

# Informe UMAMANITA

## Capítulo 6. EL DIAGNÓSTICO Y LA ESTANCIA

Cassidy, P.R. et al. (2018). Informe Umamanita: Encuesta sobre la Calidad de la Atención Sanitaria en Casos de Muerte Intrauterina. Umamanita: Girona.



ISBN: 978-84-09-03812-1 (Digital: descarga)



# 6. EL DIAGNÓSTICO Y LA ESTANCIA

## RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y TABLAS

### Resumen

**Introducción:** Para una mujer embarazada y su pareja, el diagnóstico de una muerte intrauterina o de anomalías fetales severas limitantes de vida suele ser devastadora y conllevar sentimientos de *shock* y confusión. Una buena atención en estos momentos puede ayudar a reducir estos sentimientos y a construir una relación de confianza y una comunicación abierta con el personal sanitario. El estudio explora las percepciones de las mujeres sobre el diagnóstico o comunicación de la muerte y la estancia en el sistema sanitario español.

**Resultados:** Se analizaron las respuestas de 796 mujeres a una encuesta *online*<sup>1</sup>. Se comunicó el diagnóstico en una variedad heterogénea de lugares, incluidos: 'la consulta del médico' (41,1%), 'la sala de urgencias' (30,4%), 'ecografía/monitores' (14,6%), 'la habitación' (3,8%) y 'el paritorio' (2,3%). En el 88,5% de los casos un/a médico comunicó la noticia. El 29,2% de las mujeres no estuvieron acompañadas por su pareja u otra persona durante el diagnóstico. El 56,0% respondió estar 'de acuerdo' con que fueron atendidas con "prioridad" cuando se presentaron, el 58,9% con que la persona que comunicó las malas noticias era "empathic and comprensiva", el 66,9% con que recibió "una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender", y el 54,4% se sintió "acompañadas por los profesionales en el tiempo después de recibir las malas noticias". Se halló una relación significativa y potente entre las experiencias durante el diagnóstico y la satisfacción global con la atención. En cuanto a la estancia, 1 de cada 5 mujeres fue alojada en una habitación compartida, llegando a 1 de cada 3 en casos de <26 semanas. El 42,8% de las mujeres contestaron que podían escuchar los llantos de bebés durante la estancia. Estar alojada en una habitación compartida y poder escuchar los llantos de bebés fue asociado a una reducción significativa en la satisfacción.

**Conclusiones:** La diversidad de sitios donde las mujeres se presentan por primera vez manifiesta la importancia de una formación especializada en la comunicación del diagnóstico por parte del personal sanitario en atención primaria y urgencias, además de las unidades de ginecología y obstetricia. La necesidad de mejoras en la comunicación de las malas noticias queda patente en la baja calificación de casi todos los aspectos medidos. El alojamiento en habitaciones compartidas y poder escuchar los llantos de bebés repercutió negativamente en la satisfacción global con la atención.

**Palabras clave:** muerte intrauterina, muerte perinatal, muerte fetal, interrupción del embarazo, duelo perinatal, duelo gestacional, diagnóstico, comunicación de malas noticias, estancia, alojamiento

### Abstract

**Introduction:** For a pregnant woman and her partner a diagnosis of life limiting fetal anomalies or intrauterine death is a devastating experience characterised by feelings of shock and confusion. When health professionals prioritise the care of women and their partners, show empathy, provide good information and accompaniment it can reduce anxiety and develop a positive relationship and encourage dialogue. The study explores women's perceptions of their care around the time of the diagnosis or communication of intrauterine death and their accommodation in the Spanish healthcare system.

**Results:** Responses from 796 women to an online questionnaire were analysed. The diagnosis was provided in a wide variety of care contexts, including: the 'doctor's office' (41.1%), 'A&E' (30.4%), the 'ultrasound/monitoring department' (14.6%), the 'hospital room' (3.8%) and the 'delivery room' (2.3%). A doctor gave the diagnosis in 88.5% of cases. 29.2% of women stated that they were unaccompanied by their partner or other person during the diagnosis. 56.0% of women 'agreed' that they were treated with priority on presenting at the health centre/hospital. 58.9% 'agreed' that the person who communicated the diagnosis/death was empathetic and understanding. 66.9% 'agreed' that they received an easily understood explanation of the diagnosis. 54.4% 'agreed' that they felt accompanied by health professionals (HPs) in the time after receiving the bad news. A strong relationship existed between the rating of experiences with HPs during the diagnosis and overall satisfaction with care. In terms of accommodation: 1 in 5 women were housed in a shared room, rising to 1 in 3 in cases <26 weeks gestation. 42.8% of women could hear babies crying from their room. Shared accommodation and hearing babies crying was significantly associated with lower satisfaction levels.

**Conclusions:** The diversity of healthcare professions involved in the diagnosis of fetal anomalies or intrauterine death shows the importance of specialist training across a range of healthcare contexts including, primary, emergency and obstetric care. The results clearly establish that there is a need to improve this aspect of care as almost 1 in 2 women were not satisfied with the way that the diagnosis was given or their care immediately afterwards. Shared accommodation and hearing babies crying results in lower satisfaction with care.

**Keywords:** Stillbirth, late miscarriage, termination of pregnancy, bereavement care, perinatal death, perinatal grief, diagnosis, communicating bad news, accommodation

<sup>1</sup> Véase el capítulo 1 para una descripción detallada de la metodología.

## Introducción

### El diagnóstico o comunicación de la muerte

El estatus de tabú que tiene la muerte intrauterina en nuestra cultura hace que la gran mayoría de mujeres carezca de conocimiento previo sobre ello. Implica también que una mujer embarazada raramente está preparada para recibir un diagnóstico de malformaciones severas o de la muerte de su bebé. Por ello, las mujeres se encuentran habitualmente desorientadas, confusas y sin recursos discursivos o de conocimiento social para orientar su acción [1–3]. Además, es común que tengan sentimientos de miedo por su propia seguridad y, en el caso de las parejas, miedo por la seguridad de la madre [4–7].

En este contexto, los profesionales sanitarios transmiten (conscientemente o no) las primeras pautas sociales sobre cómo actuar y empezar a comprender lo ocurrido. Sin embargo, es común que los profesionales sanitarios, especialmente el equipo de médicos, se centren en aspectos prácticos de la atención, tales como encontrar respuestas y compartir información, pero, a su vez, suelen sentirse poco preparados en los aspectos emocionales para con sus pacientes [3].

El momento del diagnóstico o comunicación de la muerte es de vital importancia, ya que se establece el tono de la atención. Cuando los profesionales, tras el diagnóstico, son empáticos, muestran prioridad al caso, proporcionan información adecuada y acompañamiento, expresan que la muerte perinatal es socialmente importante. De este modo, afirman la identidad materna y paterna, lo que les anima a expresar sus sentimientos y a hablar del propio significado de lo ocurrido y la muerte.

En cambio, si el diagnóstico se comunica sin sensibilidad y sin empatía, si se comunica con frialdad y poca emoción, se puede transmitir a la madre, aunque sea involuntariamente, que la muerte de su bebé no es significativa. Las malas prácticas en la comunicación del diagnóstico junto con los sentimientos de *shock*, confusión y tristeza que experimentan en este instante pueden repercutir en toda la atención y tener el efecto de silenciar a la mujer, además de causar ansiedad a largo plazo [8].

### Estancia

Respecto al estancia, la asociación inglesa Sands recomienda que cada unidad de maternidad disponga de una o más habitaciones en suite donde poder alojar a las madres que han perdido un bebé y a sus familias

para no tener que escuchar a otras madres y a sus bebés [9]. Esta recomendación viene motivada por el hecho de que el alojamiento cerca de otras madres en puerperio y de sus bebés puede provocar estrés y ansiedad en casos de muerte perinatal [10–13]. Por tanto, es un aspecto de la atención que influye mucho sobre la satisfacción [14].

Aun así, la decisión de alojar a la madre en otra unidad para evitar estos problemas puede resultar igualmente angustiosa si significa que está lejos de los profesionales sanitarios formados para cuidarla [3]. En general, las opiniones de las madres sobre este aspecto de la atención son muy variadas [8] y, por tanto, se aconseja tomar la decisión conjuntamente con la madre en base a sus deseos y a las circunstancias del hospital.

Objetivos de la investigación:

Diagnóstico o comunicación de las malas noticias:

- Establecer en qué lugar y quién comunicó el diagnóstico o la muerte.
- Establecer si, después de comunicar el diagnóstico, se ofreció a las madres que iban acompañadas un sitio privado donde estar con su pareja u otro acompañante para asimilar la noticia.
- Calificar la percepción de las mujeres respecto a las interacciones con los profesionales sanitarios en relación con la presentación en el centro salud u hospital en términos de la prioridad de atenderles, la empatía que mostraron, la explicación del diagnóstico y el acompañamiento después del diagnóstico, entre otros aspectos de la atención.
- Explorar la asociación entre las percepciones de la comunicación del diagnóstico y la satisfacción global con la atención.

Estancia:

- Establecer el tipo de habitación (privada o compartida) en la cual las mujeres fueron alojadas.
- Determinar si podían escuchar los llantos de bebés desde su habitación.
- Calificar la percepción de las mujeres sobre la privacidad y tranquilidad de su estancia.
- Explorar la asociación entre las variables de la estancia y satisfacción global con la atención.

## Resultados

El estudio se centró en casos mayores o iguales a 16 semanas de gestación y únicamente en los de muerte intrauterina súbita o interrupciones del embarazo por motivos médicos. 796 mujeres, cuyos bebés murieron en el sistema sanitario español durante los cinco años previos a participar en este estudio, respondieron a una encuesta *online*.

El nivel alfa para la significancia estadística es  $p < 0,05$ . Todas las tablas de resultados están expuestas al final del capítulo. Las citas ilustrativas expuestas en la sección 'Discusión' han sido extraídas de preguntas abiertas de la encuesta. Los nombres o apellidos citados son pseudónimos. Véase el capítulo 1 para una descripción detallada de la muestra y de la metodología.

Nota sobre la redacción de cuestiones acerca del diagnóstico y la comunicación de la muerte:

Dado que el estudio se dirigió a casos de muerte intrauterina súbita y a interrupciones por motivos médicos, las preguntas tenían que reflejar el hecho de que en algunos casos el bebé ya había fallecido (o estaba moribundo en caso de un diagnóstico de urgencias) o que la madre y o su pareja recibieron un diagnóstico de malformaciones severas o limitantes de vida. Teniendo esto en cuenta, por ejemplo, la pregunta sobre el lugar en el que recibió el diagnóstico fue redactada así: ¿Dónde estabas cuando te comunicaron la muerte de tu bebé/s o que el pronóstico no era bueno? En otras preguntas se hacía referencia a "las malas noticias" o "la noticia" para englobar ambas posibilidades.

### 1. El diagnóstico

#### El lugar del diagnóstico, la persona que lo comunicó y el acompañamiento

Los resultados (tabla 1, gráfico 1) mostraron una gran diversidad de lugares donde la madre y o su pareja recibieron el diagnóstico o la comunicación de la muerte, incluyendo 'la consulta/despacho del médico' (41,1%), 'sala de urgencias' (30,4%), 'ecografía/monitores' (14,6%), 'habitación' (3,8%) y 'paritorio' (2,3%), entre otros.

Un análisis según el año de la muerte reveló un cambio significativo ( $p < 0,001$ ) en los últimos años de la encuesta. La proporción de mujeres que recibieron el diagnóstico en la "consulta del médico" disminuyó desde el 49,7% en los años  $\leq 2011$  hasta el 20,9% en los años 2015/16, mientras que "ecografía/monitores" asumió más importancia: creció desde el 8,4% en los años  $\leq 2011$  hasta el 33,1% en los años 2015/16 (tabla 2).

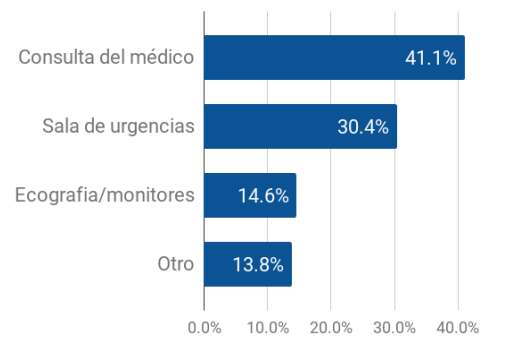


Gráfico 1. Lugar del diagnóstico o comunicación de la muerte (n=795, perdido=1)

Asimismo, existe una diferencia significativa ( $p < 0,001$ ) entre muertes súbitas e interrupciones por motivos médicos, con un tamaño de efecto<sup>2</sup> mediano: en los casos de interrupción fue mucho más probable recibir el diagnóstico en 'la consulta del médico' (64,6%), mientras que en los casos de muerte súbita hubo una distribución más o menos igual entre 'urgencias' (37,1%) y 'la consulta del médico' (33,8%) (tabla 3).

En el 88,5% de los casos un/a médico comunicó el diagnóstico o la muerte, mientras que en el 8,6% de los casos fue una matrona/enfermera. En unos muy pocos casos (14) la pareja u otro familiar dio las malas noticias (tabla 4).

El 70,8% de las encuestadas estuvieron acompañadas por su pareja u otra persona durante el diagnóstico/comunicación de la muerte. El restante, el 29,2% de las mujeres, no estuvieron acompañadas (tabla 5, gráfico 2).

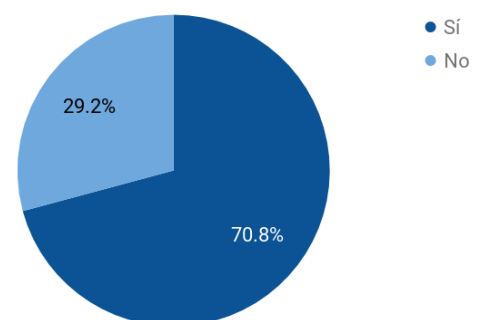


Gráfico 2. % de mujeres acompañadas durante el diagnóstico (n=764, perdido=32<sup>3</sup>)

<sup>2</sup> Véase el capítulo 1 para detalles sobre los parámetros de medición del tamaño de efecto de la relación estadística.

<sup>3</sup> Perdido por fallo en la lógica de saltos, no por "no respuesta"

El análisis halló una relación significativa ( $p < 0,001$ ) entre el lugar del diagnóstico y el hecho de no estar acompañada (tabla 6): el 43,2% de las mujeres que recibieron el diagnóstico en 'urgencias' estuvieron solas, comparado con el 20,5% de las que acudieron a "la consulta del médico" o de las que lo recibieron en "ecografía-monitores" (22,7%).

A todas las madres que estuvieron acompañadas y que recibieron la comunicación de las malas noticias de boca de un profesional sanitario ( $n=526$ ) se les preguntó si los profesionales les ofrecieron "un sitio privado donde estar con su pareja o familiar/amigo para asimilar la noticia" y, en total, el 50,2% de este subgrupo respondió afirmativamente (tabla 7). Con respecto a este resultado, se observó un cambio significativo según el año de la muerte, pero con un tamaño de efecto pequeño. En los años  $\leq 2011$  el 39,6% respondió afirmativamente a esta pregunta, frente al 60,7% en los años 2015/16 (tabla 8).

### Valoración del proceso del diagnóstico y las interacciones con los profesionales sanitarios

A las encuestadas se les presentó una batería de 8 ítems acerca del proceso del diagnóstico/comunicación de la muerte, los cuales calificaron en una escala de acuerdo tipo Likert, de 5 puntos (tabla 9).

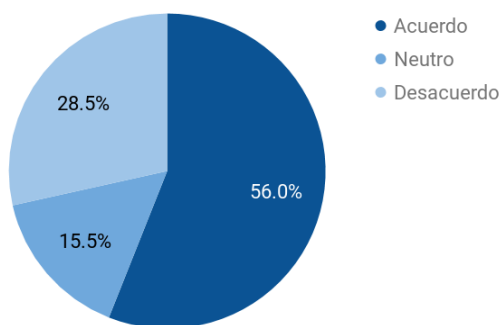


Gráfico 3. "Cuando me presenté en el hospital/centro salud me trataron con prioridad" ( $n=789$ , perdido=7)

En primer lugar, cabe destacar que algo más de la mitad de las mujeres (56,0%) contestaron estar 'de acuerdo' con la afirmación "Cuando me presenté en el hospital/centro salud me trataron con prioridad", mientras que el 28,5% afirmaron estar 'en desacuerdo'. El

porcentaje restante adoptaron la posición 'neutra'<sup>4</sup> (gráfico 3).

Por otra parte, el 85,8% estuvieron 'de acuerdo' con la afirmación "Intuí por la reacción del profesional sanitario que el pronóstico no era bueno".

Además, el 58,9% de las mujeres respondieron estar 'de acuerdo' con que "La persona que me comunicó las malas noticias era una persona empática y comprensiva", mientras que el 27,2% estuvo 'en desacuerdo' y el resto adoptó una posición 'neutra' en la escala (gráfico 4).

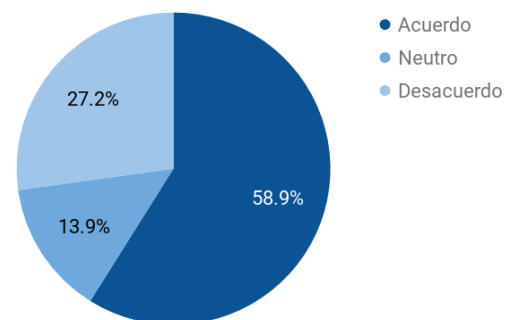


Gráfico 4. "La persona que me comunicó las malas noticias era una persona empática y comprensiva" ( $n=794$ , perdido=2)

El 66,9% afirmó estar 'de acuerdo' con que recibieron "una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender". Por el contrario, el 23,7% contestaron estar 'en desacuerdo' (gráfico 5).

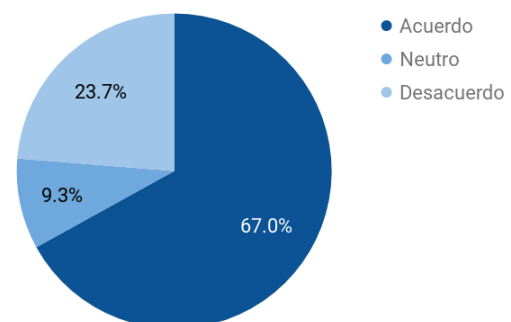


Gráfico 5. "Recibí una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender" ( $n=792$ , perdido=4)

<sup>4</sup> La calificación 'de acuerdo' es una combinación de dos de los cinco puntos en la escala Likert: 'estoy totalmente de acuerdo' y 'estoy de acuerdo', mientras que la calificación 'en desacuerdo' es una amalgamación de los dos puntos opuestos: 'estoy totalmente en desacuerdo' y 'no estoy de acuerdo'. La posición neutra es 'ni de acuerdo ni en desacuerdo'.

Finalmente, algo más de la mitad (54,4%) contestó estar 'de acuerdo' con que se sintieron "acompañadas por los profesionales en el tiempo después de recibir las malas noticias" y el 34,2% se declaró 'en desacuerdo'.

En cuanto a la tendencia según el año de la muerte, aunque todas las calificaciones mostraron tendencias positivas, solamente una fue significativa ( $p = 0,001$ ): en los años  $\leq 2011$ , el 43,5% respondió estar 'de acuerdo' con que fueron acompañadas por los profesionales después del diagnóstico, frente al 65,1% en los años 2015/16 (tabla 10),

Un análisis bivariado encontró una relación significativa entre el nivel de educación y el porcentaje de mujeres que respondieron estar 'de acuerdo' con que recibieron "una explicación clara del diagnóstico en un lenguaje fácil de entender": menos mujeres en el grupo de educación "Bachiller elemental o menos" respondieron estar 'de acuerdo' con la afirmación, comparado con el grupo "3 cursos diploma o superior" (51,4% vs. 71,0%, véase tabla 11).

## VARIABLES DIAGNÓSTICAS PREDICTORAS DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL

En el capítulo 2 se presenta un modelo de variables independientes predictoras de la satisfacción con la atención. Los resultados muestran que ninguno de los ítems de la batería de afirmaciones sobre el diagnóstico entró en el modelo final. Sin embargo, esto no quiere decir que no tuviera un fuerte impacto sobre este, sino que otros ítems las subsumieron.

En tabla 12 se presentan los resultados de un análisis multivariado (regresión múltiple lineal) para determinar qué variables independientes y relacionadas con el diagnóstico son las que más predecían el grado de satisfacción. El modelo final explica el 38,8% de la varianza ( $R^2$ ) con un modelo compuesto por tres variables: "sentirse acompañada en el tiempo después de recibir las malas noticias", "recibir una explicación clara del diagnóstico en un lenguaje fácil de entender" y "ser tratada con prioridad al presentarse en el hospital o centro de salud".

## EL IMPACTO DEL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO/COMUNICACIÓN DE LA MUERTE SOBRE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN

Un análisis según el grado de satisfacción ayuda a ilustrar su fuerte impacto sobre las evaluaciones globales de la atención: el 90,8% de las mujeres que se mostraron 'de acuerdo' con las tres afirmaciones clave también respondió estar 'de acuerdo' con que la atención fue satisfactoria, mientras que, cuando no contes-

taron estar 'de acuerdo' con ninguna, solo el 28,7% estuvo satisfecha con la atención (tabla 13, gráfico 6).

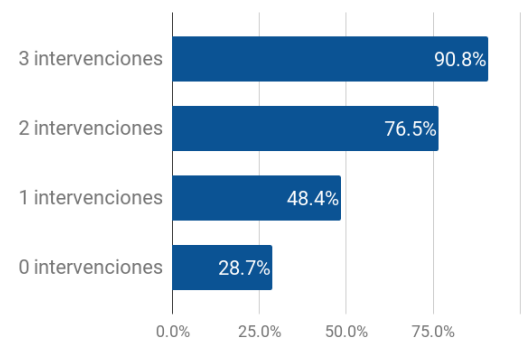


Gráfico 6. Satisfacción ('de acuerdo') con la atención según el número de condiciones positivas presentes durante la atención recibidas ('de acuerdo' con 3 afirmaciones claves) ( $n=792$ , perdido=4,  $p < 0,001$ )

En la tabla 14 se presenta un análisis del número de afirmaciones críticas (las tres predictoras de la satisfacción global) a las que las encuestadas respondieron estar 'de acuerdo' o 'totalmente de acuerdo' según el año de la muerte. El análisis halló que el 16,4% de las mujeres no respondieron estar 'de acuerdo' con ninguna de estas tres afirmaciones, mientras que el 33,4% contestó estar 'de acuerdo' con todas. No hubo una relación estadísticamente significativa con el año de la muerte, aunque sí se observaron mejoras.

## 2. ESTANCIA

### Tipo de alojamiento

El 75,9% de las encuestadas respondieron que estuvieron alojadas en una habitación privada. Sin embargo, en algunos casos no hubo ingreso (1,3%) y en otros la madre estuvo siempre en la sala de dilatación-paritorio (2,6%). El resto de las mujeres, 1 de cada 5, fueron alojadas en habitaciones compartidas, incluyendo 53 casos en los cuales la madre estuvo alojada en una 'habitación compartida, con otra madre embarazada o en post-parto' de un bebé vivo (tabla 15).

Cuando analizamos este resultado según la edad gestacional se detectó una relación significativa en la cual los casos de edades gestacionales menores tenían más probabilidad de estar alojadas en habitaciones compartidas (tabla 16).

Por otra parte, un análisis según el año de la muerte encontró una relación significativa ( $p = 0,004$ ): la proporción de mujeres alojadas en habitaciones privadas subió desde el 66,1% en los años  $\leq 2011$  hasta el

80,1% en los años 2015/16, aunque el tamaño de efecto fue pequeño (tabla 17).

## Valoración del alojamiento

Ante la pregunta “¿Desde la habitación donde estabas alojada podías escuchar los llantos de los bebés en la unidad de maternidad?”, el 57,2% contestó que no, mientras que el 30,8% contestó afirmativamente y el resto (12,1%) respondió haber escuchado ‘algo’ (tabla 18, gráfico 7).

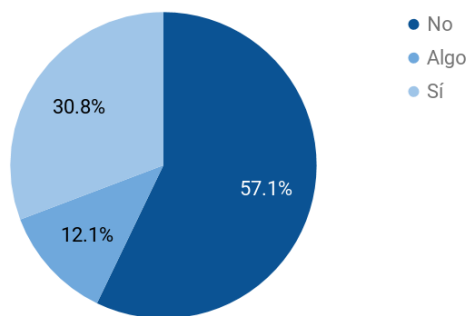


Gráfico 7. Si la madre podía escuchar los llantos de bebés desde su habitación (n=792, perdido=4)

En total, el 71,7% respondió estar ‘de acuerdo’ en que “La habitación donde estaba alojada era un lugar tranquilo”, mientras que el 19,4% estuvo ‘en desacuerdo’ y el restante adoptó la posición neutra (tabla 19).

## Impacto sobre la satisfacción

En cuanto al impacto de estas variables sobre la satisfacción global, se realizó un análisis en base a si la madre podía escuchar llantos de bebés<sup>5</sup> o no y al tipo de estancia (compartida o privada). El análisis encontró que cuando una madre podía escuchar los llantos de bebés la satisfacción global disminuía significativamente (59,1% vs. 72,9%). Además, cuando la madre estaba alojada en una habitación compartida y podía escuchar los llantos de bebés la satisfacción se situaba en un 47,5% comparando con una media de 66,8% en toda la muestra (véase tabla 20).

<sup>5</sup> Incluye los 53 casos de mujeres alojadas en habitaciones o unidades en los cuales no hubo una separación de casos de pérdida y madres embarazadas o en postparto de un bebé vivo.

## Discusión

### 1. El diagnóstico

#### Presentación en el centro sanitario y el lugar del diagnóstico

En primer lugar, los resultados revelan que una gran diversidad de profesionales sanitarios, más allá de las unidades de maternidad, están implicados en la comunicación del diagnóstico. Este hallazgo señala la necesidad de formación en todos los ámbitos sanitarios que pudieran estar involucrados en la prestación de atención, incluyendo personal de atención primaria, urgencias y el equipo de ecografía.

Destaca notablemente que casi 3 de cada 10 mujeres no estuvieran acompañadas por su pareja o un familiar/amigo durante el diagnóstico. Un estudio realizado en Inglaterra arrojó resultados parecidos [15]. Este hallazgo es importante porque tiene implicaciones en cuanto a la comunicación, como, por ejemplo, la capacidad de asimilar información durante un periodo de *shock* y confusión. Además, el sentimiento de soledad o abandono después del diagnóstico es una queja habitual [6,11], algo que tratamos con más detalle más adelante.

El análisis multivariado encontró que “ser tratada con prioridad al presentarse en el centro de salud u hospital” es un indicador clave de satisfacción con la atención. Aun así, solo algo más de la mitad de las mujeres entrevistadas estuvieron ‘de acuerdo’ con que este haya sido su caso. Algunos estudios sobre mortalidad perinatal revelan como factor contribuyente el hecho de que cuando las madres se presentan en el hospital con preocupaciones sobre su embarazo es frecuente que sientan que los profesionales sanitarios no las toman en serio, cuando, en realidad, estas ‘intuiciones’ pueden ser críticas para la reducción de la mortalidad [16].

#### Explicación del diagnóstico

En 9 de cada 10 casos un médico comunicó el diagnóstico, un resultado que, tal vez, señala diferencias en las prácticas entre España y otros países donde hay más implicación por parte de las matronas y otros profesionales en la comunicación de las malas noticias, aunque también ahí el médico predomina como la figura principal en este tipo de comunicación [15,17].

Los resultados de otros estudios identifican pautas muy claras en cuanto a la manera de comunicar el diagnóstico o la muerte. Principalmente, han encontrado que las madres y padres quieren honestidad, claridad y un uso de lenguaje sencillo y fácil de entender [7,18–20]. En



este estudio, el 66,9% respondieron estar 'de acuerdo' con que recibieron una explicación del diagnóstico "clara y en un lenguaje fácil de entender", pero casi 1 de cada 4 respondieron lo contrario. Asimismo, es significativo que las mujeres con un nivel de educación más bajo valoraron esta afirmación de manera significativamente más baja que las demás.

*Lo que más ayudó durante la estancia:*

*La explicación clara pero con tacto del cardiólogo pediatra de los problemas de mi hijo*

*(Interrupción, 20-25 semanas)*

*Lo que menos ayudó durante la estancia:*

*En la primera eco no fueron lo suficiente claras las médicas que me la hicieron y tuve que pedirles que fueran sinceras. Una de ellas fue bastante brusca diciéndome "el bebé es inviable" como si fuera una piedra.*

*(Muerte súbita, 20-25 semanas)*

Citas ilustrativas

En general, este resultado es similar a lo que han evidenciado otros estudios, en algunos casos mejor y en otros peor. Por ejemplo, Paton y col. [14] encontraron que solo el 51% de las encuestadas estuvieron satisfechas con la explicación del diagnóstico, mientras que en otro estudio más reciente, en Suecia, el 71% percibieron que el diagnóstico fue comunicado de una manera adecuada [11].

## Empatía y acompañamiento después del diagnóstico

Es bastante negativo el hecho de que más del 40% no contestaran estar 'de acuerdo' con que la persona que comunicó la noticia fuese empática. Aun así, es un resultado coherente con otros estudios en los que han hallado quejas frecuentes con respecto a la falta de empatía, y a la frialdad o brusquedad de los profesionales sanitarios durante el diagnóstico [12,20–22].

*Lo que más ayudó durante la estancia:*

*El respeto, cariño y empatía. La obstetra que me dio la noticia, solo le faltó llorar.*

*(Muerte súbita, 26-33 semanas)*

*Lo que menos ayudó durante la estancia:*

*La forma de dar la noticia. La doctora que me hizo la ecografía tuvo poca empatía y parecía enfadada cosa que me hizo sentirme culpable. Me dio a entender que el bebé no tenía latido y yo debería haberme dado cuenta antes*

*(Muerte súbita, 20-25 semanas)*

*La forma tan directa de la doctora y distante de decirnos que estaba muerto, mientras me hacían la ecografía. Después se fue al ordenador y yo empecé a temblar y a llorar sin dar crédito.*

*(Muerte súbita, 26-33 semanas)*

Citas ilustrativas

Después de recibir un diagnóstico tan impactante como es la muerte intrauterina o la presencia de anomalías fetales, las mujeres suelen agradecer la presencia de los profesionales, aunque estén también acompañadas por su pareja u otra persona. Sin embargo, varios estudios internacionales han hallado que es común que se sientan también abandonadas durante estos momentos [6,11,23]. En el presente estudio, solo algo más de la mitad de las mujeres respondió de manera afirmativa al hecho de sentirse acompañadas por los profesionales tras el diagnóstico. En este sentido, es importante que se contemplen acciones para garantizar una continuidad de la atención durante estos momentos.

## Valoración global del diagnóstico

El análisis demuestra que el proceso del diagnóstico repercute significativamente en la satisfacción global con la atención. Solamente 1 de cada 3 mujeres valoró sus experiencias con el personal sanitario durante estos momentos con la calificación más alta. Es decir, respondieron estar 'de acuerdo' con que fueron tratadas con prioridad al presentarse, recibieron una explicación clara y entendible del diagnóstico y se sintieron acompañadas por parte de los profesionales en los momentos después de la comunicación de la mala noticia. El análisis halló una leve, pero no significativa, mejora en la valoración del proceso del diagnóstico durante los años abarcados en la encuesta, lo que señala que es un aspecto de la atención en el que es necesario invertir en formación, especialmente por la diversidad de ámbitos sanitarios implicados.

## 2. Estancia

Los resultados muestran que 3 de cada 4 mujeres fueron alojadas en habitaciones privadas y que hasta 1 de cada 3 mujeres en casos de menos de 26 semanas fueron alojadas en espacios compartidos. Un 57,2% de las mujeres afirmaron que no podían escuchar los llantos de bebés y un 71,7% estuvieron de acuerdo con que su habitación era un lugar tranquilo.

Sin embargo, poder escuchar los llantos de bebés es estresante y los resultados manifiestan que repercute sustancialmente en la satisfacción con la atención, especialmente en los casos en los cuales la madre estaba alojada en una habitación compartida: 1 de cada 2 de estas madres calificó su satisfacción con la atención negativamente.



*Lo que más ayudó durante la estancia:*

*me cambiaron de planta, prohibieron las visitas para evitarme agobios, y me ofrecieron quedarme en el hospital el tiempo necesario.*

*(Muerte súbita,  $\geq 34$  semanas)*

*Dejaron a mi marido y a mi madre quedarse por las noches conmigo y no metieron a ninguna otra paciente en la habitación.*

*(Interrupción, 20-25 semanas)*

*Lo que menos ayudó durante la estancia:*

*Que hubiera una cuna en la habitación y estar en maternidad escuchando niños llorando.*

*(Interrupción, 20-25 semanas)*

*Que estuve en reanimación con dos mamás que tuvieron cesárea esa misma tarde y estaban allí con sus bebés recién nacidos cuando yo acababa de parir a mi hija muerta y me sentía mas sola que nunca.*

*(Muerte súbita,  $\geq 34$  semanas)*

*Después del parto me llevaron a maternidad y de compañera a una con contracciones y a toda su familia visitándola. Hubiera necesitado estar sola fueron dos días horribles.*

*(Muerte súbita, 26-33 semanas)*

*Las visitas, siempre había un control de visitas y en esos momentos yo quería estar con toda mi familia.*

*(Muerte súbita,  $\geq 34$  semanas)*

Citas ilustrativas

## Limitaciones

En el capítulo 1 presentamos una discusión general sobre las limitaciones y fortalezas de la metodología del estudio.

## Conclusiones

El diagnóstico como punto de partida es fundamental y, desde ahí, la atención puede discurrir por un camino de comunicación abierta y enfocarse en el desarrollo de una relación de confianza entre la madre y su pareja y el equipo sanitario. Pero, por lo contrario, puede ser el comienzo de una experiencia con el sistema sanitario que solo agrava los profundos sentimientos de dolor que las madres y padres sienten cuando muere un hijo/a durante el embarazo.

Los resultados del presente estudio manifiestan que existe una gran necesidad de mejorar la calidad de la atención durante e inmediatamente después del diagnóstico. Con la implementación de tan solo tres intervenciones/actos (trato prioritario al presentarse; comunicación clara y entendible; acompañamiento después del diagnóstico) la satisfacción con la atención alcanza casi el máximo.

Igualmente, los resultados muestran que el alojamiento en habitaciones compartidas y no tranquilas es un aspecto de la atención que ha sido criticado. Ninguna mujer debería tener que compartir una habitación durante estos momentos. Es a todas luces insensible alojar una mujer en situación de pérdida con otras mujeres embarazadas o en postparto de un bebé vivo.

Poder disponer de una estancia privada y tranquila, independientemente de si es una muerte súbita o una interrupción en el segundo o tercer trimestre, favorece el apoyo entre la pareja o la familia y la comunicación con los sanitarios.

En el capítulo 8 abordamos la toma de decisiones sobre el proceso y el tipo de parto, asunto que está íntimamente relacionado con el presente capítulo. Asimismo, contemplamos algunas de las reacciones iniciales al diagnóstico y cómo estas afectan a las decisiones sobre el parto.

## Bibliografía

- [1] 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>.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] Kellner KR, Donnelly WH, Gould S. Parental behavior after perinatal death: lack of predictive demographic and obstetric variables. *Obstet Gynecol* 1984;63:809–14.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] Peters MDJ, Lisy K, Riitano 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.
- [8] 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.
- [9] Sands (Stillbirth & Neonatal Death Charity). *Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals*. 4th ed. Coventry: Tantamount; 2016.
- [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] 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.
- [12] Lee C. "She was a person, she was here": the experience of late pregnancy loss in Australia. *J Reprod Infant Psychol* 2012;30:62–76. doi:10.1080/02646838.2012.66184.
- [13] Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell AEP. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2013;3. doi:10.1136/bmjopen-2012-002237.
- [14] Paton F, Wood R, Bor R, Nitsun M. Grief in miscarriage patients and satisfaction with care in a London hospital. *J Reprod Infant Psychol* 1999;17:301–15. doi:10.1080/02646839908404596.
- [15] 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.
- [16] ISA (International Stillbirth Alliance). Position Statement: Fetal Movement Monitoring - Prenatal surveillance by detection and management of decreased (reduced) fetal movements. 2017.
- [17] 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.
- [18] Forrest GC, Standish E, Baum D. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *Br Med J* 1982;285:1475–9.
- [19] 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.
- [20] Pullen S, Golden MA, Cacciatore J. "I'll Never Forget Those Cold Words as Long as I Live": Parent Perceptions of Death Notification for Stillbirth. *J Soc Work End-of-Life Palliat Care* 2012;8:339–55. doi:10.1080/15524256.2012.732022.
- [21] Malacrida CA. Perinatal death: Helping parents find their way. *J Fam Nurs* 1997;3:130–48. doi:10.1177/107484079700300203.
- [22] McCreight BS. Perinatal Loss: A Qualitative Study in Northern Ireland. *OMEGA - J Death Dying* 2008;57:1–19. doi:10.2190/OM.57.1.a.
- [23] 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.

## 6. EL DIAGNÓSTICO Y LA ESTANCIA

### TABLAS DE RESULTADOS

#### COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO O LA MUERTE

Tabla 1. Lugar del diagnóstico o comunicación de la muerte

	n (%)
En la consulta/despacho del médico	327 (41,1)
En una sala de urgencias	242 (30,4)
Ecografía-monitores	116 (14,6)
Habitación	30 (3,8)
Paritorio	18 (2,3)
Sala de dilatación	11 (1,4)
Otro (centro salud, quirófano, reanimación, neonatología, teléfono, UCI)	51 (6,4)
Total	795 (100,0)
Perdido	1

Tabla 2. Lugar del diagnóstico o comunicación de la muerte según el año de la muerte

	Año de la muerte					Total n (%)
	≤2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015/2016 n (%)	
<b>Lugar del diagnóstico (recodificado en 4 categorías)</b>						
En una sala de urgencias	50 (29,9)	40 (31,5)	55 (31,2)	50 (32,7)	47 (27,3)	242 (30,4)
En la consulta/despacho del médico	83 (49,7)	60 (47,2)	91 (51,7)	57 (37,3)	36 (20,9)	327 (41,1)
Ecografía-monitores	14 (8,4)	8 (6,3)	12 (6,8)	25 (16,3)	57 (33,1)	116 (14,6)
Otro (UCI, neonatología, reanimación, habitación, etc.)	20 (12,0)	19 (15,0)	18 (10,2)	21 (13,7)	32 (18,6)	110 (13,8)
Total	167 (100,0)	127 (100,0)	176 (100,0)	153 (100,0)	172 (100,0)	795 (100,0)
Perdido						1

\* $\chi^2$  (12, n=795) = 91,02, p < 0,001, V de Cràmer = 0,195

Tabla 3. Lugar del diagnóstico o comunicación de la muerte según el tipo de muerte

	Tipo de muerte		Total n (%)
	Muerte intrauterina súbita (n=606) n (%)	Interrupción por motivos médicos (n=190) n (%)	
<b>Lugar del diagnóstico (recodificado en 4 categorías)</b>			
En una sala de urgencias	225 (37,1)	17 (9,0)	242 (30,4)
En la consulta/despacho del médico	205 (33,8)	122 (64,6)	327 (41,1)
Ecografía-monitores	86 (14,2)	30 (15,9)	116 (14,6)
Otro (UCI, neonatología, reanimación, habitación, etc.)	90 (14,9)	20 (10,6)	110 (13,9)
Total	606 (100,0)	189 (100,0)	795 (100,0)
Perdido		1	1

\* $\chi^2$  (3, n= 795) = 72,70, p < 0,001, Phi = 0,302

Tabla 4. Persona que comunicó el diagnóstico o la muerte

	n (%)
Un/a médico	703 (88,5)
Un/a matron/a o enfermera/o	68 (8,6)
Pareja u otro familiar	14 (1,8)
Ecografista	5 (0,6)
Otro*	4 (0,5)
Total	794 (100,0)
Perdido	2

\*Incluye casos de interrupción por motivos médicos en los que el diagnóstico (resultados de análisis) fue recibido por correo, casos de parto espontáneo en casa, uno de escuchar a dos enfermeras hablar del caso, y otro que no especificó la profesión del personal sanitario

## ACOMPañAMIENTO DURANTE EL DIAGNÓSTICO O COMUNICACIÓN DE LA MUERTE

Tabla 5. Acompañamiento de pareja, familiar o amigo durante el diagnóstico o comunicación de la muerte

	n (%)
Acompañada por la pareja	457 (59,8)
Acompañada por un miembro de la familia o amigo	70 (9,2)
Pareja o familiar comunicó el diagnóstico/muerte	14 (1,8)
Sola	223 (29,2)
Total	764 (100,0)
Perdido (fallo en la programación de la lógica de saltos)	32

Tabla 6. Acompañamiento de pareja, familiar o amigo durante el diagnóstico o comunicación de la muerte según el lugar del diagnóstico

	Lugar del diagnóstico				Total n (%)
	En una sala de urgencias n (%)	En la consulta del médico n (%)	Ecograffamonitorios n (%)	Otro (UCI, neonat., reanimac., habitación) n (%)	
<b>La madre estaba acompañada durante el diagnóstico</b>					
No	101 (43,2)	66 (20,5)	25 (22,7)	30 (30,9)	222 (29,1)
Sí	133 (56,8)	256 (79,5)	85 (77,3)	67 (69,1)	541 (70,9)
Total	234 (100,0)	322 (100,0)	110 (100,0)	97 (100,0)	763 (100,0)
Perdido (fallo en la lógica de saltos)					32
Perdido					1

\* $\chi^2 (3, n=763) = 36,03, p < 0,001, V \text{ de Cràmer} = 0,218$

Tabla 7. Ofrecimiento de un sitio privado donde estar con la pareja o familiar/amigo para asimilar la noticia

	n (%)
Sí	264 (50,2)
No	262 (49,8)
Total	526 (100,0)
Filtrado (las que estuvieron solas durante el diagnóstico/comunicación de la muerte)	236
Perdido (fallo en la lógica de saltos)	32
Perdido	1

**Tabla 8. Ofrecimiento de un sitio privado donde estar con la pareja o familiar/amigo para asimilar la noticia según el año de la muerte**

	Año de la muerte					Total n (%)
	≤2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015/2016 n (%)	
<b>Ofrecimiento de un sitio privado</b>						
Sí	40 (39,6)	46 (51,7)	50 (44,2)	57 (53,8)	71 (60,7)	264 (50,2)
No	61 (60,4)	43 (48,3)	63 (55,8)	49 (46,2)	46 (39,3)	262 (49,8)
Total	101 (100,0)	89 (100,0)	113 (100,0)	106 (100,0)	117 (100,0)	526 (100,0)
Filtrado (las que estuvieron solas durante el diagnóstico/comunicación de la muerte)						236
Perdido (fallo en la lógica de saltos)						32
Perdido						1

\* $\chi^2$  (4, n=526) = 11,90, p = 0,019, V de Cràmer = 0,195

## VALORACIÓN DEL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO Y LAS INTERACCIONES CON LOS PROFESIONALES SANITARIOS

**Tabla 9. Valoración de las interacciones con los profesionales sanitarios durante el diagnóstico/comunicación de la muerte**

	n	X (1-5)	Des. Típ.	Grado de acuerdo (Escala Likert)					
				Totalmente en desacuerdo (1) %	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) (3) %			Totalmente de acuerdo (4) (5) %	Total de acuerdo (4+5) %
					(2)	(3)	(4)		
<b>Afirmaciones</b>									
<i>Cuando me presenté en el hospital/centro salud me trataron con prioridad</i>	789	3,44	1,442	15,3	13,2	15,5	23,7	32,3	56,0
<i>Intuí por la reacción del profesional sanitario que el pronóstico no era bueno</i>	793	4,33	1,041	3,8	5,0	5,3	26,2	59,6	85,8
<i>Observando el monitor intuí que el pronóstico no era bueno</i>	788	3,55	1,387	11,4	13,5	20,2	19,0	35,9	54,9
<i>El/la médico tardó mucho tiempo en verme</i>	790	2,31	1,341	35,2	30,2	12,3	10,8	10,9	21,7
<i>Recibí una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender</i>	792	3,66	1,370	12,0	11,7	9,3	32,1	34,8	66,9
<i>Tuve la oportunidad de hacer más preguntas sobre el diagnóstico</i>	790	3,59	1,346	11,3	12,2	15,4	28,7	32,4	61,1
<i>La persona que me comunicó las malas noticias era una persona empática y comprensiva</i>	794	3,50	1,390	12,8	14,4	13,9	27,8	31,1	58,9
<i>Me sentí acompañada por los profesionales en el tiempo después de recibir las malas noticias</i>	794	3,32	1,450	15,9	18,3	11,5	26,3	28,1	54,4

**Tabla 10. Valoración de las interacciones con el personal sanitario durante el diagnóstico/comunicación de la muerte según el año de la muerte**

	Año de la muerte Media calificación (1 a 5)						% de acuerdo 2015/ 2016			Total (%)
	≤2011	2012	2013	2014	2015/ 2016	Total	Sig.	≤2011 (%)	2016 (%)	
	<b>Afirmaciones</b>									
<i>Cuando me presenté en el hospital/centro salud me trataron con prioridad</i>	3,26	3,43	3,50	3,54	3,49	3,44	0,444	(49,1)	(57,6)	(56,0)
<i>Intuí por la reacción del profesional sanitario que el pronóstico no era bueno</i>	4,26	4,37	4,26	4,36	4,41	4,33	0,615	(83,8)	(89,0)	(85,9)
<i>Observando el monitor intuí que el pronóstico no era bueno</i>	3,71	3,60	3,32	3,63	3,50	3,55	0,101	(58,7)	(51,7)	(54,9)
<i>El/la médico tardó mucho tiempo en verme</i>	2,38	2,25	2,28	2,39	2,26	2,31	0,796	(23,2)	(17,1)	(21,8)
<i>Recibí una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender</i>	3,46	3,79	3,56	3,69	3,83	3,66	0,080	(58,7)	(72,1)	(66,9)
<i>Tuve la oportunidad de hacer más preguntas sobre el diagnóstico</i>	3,48	3,54	3,54	3,59	3,77	3,59	0,322	(52,2)	(67,8)	(61,1)
<i>La persona que me comunicó las malas noticias era una persona empática y comprensiva</i>	3,30	3,51	3,44	3,54	3,70	3,50	0,112	(50,0)	(65,1)	(58,9)
<i>Me sentí acompañada por los profesionales en el tiempo después de recibir las malas noticias</i>	3,03	3,23	3,30	3,37	3,67	3,32	0,001	(43,5)	(65,1)	(54,4)

**Tabla 11. Grado de acuerdo con la afirmación "Recibí una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender" según el nivel de educación**

	Nivel de educación			Total n (%)
	Bachiller elemental o menos n (%)	Bachiller superior hasta FP superior n (%)	3 cursos diploma o superior n (%)	
<b>Grado de acuerdo</b>				
Desacuerdo o neutro	36 (48,6)	90 (36,1)	136 (29,0)	262 (33,1)
De acuerdo	38 (51,4)	159 (63,9)	333 (71,0)	530 (66,9)
Total	74 (100,0)	249 (100,0)	469 (100,0)	792 (100,0)
Perdido				4

\* $\chi^2$  (2 n= 792) = 12,68, p =0,002, V de Cràmer=0,127

## EL IMPACTO DEL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO/COMUNICACIÓN DE LA MUERTE SOBRE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN

Tabla 12. Modelo de variables independientes relacionadas con el diagnóstico/comunicación de la muerte que predicen el grado de satisfacción con la atención (regresión múltiple)

Variables independientes	R Cuadrado	Error estándar del estimado	Estadísticas de cambio		
			Cambio del R Cuadrado	Cambio F	Sig. Cambio F
<b>Afirmaciones</b>					
<i>Me sentí acompañada por los profesionales en el tiempo después de recibir las malas noticias</i>	0,331	1,082	0,331	381,867	<0,001
<i>Recibí una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender</i>	0,367	1,054	0,036	43,298	< 0,001
<i>Cuando me presenté en el hospital/centro salud me trataron con prioridad</i>	0,393	1,032	0,027	33,774	< 0,001
Método: Forward Durbin-Watson: 2,007 ANOVA: (F(3, 772), 166,29, p <0,001)					

Tabla 13. Número de afirmaciones críticas\* relacionadas con el diagnóstico valoradas como "De acuerdo" según el año de la muerte

	Año de la muerte**					Total n (%)
	≤2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015/2016 n (%)	
<b>Número de afirmaciones críticas valoradas como "De acuerdo"</b>						
Cero	37 (22,3)	18 (14,4)	31 (17,7)	22 (14,6)	21 (12,4)	129 (16,4)
1	43 (25,9)	32 (25,6)	39 (22,3)	35 (23,2)	33 (19,4)	182 (23,1)
2	50 (30,1)	29 (23,2)	46 (26,3)	39 (25,8)	49 (28,8)	213 (27,1)
3	36 (21,7)	46 (36,8)	59 (33,7)	55 (36,4)	67 (39,4)	263 (33,4)
Total	166 (100,0)	125 (100,0)	175 (100,0)	151 (100,0)	170 (100,0)	787 (100,0)
Perdido						9
*" <i>sentirse acompañada en el tiempo después de recibir las malas noticias</i> "; " <i>recibir una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender</i> "; " <i>ser tratada con prioridad al presentarse en el hospital/centro salud</i> " ** $\chi^2 (12, n=787) = 19,05, p = 0,087$						

Tabla 14. Grado de satisfacción según si respondieron estar 'de acuerdo' con las 3 afirmaciones críticas\* relacionadas con el diagnóstico (según el análisis multivariante, véase tabla 9)

Satisfacción	Número de afirmaciones críticas valoradas como "De acuerdo"***				
	Cero n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	Total n (%)
En desacuerdo o neutro	92 (71,3)	94 (51,6)	50 (23,5)	24 (9,2)	260 (33,1)
De acuerdo	37 (28,7)	88 (48,4)	163 (76,5)	238 (90,8)	526 (66,9)
Total	129 (100,0)	182 (100,0)	213 (100,0)	262 (100,0)	786 (100,0)
Perdido					10
*" <i>sentirse acompañada en el tiempo después de recibir las malas noticias</i> "; " <i>recibir una explicación clara del diagnóstico, en un lenguaje fácil de entender</i> "; " <i>ser tratada con prioridad al presentarse en el hospital/centro salud</i> " ** $\chi^2 (3 n = 786) = 190,14, p < 0,001, V \text{ de Cràmer} = 0,492$					



## ESTANCIA

Tabla 15. Alojamiento

	n (%)
Habitación privada/no compartida	603 (75,9)
Habitación compartida, con una paciente que no era de maternidad	58 (7,3)
Habitación compartida, con otra madre embarazada o en post-parto	53 (6,7)
Sala dilatación-paritorio	21 (2,6)
Habitación compartida, con otra madre con pérdida	19 (2,4)
Primero compartida-después individual	16 (2,0)
No hubo ingreso	10 (1,3)
Otro (sala común, urgencias, etc.)	14 (1,8)
Total	794 (100,0)
Perdido	2

Tabla 16. Alojamiento según la edad gestacional

	Edad gestacional (semanas)*				Total n (%)
	16-19 n (%)	20-25 n (%)	26-33 n (%)	≥34 n (%)	
<b>Alojamiento</b>					
Compartido/otro	43 (33,6)	64 (33,2)	26 (17,3)	58 (18,0)	191 (24,1)
Privado	85 (66,4)	129 (66,8)	124 (82,7)	265 (82,0)	603 (75,9)
Total	128 (100,0)	193 (100,0)	150 (100,0)	323 (100,0)	794 (100,0)
Perdido					2

\* $\chi^2 (3, n=794) = 25,41, p < 0,001, Phi = 0,179$

Tabla 17. Alojamiento según el año de la muerte

	Año de la muerte					Total n (%)
	≤2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015/2016 n (%)	
<b>Alojamiento</b>						
Compartido/otro	57 (33,9)	24 (18,9)	44 (25,0)	32 (21,1)	34 (19,9)	191 (24,1)
Privado	111 (66,1)	103 (81,1)	132 (75,0)	120 (78,9)	137 (80,1)	603 (75,9)
Total	168 (100,0)	127 (100,0)	132 (100,0)	120 (100,0)	137 (100,0)	794 (100,0)
Perdido						2

\* $\chi^2 (4, n=794) = 13,28, p = 0,004, V \text{ de Cràmer} = 0,129$

Tabla 18. Insonorización de ruidos desde la unidad de maternidad

	n (%)
<b>Si la madre podía escuchar los llantos de los bebés en la unidad de maternidad</b>	
No	403 (57,2)
Algo	85 (12,1)
Sí	217 (30,8)
Total	705 (100,0)
Filtrado (todas las que estaban alojadas con otras madres de maternidad)	53
Perdido por fallo en la lógica de saltos/programación	31
Perdido	7

Tabla 19. Valoración de la tranquilidad de la habitación

	n (%)
<b>“La habitación donde estaba alojada era un lugar tranquilo”</b>	
Estoy totalmente en desacuerdo (1)	70 (8,9)
No estoy de acuerdo (2)	83 (10,5)
Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo (3)	71 (9,0)
Estoy de acuerdo (4)	263 (33,3)
Estoy totalmente de acuerdo (5)	303 (38,4)
Total	790 (100,0)
Perdido	6
Estoy de acuerdo (4) + estoy totalmente de acuerdo (5)	566 (71,7)

Tabla 20. Satisfacción global con la atención según el tipo de alojamiento y si la madre podía escuchar llantos de bebés

	Si la madre podía escuchar llantos de bebé desde su habitación o si estaba alojada en una habitación con otra madre no en situación de pérdida <sup>1</sup>		Total n (%)
	No n (%)	Sí n (%)	
<b>Satisfacción con la atención y alojamiento en una habitación compartida*</b>			
En desacuerdo o neutro	37 (33,3)	42 (52,5)	79 (41,4)
De acuerdo	74 (66,7)	38 (47,5)	112 (58,6)
Total	111 (100,0)	80 (100,0)	191 (100,0)
<b>Satisfacción con la atención y alojamiento en una habitación privada**</b>			
En desacuerdo o neutro	83 (25,0)	101 (37,4)	184 (30,6)
De acuerdo	249 (75,0)	169 (62,6)	418 (69,4)
Total	332 (100,0)	270 (100,0)	602 (100,0)
<b>Total***</b>			
En desacuerdo o neutro	120 (27,1)	143 (40,9)	263 (33,2)
De acuerdo	323 (72,9)	207 (59,1)	530 (66,8)
Total	443 (100,0)	350 (100,0)	793 (100,0)
Perdido			3

<sup>1</sup>En 53 casos la madre estaba alojada con otra madre (embarazada o en postparto) no en situación de pérdida. A estos casos no se les preguntó sobre escuchar llantos

\* $\chi^2$  (1 n=191) = 6,27, p = 0,012, Phi = -1,92

\*\* $\chi^2$  (1 n=602) = 10,22, p = 0,001, Phi = -1,34

\*\*\* $\chi^2$  (1 N 793) = 16,11, p < 0,001, Phi = -1,45