del 0.4% y hasta del 9% con dos o más incisiones [48].

Edad gestacional ≥28 semanas

En casos de cesárea previa con una incisión transversal, una prueba de parto tiene una probabilidad de conseguir un parto vaginal en el 60-80% de casos de partos de bebés vivos en el tercer trimestre [72].

En cuanto a qué mujeres son buenas candidatas para una prueba de parto, la ACOG identifica una serie de factores positivos (parto vaginal previo, parto espontáneo previo) y negativos, incluyendo: la edad materna, intervalo breve entre partos, edad gestacional superior a 40 semanas, preeclampsia, obesidad, etnia no blanca y macrosomía fetal. Sin embargo, enfatizan que la macrosomía, la edad gestacional superior a 40 semanas y la gestación múltiple no son contraindicaciones individuales para la prueba de parto en casos de cesárea transversal previa.

Después de las 28 semanas, la evidencia es limitada y existe bastante variación entre las recomendaciones respecto a la inducción farmacológica (véase ACOG [72], NICE [46], RCOG [17], SEGO [45]), siendo la principal preocupación el riesgo de rotura uterina [44,72,74,75].

En determinados casos, y una vez se ha informado de los beneficios y riesgos, se recomienda la prueba de parto vaginal mediante el empleo de técnicas de maduración cervical (catéter de Foley/Cook) y amniotomía y la inducción mediante oxitocina [16,44,47,52].

En cuanto al uso de analgesia epidural en casos de cesárea transversal previa, la ACOG advierte que no existen estudios que lo identifiquen como un factor de riesgo de fracaso de la prueba de parto [72].

7. Manejo del dolor y sedación

Manejo del dolor

Las madres que paren bebés muertos valoran el dolor físico de forma significativamente más alta que aquellas que paren bebés vivos. [40]. Además, una revisión sistemática estableció que muchas veces el alivio del dolor durante un parto con muerte fetal es insuficiente [76].

Se recomienda que todas las modalidades habituales para el manejo de dolor estén disponibles, tales como la epidural y anestesia controlada por la paciente o dosis intermitentes, [17,49]. Cualquiera que sea la estrategia de manejo del dolor, debe hablarse previamente con la mujer sobre las ventajas y desventajas de cada una de ellas [18].

Sedación

En casos de duelo tras la muerte intrauterina no se recomienda la administración de sedantes en forma de ansiolíticos (psicotrópicos como benzodiazepinas) o analgésicos opiáceos durante la estancia hospitalaria porque puede interferir con la toma de decisiones, la capacidad de actuar y participar en rituales como contacto con el bebé [76–79].

Se conoce que los tranquilizantes/ansiolíticos tienen efectos cognitivos como una reducción en la capacidad de asimilar información y un efecto amnésico antegrado (inhibe la formación de nuevas memorias) [80–82]. No existen estudios que demuestren que tengan ningún beneficio para el duelo [83] y en casos de estrés postraumático, frecuente en la muerte intrauterina [4], puede que contribuyan a su empeoramiento [84].

Aunque es frecuente que las mujeres pidan “algo” para relajarse [14], se importante recordar que puede que están intentando ejercer control sobre una situación estresante de la única manera que se conoce. En este sentido, puede ser similar a los motivos para pedir una cesárea.

Se recomienda que solo se administren ansiolíticos (como benzodiazepinas) en las circunstancias en las cuales son efectivos, como un verdadero ataque de pánico [85]. En el caso de usar sedantes/tranquilizantes (como diazepam) para asistir al sueño que sea solamente cuando la mujer no vaya a tener que tomar decisiones durante un tiempo o pasar tiempo con su bebé.

En cuanto al uso de analgésicos opiáceos, como la meperidina/petidina, durante el parto es importante tener en cuenta su efecto sedante, que existe dudas sobre su efectividad, además de que puede dificultar la comunicación de experiencias de dolor [86], por lo tanto es aconsejable buscar alternativas. En todo caso, siempre su uso debe estar indicado por la mujer tras una explicación de sus efectos y implicaciones para otros aspectos de la atención.

Bibliografía

- [1] Vance JC, Najman JM, Thearle MJ, Embelton G, Foster WJ, Boyle FM. Psychological changes in parents eight months after the loss of an infant from stillbirth, neonatal death, or sudden infant death syndrome—a longitudinal study. *Pediatrics* 1995;96:933–8.
- [2] Boyle FM, Vance JC, Najman JM, Thearle MJ. The mental health impact of stillbirth, neonatal death or sids: Prevalence and patterns of distress among mothers. *Soc Sci Med* 1996;43:1273–82. doi:10.1016/0277-9536(96)00039-1.
- [3] Gravensteen IK, Helgadóttir LB, Jacobsen E-M, Rådestad I, Sandset PM, Ekeberg Ø. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open* 2013;3:e003323. doi:10.1136/bmjopen-2013-003323.
- [4] Jind L, Elklit A, Christiansen D. Cognitive schemata and processing among parents bereaved by infant death. *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17:366–77. doi:10.1007/s10880-010-9216-1.
- [5] Gold KJ. Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol* 2007;27:230–7. doi:10.1038/sj.jp.7211676.
- [6] Peters MDJ, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth* 2015;28:272–8. doi:10.1016/j.wombi.2015.07.003.
- [7] Bakhbaki D, Burden C, Storey C, Siassakos D. Care following stillbirth in high-resource settings: Latest evidence, guidelines, and best practice points. *Semin Fetal Neonatal Med* 2017;22:161–6. doi:10.1016/j.siny.2017.02.008.
- [8] Siassakos D, Jackson S, Gleeson K, Chebsey C, Ellis A, Storey C. All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2017. doi:10.1111/1471-0528.14765.
- [9] Malacrida C. Complicating mourning: The social economy of perinatal death. *Qual Health Res* 1999;9:504–19. doi:10.1177/104973299129122036.
- [10] Pastor-Montero SM, Vacas AG, Rodríguez MB, Macías JM, Pozo F. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Rev Paraninfo Digit* 2007;1.
- [11] Cassidy PR. The body and ontology: perinatal death and bereavement in the technoscientific landscape of hospital care. *Teknokultura* 2015;12:285–316. doi:10.5209/rev_TK.2015.v12.n2.49668.
- [12] Mills TA, Ricklesford C, Heazell AEP, Cooke A, Lavender T. Marvellous to mediocre: Findings of national survey of UK practice and provision of care in pregnancies after stillbirth or neonatal death. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:1–11. doi:10.1186/s12884-016-0891-2.
- [13] Cassidy P, Cassidy J, Olza I, Sánchez D, Pisunyer MT, Jort S, et al. Calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina en el sistema sanitario Español. Madrid: 2018.
- [14] Cassidy PR. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18:22. doi:10.1186/s12884-017-1630-z.
- [15] Steen SE. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Int J*

- Palliat Nurs 2015;21:79–86. doi:10.12968/ijpn.2015.21.2.79.
- [16] ACOG. Practice bulletin number 102 - Management of stillbirth: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2009.
- [17] RCOG. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth (Green-top Guideline No. 55). Royal College of Obstetricians & Gynaecologists; 2010.
- [18] Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:1–19. doi:10.1186/s12884-016-0806-2.
- [19] Peters MDJ, Lisy K, Ritano D, Jordan Z, Aromataris E. Providing care for families who have experienced stillbirth: a comprehensive systematic review. Joanna Briggs Institute. Faculty of Health Sciences, University of Adelaide: 2014.
- [20] Silver RM. Fetal death. *Obstet Gynecol* 2007;109:153–67. doi:10.1097/01.AOG.0000248537.89739.96.
- [21] Lundqvist A, Nilstun T, Dykes A-K. Both empowered and powerless: mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth* 2002;29:192–9. doi:10.1046/j.1523-536X.2002.00187.x.
- [22] Gobierno de España. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. vol. 274. 2002.
- [23] Trulsson O, Rådestad I. The silent child: mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth* 2004;31:189–96. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x.
- [24] Steen S. Planificación de un parto respetuoso (Taller). Jornadas Umamanita - La muerte y el duelo Perinat. Abordaje para Prof. 25-26 febrero., Barcelona: 2017.
- [25] Ujda RM, Bendiksen R. Health care provider support and grief after perinatal loss: A qualitative study. *Illness, Crisis Loss* 2000;8:265–85. doi:http://dx.doi.org/10.1177/105413730000800304.
- [26] Kavanaugh K, Moro T. Supporting Parents After Stillbirth or Newborn Death. *AJN, Am J Nurs* 2006;106:74–9. doi:10.1097/00000446-200609000-00037.
- [27] Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:137. doi:10.1186/1471-2393-12-137.
- [28] Rådestad I, Malm M-C, Lindgren H, Pettersson K, Franklin Larsson L. Being alone in silence: mothers' experiences upon confirmation of their baby's death in utero. *Midwifery* 2014;30:e91–5. doi:10.1016/j.midw.2013.10.021.
- [29] Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:1–10. doi:10.1186/1471-2393-14-203.
- [30] Kellner KR, Donnelly WH, Gould S. Parental behavior after perinatal death: lack of predictive demographic and obstetric variables. *Obstet Gynecol* 1984;63:809–14.
- [31] Samuelsson M, Rådestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth* 2001;28:124–30. doi:10.1046/j.1523-536X.2001.00124.x.
- [32] Malm M, Rådestad I, Erlandsson K, Lindgren H. Waiting in no-man's-land: mothers' experiences before the induction of labour after their baby has died in utero. *Sex Reprod Healthc* 2011;2:51–5. doi:10.1016/j.srhc.2011.02.002.
- [33] Saflund K, Sjogren B, Wredling R. Physicians' role and gender differences in the management of parents of a stillborn child: a nationwide study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21:49–56.
- [34] Steen S, Ilse S. Mediocre or excellent—where does your facility stand? Becoming a perinatal loss gold standard hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:1–2. doi:10.1186/1471-2393-15-S1-A13.
- [35] Erlandsson K, Lindgren H, Malm M-C, Davidsson-Bremborg A, Rådestad I. Mothers' experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery: A qualitative Internet-based study. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:1677–84. doi:10.1111/j.1447-0756.2011.01603.x.
- [36] Radestad I, Steineck G, Sjogren B, Nordin C. Psychological complications after stillbirth—influence of memories and immediate management: Population based study. *Bmj* 1996;312:1505–8. doi:10.1136/bmj.312.7045.1505.
- [37] Cassidy PR. Understanding patient satisfaction as a measure of quality in perinatal bereavement care in Spanish hospitals. Meet. Abstr. from Int. Stillb. Alliance Conf. 2017. Cork, Ireland. Sept. 22–24, *BMC Pregnancy and Childbirth*; 2017.
- [38] Sands (Stillbirth & Neonatal Death Charity). *Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals*. 4th ed. Coventry: Tantamount; 2016.
- [39] Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth

- (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;16:CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- [40] Rådestad I, Nordin C, Steineck G, Sjögren B. A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth. *Midwifery* 1998;14:111–7. doi:10.1016/S0266-6138(98)90008-0.
- [41] O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women and Birth* 2016;29:345–9. doi:10.1016/j.wombi.2016.01.003.
- [42] Redshaw M, Rowe R, Henderson J. Listening to Parents after Stillbirth or the Death of their Baby after Birth. National Perinatal Epidemiology Unit. University of Oxford: 2014.
- [43] Silver RM, Heuser CC. Stillbirth workup and delivery management. *Clin Obstet Gynecol* 2010;53:681–90. doi:10.1097/GRF.0b013e3181eb3297.
- [44] Dudley DJ. Medical Management Including Delivery. In: Spong CY, editor. *Stillb. Predict. Prev. Manag.*, Oxford: Wiley-Blackwell; 2011, p. 229–41. doi:10.1002/9781444398038.ch14.
- [45] SEGO. Protocolo de Muerte Fetal Ante Parto. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2008.
- [46] NICE. Induction of labour. NICE clinical guideline 70. July. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
- [47] Chakhtoura NA, Reddy UM. Management of stillbirth delivery. *Semin Perinatol* 2015;39:501–4. doi:10.1053/j.semperi.2015.07.016.
- [48] Chakhtoura NA, Reddy UM. Fetal death. In: Vincenzo Berghella, editor. *Matern. Evid. Based Guidel.*, Boca Raton: CRC Press; 2017, p. 488–95.
- [49] Reddy UM, Spong CY. Stillbirth. In: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, Greene MF, editors. *Creasy Resnik's Matern. Med.* 7th ed., Elsevier Saunders; 2014, p. 718–31.
- [50] Dahlstrom JE, Fitzgerald B. Pathology Information Workshop for Advocacy and Support Groups. *Int. Stillb. Alliance Conf.* Cork, Ireland, 22-24 Sept., 2017.
- [51] Silver RM, Varner MW, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D, et al. Work-up of stillbirth: a review of the evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:433–44. doi:10.1016/j.ajog.2006.11.041.
- [52] Ramirez M, Ramin S. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol* 2009;114:386–97. doi:10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5.
- [53] Gawron LM, Kiley JW. Labor induction outcomes in third-trimester stillbirths. *Int J Gynecol Obstet* 2013;123:203–6. doi:10.1016/j.ijgo.2013.06.023.
- [54] Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: A population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open* 2011;1:1–10. doi:10.1136/bmjopen-2011-000514.
- [55] Khiredine I, Le Ray C, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Induction of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage in Low Risk Parturients. *PLoS One* 2013;8. doi:10.1371/journal.pone.0054858.
- [56] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England Scotland and Wales: Report of a Working Group 2010:45.
- [57] MSSSI. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España; 2017.
- [58] Dimiceli-Zsigmond M, Williams AK, Richardson MG. Expecting the unexpected: Perspectives on stillbirth and late termination of pregnancy for fetal anomalies. *Anesth Analg* 2015;121:457–64. doi:10.1213/ANE.0000000000000785.
- [59] Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review. *JAMA* 2005;293:2141–8. doi:10.1001/jama.293.17.2141.
- [60] Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010. doi:978-84-457-3090-4.
- [61] Mukherj J, Kamilya G, Bhattacharyya SK. Caesarean section for the dead baby--an unhappy reality. *J Indian Med Assoc* 2007;105:316, 318–9.
- [62] Boyle A, Preslar JP, Hogue CJR, Silver RM, Reddy UM, Goldenberg RL, et al. Route of delivery in women with stillbirth: Results from the stillbirth collaborative research network. *Obstet Gynecol* 2017;129:693–8. doi:10.1097/AOG.0000000000001935.
- [63] Singh N, Sharma P, Chaudhary P. Caesarean delivery on maternal request (CDMR): the controversy continues. *Curr Med Res Pract* 2017;7:113–6. doi:10.1016/j.cmrp.2017.04.001.
- [64] O'Neill SM, Kearney PM, Kenny LC, Khashan AS, Henriksen TB, Lutomski JE, et al. Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8.

- doi:10.1371/journal.pone.0054588.
- [65] Lydon-Rochelle M, Holt V, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345:3–8. doi:10.1056/NEJM200107053450101.
- [66] Silver RM. Implications of the first cesarean: perinatal and future reproductive health and subsequent cesareans, placentation issues, uterine rupture risk, morbidity, and mortality. *Semin Perinatol* 2012;36:315–23. doi:10.1053/j.semperi.2012.04.013.
- [67] Al-Zirqi I, Kjersti-Daltveit A, Forsén L, Stray-Pedersen B, Vangen S. Risk factors for complete uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2016;216:165.e1–165.e8. doi:10.1016/j.ajog.2016.10.017.
- [68] Adolfsson A. Applying Heidegger's interpretive phenomenology to women's miscarriage experience. *Psychol Res Behav Manag* 2010;3:75–9. doi:10.2147/PRBM.S4821.
- [69] Reilly-Smorawski B, Armstrong A V, Catlin EA. Bereavement support for couples following death of a baby: Program development and 14-year exit analysis. *Death Stud* 2002;26:21–37. doi:10.1080/07481180210145.
- [70] World Health Organisation. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland 13–15 June 2005. Geneva: 2005.
- [71] Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Castaño F, Norton MH. Effects of Birth Spacing on Maternal, Perinatal, Infant, and Child Health: A Systematic Review of Causal Mechanisms. *Stud Fam Plann* 2012;43:93–114. doi:10.1111/j.1728-4465.2012.00308.x.
- [72] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010;116:450–63. doi:10.1097/AOG.0b013e3181eeb251.
- [73] RCOG. RCOG Green-top Guideline No. 45: Birth After Previous Caesarean Birth. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists; 2015.
- [74] ACOG practice bulletin No. 102: Management of stillbirth. *Obstet Gynecol* 2009;113:748–61. doi:10.1097/AOG.0b013e31819e9ee2.
- [75] Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-Top Guidel No 55 2010;55:1–33.
- [76] Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol* 2007;109:1156–66. doi:10.1097/01.AOG.0000259317.55726.df.
- [77] Giles P. Reactions of women to perinatal death. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* 1970;10:207–10. doi:10.1111/j.1479-828X.1970.tb00431.x.
- [78] Malacrida CA. Perinatal death: Helping parents find their way. *J Fam Nurs* 1997;3:130–48. doi:10.1177/107484079700300203.
- [79] Thompson SR. Birth pains: changing understandings of miscarriage, stillbirth and neonatal death in Australia in the twentieth century. Doctoral Thesis. University of Western Australia, 2008.
- [80] Baldwin DS, Aitchison K, Bateson A, Curran HV, Davies S, Leonard B, et al. Benzodiazepines: Risks and benefits. A reconsideration. *J Psychopharmacol* 2013;27:967–71. doi:10.1177/0269881113503509.
- [81] Buffett-Jerrott S, Stewart S. Cognitive and Sedative Effects of Benzodiazepine Use. *Curr Pharm Des* 2002;8:45–58. doi:10.2174/1381612023396654.
- [82] Longo LP. Addiction: Part I. Benzodiazepines: Side-effects, abuse risk and alternatives. *Osteopath Fam Physician* 2013;5:59–61. doi:10.1016/j.osfp.2012.10.001.
- [83] Warner J, Metcalfe C, King M. Evaluating the use of benzodiazepines following recent bereavement. *Br J Psychiatry* 2001;178:36–41. doi:10.1192/bjp.178.1.36.
- [84] Guina J, Rossetter SR, Derhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract* 2015;21:281–303. doi:10.1097/PRA.0000000000000091.
- [85] Hoffman EJ, Mathew SJ. Anxiety disorders: a comprehensive review of pharmacotherapies. *Mt Sinai J Med A J Transl Pers Med* 2008;75:248–62. doi:10.1002/msj.20041.
- [86] Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 1996;103:968–72. doi:10.1111/j.1471-0528.1996.tb09545.x.