

Cuidados paliativos perinatales, una necesidad real de los servicios de ginecología y neonatología

Perinatal palliative care, a real necessity of gynecobstetrics and neonatology services

Filiación:

1 Departamento Terapia Respiratoria, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.

2 Departamento Cuidados Paliativos, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica.

3 Departamento de Emergencias, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica.

Correspondencia: ✉ Diana Araya Padilla, correo electrónico: dianap-28@hotmail.com

Forma de citar: Aguilar Corrales A, Araya Padilla D, Cruz Solano A. Cuidados paliativos perinatales, una necesidad real de los servicios de ginecología y neonatología. Rev Ter. 2019;13(2):8-23.

Financiamiento:

Ninguno

Conflictos de Interés:

Ninguno

Abreviaturas: CPP: Cuidados paliativos perinatales; INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Fecha de envío: 12 diciembre 2018.

Fecha de aceptación: 26 febrero 2019.

Adriana Aguilar Corrales¹ ✉, Diana Araya Padilla², Andreina Cruz Solano³

Resumen

Introducción: Ante el creciente impacto de las anomalías congénitas incompatibles con la vida y las condiciones perinatales que resultan en muertes fetales, se realizó una revisión bibliográfica en torno al tema de los Cuidados Paliativos Perinatales (CPP) y su situación actual en los servicios de ginecología y neonatología en el mundo y sus posibles beneficios. **Metodología:** Se realizó un estudio de revisión bibliográfica, sobre la evidencia científica actual de los programas de CPP alrededor del mundo, publicados desde el 2008 a 2018. Se utilizaron las bases de datos Medline, PubMed, Google Scholar y EBSCO, con descriptores como "perinatal palliative care" OR "prenatal palliative care" AND "perinatal grief"; se incluyeron guías y protocolos de prácticas clínicas publicados por diferentes entidades de salud, así como estudios revisiones sistemáticas y estudios tanto epidemiológicos como intervencionales. **Resultados:** La atención temprana de las familias que llevan embarazos en donde el o la bebé posee una patología con condiciones de vida limitantes, dentro del marco de un programa de CPP, facilita el vínculo afectivo, la despedida y el duelo. La falta de información y sensibilización en profesionales de salud para atender a estas familias, así como la carencia de espacios, guías y protocolos definidos crean en las familias un ambiente de inseguridad y desesperanza. Costa Rica al igual que la mayoría de los demás países de América Latina, no cuenta con programas específicos de CPP, ni criterios de calidad para conformarlos o evaluarlos. **Conclusión:** Se logra constatar la necesidad en el ámbito nacional de protocolos o guías de trabajo en el área de CPP, también de realizar más investigaciones, esto con la finalidad, de establecer mayor preparación de los profesionales afines a la atención de las familias que enfrentan estas situaciones y así otorgar un entorno más favorable para ellos.

Palabras clave: Cuidado Paliativo Perinatal, Duelo gestacional, Atención perinatal.

Abstract

Introduction: In view of the growing impact of congenital anomalies incompatible with life and perinatal conditions that result in fetal deaths, a literature review was carried out on the subject of Perinatal Palliative Care (PCC) and its current status in obstetric

and gynecological services and neonatology in the world and its possible benefits. **Methodology:** A descriptive, observational study was conducted on the current scientific evidence of PPC programs around the world, published from 2008 to 2018. The Medline database was used, as well as PubMed, Google Scholar and EBSCO. Original articles, guides and protocols of clinical practices published by different health entities were included.

Results: The early attention of families that carry pregnancies where he or the baby has a disease with limiting living conditions, within the framework of a program of PPC, facilitates the affective bond, the farewell and the grief. The lack of information and awareness among health professionals to care for these families, as well as the lack of defined spaces, guides and protocols create an environment of insecurity and despair in families. Costa Rica, like most other countries in Latin America, does not have specific PPC programs or quality criteria to conform or evaluate them. **Conclusion:** It is possible to confirm the need in the national scope of protocols or work guides in the area of PPC, also to carry out more research, this with the purpose of establishing greater preparation of professionals related to the care of families that face these situations and thus provide a more favorable environment for them.

Key words: Perinatal palliative care, gestational grief, perinatal care.

Introducción

Los Cuidados Paliativos Perinatales (CPP) son una nueva subespecialidad dedicada a proveer atención médica a los niños diagnosticados prenatalmente, con enfermedades que limitan mucho su esperanza de vida, así como a dar el apoyo necesario a sus padres y familiares. Atienden tanto al dolor y síntomas físicos del bebé posterior a su nacimiento, como a la familia en los aspectos psicológico, espiritual y social, desde el momento del diagnóstico hasta la

evolución y la muerte del bebé, incluyendo el parto y postparto¹.

Desde una década atrás en países anglosajones se inicia el desarrollo de los CPP, hacia la atención de las familias que reciben un diagnóstico prenatal grave, el cual amenaza la vida de su bebé. A partir de ahí se les brinda un acompañamiento a estos núcleos familiares y en 2015 surge la necesidad, en los Estados Unidos, de implementar el primer “Comfort Care”, el cual es un programa de CPP dirigido integralmente al producto del embarazo como a las familias, con el objetivo de apoyar su decisión de continuar el embarazo a pesar del pronóstico recibido.² Siendo este “el Cuidado Paliativo y de apoyo que se brinda a los bebés que nacen con bajísimas posibilidades de vida y fallecen a las horas o a los pocos días, para suavizar o mitigar el dolor y dar calidad de vida en estos pacientes”².

En Costa Rica, a pesar del incremento en las muertes perinatales que se han visto en los últimos años, sigue sin entenderse el dolor que conlleva y el proceso psíquico y físico que vive la familia. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC)³, en sus datos preliminares para el 1er. semestre del 2018, se presentaron 272 defunciones infantiles de las cuales 209 corresponden al período neonatal. De estas, 179 contaban con criterios para ser incluidos en un programa de CPP, al tratarse de trastornos del período perinatal, malformaciones congénitas, y anomalías cromosómicas. Sin embargo, la mayoría de estas familias no recibieron el apoyo al duelo anticipado que ameritaron, ni la comprensión al momento del parto.

En el 1er Semestre del 2018, según datos preliminares del INEC, se registraron 192 muertes fetales, de las cuales 160 no pudo ser especificada su causa.³ Razón de más para indagar la necesidad que tienen estas familias de ser apoyados durante este proceso.

Anivel centroamericano no se logra identificar ningún estudio que evidencie la necesidad de implementar estas unidades. Mismo que sería de vital relevancia tomando en cuenta que en Costa Rica, por ejemplo, el aborto es ilegal, exceptuando los casos donde se compruebe que la vida o salud de la madre está en riesgo, por lo que de no comprobarse dicha amenaza, la cual dicho sea de paso es sumamente subjetiva y tiene varias aristas, el producto deben vivir el proceso hasta el nacimiento.⁴ Por otro lado, la gran mayoría de los casos de defectos congénitos muy severos, no cuentan con un diagnóstico prenatal, tal y como lo exponen Benavides et al⁵ en su estudio sobre las Cardiopatías Congénitas en Costa Rica, donde menos del 5% de los casos tuvo un diagnóstico antes del nacimiento.

El objetivo de esta revisión es descubrir el nivel de desarrollo y alcance de los CPP a nivel latinoamericano, así como su situación actual y beneficios para los usuarios de estos programas.

Metodología

Se realizó un estudio de revisión narrativa, basado en la evidencia científica actual de los programas de CPP alrededor del mundo, publicados desde el 2008 a 2018.

Estrategias de búsqueda y criterios de inclusión/exclusión

La búsqueda fue sin límite de fecha y en idioma inglés y español. Se utilizó la base de datos MedLine, PubMed, Google Scholar y EBSCO; se incluyeron artículos científicos, guías, y protocolos de prácticas clínicas, publicados por diferentes entidades de salud, en su mayoría en el contexto internacional sobre recomendaciones, y temas relacionados a unidades de CPP. Las palabras claves utilizadas fueron: “cuidado paliativo” OR “atención perinatal” OR “educación paliativa” AND “protocolos de atención” AND “duelo perinatal”.

Igualmente en inglés: “perinatal palliative care” OR “prenatal palliative care” AND “perinatal grief”.

Se incluyeron todos aquellos artículos publicados por diferentes asociaciones profesionales de salud, que realicen recomendaciones, beneficios, alcances, limitaciones y conclusiones de los CPP o Neonatales. Se incluyeron todos aquellos comprendidos entre los años 2008 al 2018; además todos aquellos estudios aleatorizados, descriptivos, observacionales, exploratorios, ensayos clínicos, revisiones bibliográficas y sistemáticas. Quedan excluidos, estudios mayores de 10 años de publicación y estudios cuyos resultados no son concluyentes al tema principal.

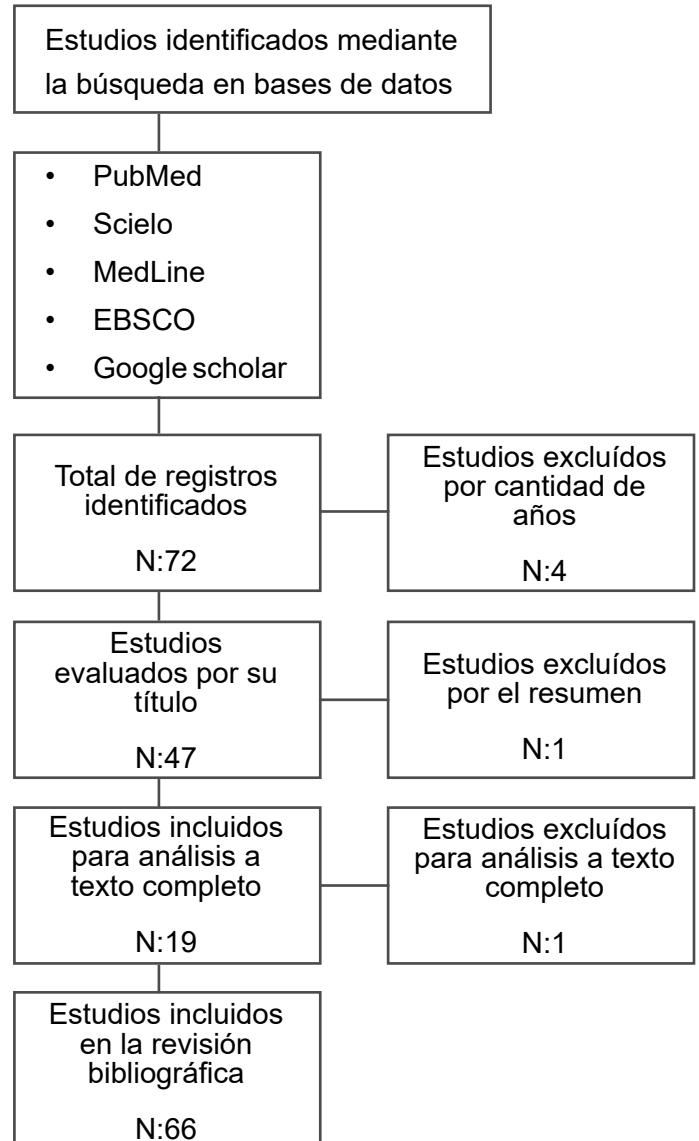


Figura 1: Proceso de selección de artículos.

Extracción de datos

Como muestra la Figura 1, tras la búsqueda se encontraron 72 artículos, aunque quedaron excluidos 6, por no cumplir los criterios de inclusión, en cuanto a años de publicación y resultados obtenidos. Para proceder a la inclusión de artículos, se analizaron los “abstracts”, y en casos necesarios se hizo la revisión del artículo completo para conocer si era o no relacionado al tema.

Análisis de datos

Los artículos se agruparon por subtemas, donde se compilaron las ideas principales de cada uno. En los documentos que describían protocolos o guías, los mismos se añadieron en el apartado de anexos.

Resultados

Cuando existe un diagnóstico de una anomalía fetal letal, es necesario una adecuada intervención por profesionales en Ciencias de la Salud especializados en el campo, evidenciando así la importancia de incorporar el concepto de CPP, desde la atención prenatal.⁶ A pesar de ser programas innovadores de atención y estarse extendiendo a distintos países, es necesario realizar un trabajo más arduo para determinar qué medidas de calidad se necesitan para atender necesidades de atención perinatal en esta población. Esta situación fue expuesta por Wool et al ⁷, quien llegó a la conclusión de la existencia de una gran variedad de tipos de programa que aún están en desarrollo, el 70% de los cuales son recientes (10 años de funcionamiento) y no presentan medidas formales de la evaluación de la calidad, las cuales impulsaría aún más la integración de este innovador enfoque de la Medicina Paliativa y la Medicina Perinatal, para su crecimiento dentro de los servicios de ginecología, obstetricia y neonatología ^{8,9}.

Cuidados paliativos perinatales en Europa y Norteamérica

Autores como Balaguer et al ¹⁰, en su revisión “Cuidados Paliativos en el contexto perinatal: una revisión de la literatura”, resume la evolución de la atención perinatal y, en base a los datos disponibles, sugiere un estándar actual para este tipo de atención. Para esto clasificó los artículos encontrados según tipo o diseño, explicando que en su mayoría se basaban en comentarios o reflexiones (50) y en el caso de las descripciones de programas eran la minoría (5). Evidencia además como la gran mayoría (64) provenían de Estados Unidos y el resto se encontraban repartidos entre los distintos lugares de Europa y Asia, mientras que no se contaba con estudios que indagaran la situación de Latinoamérica.

De Rooy et al ¹¹, destacó que es importante que los CPP sean vistos como una prestación de cuidados activos, con un excelente estándar, con una resolución satisfactoria (una muerte cómoda sin dolor para el niño, con los padres y la familia en paz con el resultado). Esta es un área en desarrollo, la experiencia de perder un bebé o niño se quedará con los padres para siempre: es importante que los profesionales, traten de ayudar a construir recuerdos que puedan apreciar sin sufrimiento en los próximos años.

Cole ¹² también cita a Wool para ampliar este tema, cuando indica que posterior a recibir un diagnóstico de una anomalía congénita se generan emociones fuertes y logra identificar como indicadores de satisfacción en los padres lo siguiente: un trato compasivo, apoyo a sus creencias espirituales basados en el respeto, atención a sus emociones y el ambiente más confortable posible.

Cuidados Paliativos Perinatales en Latinoamérica

Las anomalías congénitas, según reporta la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹³ son la segunda causa de muerte en los niños menores de 28 días y de menos de 5 años en las Américas. La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴ declara que constituyen la cuarta causa de muerte neonatal, así pues, alrededor del mundo fallecen 303 000 recién nacidos debido a anomalías congénitas.

Actualmente en el mundo solo se conocen 6 países latinoamericanos en los que son reconocidos en la literatura sus programas de Cuidados Paliativos Perinatales: Argentina, Chile, México, Nicaragua, Paraguay y Uruguay¹⁵, de los cuales solo Uruguay y El Estado de México, cuentan con opción de realizar abortos sin restricciones¹⁶. En el caso específico de Costa Rica, existe un programa de Apoyo Prenatal, que se brinda en el Hospital Nacional de Niños (único centro de referencia para atención terciaria pediátrica en el país) por el equipo de Cuidado Paliativo Pediátrico de dicha institución, y no se cuenta con la opción de realizar un aborto ante un diagnóstico prenatal, a menos que, como dicta el Código Penal, se trate de una situación médica que pone en riesgo la salud y/o la vida de la madre.^{4,17}

Dentro de los estudios que se han realizado en Latinoamérica, se distingue uno de Argentina, donde Nieri¹⁸ realizó una revisión de las funciones inherentes a un psicólogo paliativista. Sin embargo, como él bien explica, al ser un trabajo de intervención en momentos sumamente difíciles, no se cuenta con un perfil o manual de puestos establecido. En un estudio realizado en Colombia por Catalán¹⁹, el autor expresa su preocupación, al considerar imprescindible implementar políticas encaminadas a mejorar la oportunidad de atención materna-perinatal. En Chile se cuenta con un estudio de Montesinos et al²⁰, el cual se propuso estudiar la

unidad de Neonatología del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, misma que buscaba mejorar su atención a los recién nacidos que fallecen; para esto se organizaron con un Comité y capacitación al personal, así como la elaboración de un manual de procedimientos.

Un estudio realizado en Estados Unidos por Muñoz Blanco et al²¹, con el objetivo de evaluar la atención que reciben los latinos en Cuidados Paliativos Pediátricos, describe cómo al comparar las culturas, se evidencia que no en todas las poblaciones se tiene la misma expectativa o necesidad. Otro punto de diferencia con la población norteamericana se trata de la espiritualidad, la cual está muy mediada por creencias religiosas muy arraigadas. La conclusión del autor es que los Cuidados Paliativos están subdesarrollados en América Latina, razón por la cual la visión de los latinos al radicar en Estados Unidos no es tan abierta y desconocen su funcionamiento.

En el caso específico de Uruguay, encontramos solo dos estudios que se han realizado. El primero de Bernaá et al²², donde se estudiaron los niños del Hospital Británico de Uruguay que presentaban condiciones para ser egresados con programas de Cuidado Paliativo. El segundo por Verón Molinas et al²³, quien buscó analizar el conocimiento de los pediatras con respecto a la atención perinatal en niños con malformaciones con pronóstico reservado de vida, donde evidenció que el 80% no tienen conocimiento de un protocolo para el manejo de los bebés que nacen con malformaciones, y sólo 20% conoce el "Comfort Care" neonatal.

En la parte Latina de Norte América, se cuenta con 4 estudios realizados en México por distintos autores. El primero de Coronado Zarco²⁴, que habla del humanismo en medicina perinatal. Mota González et al⁸, en el segundo estudio mexicano, exponen la importancia de elaborar nuevos instrumentos

que permitan mejorar la calidad de la atención a las familias que experimentan la dolorosa vivencia de perder un hijo, para ello describen la escala que elaboraron por medio de una muestra de 200 mujeres mexicanas, que habían atravesado una o varias pérdidas gestacionales. Entre los hallazgos que se discuten se encuentra la comprobación de la existencia de un duelo activo en las mujeres que sufrieron una pérdida perinatal, indiferentemente de si el embarazo llegó a término o no. Por otra parte, Chirino Barceló et al ²⁵ expuso la opinión del equipo de trabajo sobre las decisiones relacionadas con la atención a fetos y neonatos gravemente enfermos. Entre los hallazgos encontrados el 82 y 93% respectivamente de los participantes optaron por atención paliativa.

En Costa Rica sólo se cuenta con una revisión narrativa elaborada de la experiencia de 3 familias que vivieron una pérdida gestacional para determinar si contaban con redes de apoyo al duelo. Donde se documenta por Araya Cubero ²⁷, la necesidad de mejorar el apoyo brindado a estas familias en el primer nivel de atención, ya que el mismo fue tardío.

Duelo Perinatal

El duelo perinatal comprende el proceso de dolor que atraviesa una familia, ante la muerte de un niño desde el período gestacional hasta su nacimiento o a los pocos días de este.²⁸ Furtado et al ²⁹ en su estudio, explicaron factores que pueden afectar la intensidad del duelo, categorizándolos en 4 áreas principales:

-Familia y sociedad; agrupa todos los antecedentes de la pérdida perinatal, como pérdidas anteriores, edad de la madre, emociones e ilusiones alrededor del embarazo, el significado del niño en la familia.

-Profesionales en Ciencias de la Salud, por la falta de cuidado emocional y de información de parte de los mismos, expresada por los padres, ocasionando

miedo y falta de confianza en ellos, en los casos en que se le brindó a los padres el espacio para compartir con sus hijos y despedirse.

-Pareja y familiar; la mayoría de las mujeres expresaron sentir diferencias en su duelo en comparación con su pareja, y en algunos casos de desvalorización para el duelo del padre por parte del personal y el resto de la familia, así como el no tomar en cuenta a los abuelos y hermanos en el proceso ya que ellos también sufren esta pérdida.

-Sociocultural, las familias percibieron una desvalorización por parte de la comunidad hacia su pérdida.

Apoyando lo anterior Fernández et al ³⁰, con el objetivo de identificar las distintas variables presentes en el proceso de duelo perinatal, realizó un análisis crítico del mismo, a través de la indagación de 4 categorías importantes: las reacciones a la pérdida, la diferencia entre hombres y mujeres, las intervenciones más adecuadas por parte del personal de salud, así como los principales problemas que presenta la práctica para ellos, concluyendo en el mismo la necesidad de plantear nuevas líneas de trabajo que mejoren la atención de estas familias, como lo pueden ser los programas de CPP. Dentro de los hallazgos encontrados señala cómo, al menos un 15-25% de las parejas presenta problemas para superar esta etapa vital, generando una gran angustia y ansiedad para ambos. Entre los puntos importantes que destaca sobre el duelo de los padres en comparación con las madres, refieren: "...el reconocimiento de su duelo, la falta de tiempo que les da la sociedad, el estoicismo, o el esfuerzo que deben realizar para mantenerse como "los fuertes", y finalmente la falta de apoyo emocional"³⁰. Igualmente constató que algunos síntomas depresivos se presentaban menos, cuando ambos padres eran tomados en cuenta en la toma de decisiones para el futuro de

su hijo. Además que la queja más sobresaliente de dichos padres en cuanto a la atención del personal de salud, basada en la poca atención a sus deseos y decisiones.

En un estudio de O'Connell et al ²⁸ se discute acerca de las familias que deciden continuar con un embarazo, a pesar de recibir un diagnóstico de anomalía congénita y sus reacciones emocionales alrededor de esta decisión. Entre sus hallazgos se encuentran, que a pesar de la claridad en cuanto al impacto emocional que genera este proceso, se observan más secuelas psicológicas negativas en aquellas familias que deciden interrumpir su embarazo y que podría asociarse a la falta de acceso de los mismos a CPP, ya que se enfrentan a la misma pérdida de un bebé deseado. Además exponen cómo, validar el duelo de las familias que deciden continuar con su embarazo y tratar a sus bebés con respeto, dignidad y comprensión, fomentando el fortalecimiento del vínculo con su bebé, puede ejercer un apoyo al duelo, y la recuperación para futuros embarazos. Para lograr protección contra el impacto psicológico a largo plazo asociado con la morbilidad y mortalidad perinatal.

Necesidad de un equipo interdisciplinario capacitado en el tema

Bennett et al ³¹, demostró la necesidad de una intervención interdisciplinaria en la atención de una familia con un diagnóstico meramente paliativo. Dicho equipo, conformado no solo por el médico, quien inicialmente es el encargado de la realización del diagnóstico y su posterior comunicación a la familia, sino que se encuentra apoyado por profesionales en Ciencias de la Salud que intervienen en las diferentes fases del proceso, como puede ser enfermería, psicología, trabajo social, terapia respiratoria, terapia física, guías espirituales, entre otros. Utilizando para esto intervenciones de apoyo y educación continua, fomentando el trabajo en

equipo, aumentando dichas prácticas la confianza de los médicos y enfermeras de las maternidades al momento de brindar la atención a dichas familias y fomentando para estas un ambiente de calidez y respeto. Este equipo interdisciplinario es vital para la realización con las madres embarazadas y sus familias de planes de atención individualizados, basados en sus necesidades emocionales, sociales y familiares ^{15, 32, 33}.

Igualmente, es fundamental el papel del servicio de enfermería en la atención paliativa perinatal, ya que estos por sus extensas jornadas de trabajo y su cuidado directo tanto a la madre como al niño, interactúan la mayor parte del tiempo con la familia ³⁴⁻³⁷, siendo de suma importancia su accionar conjuntamente con el equipo interdisciplinario en todos los cuidados y las intervenciones con la familia, ya que como lo establece el Instituto de Medicina citado por Wool ³⁸: "las enfermeras desempeñan un papel central en los servicios de Cuidados Paliativos, en el núcleo del equipo de consultoría para pacientes hospitalizados y en los programas basados en Cuidados Paliativos".

Desde el ámbito emocional, existen muchos factores ampliamente expuestos que refieren las grandes necesidades emocionales y sociales de las familias, donde dicha población ha expresado sus deseos de recibir acompañamiento durante el proceso de embarazo y parto, específicamente asesoramiento en el manejo de emociones y comunicación de información por parte de los profesionales sobre la condición del bebé ^{39,40}. Siendo el equipo psicosocial (psicólogos, trabajadores sociales y capellanes), una parte fundamental que puede brindar como mencionan Marty et al ¹⁵ "...apoyo a los padres en duelo, conectarlos con los recursos comunitarios para el duelo y brindar servicios continuos durante todo el período perinatal y la evaluación continua de los problemas emocionales y sociales. Factores de riesgo social que potencialmente pueden desafiar el

proceso de duelo de una familia”.

Sin embargo, al no existir la suficiente investigación en torno a la implementación de los CPP y los aportes del funcionamiento de programas especializados, no es posible identificar la documentación que evidencie el trabajo que se realiza por parte de psicología y otras especialidades en la intervención perinatal ²⁰.

Inclusión de la familia

Limbo et al ⁴¹ hablan de cómo, el recibir un diagnóstico prenatal incompatible con la vida, es emocionalmente traumático y devastador. Después de recibir estas noticias, los padres pasan por un proceso de decisión matizado, donde uno de los primeros pasos es decidir si continuar con el embarazo. Esto para los países donde se ha aprobado algún proyecto que permita esta opción. Sin embargo, estos autores comentan que los padres que deciden continuar lo hacen para apreciar a propósito, el tiempo limitado que tienen para replantear sus objetivos de crianza para que “no se arrepientan”. Los deseos y sueños de los padres de tener un bebé sano son reemplazados por otros nuevos y diferentes. El niño por nacer importa profundamente no solo para los padres, sino también para los hermanos, abuelos, la familia extensa y la comunidad. La provisión de CPP ayuda a todos los involucrados a abrazar la vida, incluso cuando está destinada a ser extremadamente breve.

Wool et al ⁴² expone como la atención centrada en la familia incluye: (I) un equipo de atención médica comprensivo y compasivo, (II) buenos canales de comunicación, (III) la oportunidad de dar forma a la atención clínica que refleja sus valores durante la toma de decisiones y (IV) apoyo psicosocial y espiritual. El incluir estos puntos importantes en la atención es valorado por la familia como un gesto de respeto y comprensión hacia el momento tan vulnerable que están viviendo, lo que incrementa la

confianza en el equipo de salud. Las experiencias encontradas sobre los padres que fueron incluidos en los programas de Cuidado Paliativo fueron muy positivas, esto debido a que exponen el apoyo y compañía sentidos al tener un equipo especializado que los guiara y se mantuviera a su lado durante todo el camino. Una de las principales diferencias que se denotan en lo expresado por las familias, es la importancia y sensibilidad del trato brindado hacia su bebé, al establecer su lugar en la familia y su estatus como persona, siendo una de las mayores aflicciones para ellos cuando el personal en ciencias de la salud no está capacitado para solventar dichas necesidades ^{43,44}.

Ryan et al ⁴⁵, nos hablan de métodos como elaborar recuerdos, después de una pérdida perinatal es importante la elaboración de estos tales como: hacer fotos de manera informal o mediante una empresa, puede ser una ayuda para la familia a largo plazo. Otras ideas para crear recuerdos son cortar un mechón de pelo, hacer huellas de pies y manos en arcilla o con tinta. Algunas familias le dan al bebé un muñeco de peluche o una joya y guardan un duplicado para ellos. Es el único momento en que los padres podrán ejercer físicamente de padres de su bebé. Animarlos a dedicar un tiempo a bañar o vestir a su bebé, a realizar algún ritual religioso o espiritual que les reconforte, a leer juntos, a cantar o a tocar música con un significado especial. Sugerirles que inviten a otros familiares para que conozcan al bebé.

Beneficios de los programas de CPP

El desarrollo constante y la mejora del diagnóstico prenatal presentan nuevas oportunidades en el campo de los CPP. Para los neonatos y lactantes con enfermedades terminales, los CPP son una opción que mejora la calidad de sus vidas y brinda a la familia la oportunidad de despedirse. Así mismo, como lo menciona Wool ⁴⁶, en uno de sus estudios

acerca del tema, la implementación de este tipo de programas aumenta la confianza de los médicos y enfermeras al momento de brindar la atención de estas familias. Utilizando para esto intervenciones de apoyo y educación continua fomentando el trabajo en equipo. El cuadro 1 resume los beneficios de los CPP.

Kukora et al ⁴⁷ realizó un estudio comparativo en familias que recibieron el apoyo de los programas de CPP durante varias sesiones en el embarazo y las que no tuvieron ninguna clase de acompañamiento. La muestra consto de 23 familias que fueron

referidas a un grupo de apoyo perinatal guiado por un neonatólogo y 21 familias que no estaban incluidas en el programa. Los resultados muestran que para los bebés con mal pronóstico en cuanto a la atención medica recibida, fue similar tanto para los que tuvieron el seguimiento como para los que no. Sin embargo, la gran diferencia radicaba en que los no sobrevivientes que recibieron el apoyo de dichos programas, presentaban mayores probabilidades de tener un plan anticipado de nacimiento y confort, centrado en la familia y con la posibilidad de recibir una guía en cuanto a la toma de decisiones.

Cuadro 1: Beneficios de los Cuidados Paliativos Perinatales (CPP)

BENEFICIOS DE LOS CPP	
AREA FISICA	AREA EMOCIONAL
Atención del dolor total	Reduce el trauma emocional y psicológico
Realización de planes de atención individualizados	Previene duelos complicados o patológicos
Facilita la toma de decisiones	Prevención de claudicación familiar
Aumenta la confianza del equipo médico en la atención que brindan.	Manejo del duelo anticipado
Ambiente más confortable	Atención a las emociones
	Facilita la despedida
	Atención del dolor total
	Realización de planes de atención individualizados
	Fortalece el vínculo con su hijo
	Reconocimiento de fortalezas personales
AREA SOCIAL	AREA ESPIRITUAL
Activación de recursos comunitarios para el duelo	Favorece la elaboración de un significado al proceso y la eventual perdida.
Atención integral centrada en la familia	Mejor aceptación de la perdida
Atención del dolor total	Cambios espirituales
Realización de planes de atención individualizados	Aprecio por la vida
Mejora la recuperación para futuros embarazos	Facilita la sanación
Trato compasivo y cálido	Respeto a creencias espirituales
Relaciones mejoradas	Atención del dolor total
	Realización de planes de atención individualizado

Fuente: elaboración propia basada en referencias 12, 15, 18, 28, 32, 33, 35, 38, 41-43, 45-51

Necesidad de mayor investigación y capacitación al personal de salud

En el 2013 Korzeniewska-Eksterowicz et al ⁵² buscaron identificar las barreras y actitudes del personal hacia la realización de principios de Cuidados Paliativos en Unidades Neonatológicas. Las barreras más comunes para la introducción de elementos de CPP en entornos hospitalarios identificados por neonatólogos y enfermeras, son el conocimiento insuficiente del personal de Medicina Paliativa y la preferencia familiar por el tratamiento de soporte vital. Concluyeron en la necesidad que existe para que las facultades de medicina incluyan elementos de CPP en sus planes de estudio, con énfasis especial en el apoyo psicológico y la comunicación con la familia del niño enfermo.

Los profesionales en Ciencias de la Salud que atienden pacientes con enfermedades limitantes para la vida, incluyendo gineco-obstetras, deben poseer un conjunto básico de habilidades en atención paliativa, como control de síntomas comunes y técnicas de comunicación como las necesarias para proporcionar malas noticias. Este conjunto de habilidades debe enseñarse y evaluarse durante la capacitación y usarse consistentemente en la práctica para asegurar que las pacientes reciban una atención verdaderamente integral. Esto ya que diversos estudios como el de Pastor Montero et al ⁹, menciona como la mayoría de las mujeres que se ve enfrentada a una situación de estas, donde decide continuar con su embarazo, ha tenido malas experiencias con el personal. Según explica hasta un 32% perciben una atención deficiente, basadas en evasión, insensibilidad y mala comunicación.

Guías y protocolos existentes

Lamentablemente, en el continente americano existe poca evidencia del funcionamiento de Programas de

CPP, situación que cambia en los países europeos donde se ha realizado un mayor seguimiento al impacto generado en las familias, obteniendo a través de ello el desarrollo de programas, guías y protocolos para la atención de esta población generando resultados muy favorables ⁵³. Después de una amplia revisión se logra constatar la presencia de guías para la atención de familias que deciden optar por la opción de aborto terapéutico, esto en los países que está legalizado el mismo, como se mencionaba anteriormente. Esto con el fin de identificar los pasos a seguir en estos procesos para ser informados a las familias ^{54, 55}.

En el caso de guías de atención perinatal específicamente, los hallazgos indican 3, las cuales fueron realizadas en España, como propuestas para orientar al personal en Ciencias de la Salud, brindándoles herramientas que favorecen una atención adecuada y de calidad para las familias que reciben un diagnóstico durante el período prenatal. En el caso específico de Costa Rica, se cuenta con una guía de protocolos de medicina fetal, elaborada por el Doctor Joaquín Bustillos, para el departamento de Perinatología del Hospital San Juan de Dios ⁵⁶. Sin embargo, todas ellas van destinadas al mejoramiento de la atención de familias con diagnósticos en la etapa prenatal que presentan riesgo de fallecimiento antes, durante y después del parto, limitándose solo al ámbito hospitalario. Razón por la que se vuelve necesaria la implementación de más guías de atención que estén enfocadas a la intervención en los distintos escenarios de los Cuidados Paliativos y dirigidos hacia la población latinoamericana específicamente. Así como la incorporación dentro de ellas, de los perfiles y funciones específicas de los distintos profesionales que según la literatura se sugiere que participen en la atención centrada en la familia ⁵³.

Conclusión

La intervención anticipada en CPP proporciona un entorno seguro, estableciendo estrategias durante el embarazo, como el parto humanizado, vincular al bebé con los padres y la familia, establecimiento de recuerdos y rituales de despedida. Los CPP ofrecen un modelo de cuidado innovador a los bebés en situación de vulnerabilidad relacionada con la muerte y a sus familias. El equipo debe estar conformado por el médico, así como por profesionales en Ciencias de la Salud que intervienen en las diferentes fases del proceso, como puede ser Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Terapia Respiratoria, Terapia Física, Guías Espirituales, entre otros. Utilizando para esto intervenciones de apoyo y educación continua fomentando el trabajo en equipo. A pesar de la existencia de programas y estudios en países de Latinoamérica, como Uruguay, México, Argentina y Chile, ninguno de ellos ha podido determinar la funcionabilidad de los mismos, o el modelo adecuado que debe ser implementado para dicha población. En el ámbito nacional no se logra constatar la existencia de protocolos o guías de trabajo que establezcan una atención integral para las familias que reciben un diagnóstico prenatal.

Referencias bibliográficas

1. Llaboré Fàbregas M, López García S, Marí Guasch M, Martín Ancel A, Pi-Sunyer Peyri T, Rueda García C, et al. Cuidados paliativos perinatales: Cuando es probable que la vida de vuestro hijo sea breve [Internet]. Barcelona: Dirección General de Planificación en Salud; 2016. Disponible en: [vos_perinatales.pdf](https://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/cuidados_paliati-</p>
</div>
<div data-bbox=)

2. Skene C, Franck L, Curtis P, Gerrish K. Parental involvement in neonatal comfort care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(6):786-97. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x.

3. Instituto Nacional de Estadística y Censos (CR). Defunciones para I semestre del 2018. San José, CR: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2018.

4. Código Penal, Ley 4573 [Internet]. San José, CR: Sistema Costarricense de Información Jurídica; 1971. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=5027&nValor3=106996&nValor5=23901

5. Benavides Lara A, Umaña Solís L. Cardiopatías Congénitas en Costa Rica: Análisis de 9 años de registro. *Rev Costarr Cardiol [Internet]* 2007 [citado 22 de febrero 2019];9(1)9-14. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v9n1/3480.pdf>

6. Tosello B, Dany L., Bétrémieux P, Le Coz P, Auquier P, Gire C, et al. Barriers in referring neonatal patients to perinatal palliative care: A French multicenter survey. *PLoS One.* 2015 [citado 12 diciembre 2018];10(5):e0126861. doi: 10.1371/journal.pone.0126861.

7. Wool C, Côté-Arsenault D, Perry B, Denney-Koelsch E, Kim S, Kavanaugh K. Provision of services in perinatal palliative care: a multicenter survey in the United

- States. *J Palliat Med*. 2016 [citado 12 diciembre 2018];19(3):279-285. doi: 10.1089/jpm.2015.0266.
8. Mota González C, Calleja Bello N, Aldana Calva E, Gómez López M, Sánchez Pichardo M. Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2011 [citado 12 diciembre 2018];43(3):419-428. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3801073.pdf>
 9. Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [29 enero 2019];19(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf
 10. Balaguer A, Martín-Ancel A, Ortigoza Escobar D, Escribano J, Argemi J. The model of palliative care in the perinatal setting: a review of the literature. *BMC Pediatr* [Internet]. 2012 [citado 14 diciembre 2018];12(1):25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320524/pdf/1471-2431-12-25.pdf>
 11. De Rooy L, Aladangady N, Aidoo E. Palliative care for the newborn in the United Kingdom. *Early Hum Dev* [Internet]. 2012 [citado 14 diciembre 2018];88(2):73-77. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.12.009.
 12. Cole J, Moldenhauer J, Jones TR, Shaughnessy E, Zarrin H, Coursey A, et al. A proposed model for perinatal palliative care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2017 [citado 10 diciembre 2018];46(6):904-911. doi: 10.1016/j.jogn.2017.01.014.
 13. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington: OPS; 2015 [citado 14 diciembre 2018]. Las anomalías congénitas son la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años en las Américas [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10487:2015-anomalias-congenitas-segunda-causa-muerte-ninos-menores-5-anos-americas&Itemid=1926&lang=es
 14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 8 diciembre 2018]. Anomalías congénitas [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
 15. Marty CM, Carter BS. Ethics and palliative care in the perinatal world. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2018 [citado 8 diciembre 2018];23(1):35-38. doi: 10.1016/j.siny.2017.09.001.
 16. Center for Reproductive Rights [Internet]. New York: Center for Reproductive Rights; 2018 [citado 20 febrero de 2019]. The World's Abortion Laws [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
 17. Irola JC, Morera S. Historias maravillosas de estrellas fugaces. Costa Rica: Eterno Femenino Ediciones; 2016.

18. Nieri L. Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Rev Hosp Matern Infant Ramón Sardá* [Internet]. 2012 [citado 1 febrero 2019];31(1):18-21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91224234004>
19. Catalán Álvarez V. Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal. *Cuidarte* [Internet]. 2010 [citado 20 enero 2019];1(1):26-34. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v1n1/v1n1a05.pdf>
20. Montesinos A, Román A, Muñoz M, Elías L. Asistencia al duelo neonatal: diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2013 [citado 19 enero 2019];84(6):650-658. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v84n6/art08.pdf>
21. Muñoz Blanco S, Raisanen J, Donohue P, Boss R. Enhancing Pediatric Palliative Care for Latino Children and Their Families: A Review of the Literature and Recommendations for Research and Practice in the United States. *Children* [Internet]. 2018 [citado 29 enero 2019];5(1):2. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/5/1/2/pdf>
22. Bernadá M, Parada M, Dall'Orso P, Stewart J, García A. Niños egresados del Hospital Británico con condiciones de salud pasibles de Cuidados Paliativos: Estudio epidemiológico. Año 2012. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. 2015 [citado 20 enero 2019];86(1):6-13. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v86n1/v86n1a03.pdf>
23. Verón Molinas G, Reyes A, Zacur de Jiménez M, de Mestral E. Conocimientos y prácticas de los pediatras con respecto a la atención perinatal en niños con malformaciones con pronóstico reservado de vida. *Pediatr (Asunción)* [Internet]. 2016 [citado 21 enero 2019];43(3):220-224. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v43n3/1683-9803-ped-43-03-00220.pdf>
24. Coronado Zarco IA. Brechas del humanismo en la atención médica perinatal. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2010 [citado 21 diciembre 2018];24(2):95-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102a.pdf>
25. Chirino Barceló Y, Gamboa Marrufo JD. Cuidados paliativos en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2010 [citado 21 diciembre 2018];67(3):270-280. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2010/hi103j.pdf>
26. Grether P, Lisker R, Loria A, Álvarez del Río A. End of life decisions in perinatal care: A view from health-care providers in Mexico. *Salud Pub Mex*. 2015 [citado 21 diciembre 2018];57(6):489-495. doi: 10.21149/spm.v57i6.7637
27. Araya Cubero Z. Fuentes de apoyo recibidas por las gestantes en el duelo prenatal. *Rev Enferm Actual Costa Rica* [Internet]. 2014 [citado 11 diciembre 2018];(26):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4895845.pdf>
28. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Anencephaly; the maternal experience of

continuing with the pregnancy. Incompatible with life but not with love. *Midwifery*. 2018 [citado 21 diciembre 2018];71:12-18. doi: 10.1016/j.midw.2018.12.016

29. Furtado Eraso S, Marín Fernández B, Escalada Hernández P. Factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales. *Investig Cual Salud*. [Internet]. 2017 [citado 20 diciembre 2018];2:465-471. Disponible en: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1239/1199>

30. Fernández Alcántara M, Cruz Quintana F, Pérez Marfil N, Robles Ortega H. Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index Enferm* [Internet]. 2012 [citado 21 de febrero 2019];21(1-2):48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000100011&script=sci_arttext&lng=pt

31. Bennett J, Dutcher J, Snyders M. Embrace: addressing anticipatory grief and bereavement in the perinatal population a palliative care case study. *J Perinat Neonat Nurs*. 2011 [citado 21 diciembre 2018];25(1):72-76. doi: 10.1097/JPN.0b013e318208cb8e.

32. McNamara K, O'Donoghue K, O'Connell O, Greene R. Antenatal and intrapartum care of pregnancy complicated by lethal fetal anomaly. *Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013 [citado 11 diciembre 2018];15(3):189-194. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tog.12028>

33. McMahon D, Twomey M, O'reilly M, Devins M. Referrals to a perinatal specialist palliative care consult service

in Ireland, 2012–2015. *Arch Dis Child Fetal Neonat Ed*. 2018 [citado 21 diciembre 2018];103(6):F573-F576. doi: 10.1136/archdischild-2017-313183

34. López García A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2011 [citado 18 febrero 2019]; 31(1):53-70. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

35. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones A, Gómez Prats S. Enfermería neonatal: Cuidados centrados en la familia. *Enferm Integral* [Internet]. 2012 [citado 17 diciembre 2018];98:36-40. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/98/ENF-INTEG-98.pdf>

36. Peng N, Chen C, Huang L, Liu H, Lee M, Sheng C. The educational needs of neonatal nurses regarding neonatal palliative care. *Nurse Educ Today*. 2013 [citado 21 diciembre 2018];33(12):1506-1510. doi: 10.1016/j.nedt.2013.04.020.

37. Tosello B, Dany L, Gire C, Bétrémieux P, Vriet-Ndour M, Le Coz P, et al. Perceptions of lethal fetal abnormality among perinatal professionals and the challenges of neonatal palliative care. *J Palliat Med*. 2014 [citado 21 diciembre 2018];17(8):924-930. doi: 10.1089/jpm.2014.0023.

38. Wool C. State of the science on perinatal palliative care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013 [citado 21 diciembre 2018];42(3):372-382. doi: 10.1111/1552-6909.12034.

39. Engelder S, Davies K, Zeilinger T, Rut-

- ledge D. A model program for perinatal palliative services. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2012 [citado 22 diciembre 2018];12(1):28-36. doi: 10.1097/ANC.0b013e318244031c.
40. Kilby M, Pretlove S, Russell A. Multidisciplinary palliative care in unborn and newborn babies. *BMJ*. 2011 [citado 22 diciembre 2018];342:d1808. doi: 10.1136/bmj.d1808
41. Limbo R, Wool C. Perinatal palliative care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016 [26 diciembre 2018];45(5):611-613. doi: 10.1016/j.jogn.2016.07.002
42. Wool C, Kain V, Mendes J, Carter B. Quality predictors of parental satisfaction after birth of infants with life-limiting conditions. *Acta Paediatr*. 2018 [citado 26 diciembre 2018];107(2):276-282. doi: 10.1111/apa.13980.
43. Kiman R, Doumic L. Perinatal palliative care: a developing specialty. *Int J Palliat Nurs*. 2014 [citado 26 diciembre 2018];20(3):143-148. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.3.143
44. Côté Arsenault D, Denney Koelsch E. "My baby is a person": Parents' experiences with life-threatening fetal diagnosis. *J Palliat Med*. 2011 [citado 21 diciembre 2018];14(12):1302-1308. doi: 10.1089/jpm.2011.0165.
45. Ryan A, Bernhard H, Fahlberg B. Mejores prácticas para el cuidado paliativo perinatal. *Nursing* (Ed. española). 2016 [citado 21 diciembre 2018];33(3):9-10. doi: 10.1016/j.nursi.2016.06.006
46. Wool C. Clinician confidence and comfort in providing perinatal palliative care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013 [citado 21 diciembre 2018];42(1):48-58. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01432.x.
47. Kukora S, Gollehon N, Laventhal N. Antenatal palliative care consultation: implications for decision-making and perinatal outcomes in a single-centre experience. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2017 [citado 21 diciembre 2018];102(1):F12-F16. doi: 10.1136/archdischild-2016-311027.
48. Ramiro MM, Pastor Montero SM. Intervención enfermera en cuidados paliativos perinatales: revisión bibliográfica. *Biblioteca LasCasas* [Internet]. 2018 [26 diciembre 2018];14. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11615/e11615>
49. Labián Díaz B. Actuación de enfermería en el duelo por pérdida perinatal. Revisión bibliográfica. [Tesis de grado en Enfermería]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Escuela Universitaria de Enfermería "Dr. Dacio Crespo"; 2017 [29 enero 2019]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/28597/TFG-L1849.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Korzeniewska-Eksterowicz A, Przysto Ł, Kędzińska B, Stolarska M, Młynarski W. Who receives home-based perinatal palliative care: experience from Poland. *Bio-Med Res Int* [Internet]. 2013 [citado el 26 diciembre 2018];2013:652321. Disponible

en: <http://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2013/652321.pdf>

51. Leong Marc-Aurele K, Nelesen R. A five-year review of referrals for perinatal palliative care. *J Palliat Med.* 2013 [citado el 29 enero 2019];16(10):1232-1236. doi: 10.1089/jpm.2013.0098

52. Korzeniewska-Eksterowicz A, Respondek-Liberska M, Przysto Ł, Fendler W, Młynarski W, Gulczyńska E. Perinatal palliative care: barriers and attitudes of neonatologists and nurses in Poland. *ScientificWorldJournal* [Internet]. 2013 [citado 21 diciembre 2018];2013:168060. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830873/pdf/TSWJ2013-168060.pdf>

53. Elorz López J. Guía para la atención a la muerte perinatal [Tesis de grado en Enfermería]. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2016 [citado 16 noviembre 2018]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23434/TFG%20%20GUIA%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20A%20LA%20MUERTE%20PERINATAL..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

54. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud [Internet]. 2a ed. Ginebra: OMS; 2012 [citado 22 diciembre 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=A586F28123DAD5E89BD7B-15DB8A16F41?sequence=1

55. Corporación Miles. Guías de Atención Integral del Aborto en distintos países de América Latina [Internet]. Santiago: Miles; 2017 [citado 1 diciembre 2018]. Disponible en: <http://mileschile.cl/wp-content/uploads/2016/08/Dossier-Gu%C3%ADas-AIA-y-PSSYR-final.pdf>

56. Bustillos J. Protocolos Medicina Fetal. Hospital San Juan de Dios [Internet]. San José, CR: Caja Costarricense del Seguro Social; 2018 [citado 21 diciembre 2018]. Disponible en: https://www.cendeiss.sa.cr/wp-content/uploads/2016/Capacitacion/Pasantias/Unidades_Docentes_y_Especialidades/Hospital_San_Juan_de_Dios/PAS_MED_FETAL.pdf