

Actuación psicosomática en las pérdidas fetales y perinatales

Protocolo publicado en junio de 2010

1. INTRODUCCIÓN

La tasa de pérdidas perinatales es difícil de cuantificar a nivel nacional por la escasez de registros y por otros múltiples factores en la forma de cuantificarlas. Podríamos aceptar como tasa media la de 8 x 1000 nacidos, desde la 22ª semana hasta las que ocurren en las primeras 24 horas de vida; aunque puede ser mayor, pues tendríamos que añadir las muertes Neonatales tardías hasta los 28 días de vida ^(1,2).

Así, si tenemos unos 500.000 nacimientos, estaríamos alrededor de los 4.000 casos al año. La cifra es importante, pero no menos importante es la necesidad que tienen estas parejas de ayuda, orientación y tratamiento, ya sea psicoterápico y/o farmacológico.

Cuando empezamos a cuantificar los casos que pueden necesitar ayuda, nos tendríamos que preguntar, ¿por dónde empezamos con las pérdidas, a partir de la 22ª semanas y hasta los 28 días de vida, o en cualquier semana del embarazo?. Si lo hacemos así, entonces tendríamos que cambiar el concepto y hablar de pérdidas fetales por un lado y perinatal ampliada por otro, como recomienda la OMS. Pero además, tendríamos que añadir lo que cada día va siendo más frecuente, como es la solicitud de ayuda de parejas que tienen que hacer una interrupción voluntaria de embarazo por motivos terapéuticos, con el dolor que les supone y la dificultad de tomar la decisión. Por lo tanto la casuística se nos eleva en una proporción considerable ^(1,2,3).

Por lo expuesto anteriormente, este Protocolo, pretende ser útil también en los casos que se Diagnostica al Feto una anomalía congénita severa, con la consiguiente problemática emocional para los padres, y toma de decisión o no, de interrumpir el embarazo, o de aceptar a su hijo con las anomalías diagnosticadas.

En España, el artículo 45 de la Ley del Registro Civil, dice que solamente se toman en consideración en la sección primera, referente a la inscripción de nacimientos, los nacidos que tuvieren figura humana y vivieren veinticuatro horas enteramente desprendidos del seno materno; y nada más. Los que nazcan sin vida, o vivan menos de 24 horas, la inscripción del nacimiento se hará en un folleto especial (legajo de abortos). Sin mención de apellido, ni nombre, pero con la identidad de los padres ⁽⁴⁾.

La noción de un niño sin vida se aplica en dos tipos de situaciones:

1. La de niños nacidos vivos pero fallecidos antes de haber estado declarados en el registro civil. Todos los países les aplican las reglas de niños todavía en vida durante la declaración, pero fallecidos después (inscripción en el registro de nacimiento y después en el de fallecimiento) ^(4,5).
2. La de los niños nacidos muertos de los cuáles cambia de la siguiente manera: El límite mínimo de peso o de duración de gestación, permitiendo el establecimiento de

un acto de estado civil y aproximándonos a la recomendación de la OMS (22 semanas de amenorrea ó 500 gramos de peso) y que representa una probable viabilidad tal como la aptitud fisiológica a sobrevivir de un niño concebido. España clasifica en la categoría de los niños sin vida, los que nacieron vivos, pero fallecidos en las primeras 24 horas después que el cordón umbilical haya sido cortado. Este régimen específico se explica por el hecho que un acta de nacimiento sólo puede estar registrada en nuestro país después de un plazo de 24 horas después del nacimiento (y antes de la expiración del plazo de 30 días) ⁽⁴⁾.

En el año 2008, hubo en España 519.779 nacimientos, lo que aplicando la tasa del 8 por mil, nos llevaría hasta 4.158 casos de muertes perinatales. Pero si entramos en el INE, en los movimientos de migración sólo se contabilizan las muertes neonatales desde las 24 horas de vida hasta los 28 días, siendo 1.602 casos y las catalogan de muertes Neonatales tardías (Fuente: INE 2008). No contabilizan las muertes anteparto ni las de las primeras 24 horas de vida, por lo que no existe una estadística estatal real de las muertes fetales y neonatales ⁽⁵⁾.

Pero a pesar de ello, no existe un registro oficial para los fetos que mueren antes de nacer o antes de las primeras 24 horas de vida. En el año 2009 se llevó una propuesta al Congreso de los Diputados para crear este registro, pero fue rechazada por la mayoría parlamentaria.

Por todo ello, creemos necesario, y dado que no en todos los Hospitales hay un protocolo de actuación en estos casos, establecer unas guías de seguimiento sencillas para que aunque no estemos dedicados al campo de la medicina psicosomática, saber qué hacer y sobre todo qué no hacer o decir.

Tenemos que partir de una premisa, que ninguna pareja está preparada para que ocurra algo así. Ni están informadas de qué hacer en estos casos, ni de qué conducta adoptar. Es algo tan inesperado que cuando se les da el diagnóstico, se quedan sin reaccionar y después ya viene una cascada de acontecimientos a los que hay que saber conducir, orientar y ayudar.

Los ingleses utilizan el acrónimo LAST: "L" para recordar que se debe escuchar (listen). "A" (acknowledgement) para el Reconocimiento del dolor y de la no explicación de la pérdida (es muy importante que el doliente sienta justificado el torbellino de emociones que le abruman). "S" (support): Apoyo. "T"(touch): Tacto: tono de voz, gestos, postura, mirada...).

Es importante que todos los profesionales en la atención al parto estén implicados (enfermeras, matronas, ginecólogos, neonatólogos y todo el personal auxiliar), ofreciendo todas las herramientas y recursos que el sistema sanitario tiene para afrontar la pérdida, siendo ésta una labor que en gran parte corresponde a los profesionales de la salud.

La comunicación es un factor decisivo en la relación médico-paciente. Existen evidencias que indican que existen menos probabilidades de recaer en la ansiedad y depresión si el paciente está satisfecho con el modo en que su médico se comunica con él.

2. DIAGNÓSTICO

Con frecuencia al diagnóstico se llega porque la embarazada consulta por el cese de movimientos fetales o porque son menores de lo habitual. A la exploración clínica se aprecia un menor crecimiento uterino y hay ausencia de latido fetal con estetoscopio o por ultrasonidos. En otras ocasiones se hace cuando acude a control rutinario para el test basal (cardiotocografía) al final del embarazo o de forma inesperada en una ecografía de control,

en la que se confirma la ausencia de actividad cardíaca y otros signos ecográficos característicos de muerte fetal ^(2,3).

Exceptuando los casos de patologías conocidas, la inmensa mayoría de los casos, el diagnóstico es algo imprevisible y constituye un shock emocional para la pareja y familia.

3. FASES DESPUES DEL DIAGNÓSTICO

- 1. Shock emocional y negación del hecho:** Es una situación en la que no pueden creerse lo que les ha sucedido, es un mecanismo de autodefensa para protegerse del impacto ante la noticia de la pérdida ^(6,7).
- 2. Búsqueda del por qué:** Intento de justificar y buscar una culpabilidad, bien hacia sí misma o en los profesionales que le han asistido. Son los momentos más difíciles en los que tenemos que saber actuar, escuchar, ser receptivos y acompañar en el dolor ^(6,7).
- 3. ¿Y ahora qué?:** ¿Qué me pasará?, ¿cómo se producirá el nacimiento?. Es una fase en la que se sienten desorientadas, presentan una tristeza manifiesta y no se sienten capaces de salir de la situación en la que se encuentran. Aquí, también es fundamental la ayuda de los profesionales y ofrecerles seguridad ^(6,7,8).
- 4. Aceptación:** Este es un proceso que tarda semanas, meses o años en producirse. En esta fase es donde entra la participación de la consulta de Medicina Psicosomática y el tratamiento psicoterápico a la pareja, la información del estudio necrópsico, la búsqueda de las posibles causas y el consejo preconcepcional de cara al futuro ^(7,8,9,10).

4. AYUDA EN ESTAS FASES

1. NEGACIÓN

En esta fase, la incredulidad es manifiesta. Es aconsejable repetir la exploración y si es por otro profesional, mejor. A veces, es conveniente hasta la confirmación, dar síntomas en vez del diagnóstico. Se les debe mostrar mediante la ecografía la ausencia de latido cardíaco y de los movimientos fetales. Explicarles si encontramos alguna causa, teniendo en cuenta que el 70% de lo que les digamos después de una noticia así, no es procesada por la paciente o familia ^(2,6).

Por todo lo expuesto, lo aconsejable es dar un tiempo para que la pareja y familia mediten y tengan su momento de intimidad, ofreciéndoles que cuando lo deseen o estén en condiciones, se les puede dar toda la información que quieran saber. También es positivo que aunque no lo soliciten, pasado un tiempo vayamos a interesarnos por su estado y mostrar nuestra cercanía ⁽⁶⁾.

La embarazada o puérpera, así como su familia, necesitan estar informados para sentir que tienen algo de control sobre la situación. No se les debe decir lo que tienen que hacer o sentir, pero sí explicar las posibles reacciones que pueden experimentar y que son normales del proceso que están viviendo, como llanto, rabia, ira y sensaciones físicas como dificultad para respirar, opresión en el pecho, taquicardia, desasosiego, etc...⁽⁸⁾

2. BÚSQUEDA DEL POR QUÉ

Es la fase más difícil y en la que hay tener mucho tacto y la empatía suficiente para no herir susceptibilidades. La paciente y familia, necesitan buscar una culpabilidad y no se quedarán

tranquilos hasta que se encuentre. Los profesionales somos los primeros en ofrecer los conocimientos de la ciencia para esclarecer los orígenes y tienen que percibir que estamos de su lado y que ponemos a su disposición toda la información que dispongamos ^(2,3).

La culpabilidad siempre estará presente, bien hacia sí misma, a su medio (trabajo, convivencia, pareja), o a los profesionales que les han estado siguiendo el embarazo. Por lo tanto, si se identifica o no la causa del óbito, los sentimientos de ira o de impotencia, siempre estarán presentes y tendremos que reconocerlos para no aumentarlos. Hay que asegurarles que investigaremos, utilizando todos los medios que estén a nuestro alcance, por lo que debemos aconsejar a la pareja que autoricen la realización de la necropsia ^(2,10,12,13).

3. Y AHORA QUÉ

Lo primero, es el miedo a que a ellas les pueda pasar algo. Hay que explicarle que su seguridad, es la que guiará la conducta médica en estos casos y que dicha conducta, será activa ^(2,12,13).

La segunda preocupación, es ¿cómo será el nacimiento?. Expulsar un hijo/a que ya no tiene vida, se piensa que debe ser más dificultoso, porque no ayuda al proceso como cuando está vivo. Son miedos y dudas que nos van a comunicar, y tendremos que dar las respuestas adecuadas. Como hemos comentado anteriormente, la conducta médica no es expectante, es activa, por lo que aconsejamos la finalización del embarazo mediante inducción del parto. Aunque, en algunos casos de embarazos a término, como considera el American College of Obstetrics and Gynecology, la actitud expectante puede ser la ideal, nuestra experiencia y las demandas de las pacientes y sobre todo de la familia, es que desean salir del trance lo antes posible y con el menor trauma posible ^(12,14,15,16).

En estos casos no debemos, salvo criterios médicos, aceptar las peticiones de cesárea para acabar cuanto antes. Emocionalmente no es lo mejor y puede favorecer los sentimientos de irrealidad, igual que si viven el parto con gran sedación. Sin embargo, sí se le debe ofrecer la analgesia epidural y en caso de cesárea, la intradural o raquídea ^(12,13). Todo ello, para favorecer la consciencia de realidad. Tanto en un caso como en otro, al estar despiertas, tendrán la posibilidad de ver si lo desean a su hijo.

La polémica de ver al niño/a, no debe existir. Se les debe ofrecer la posibilidad de ver a su hijo/a, máxime cuando no haya malformaciones que puedan ser desagradables a la vista y por supuesto respetando siempre sus decisiones. No obstante es aconsejable en la mayoría de los casos, que los vean ^(2,12,13,17).

En cualquier caso, sí es beneficioso aunque no lo vean, el que el profesional que asiste el nacimiento, pronuncie alguna palabra como: "es un niño aparentemente normal", "tiene aspecto de estar como dormido". Todo esto, nos acerca a los padres y toman conciencia de la realidad, pues con frecuencia llegan hasta el nacimiento con la duda de si el profesional se habrá equivocado ^(8,12,17).

De todas formas, si los padres no desean ver al niño, se le puede ofrecer que si cambian de actitud y pasado un tiempo, antes que se haga la necropsia, lo pueden ver, o que algún familiar próximo lo vea y les transmita su impresión.

Una vez terminado el parto, se les debe dejar solos para que tengan su intimidad y puedan dar rienda suelta a sus emociones y sentimientos. Se les ofrecerá si quieren tener algún recuerdo, objetos como la pulsera de identificación o algo que ellos deseen ^(8,18). El hospital dispondrá de un espacio físico para que ellos con su familia puedan desarrollar su duelo.

Deberán estar ingresadas, si es posible, en una planta distinta a la de puerperio y se señalará tanto la historia clínica, como la habitación y la cama de la paciente, con el objeto de que todo el personal de la planta, desde el servicio de limpieza hasta el último profesional, identifiquen fácilmente a las pacientes, evitando así errores de apreciación y comunicación.

Se evitará una estancia hospitalaria prolongada, por lo que es aconsejable dar el alta lo más precoz posible siempre que las condiciones médicas lo permitan.

El hospital deberá tener protocolizado el control y seguimiento de estos casos, explicando a los padres los procedimientos burocráticos que se sigue, existiendo unos responsables para informarles de qué hacer con el cuerpo, si necesita incineración o no, qué corresponde al hospital y qué a ellos. Evitar que cuando están en pleno proceso de duelo, acuda a la habitación pasadas unas horas del parto, algún personal, bien del hospital o de la funeraria para firmar papeles, etc...

Ofrecer la oportunidad de que se despidan de su hijo, antes que retiren el cuerpo los servicios funerarios. Por ello no debería retirarse hasta que tengan conocimiento los padres. Así, evitaríamos situaciones tan desagradables como que se enteren cuando ya se lo han llevado a incinerarlo. Todo ello debe estar desarrollado en el protocolo del hospital, que coordinará el seguimiento de estos casos.

El protocolo de muerte fetal anteparto de la SEGO⁽²⁾ recomienda realizar siempre un estudio anatomopatológico de la placenta. Un estudio sobre coste-efectividad revela que, tras la autopsia, es la prueba aislada más importante para detectar la causa de la muerte fetal. Por ello se ofrecerá siempre realizar la necropsia del feto, para lo cuál se requiere el consentimiento de los padres. El valor de la necropsia fetal es indiscutible y, como hemos visto, es la mejor prueba diagnóstica aislada. En el supuesto de que los padres no consientan la realización de la necropsia, puede ser especialmente importante tomar fotografías del feto o realizarle radiografías. En este caso también se ha sugerido la realización de una resonancia magnética⁽²⁾.

¿Qué supone para los padres la diferencia de hacer necropsia o biopsia?. Pues que en los casos de necropsia, hay que proceder a la incineración del feto y corresponde a los padres, salvo que carezcan de recursos, en cuyo caso se facilitará a través de los Servicios Sociales del Municipio en el que se produzca. Mientras que en los fetos a los que se le ha hecho biopsia, es el Hospital el que se hace cargo de su incineración como restos orgánicos.

Al alta hospitalaria, se citará en la consulta de Medicina Psicosomática, si la hay, o en la Consulta Preconcepcional y/o Ginecológica. Se debe habilitar espacio y tiempo para seguimiento del proceso pasadas unas semanas, brindando la posibilidad de visita anticipada si lo necesitan, por lo que deben tener estas consultas un espacio de tiempo para peticiones urgentes no programadas. Es muy eficiente y efectivo, el proporcionar un teléfono de ayuda o ponerles en contacto con otra pareja que haya vivido lo mismo (grupos de autoayuda)^(18,19,20,21,22).

4. ACEPTACIÓN

El miedo y temor a la vuelta a casa, es lo que más le preocupa a la pareja y sobre todo a la madre. El salir del hospital sin su hijo/a, es otra dificultad añadida, con todos los preparativos realizados y todas las ilusiones puestas en ese momento. Es importante analizar con la pareja esta situación.

Suele ser frecuente por parte de la familia intentar que cuando lleguen a casa, todo lo tengan fuera de la vista o retirado de la misma. Esto es un error, no facilita la aceptación de la realidad. Corresponde a los padres la decisión de qué hacer con los preparativos; es de

ellos, por lo que en la terapia de afrontamiento de la pérdida, es importante analizar todas las situaciones en las que se van a ver inmersos cuando lleguen a casa ^(8,17,18).

También es frecuente que la familia para mitigar el dolor, les aconsejan no volver a su domicilio hasta que se sientan más fuertes, ofreciéndoles la casa materna o paterna. Es otra situación que tampoco ayuda al proceso de aceptación.

En los casos que hay más hijos, sí se facilita el proceso, pero se tiene el miedo de cómo enfrentar esta situación. Los niños necesitan explicaciones sencillas, pero hay que darlas y no engañarles; suelen aceptar y superar estas situaciones con más rapidez que los mayores ⁽¹⁸⁾. **Siempre deben ser los padres los que se lo digan, nunca sin que la madre esté en casa, siendo muy importante que el niño/a, vea sobre todo que su madre está bien.**

Otra de las dificultades, es la de reintegrarse a su entorno socio-familiar. Tienden a adoptar conductas evitativas, para no tener que dar explicaciones, y sobre todo, para que no le recuerden lo que pasó. Esta fase es muy complicada, tanto por exceso como por defecto. Pues si les preguntan mucho, es malo, y si no, parece como si no fuera importante lo que ha pasado. Por lo general, socialmente se tiende a minimizar el duelo en estos casos y esto duele a los padres. Sólo los que han pasado por una situación igual, saben apreciar la intensidad con la que los padres, lo están viviendo ^{8,9)}.

Lo aconsejable, es que las parejas expresen entre ellos sus sentimientos, siendo las madres, las que tienen más necesidad de expresarlos. Los síntomas más frecuentes son: la dificultad de conciliar el sueño, trastornos del apetito, aislamiento social, llanto incontrolado, ninguna actividad le gratifica y dificultad en permitirse una relación sexual satisfactoria ^(8,11). Hay que insistir, que son ellos los que más se pueden ayudar y que la comprensión mutua es lo que facilitará el retorno a la normalidad.

Tendríamos que preguntarnos, ¿qué es la normalidad en estos casos?. Hacer las tareas domésticas, llevar a los niños, si los hay, al colegio, salir con los amigos, volver al trabajo, buscar momentos de intimidad con la pareja y poder disfrutar de las pequeñas cosas.

En algunos casos, que son los menos, a veces es necesario recurrir a los hipnóticos por corto período de tiempo, y si existiera trastorno de ansiedad con bulimia, sería aconsejable utilizar fluoxetina a dosis mínima terapéutica.

Siempre hay que tener presente, que la pérdida de un hijo, nunca se olvida por mucho tiempo que pase. Lo único, es que pasado un tiempo, que es muy individual, existe la sensación de superación.

El momento más esperado es el informe de la necropsia

Tienen puestas las ilusiones en el informe de la necropsia que aclarará la causa de la muerte del hijo/a y con frecuencia no tiene un origen único, sino que ha sido multifactorial. Pero a veces, no podemos identificar causa alguna, lo que supone una gran frustración, y la impotencia es lo que queda y predomina.

Cuando se identifica la causa y ha sido algo accidental (circular apretada), la pregunta suele ser: ¿y esto me puede pasar otra vez?, ¿quién me garantiza que esto no vuelva a ocurrir?, ¿cómo no se dieron cuenta?, ¿yo, qué puedo hacer?. En estas situaciones hay que brindarle todo nuestro apoyo y ofrecerle en el futuro una mayor vigilancia, haciéndoles ver que la Medicina no lo resuelve todo, pero que tendrá una alta probabilidad de que no se repita esa misma situación. El paciente, necesita un cierto grado de seguridad y eso es lo que debemos saber transmitirle.

Independiente de que se encuentre alguna causa tenemos que ofertar los estudios necesarios en cada caso y así sentirán que los Servicios de Salud, no les abandonan a su suerte y que los profesionales les ayudaremos en esa búsqueda ^(2,3,12,13).

Es importante en éste momento, hablar del futuro, pues con alguna frecuencia, empiezan a insinuar, ¿y si yo me quedara pronto embarazada qué pasaría?. Según la causa, así será la contestación, pero lo más aconsejable es dar a ellos la responsabilidad. Sí hay que decirles que hasta que no se sientan bien física y psíquicamente, no deberán, aunque en términos generales la duración de un duelo, tras una pérdida perinatal, suele durar seis meses o más ^(8,12).

Después de una pérdida fetal, el siguiente embarazo debería ser controlado en una Unidad de Tercer Nivel o por un facultativo especialista y por supuesto con apoyo psicológico. Si se dispone de una Unidad de Ginecología Psicosomática, sería lo ideal, pues quién mejor que un ginecólogo especializado en Psicosomática, puesto que los miedos y ansiedades estarán presentes todo el embarazo. Por ello se suele aconsejar cuando buscan un nuevo embarazo, evitar la coincidencia de fechas y así evitaríamos las asociaciones de imágenes, vivencias y situaciones con el embarazo anterior.

Finalmente, proponemos como resumen, una serie de pautas a seguir y a evitar:

Pautas a seguir:

- Presentarse e identificarse con el nombre y cargo que tiene en el centro hospitalario.
- Mostrar el pesar por la muerte de su hijo/a. No puedes aliviarles el dolor ni quitárselo, pero sí ayudarles a sentir que no están solos.
- Explicar las opciones que hay y ayudar en la toma de decisiones, siendo el parto vaginal la opción que reporta menos riesgos.
- Mantener la calma, pues los padres a veces están en una situación límite e incluso el obstetra también.
- Cuidar la forma de comunicarse: mirar a los ojos, no cruzar los brazos, no dar sensación de prisa, contacto físico, un apretón de manos, etc...
- Aconsejar que vean a su hijo/a, respetando sus opciones.
- Aconsejar la autorización de la necropsia en cualquier caso.
- Ayudar a que exterioricen sus sentimientos, para facilitar el duelo.
- Ingreso en habitación distinta a las de puerperio.
- Identificación de habitación, cama e historia, para todo el personal de la planta, para no cometer errores de interpretación o comunicación.
- Dar alta precoz.
- Citar a la pareja en unas semanas para control del proceso de duelo e informe de la necropsia.

Pautas a evitar:

- No identificarnos ante la paciente o familia.
- Restar importancia, minimizando la pérdida.
- No permitir que den rienda suelta a sus emociones, con frases como: "hay que ser valientes", "los valientes no lloran", "no llores que puedes enfermar", etc...
- No informar de todas las opciones posibles.
- Dar la sensación que queremos terminar cuanto antes.
- Aceptar las peticiones de cesárea sin indicación médica.
- Mediar el parto con sedación profunda o anestesia general.
- Asistencia del parto por el/la profesional "más novel".
- No aconsejar que vean o toquen a su hijo/a.

- No aconsejar la realización de necropsia.
- Ingreso en planta de puerperio con madres y sus hijos.
- Tratar el duelo con psicofármacos de entrada.
- No citar a la pareja para darle los resultados de forma personal y que sea una carta que les llega del Hospital, siendo el facultativo de Atención Primaria quien les explique el informe de necropsia.
- Aconsejar que queden embarazadas cuanto antes.
- No controlar el siguiente embarazo en unidades con facultativos especialistas y no ofrecer apoyo psicológico.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Definiciones perinatológicas. Protocolos SEGO. 2004. Disponible en www.sego.es.
2. Protocolo de muerte fetal anteparto. Protocolos SEGO. 2008. Disponible en www.sego.es.
3. González Paredes A, Puertas A, Mercé LT. Muerte fetal intrauterina. En Fundamentos de Obstetricia. Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT (eds). SEGO. Madrid. 2007. p. 935-42.
4. José M^a García Urbano. Comentarios al Código Civil. Tomo IV. Vol. 3^o. Madrid. 2005. Disponible en <http://vlex.com/vid/articulo-45>
5. Muertes fetales tardías. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la Población Española. Año 2008. Disponible en www.ine.es.
6. Gómez Sánchez M. El médico y las malas noticias. Cómo dar malas noticias en Medicina. 3^o Ed. Madrid. Arán Ediciones. 2006. p. 47-57
7. Castañeda AM. Duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. Perú. 2003. Disponible en <http://www.psicocentro.com>.
8. Worden, J, Willian N. Tratamiento del Duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. 2^a Ed. Barcelona. Paidós Ibérica. 2009. p. 23-94.
9. Claramunt, MA, Alvarez M, Jové R, Santos M. La cuna vacía. 1^a Ed. La Esfera de los Libros. 2009. Disponible en www.casadellibro.com.
10. Savage J. Duelo por las vidas no vividas. Ed. Luciérnaga. Barcelona. 1992.
11. Johsonn J, Bock R, Danne C, Hasslinger M, Smith S. Aborto espontáneo. Centering Corporation. Ohio. 2004. p. 3-16.
12. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus. En Patología Obstétrica. Muerte fetal intrauterina y muerte perinatal. 4^a ed. Ed. Masson Elsevier. Barcelona. 2006.
13. Tejerizo LC, Corredera F, Moro J, Sánchez S, Castro B. Asistencia al embarazo con feto muerto. En Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica. Fabre E (ed). Madrid. 1997. p. 947-72.
14. Cabero Roura LI, Martínez de la Riva A. Riesgo elevado obstétrico. Cabero L (ed). Masson-Salvat. Barcelona. 1996. p. 3-33.
15. Carrera Maciá JM, Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. En Patología del parto. Parto con feto muerto. 3^a Edición. Masson. Barcelona. 1996.
16. Fabre González E. Manual de Asistencia al Parto Normal. Ed. Fabre E (ed). Zaragoza. 1993. p. 407-15.
17. Klaus M, Kennell J. Relación Madre-Hijo. Ed. Iberoamericana. Buenos Aires. 1976.
18. <http://www.amad.es>
19. <http://www.petitsambllum.org>
20. <http://www.noticiasdegipuzkoa.com/ediciones/2007/04/04/sociedad/gipuzkoa>
21. <http://www.missfoundation.org/spanish/index.html>
22. <http://www.alfinlibros.com>

«Los Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente de los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios».