

Informe UMAMANITA

Capítulo 7. ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES

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)



7. ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES

RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y TABLAS

Resumen

Introducción: No existe evidencia científica que respalde la administración de sedantes (en forma de anestesia, analgésicos opiáceos o ansiolíticos) en el contexto de la atención sanitaria tras la muerte intrauterina. Se recomienda evitar su uso porque se piensa que interfiere con el proceso de duelo. Sin embargo, varios estudios señalan que es una práctica común en otros países. Se investiga la incidencia de administrar sedantes en el contexto del sistema sanitario español.

Resultados: Se analizaron las respuestas de 796 mujeres a una encuesta *online*¹. Se administraron sedantes/tranquilizantes al 48,0% de las mujeres en al menos una ocasión y al 7,6% en dos o más ocasiones. Los sedantes fueron administrados después del diagnóstico (22,0%), durante el trabajo de parto (14,8%) y después del parto (21,0%). El análisis bivariado halló diversos contextos de la atención en los que la administración de sedantes aumentó: cuando un/a psicólogo/psiquiatra vio a la mujer; alojamiento en una habitación privada; no estar acompañada durante el diagnóstico y o el parto; y en contextos clínicos, como la práctica de cesáreas. Los motivos de la prescripción de sedantes fueron diversos: en el 32,5% de los casos la madre los pidió, mientras que en el 50,3% de los casos un profesional sanitario aconsejó tomarlos. En el 17,1% de los casos los profesionales administraron sedantes sin consultar y en el 53,8% de los casos no explicaron los efectos de los sedantes antes. La administración de sedantes está asociada con porcentajes más bajos de contacto *post mortem* con el bebé y de menor satisfacción con la atención. Los resultados sugieren que los sedantes podrían ser una variable predictora de dificultades en el duelo a corto y largo plazo.

Conclusiones: El nivel de consumo de sedantes y la falta de una explicación previa de sus efectos es preocupante, porque los efectos cognitivos de la sedación son fuertes y contrarios a los objetivos de la atención. Además, dificultan el trabajo del sanitario. Las buenas prácticas recomiendan no sedar a la madre porque se piensa que puede causar problemas en el desarrollo del duelo. Una propuesta sustentada por los resultados de este estudio.

Palabras clave: Muerte fetal, muerte intrauterina, muerte perinatal, duelo perinatal, duelo gestacional, calidad atención, sedantes, tranquilizantes, duelo complicado

Abstract

Introduction: No evidence exists to support the administration of sedatives (analgesic opiates or anxiolytics) during the hospital stay as a medical intervention in cases of intrauterine death as they are believed to interfere with the grief process. Various studies, however, have found that they are routinely administered in other countries. The study investigates the practice of sedative administration in Spanish hospitals.

Results: Responses from 796 women to an online questionnaire were analysed. 48.0% of respondents stated that they were administered sedatives at least once during the hospital stay and 7.6% on two or more occasions. Sedatives were administered after the diagnosis (22.0%), during labour (14.8%) and after the birth (21.0%). Bivariate analysis found that sedative administration was significantly higher in a number of contexts: when women were seen by a psychologist/psychiatrist; being accommodated in a private room; not being accompanied by a partner, family member or friend during the diagnosis or birth; and with clinical contexts such as a caesarean birth. The reasons for administering sedatives were diverse: in 32.5% of cases the woman asked for sedatives, health professionals advised the woman to take sedatives on 50.3% of occasions and in 17.1% of cases they were administered without consulting. In 53.8% of cases the potential side effects of the sedatives weren't explained beforehand. The administration of sedatives was significantly associated with lower levels of contact with the baby and lower satisfaction. The results suggest that sedative administration could be a predictor of having difficulties during the grief process in the short and long-term.

Conclusions: The level of sedative consumption and the lack of an explanation of their effects is worrying as their cognitive effects are antithetical to the objectives of care and make the provision of good care more difficult. The results suggest that administering sedatives was prejudicial to mental health and supports best practice recommendations that advise against the use of sedatives due to their negative effects on perinatal grief.

Keywords: Stillbirth, termination of pregnancy, bereavement care, perinatal death, perinatal grief, care quality, sedatives, complicated grief

¹ Véase el capítulo 1 para una descripción detallada de la metodología.

Introducción

En casos de duelo, la administración de sedantes, tranquilizantes u otros medicamentos psicotrópicos no está recomendada como una intervención rutinaria porque el duelo en sí no es patológico [1]. No obstante, solamente un ensayo controlado aleatorio ha estudiado el efecto de las benzodiacepinas (por ejemplo, diazepam) sobre el duelo en adultos cuya pareja había fallecido, y no encontró efectos positivos o negativos sobre el duelo o la calidad del sueño durante los seis meses posteriores a la muerte [2].

En el contexto de la muerte perinatal, se considera que la sedación (en forma de anestesia, analgésicos opiáceos o ansiolíticos) durante la estancia hospitalaria (o después de ella) prolonga el duelo [3–6]. Sin embargo, es un tema muy poco estudiado y se desconoce la manera en que la sedación podría influir en el duelo; no existen estudios de control que lo hayan comprobado y la evidencia cualitativa es escasa.

En los pocos estudios que presentan datos de las opiniones de las mujeres sobre el consumo de sedantes en el hospital, la gran mayoría expresan opiniones negativas. En general, comentan que se sentían confundidas o incapacitadas tras tomarlos [7,8]. También se los asocia con remordimientos sobre las decisiones tomadas durante la estancia y con sentirse demasiado sedadas durante el parto o en el momento de ver al bebé [9–11]. Sin embargo, un porcentaje pequeño hablan de efectos positivos para conciliar el sueño o para sentirse más tranquilas [7,12].

Cuando estudiamos la evidencia sobre el efecto de los sedantes de tipo ansiolíticos, queda patente por qué podrían tener un impacto negativo sobre el duelo. Está demostrado que una sola dosis de benzodiacepina provoca sedación y somnolencia y reduce la capacidad de concentración y de adquisición de información, además de tener un efecto amnésico del tipo antegrado (la incapacidad de formar nuevas memorias). Todos aquellos efectos son contradictorios con los objetivos de las buenas prácticas en la atención al duelo perinatal; impiden la autonomía en la toma de decisiones y la formación de nuevas memorias.

¿Existen contextos clínicos que podrían justificar la administración de sedantes tras el diagnóstico de la muerte intrauterina? Aquí contemplamos brevemente la evidencia respecto a la ansiedad aguda, el duelo complicado, el estrés postraumático, la depresión y la ansiedad generalizada.

Reacciones a la noticia de la muerte, la ansiedad aguda (pre-operatorio, miedo al parto, etc.)

Uno de los efectos adversos de la enorme reducción de la mortalidad perinatal ha sido su desaparición de la conciencia popular. En consecuencia, la noticia de la muerte es, normalmente, inesperada y conlleva un tremendo *shock*, incluso para las mujeres que han tenido complicaciones durante su embarazo [11,13–15]. Según los testimonios de las mujeres, la comunicación de la muerte puede desencadenar una serie de reacciones de diversa índole: algunas pueden sentirse inmensamente tristes, confundidas y asustadas [16–18], algunas responden con enfado y agresión [19], y algunas otras pueden experimentar ataques de pánico [20], aunque no existen datos que cuantifiquen estas experiencias. Asimismo, saber que tiene un bebé muerto en el útero puede provocar miedo por la seguridad física [10,18], una preocupación a menudo compartida por la pareja [21].

Según el criterio de la DSM-V, la ansiedad incluye las fobias, el trastorno de ansiedad de la separación, la ansiedad social, la agorafobia, los ataques de pánico, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada, entre otros [22]. Sin embargo, la ansiedad aguda, el pánico tipo pre-operatorio, y la ansiedad que podría ocurrir tras el diagnóstico de una muerte perinatal no figuran en el criterio y no son trastornos psiquiátricos.

Por otra parte, aunque la acción rápida de los sedantes como las benzodiacepinas significa que son efectivas para el tratamiento de la ansiedad aguda o para las sensaciones de pánico [23], los efectos secundarios de estos medicamentos están asociados con los remordimientos sobre decisiones y alteraciones de la memoria. Por esto, es más probable que las desventajas superen cualquier beneficio.

El duelo complicado

El duelo en sí mismo no es patológico; es la reacción normal a la muerte de un ser querido [24]. Aunque las reacciones agudas en el contexto de un hospital, como hemos esbozado antes, parezcan fuertes, son normales y no son indicadoras del desarrollo de un duelo complicado. Este no se puede diagnosticar hasta 12 meses después de la muerte, según el criterio del DSM-V [22], lo que descarta su diagnóstico durante los pocos días de la estancia hospitalaria².

² Señalamos que existen muchas diferencias entre culturas en la manera de expresar y tratar el duelo, y citar al DSM V es solamente una indicación de que un duelo problemático suele manifestarse sobre un periodo de tiempo extendido.

El estrés postraumático

La muerte de un hijo/a se considera una muerte emocionalmente traumática y la muerte intrauterina se puede vivir como una muerte especialmente traumática por las sensaciones de miedo y *shock* que puede conllevar. Además, puede avivar cuestiones existenciales sobre la vida y la mortalidad y el sentido de la justicia [25]. Aunque las mujeres que sufren una muerte perinatal tengan un riesgo de sufrir síntomas de estrés postraumático durante los meses y años después de la muerte [8,26–28], el periodo mínimo para diagnosticarlo es de un mes después del acontecimiento y, por tanto, no es posible diagnosticarlo durante los pocos días que las mujeres pasan en el hospital [22].

Más aún, según una reciente revisión sistemática, los tranquilizantes (ej. benzodiazepina) no son efectivos en el tratamiento o la prevención del trauma. Además, están asociados con problemas específicos en pacientes con estrés postraumático y puede que en realidad contribuyan a su empeoramiento [29].

Trastornos afectivos: depresión y ansiedad generalizada

Algunos estudios de control (comparando con casos de partos de bebés vivos) revelan consistentemente que un 10-30% de las mujeres que sufren una muerte perinatal (incluida una interrupción del embarazo por anomalías fetales severas en el segundo o tercer trimestre) están en riesgo de padecer síntomas clínicos de depresión o ansiedad generalizada durante los siguientes meses y o años [27,28,30–32]. Sin embargo, para diagnosticar un trastorno depresivo es necesario que la persona padezca una serie de síntomas específicos durante un periodo continuado de 2 semanas, mientras que en el caso de la ansiedad generalizada, debería ocurrir durante un periodo de más de seis meses y manifestarse en el contexto de varias actividades o situaciones [22,33]. Por ello, ambos trastornos quedan descartados durante el periodo de ingreso hospitalario.

A pesar de esta falta de evidencia científica que sustente su uso en el contexto del duelo perinatal, varios estudios han encontrado que la administración de sedantes es una práctica relativamente frecuente [34,35] o que bastantes médicos/obstetras avalan su uso en el tratamiento de estas pacientes [5,36,37]. Durante la investigación exploratoria, varias mujeres hablaron sobre la administración de sedantes, por lo que el estudio pretende arrojar luz sobre esta práctica en los hospitales españoles.

Objetivos de la investigación:

- Establecer cuál es la incidencia de la administración de sedantes/tranquilizantes a mujeres durante la atención a la muerte intrauterina o la interrupción del embarazo por motivos médicos.
- En los casos en los cuales administraron sedantes, establecer el momento de la administración, el motivo y si las mujeres recibieron una explicación sobre sus efectos secundarios con anterioridad.
- Evaluar las percepciones de las mujeres que consumieron sedantes respecto al efecto subjetivo sobre su memoria.
- Explorar la relación entre la administración de sedantes y otras variables de la atención y con posible duelo complicado, medida en una escala de duelo perinatal.

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.

Incidencia de la administración de sedantes

A las encuestadas se les preguntó lo siguiente: "¿Te dieron sedantes o tranquilizantes en algún momento? (*fármacos para sedarte o tranquilizarte. NO fármacos para el dolor, analgésicos, anestésicos como la epidural o pastillas para dormir*)". La respuesta incluía las siguientes opciones: 'No', 'Sí, después de la comunicación de las malas noticias o durante la parte inicial del trabajo de parto', 'Sí, durante el parto (alrededor del tiempo, justo antes o durante el expulsivo)', 'Sí, después del parto'. Si les habían administrado sedantes/tranquilizantes en más de una ocasión, las encuestadas podían elegir múltiples respuestas. La pregunta no contemplaba casos en los cuales los profesionales ofrecieron sedantes y la madre los rechazó, ni la clase de sedante/tranquilizante administrado.

En total, el 52,0% de las mujeres respondieron que no consumieron sedantes/tranquilizantes en ninguna ocasión durante la estancia. En el resto de los casos, el 40,4% tomaron sedantes en una ocasión y el 7,6% en dos o más ocasiones, un total del 48,0% de la muestra (tabla 1, gráfico 1).

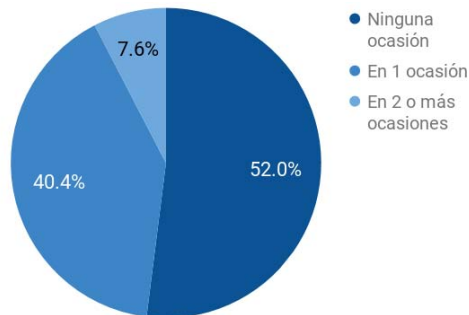


Gráfico 1. Frecuencia de la administración de sedantes/tranquilizantes durante la estancia (n=796)

Respecto al momento de la administración de los sedantes, un 22,0% de las mujeres respondieron 'después del diagnóstico o durante la parte inicial del trabajo de parto', el 14,8% 'durante el parto (alrededor del tiempo, justo antes o durante el expulsivo)' y, finalmente, el 21,0% contestaron 'después del parto' (tabla 1, gráfico 2).

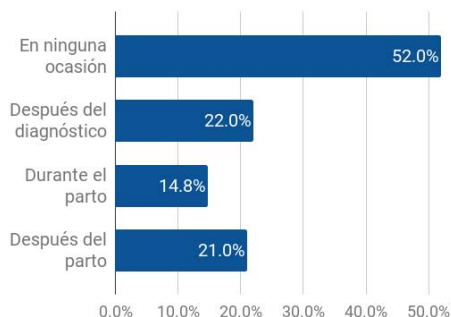


Gráfico 2. Momento de la administración de los sedantes (n=796, se permiten respuestas múltiples)

Un análisis de este resultado según el año de la muerte encontró que la proporción de mujeres que respondieron que se les administraron sedantes durante la estancia permaneció constante durante el periodo de tiempo que el estudio abarcó.

Variables predictoras de la administración de sedantes

En los otros capítulos hemos utilizado las técnicas de análisis de regresión múltiple y regresión logística para explorar relaciones entre variables dependientes y

variables predictoras (independientes). No obstante, en el caso de la administración de sedantes las relaciones que hemos encontrado son más débiles y explican solo una parte pequeña de la varianza. Sin embargo, existen algunas relaciones estadísticamente significativas y la técnica de análisis CHAID³ (decisión de árbol) resulta útil para hacer una exploración multivariada de las circunstancias de la atención asociadas con esta práctica. Para hacer el análisis introdujimos una serie de variables independientes en el modelo, incluyendo datos sobre las características socio-demográficas, la historia maternal, historia de la pérdida y variables de la atención (alojamiento, acompañamiento, valoración de las interacciones con los sanitarios, tipo de parto, etc.).

Administración en cualquier momento de la estancia

En la figura 1 presentamos el resultado del primer análisis CHAID en el cual se explora la relación entre la administración de sedantes en al menos una ocasión durante la estancia y una serie de variables independientes. En primer lugar, el análisis encuentra que la variable con la asociación significativa más fuerte (nódulo 0) es si un/a psicólogo/psiquiatra vio a la madre durante la estancia (59,2% vs. 45,3%, $p = 0,002$). Esto no quiere decir que el/la psicólogo/psiquiatra administrase los sedantes, y se debe recordar que solo 1 de cada 5 mujeres vio a un/a psicólogo/psiquiatra durante el tiempo que pasó en el hospital.

Cuando la madre no vio a un/a psicólogo/psiquiatra (n=644) entran en juego otras variables, todas ellas relacionadas con el acompañamiento. Por ejemplo, a las mujeres alojadas en habitaciones privadas (nódulo 1) les administraron más sedantes que a las que compartieron una habitación (49,1% vs. 34,2%, $p = 0,003$). Asimismo, las madres alojadas en habitaciones privadas y las que no estuvieron acompañadas por su pareja u otra persona durante el parto (nódulo 4) también tuvieron una probabilidad mayor de haber recibido sedantes (59,1% vs. 45,3%, $p = 0,021$). Por otra parte, para las mujeres no alojadas en una habitación compartida (n=161, nódulo 3), la administración de sedantes fue más frecuente en caso de no estar acompañada durante el diagnóstico (50,0% vs. 26,6%, $p = 0,010$). Es importante señalar que en todos estos sub-grupos el tamaño de efecto⁴ de la relación es pequeño.

Cuando nos centramos específicamente en el momento de la administración (*después del diagnóstico, durante el parto o después del parto*) vemos diferencias contextuales.

³ Véase capítulo 1 para más detalles sobre esta técnica de análisis.

⁴ Véase el capítulo 1 para detalles sobre los parámetros de medición del tamaño de efecto de la relación estadística.

Administración después del diagnóstico

En el caso de la administración de sedantes después del diagnóstico (22,0% de la muestra, figura 2) se encontró que la variable que mantenía una relación más significativa fue el alojamiento (nódulo 0): las mujeres que estuvieron alojadas en una habitación privada tuvieron una probabilidad más alta de recibir sedantes (después del diagnóstico) que las mujeres en habitaciones compartidas (22,4% vs. 14,5%, $p = 0,012$). También las mujeres alojadas en una habitación privada tuvieron más probabilidades de tomar sedantes si contestaron estar 'en desacuerdo o neutro' con la afirmación "sentí que los profesionales me escucharon"⁵ (31,5% vs. 20,9%, $p = 0,014$, nódulo 2). Y, por otra parte, las que estuvieron en una habitación compartida y contestaron estar 'de acuerdo' con que sintieron tener "control sobre las decisiones médicas" tuvieron más probabilidades de haber tomado sedantes (28,4% vs. 7,1%, $p < 0,001$, (nódulo 1).

Administración durante el parto

En la figura 3 se puede observar que en los casos de interrupción existen más casos a los que les fueron administrados sedantes (24,7% vs. 11,7%, $p < 0,001$). En los casos de muerte súbita, cuando la mujer no estaba acompañada durante el parto, la probabilidad de que se le administrasen sedantes es más de dos veces mayor (22,8% vs. 9,5%, $p < 0,001$, nódulo 2). Y, en los casos de muerte súbita en los cuales no hubo acompañamiento durante el parto, la administración de sedantes fue mayor en hospitales privados (14,7% vs. 7,7%, $p = 0,019$, nódulo 3).

Administración después del parto

En primer lugar, en los casos de parto por cesárea la administración de sedantes después del parto fue mayor que en los partos vaginales (41,5% vs. 17,4%, $p < 0,001$, nódulo 0). En este caso, puede que exista cierta confusión con analgésicos para el tratamiento del dolor, pero también es importante que el equipo médico que administra analgésicos sea consciente de sus efectos sedativos. Asimismo, en los casos de parto vaginal, si la madre vio a un/a psicólogo/psiquiatra durante la estancia, la probabilidad de haber tomado sedantes fue más elevada (30,3% vs. 14,7%, $p < 0,001$, nódulo 1).

⁵ 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'.

Motivo para la administración de sedantes

A las encuestadas les formulamos la siguiente pregunta: "¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que te dieron sedantes en aquel momento?", y presentamos tres opciones de respuesta: a) Pedí que me dieran algo para relajarme; b) Me dijeron que sería mejor que me tomara algo para relajarme; c) Me dieron sedantes sin consultar conmigo.

Expuestos en el gráfico 2, los resultados muestran que, en la mayoría de los casos, la administración de sedantes fue impulsada por los profesionales sanitarios, tras recomendar su consumo (50,3%) o administrarles sin consultar (17,1%). Sin embargo, casi 1 de cada 3 mujeres pidió algo para relajarse (véase tabla 2 para más detalles).

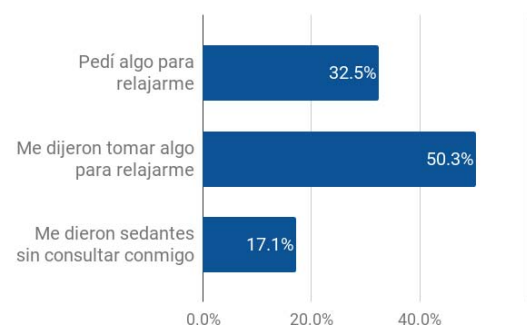


Gráfico 3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que te dieron sedantes en aquel momento? (n=455)

Explicación de los efectos secundarios

En cada instante de la administración de sedantes, preguntamos a las encuestadas si les explicaron el efecto de los sedantes antes de administrarlos, con tres posibles respuestas: 'Sí, me lo explicaron muy bien', 'Sí, pero no del todo' y 'No'.

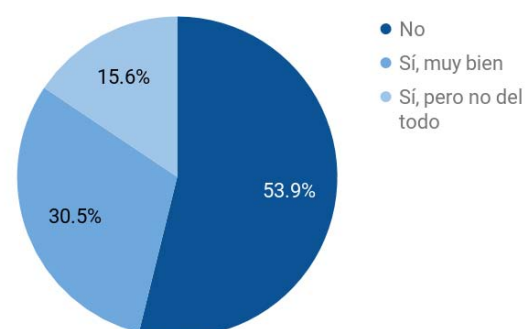


Gráfico 4. Explicación de los efectos de los sedantes antes de su administración (n=455)

Según las encuestadas, el personal sanitario no explicó el efecto de los sedantes en más de la mitad de los casos, mientras que en el 30,5% de los casos respondieron que 'lo explicaron muy bien' y un 15,6% contestó que explicaron los efectos pero 'no del todo' (gráfico 4, véase tabla 3 para más detalles).

Percepciones acerca del efecto de los sedantes sobre la memoria

A todas las participantes que respondieron afirmativamente a haber tomado sedantes durante la estancia hospitalaria, les preguntamos si sentían que los sedantes habían afectado a los recuerdos de su estancia en el hospital (tabla 4, gráfico 5). 1 de cada 3 mujeres que consumieron sedantes respondieron que sintieron que los sedantes les habían afectado los recuerdos 'mucho' o 'un poco'.

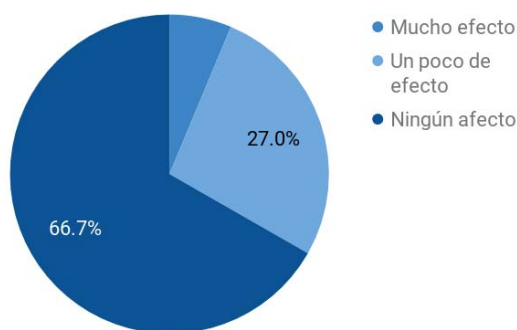


Gráfico 5. Efecto de los sedantes en la memoria (n=455)

Asociación con otras variables de la atención

Un análisis de la asociación entre la administración de sedantes y el contacto *post mortem* con el bebé (tabla 5) encontró una asociación significativa entre la sedación justo antes o durante el momento del expulsivo y un porcentaje reducido de madres que vieron a su bebé (37,3% vs. 55,6%, $p < 0,001$).

También, el análisis encontró que en los casos en los cuales administraron sedantes 'sin consultar' el grado de satisfacción fue significativamente más bajo (44,1% vs. 68,9%, $p < 0,001$). Asimismo, cuando administraron los sedantes 'sin explicar los efectos' la satisfacción fue significativamente más baja (55,4% vs. 72,6%, $p < 0,001$). Véase la tabla 6 para más detalles.

Asociación con el duelo complicado

Usando la técnica de regresión logística binaria, comprobamos la relación entre la administración de sedantes y la variable dependiente "posible duelo complicado" (dicótoma), determinada mediante una versión castellana [38] del Perinatal Grief Scale [39]. El análisis comprobó la relación entre los casos que están por encima del punto medio de la escala y la administración de sedantes en al menos una ocasión durante la estancia. Controlando posibles variables de confusión (el tiempo desde la pérdida, el grado de apoyo social recibido, estar embarazada en el momento de la encuesta, haber tenido un hijo vivo después de la pérdida, las creencias religiosas/espirituales y el tipo de parto⁶) el análisis halló una relación positiva entre la variable predictora 'administración de sedantes en al menos una ocasión' y la variable dependiente 'posible duelo complicado'.

En cuanto a la muestra entera, el análisis encontró que, independientemente de las variables de control, las mujeres que habían tomado sedantes en al menos una ocasión tenían una probabilidad de estar por encima del punto medio de escala 2,16 veces (aOR: 2,16) mayor que el resto de la muestra.

En el caso del grupo de menos de un año desde la pérdida, las que consumieron sedantes mostraron un factor de riesgo de 2,13 (aOR: 2,13) de estar por encima del punto medio. Asimismo, en el grupo de más un año desde la pérdida, el riesgo aumentó notablemente. Las que consumieron sedantes en al menos una ocasión tenían un factor de riesgo de 3,42 (aOR: 3,42) de 'posible duelo complicado' (véase tabla 8).

Discusión

Administración de sedantes

Pese a que la administración de sedantes/tranquilizantes durante la estancia hospitalaria en casos de muerte perinatal es una práctica contraindicada desde los años 70 [6,40–43], el estudio revela que, según las encuestadas, su uso es generalizado y rutinario. Se administraron sedantes en la mitad de los casos y en casi 1 de cada 10 casos en dos o más ocasiones⁷. El resultado se asemeja al 41% que encontraron en un estudio en Inglaterra en los años noventa [44], pero es 4-5 veces más alto que la incidencia de administración de benzo-

⁶ El análisis halló que todas estas variables son predictoras de posibles problemas con el duelo, algunas positivas y otras negativas. Se publicará un análisis completo en una futura publicación.

⁷ Este estudio no contemplaba la coadministración de antiepilépticos por parte de los obstetras/ginecólogos, pero es importante señalar que puede ser una práctica común [12,34].

diazepinas durante la estancia hospitalaria en un estudio en EEUU en 2014 [34].

Impacto de los sedantes sobre la autonomía y toma de decisiones

En un contexto donde la madre y su pareja no tienen antecedentes ni experiencia previa con la muerte perinatal, situación en la cual existe mucha confusión y sensaciones de *shock*, una de las funciones más importantes del personal sanitario es ayudar a la madre y a su pareja a tomar una serie de decisiones importantes. En una situación en la que la adquisición de información es especialmente difícil [19], son necesarios procesos de comunicación efectivos [45]. Si la administración de un sedante impide este proceso, el efecto es el de incapacitar la autonomía y problematizar aún más la situación. Por otra parte, los efectos amnésicos de los sedantes son contrarios para con los objetivos de ver y sostener al bebé después del parto. Precisamente, son los recuerdos sobre estos momentos de cuidado maternal/paternal, además del aspecto del bebé, que son tan importantes para el desarrollo del duelo.

Las citas siguientes, extraídas de preguntas abiertas en la encuesta, ayudan a explicar, en palabras de las mujeres, cómo los sedantes pueden interferir con la asistencia, incluso cuando esta sea de buena calidad. En particular, cómo pueden impedir la autonomía y el proceso de toma de decisiones, además de estar implicados en los remordimientos:

Me hubiera gustado abrazarle [el bebé], pero por efecto del sedante estaba en una actitud pasota, y aunque pude hacerlo y me lo facilitaron yo no quise. Ahora me arrepiento, pues es lo que más me duele al pensarlo y con lo que mis lágrimas rebosan de mis ojos cuando lo recuerdo.

(Interrupción, 16-19 semanas)

Los sedantes hicieron que no tuviera una respuesta sana a la hora de ver al bebé, estaba drogada y como tal no era yo misma. Me arrepiento mucho de haberlos tomado.

(Interrupción, 20-25 semanas)

[lo que menos ayudó durante la estancia]: Tener en contra de mi voluntad, que soportar los malditos sedantes [...] -Sedarme para hacerme firmar documentos doblados sin dejarme leerlos. [extraída de una lista de reclamaciones más larga]

(Muerte súbita, ≥34 semanas)

[lo que menos ayudó durante la estancia]: La incomunicación, el aislamiento, la negación de recibir analgesia y el maltrato recibido por parte del personal médico, la sedación que me impedía expresarme con claridad.

(Interrupción, 20-25 semanas)

Citas ilustrativas:

Administración de sedantes/tranquilizantes: ¿Factor de riesgo para el duelo complicado?

Los resultados señalan que el consumo de sedantes durante la estancia hospitalaria podría ser una variable predictora de problemas en el duelo. Según sabemos, es la primera vez que se publican resultados sobre la relación entre una medición del duelo perinatal y el consumo de sedantes, y deberíamos tratar estos resultados con prudencia. No indican una relación causal; solamente una asociación que necesita más exploración porque son muchos los factores que desconocemos. Por ejemplo, no sabemos qué proporción de las encuestadas había tomado sedantes como benzodiazepinas anteriormente, pero en base a varios estudios parece probable que un porcentaje importante lo habría hecho⁸ [46]. Tampoco sabemos qué clase de sedantes/tranquilizantes tomaron, ni cuáles de las encuestadas seguían tomando sedantes después del alta. Otros estudios han encontrado que la salud mental previa a la pérdida es una variable predictora de problemas durante el duelo, pero en este estudio no disponemos de datos sobre ello, y puede que sea una variable que dé pie a confusión. Dicho esto, los resultados concuerdan con los pocos datos cualitativos existentes y la opinión de los expertos. El resultado señala que para una proporción importante de las mujeres, el efecto de los sedantes es contraproducente.

En conclusión, los efectos secundarios de los sedantes/tranquilizantes son contradictorios con lo que debería ser el objetivo principal de la atención: no solamente dificultan la asimilación de información por parte de la madre, sino también la labor de los profesionales. En este sentido, no se recomienda la administración de sedantes por su efecto sobre la capacidad de tomar decisiones y por influir en los remordimientos [11,41], además de por afectar a la memoria en los momentos importantes [4,43,47].

Dinámicas socio-culturales e institucionales que promueven la administración de sedantes

A pesar de que no existe evidencia que apoye la administración de sedantes en el contexto de la muerte perinatal, estudios en EE.UU. Suecia y Italia han encontrado que alrededor de la mitad de los profesionales obstétricos opinan que la administración de sedantes durante la estancia hospitalaria es una respuesta médica apropiada [5,37,48]. En esta sección contextualiza-

⁸ Se refiere al consumo previo a lo largo de la vida adulta, no durante el embarazo. El consumo de benzodiazepinas está contraindicado durante el embarazo por una serie de riesgos para el embarazo y o el feto, salvo en los casos en los que se piensa que el riesgo para la salud mental de no tomarlas es mayor que el riesgo físico para el embarazo [57].

remos los resultados observando dinámicas socio-culturales e institucionales que podrían promover la administración de sedantes a pesar de que estén contraindicados.

Historia del uso generalizado de los sedantes en la obstetricia y en los casos de muerte perinatal

Desde el principio de la medicalización y la patologización del parto, la sedación (*twilight sleep*, por ejemplo) formaba parte de una nueva gama de tecnologías obstétricas, junto con el método profiláctico de los fórceps, la episiotomía y los enemas, cuyo valor científico sería cuestionado con el paso del tiempo [49,50]. La publicación del texto de DeLee contribuyó a un cambio en los valores culturales sobre el parto, el cual fue representado como una experiencia espantosa y peligrosa para la mujer y su bebé [49]. El parto se convirtió en un acontecimiento exclusivamente médico en el cual la mujer (la paciente) adoptaba una posición pasiva (tumbada y drogada) y el obstetra practicaba una operación; un modelo vigente hasta los años 80 [51].

Otro factor que facilitó estos cambios socio-culturales se relacionó con discursos paralelos sobre la salud mental de las mujeres y las nociones genéricas sobre las emociones, la irracionalidad y la fragilidad de las mujeres [52,53]. Durante la primera parte del siglo XX, por ejemplo, cuando emergieron diagnósticos psiquiátricos como la *histeria* [52], era común creer que durante el parto existía un peligro importante de “desequilibrio mental” para las mujeres y pensaron que el *twilight sleep* era particularmente beneficioso para las mujeres de “temperamento nervioso” [9]. Existe una larga historia de estas supuestas relaciones entre la salud mental de las mujeres en el contexto obstétrico y la necesidad de que el obstetra las proteja y, por otra parte, culpabilizarlas por los resultados negativos del embarazo (malformaciones en el feto⁹) o del desarrollo del neonato¹⁰, este último bastante reciente.

Es importante señalar el contexto histórico por varias razones. Primero, porque aunque en casi todo el mundo occidental el uso de anestesia y sedación como el *twilight sleep* cayó en desuso durante la segunda mitad del último siglo, fueron reemplazadas por nuevos medicamentos como las benzodiazepinas o los analgésicos opiáceos con efecto sedante. El uso de tecnologías como la sedación, las episiotomías, los enemas, las

cesáreas innecesarias y el método Kristeller, cuya base de evidencia científica es muy débil o contradictoria, no es algo del pasado, sino que sigue vigente en la obstetricia occidental a pesar de las demandas para limitar y abandonar su uso [50,54]. De hecho, podemos señalar la elevada proporción de cesáreas en este estudio como evidencia directa (véase capítulo 8). Es más, el uso de la sedación por motivos no clínicos, como la ansiedad pre-operatoria, está indicado en manuales y protocolos contemporáneos de obstetricia [55,56]. Dado que ya se reconoce que las benzodiazepinas son peligrosas para el neonato [57] y su uso es limitado tanto durante el embarazo como en los partos de bebés vivos, puede que en casos de muerte intrauterina la falta de estas contraindicaciones aliente su uso, aunque esto es meramente una especulación.

Por otra parte, el uso generalizado e inadecuado de las benzodiazepinas en la sociedad está bien documentado tanto en España como en otros países. Además, las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de que les receten las benzodiazepinas [58] o de ser diagnosticadas de ansiedad [22], hechos que no se corresponden con diferencias biológicas entre los géneros, pero sí con dinámicas socio-culturales y económicas [59,60].

Reseñar estas historias no implica una postura radical contra la sedación, ya que puede ser útil y beneficiosa en ciertos contextos, sino que es un esbozo de los precedentes para intentar entender su uso en la actualidad.

Específicamente en el contexto de la muerte perinatal, varios estudios detallan cómo los obstetras usaron la anestesia y la sedación durante el expulsivo hasta los años 70 [7,9], una práctica paternalista que pretendía proteger emocionalmente a la mujer de la muerte, e iba codo con codo con la práctica de retirar al bebé tras el nacimiento y actuar como si no existiera [47,61,62]. En el contexto de un uso generalizado de la sedación junto con el hecho de que muchas madres no veían a su bebé, parece lógico conjeturar que la falta de autonomía en la toma de decisiones, común en otros países occidentales hasta los años 70, sigue siendo culturalmente significativa en las prácticas actuales de los hospitales españoles en este ámbito de la atención. Esto no significa que sea una cultura hegemónica, sino más bien que los vestigios de un paradigma anticuado aún son influyentes.

Esta conclusión encuentra sustento en el hecho de que administraron sedantes en el 17,1% de los casos sin consultar, y en un 53,8% no proporcionaron información sobre los efectos de los mismos. De igual manera, el análisis revela una relación entre no estar acompañada durante el parto o diagnóstico y la administración de sedantes, además de una relación con casos en los cuales la madre no vio a su bebé. Es más, un estudio

⁹ Véase Rion (1915) citado en Thompson (2008), *Birth pains: changing understandings of miscarriage, stillbirth and neonatal death in Australia in the twentieth century* (Tesis doctoral). University of Western Australia [9].

¹⁰ Invito al lector a leer el texto de Myers y Myers (1979) en el cual argumentan que muchos de los efectos de los sedantes sobre el neonato fueron en realidad efectos provocados por las mujeres susceptibles a la ansiedad, las más hostiles, aprensivas y no tranquilas [77].

realizado con profesionales sanitarios en Andalucía entre 1999 y 2004, encontró que en algunos hospitales la práctica de dormir a las mujeres para el expulsivo aún era habitual en casos de muerte intrauterina [63].

Los protocolos de actuación ante la muerte perinatal

Durante los últimos diez años se ha publicado una serie de nuevos protocolos y artículos en España sobre la atención sanitaria en casos de muerte perinatal, un hecho que está ayudando enormemente a cambiar el conocimiento sobre el tema y a mejorar las prácticas médicas y la atención. Sin embargo, a diferencia de los protocolos en otros países y de algunos protocolos españoles, donde apenas se habla de la sedación, varios textos españoles se refieren al tema utilizando una terminología ambigua que puede en realidad alentar su uso. Por ejemplo, se encuentran frases como evitar el “exceso de sedación” [64], no “sedar excesivamente” [65], usar “sedación consciente” [66] o que la mujer no debe vivir el parto “con gran sedación” [67]. Este tipo de terminología no es simplemente ambigua, también sugiere que la sedación no excesiva o leve es deseable. No obstante, como hemos presentado anteriormente, una sola dosis de benzodicepina puede tener efectos secundarios debilitantes, con lo cual no parece razonable pensar que se puede controlar el grado de sedación.

Acompañamiento y apoyo emocional

En el análisis de los contextos en los que se administran sedantes, se nota una tendencia importante respecto al acompañamiento. Cuando la madre no vio a una psicóloga/psiquiatra, la variable más asociada con la administración de sedantes era el alojamiento en una habitación privada, seguido de no estar acompañada (por un familiar) en el diagnóstico y o durante el parto. Este resultado sugiere varias posibilidades, pero principalmente que en algunos hospitales la sedación actuó como sustitución para el acompañamiento por parte de los profesionales. Esto podría ocurrir por varios motivos, como una falta de recursos humanos. Por ejemplo, un estudio en Inglaterra sobre la administración de benzodicepinas encontró que lo/as médicos de cabecera que trabajaron en los centros de salud más pequeños y con más gente en la sala de espera administraron sedantes más frecuentemente [68]. En este sentido se podría apuntar a problemas sistémicos.

También podría representar una reticencia a la hora de comprometerse a nivel afectivo, como han propuesto varios autores [5,7,61,62,69]. En este mismo estudio hemos visto que las encuestadas valoraron el compromiso afectivo bastante bajo (véase capítulo 2). No obstante, el análisis no halló una relación estadísticamente significativa entre las medidas de apoyo emocio-

nal y el consumo de sedantes. Siendo la excepción la administración de sedantes sin consultar o sin explicar el efecto de estos antes de administrarlos, casos en los que hemos visto un efecto negativo sobre la satisfacción. En este sentido, solo cuando la administración de sedantes contraviene las normas de la relación médico-paciente [70] tiene un impacto sobre la percepción de la atención. Esto sugiere que su uso está tan generalizado que, tanto el personal comprometido emocionalmente como el que no lo está administra sedantes, lo que nos lleva a concluir que refleja prácticas culturalmente arraigadas y sistemáticas.

La administración de sedantes como acto simbólico

Los resultados del estudio completo (capítulos 2-9) señalan que el personal sanitario carece de formación en la atención de casos de duelo perinatal, una conclusión apoyada por otros estudios con profesionales obstétricos en España [63,71,72]. Los datos presentados también sugieren que carecen del conocimiento científico acerca de los efectos de la sedación y los motivos por los cuales no está recomendada en casos de duelo. La atención en estos casos necesita un enfoque más psicosocial que físico. Asimismo, se reconoce que para los profesionales sanitarios la muerte perinatal puede ser especialmente dura a nivel psicológico, y que pueden sentir que han fracasado en su trabajo [73]. Por lo tanto, los sentimientos de culpa, combinados con una falta de formación sobre cómo dialogar y comunicar con estas madres [63,74], pueden significar que la administración de sedantes sea una manera simbólica [68] de hacer algo por ellas y para que el profesional sienta que ha sido útil.

Consumo promovido por la paciente

Uno de los resultados más sugerentes del estudio ha sido que casi una tercera parte de los sedantes administrados fue por demanda de las mujeres. Como hemos señalado antes, existe una cultura generalizada del consumo de sedantes en España y en el mundo occidental; 1 de cada 10 adultos ha consumido benzodicepinas en el último año y cerca 1 de cada 4 a lo largo de su vida, siendo estas cifras aún más altas entre las mujeres. Varios estudios apuntan a que la publicidad está dirigida a las mujeres, reforzando roles sociales genéricos y alentando la auto-identificación con enfermedades como la ansiedad, lo que promueve la solicitud de recetas al médico [59,60].

Aunque estos factores pueden explicar una parte de la demanda que hemos visto en el estudio, también podemos conjeturar que en un contexto de bastante miedo, emociones muy fuertes, sensaciones de vulnerabilidad y de un mundo descontrolado [75], estas mujeres recurren al conocimiento previo para ayudarse y de

algún modo sentir que están haciendo algo para aliviar su dolor y tomar control de su situación [76]. Esto puede animarles a pedir sedantes, una dinámica no muy distinta a los motivos por los que piden una cesárea (véase capítulo 8).

Como destacamos antes, la poca evidencia que existe sugiere que la mayoría de las mujeres claman sobre los efectos negativos de los sedantes, pero unas pocas comentaron los efectos beneficiosos. En este contexto, la información adecuada y los detalles sobre los efectos secundarios de los sedantes son importantes para que tomen una decisión informada.

Limitaciones

En el capítulo 1 presentamos una discusión general sobre las limitaciones y fortalezas de la metodología del estudio. Respecto a este capítulo existen algunas limitaciones específicas que se deben tener en cuenta. A pesar de que la pregunta especificaba que solo se refería a sedantes/tranquilizantes y *no* analgésicos, es bastante probable que algunas encuestadas hayan confundido medicamentos analgésicos como la meperidina/petidina (opiáceos), que tienen un efecto sedativo, con medicamentos de tipo ansiolítico. Esta posible confusión era previsible, dado que la mayoría de las encuestadas no tendrán un conocimiento clínico de los medicamentos y, en muchos casos, el personal sanitario no explicó sus efectos antes de administrarlos. En particular, este podría ser el caso de la administración de sedantes alrededor del tiempo del parto. Por tanto, es importante reconocer que existe un complejo y diverso abanico de medicamentos con efectos sedativos que se usan en obstetricia (la prometazina sería otra), pero detallar cuáles fueron usados y en qué preciso momento está más allá de las posibilidades de un estudio de este tipo. Sin embargo, lo más importante aquí es el efecto de la sedación, la cual, como hemos detallado en la introducción está contraindicada.

Conclusiones

Aunque el estudio presenta ciertas limitaciones, los resultados son preocupantes, precisamente porque el nivel de administración de sedantes sugiere que su utilización es generalizada, aunque esté en contra de las recomendaciones de las buenas prácticas en el manejo del duelo perinatal.

Sedar a la madre sin consultarle para que no tenga que enfrentarse al parto, al nacimiento de su bebé o a verle es un acto paternalista y potencialmente dañino. El objetivo principal de la atención es establecer una relación de confianza y ayudar a la madre y a su pareja

a tomar las decisiones que ellos consideren más apropiadas para con sus circunstancias, creencias e historia familiar.

Aunque puede que los/as médicos que atienden a la mujer sientan que está haciendo algo para ayudarla, es necesario conocer el potente efecto de los sedantes, aunque sea una sola dosis. Estas madres ya se encuentran en un contexto tremendamente difícil de abordar y los profesionales se enfrentan a una tarea de comunicación difícil y estresante. En la mayoría de los casos, los efectos de los sedantes solo pueden impedir la relación y la buena comunicación.

Como hemos señalado, en varios textos escritos en español la terminología sobre el uso de sedantes es ambigua y podría tener el resultado de alentar su uso. Parece necesario que se establezcan unos protocolos específicos para la administración de sedantes o ansiolíticos, por ejemplo, como determinar cuándo una madre está teniendo un ataque de pánico de verdad o está en riesgo de padecerlo.

Asimismo, es necesario reconocer la influencia de la cultura generalizada y el lugar que ocupan los sedantes/tranquilizantes en nuestra sociedad. Cuando una mujer pide algo para relajarse, es importante entender que es probable que esté intentando ejercer algo de control sobre su situación. En este contexto, es fundamental informarle bien sobre los posibles efectos secundarios que pueden en realidad tener un efecto contrario al deseado.

El tema del uso de sedantes/tranquilizantes y otros medicamentos psicotrópicos está poco estudiado en el contexto de la muerte perinatal, y se necesitan más investigaciones para explorar tanto las relaciones con el duelo como las narrativas de las mujeres sobre ello y sus efectos. Asimismo, estudios de casos clínicos podrían ser útiles para confirmar o refutar los resultados de este estudio.

Bibliografía

- [1] Raphael B, Minkov C, Dobson M. Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. *Handb. Bereave. Res. Consequences, coping, care.*, Washington DC: American Psychological Association; 2001, p. 587–612. doi:10.1037/10436-025.
- [2] Warner J, Metcalfe C, King M. Evaluating the use of benzodiazepines following recent bereavement. *Br J Psychiatry* 2001;178:36–41. doi:10.1192/bjp.178.136.
- [3] Estok PJ, Lehman A. Perinatal death: Grief support for families. *Birth Issues Perinat Care Educ* 1983;10:17–25.
- [4] Condon JT. Management of established pathological grief reaction after stillbirth. *Am J Psychiatry* 1986;143:987–92. doi:10.1176/ajp.143.8.987.
- [5] Säflund K, Sjögren B, Wredling R. Physicians' role and gender differences in the management of parents of

- a stillborn child: a nationwide study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;21:49–56.
- [6] Benfield DG, Leib SA, Vollman JH. Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics* 1978;62:171–8.
- [7] Giles P. Reactions of women to perinatal death. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* 1970;10:207–10. doi:10.1111/j.1479-828X.1970.tb00431.x.
- [8] 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.
- [9] Thompson SR. Birth pains: changing understandings of miscarriage, stillbirth and neonatal death in Australia in the twentieth century. Doctoral Thesis. University of Western Australia, 2008.
- [10] 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.
- [11] Malacrida CA. Perinatal death: Helping parents find their way. *J Fam Nurs* 1997;3:130–48. doi:10.1177/107484079700300203.
- [12] Cacciatore J, Thielemann K. Pharmacological Treatment Following Traumatic Bereavement: A Case Series. *J Loss Trauma* 2012;17:557–79. doi:10.1080/15325024.2012.688699.
- [13] Kavanaugh K. Parents' Experience Surrounding the Death of a Newborn Whose Birth Is at the Margin of Viability. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997;26:43–51. doi:10.1111/j.1552-6909.1997.tb01506.x.
- [14] Kavanaugh K, Hershberger P. Perinatal Loss in Low-Income African American Parents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:595–605. doi:10.1177/0884217505280000.
- [15] 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.
- [16] Kohner N, Henley A. When a baby dies: the experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death. Revised Ed. Routledge: London and New York; 2001.
- [17] 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.
- [18] 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.
- [19] 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.
- [20] 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.
- [21] Samuelsson M, Rådestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth* 2004;28:124–30. doi:10.1046/j.1523-536X.2001.00124.x.
- [22] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- [23] Hoffman EJ, Mathew SJ. Anxiety disorders: a comprehensive review of pharmacotherapies. *Mt Sinai J Med A J Transl Pers Med* 2008;75:248–62. doi:10.1002/msj.20041.
- [24] Hagman G. Beyond decathexis: Toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In: Neimeyer RA, editor. *Mean. Reconstr. Exp. loss*, Washington DC: American Psychological Association; 2001, p. 13–31.
- [25] Horwitz A V, Wakefield JC. All we have to fear: psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders. New York: Oxford University Press; 2012.
- [26] Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, et al. Trauma and grief 2–7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies – a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2005;26:9–14. doi:10.1080/01443610400022967.
- [27] Jind L, Elklit A, Christiansen D. Cognitive schemata and processing among parents bereaved by infant death. *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17:366–77. doi:10.1007/s10880-010-9216-1.
- [28] Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *J Women's Heal* 2016;25:263–9. doi:10.1089/jwh.2015.5284.
- [29] Guina J, Rossetter SR, Derhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract* 2015;21:281–303. doi:10.1097/PRA.0000000000000091.
- [30] Boyle FM, Vance JC, Najman JM, Hearle MJ. The mental health impact of stillbirth, neonatal death or sids: Prevalence and patterns of distress among mothers. *Soc Sci Med* 1996;43:1273–82. doi:10.1016/0277-9536(96)00039-1.
- [31] Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:62–6. doi:10.1016/S0163-8343(01)00124-4.
- [32] Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Lüdtorf K, Wesselmann U, Ohrmann P, et al. Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:437–43. doi:10.1007/s00406-007-0743-1.
- [33] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) Fourth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 1994.
- [34] Lacasse JR, Cacciatore J. Prescribing of Psychiatric Medication to Bereaved Parents Following Perinatal/Neonatal Death: An Observational Study. *Death Stud* 2014;38:589–96. doi:10.1080/07481187.2013.820229.
- [35] Harper MB, Wisian NB. Care of bereaved parents. A study of patient satisfaction. *J Reprod Med* 1994;39:80–6.
- [36] Gold KJ, Schwenk TL, Johnson TRB. Brief Report: Sedatives for Mothers of Stillborn Infants: Views from a National Survey of Obstetricians. *J Women's Heal* 2008;17:1605–7. doi:10.1089/jwh.2008.0868.
- [37] Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Romeo G, Biffino M, Bonaiuti R, et al. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery* 2018;64:53–9. doi:10.1016/j.midw.2018.05.008.
- [38] Paramio-Cuevas JC. Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal. Unpublished doctoral thesis. Universidad de Cádiz; 2016.

- [39] Potvin L, Lasker J, Toedter L. Measuring grief: A short version of the perinatal grief scale. *J Psychopathol Behav Assess* 1989;11:29–45. doi:10.1007/BF00962697.
- [40] Gilson GJ. Care of the family who has lost a newborn. *Postgrad Med* 1976;60:67–70. doi:10.1080/00325481.1976.11708404.
- [41] Kellner KR, Best EK, Chesborough S, Green M. Perinatal mortality counseling program for families who experience a stillbirth. *Death Stud* 1981;5:29–35. doi:10.1080/07481188108252075.
- [42] Leon IG, Ph D. The Psychoanalytic Conceptualization of Perinatal Loss: A Multidimensional Model 1992:1464–72.
- [43] Canadian Paediatric Society. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatr Child Heal* 2001;6:469–77.
- [44] Harper MB, Wisian NB. Care of bereaved parents: a study of patient satisfaction. *J Reprod Med* 1994;39:80–6.
- [45] Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The role of healthcare professionals in encouraging parents to see and hold their stillborn baby: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One* 2015;10:1–20. doi:10.1371/journal.pone.0130059.
- [46] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:55–64. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00331.x.
- [47] Lewis E. The management of stillbirth: coping with an unreality. *Lancet* 1976;308:619–20. doi:10.1016/S0140-6736(76)90680-2.
- [48] Gold KJ, Kuznia AL, Hayward RA. How Physicians Cope With Stillbirth or 2008;112:29–34. doi:10.1097/AOG.0b013e31817d0582.
- [49] Doherty-Turkel K. Women, power and childbirth: a case study of free-standing birth center. London: Bergin & Garvey; 1995.
- [50] Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth* 2001;28:202–7. doi:10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x.
- [51] Katz-Rothman B. Laboring then: the political history of maternity care in the United States. In: Simonds W, Rothman-Katz B, Meltzer-Norman B, editors. *Laboring Birth Transit*. United States, New York: Routledge; 2007.
- [52] Ehrenreich B, English D. For her own good: two centuries of the expert's advice to women. New York: Anchor Books; 1978.
- [53] Lutz C. Engendered emotion: gender, power, and the rhetoric of emotion control in American discourse. In: Harré R, Parrot WG, editors. *Emot. Soc. Cult. Biol. Dimens.*, 1996.
- [54] Bellón Sánchez S. Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? Master's Thesis. Utrecht University - Universidad de Granada, 2014.
- [55] Cabero-Roura L. Manual del residente de obstetricia y ginecología. Tomo I. Madrid: La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 1997.
- [56] Kurjak A, Chervenak FA. Textbook of Perinatal Medicine. Volume 1. 2nd ed. Abingdon, Oxon: Informa Healthcare; 2006.
- [57] Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E. Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *J Women's Heal* 2015;24:762–70. doi:10.1089/jwh.2014.5150.
- [58] Rogers A, Pilgrim D. A sociology of mental health and illness. Berkshire, England: Open University Press; 2005.
- [59] Stoppard JM. Why new perspectives are needed for understanding depression in women. *Can Psychol Can* 1999;40:79–90. doi:10.1037/h0086828.
- [60] Blum LM, Stracuzzi NF. Gender in the prozac nation: popular Discourse and Productive Femininity. *Gend Soc* 2004;18:269–86. doi:10.1177/0891243204263108.
- [61] Lake M, Knuppel RA, Murphy J, Johnson TM. The role of a grief support team following stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:877–81. doi:10.1016/0002-9378(83)90957-2.
- [62] Davidson D. A technology of care: Caregiver response to perinatal loss. *Womens Stud Int Forum* 2008;31:278–84. doi:10.1016/j.wsif.2008.05.009.
- [63] Gálvez-Toro A. Muerte alrededor del nacimiento. Creencias, sentimientos y vivencias. Una perspectiva de los cuidadores. Tesis doctoral. Universidad de Alicante, 2006.
- [64] Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Actuación de la matrona ante la muerte perinatal - protocolo asistencial. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2011.
- [65] González-Castroagudín S, Suárez-López I, Teijo P, Ledo-Marra MJ, Rodríguez-Vidal E. Papel de la matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cad Aten Primaria* 2013;19:113–7.
- [66] Santos-Redondo P, Yáñez-Otero A, Al-adib Mendiri M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Gobierno de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud; 2015.
- [67] Serrano Diana C, López del Cerro E, Castillo Cañadas AM, Gómez García MT, Amezcuza Recover AN, González de Merlo G. Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Progresos Obstet Y Ginecol* 2015;58:368–72. doi:10.1016/j.pog.2015.02.017.
- [68] Gabe J. Towards a sociology of tranquilizer prescribing. *Br J Addict* 1990;85:41–8. doi:10.1111/j.1360-0443.1990.tb00622.x.
- [69] Kirk EP. Psychological effects and management of perinatal loss. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:46–51. doi:10.1016/0002-9378(84)90290-4.
- [70] Gobierno de España. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2002.
- [71] 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 Enferm* 2011;19. doi:10.1590/S0104-11692011000600018.
- [72] Martínez-Serrano P, Palmar-Santos AM, Solís-Muñoz M, Álvarez-Plaza C, Pedraz-Marcos A. Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery* 2018;66:127–33. doi:10.1016/j.midw.2018.08.010.
- [73] Gandino G, Bernaudo A, Di Fini G, Vanni I, Veglia F. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *J Health Psychol* 2017;135910531770598. doi:10.1177/1359105317705981.
- [74] Pastor Montero SM, Romero Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011;19:1405–12. doi:10.1590/S0104-11692011000600018.
- [75] Lundqvist A, Nilstun T, Dykes A-K. Both empowered

- and powerless: mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth* 2002;29:192–9. doi:10.1046/j.1523-536X.2002.00187.x.
- [76] Siassakos D, Jackson S, Gleeson K, Chebsey C, Ellis A, Storey C. All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2017. doi:10.1111/1471-0528.14765.
- [77] Myers RE, Myers SE. Use of sedative, analgesic, and anesthetic drugs during labor and delivery: Bane or boon? *Am J Obstet Gynecol* 1979;133:83–104. doi:10.1016/0002-9378(79)90417-4.

7. ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES

TABLAS DE RESULTADOS

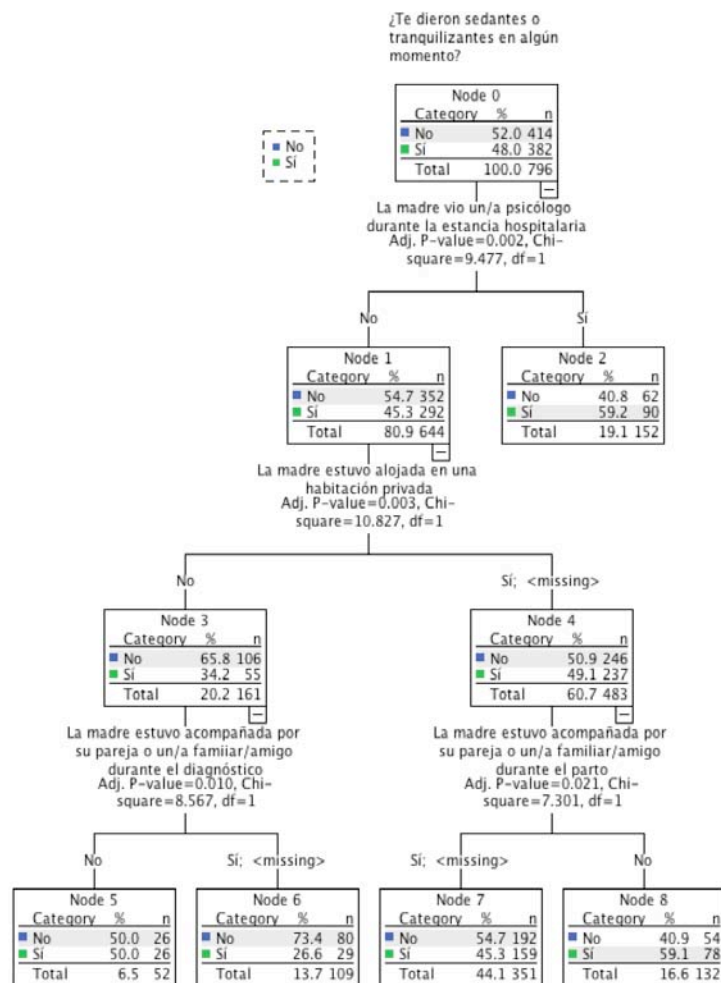
ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES

Tabla 1. Administración de sedantes* durante la estancia hospitalaria

	n* (%)
En ninguna ocasión	414 (52,0)
Después de las malas noticias	175 (22,0)
Durante el parto (alrededor del tiempo justo antes o durante el expulsivo)	118 (14,8)
Después del parto	167 (21,0)
n	796
Administración de sedantes en más de una ocasión	61 (7,6)

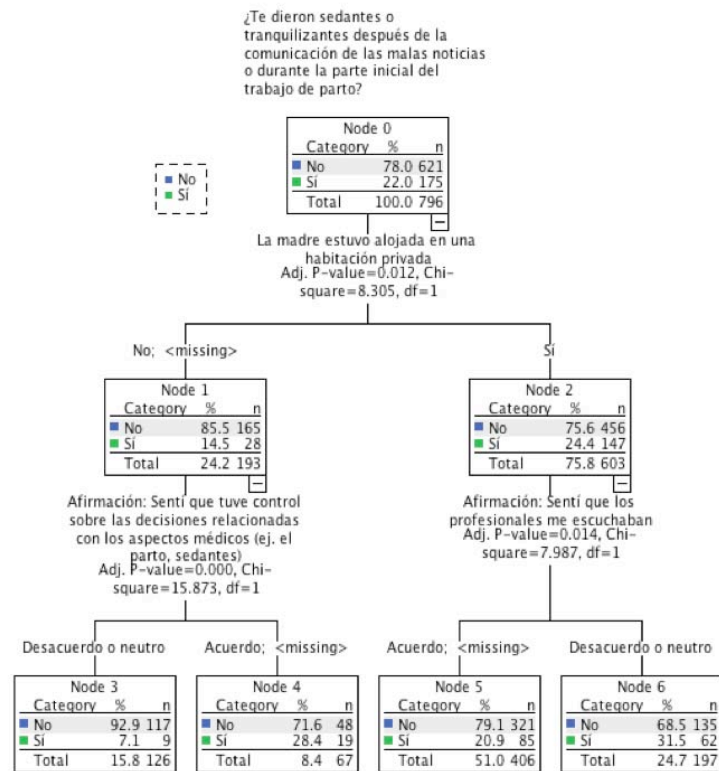
*Se permiten respuestas múltiples

Figura 1. Administración de sedantes durante la estancia hospitalaria en al menos una ocasión (Análisis de relaciones significativas con CHAID - Decisión de árbol)



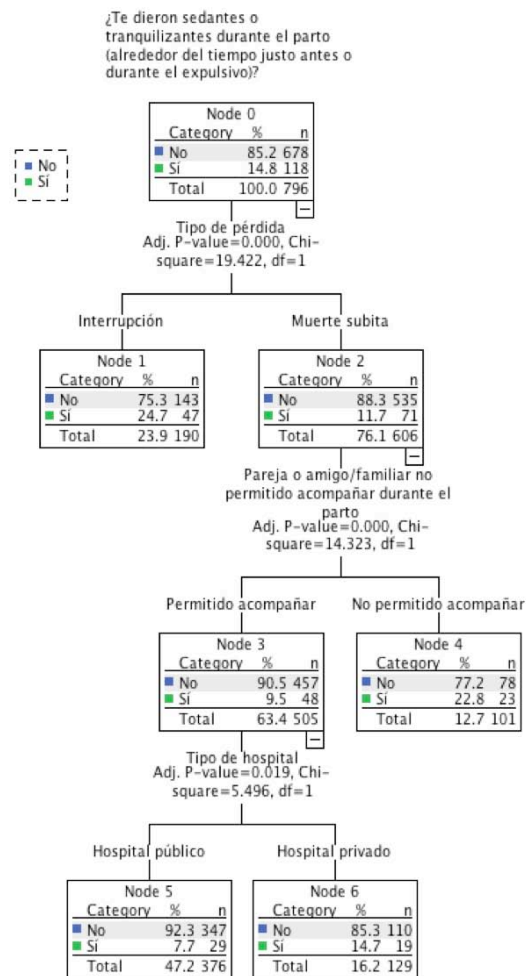
Estimado del riesgo: 0,415 (ES =0,017), % correcto = 58,5%

Figura 2. Administración de sedantes después de la comunicación de las malas noticias o durante la parte inicial del trabajo de parto (Análisis de relaciones significativas con CHAID - Decisión de árbol)



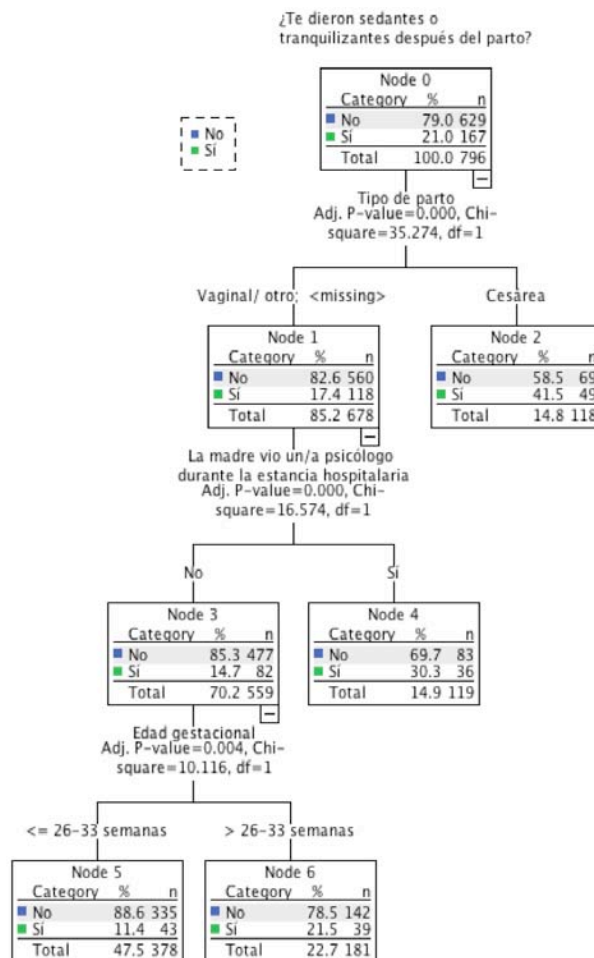
Estimado del riesgo: 0,220 (ES =0,015), % correcto = 78,0%

Figura 3. Administración de sedantes durante el parto (alrededor del tiempo, justo antes o durante el expulsivo) (Análisis de relaciones significativas con CHAID - Decisión de árbol)



Estimado del riesgo: 0,148 (ES =0,013), % correcto = 85,2%

Figura 4. Administración de sedantes después del parto (alrededor del tiempo, justo antes o durante el expulsivo) (Análisis de relaciones significativas con CHAID - Decisión de árbol)



Estimado del riesgo: 0,210 (ES =0,014), % correcto = 79,0%

MOTIVO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES

Tabla 2. Motivo para la administración de sedantes

Motivo para la administración de sedantes	Momento en el que los sedantes fueron administrados			Total*
	Después de las malas noticias o durante el trabajo inicial del parto	Durante el parto o el tiempo alrededor del expulsivo	Después del parto	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Pedí que me dieran algo para relajarme	53 (30,3)	40 (34,8)	55 (33,3)	148 (32,5)
Me dijeron que sería mejor que me tomara algo para relajarme	88 (50,3)	52 (45,2)	89 (53,9)	229 (50,3)
Me dieron sedantes sin consultar conmigo	34 (19,4)	23 (20,0)	21 (12,7)	78 (17,1)
Total	175 (100,0)	115 (100,0)	165 (100,0)	455 (100,0)
Filtrado	621	678	629	414
Perdido		3	2	5

* Incluye respuestas múltiples

EXPLICACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS SEDANTES

Tabla 3. Explicación de los efectos de los sedantes según el momento de la administración

Explicación de los efectos de los sedantes antes de administrarlos	Momento en el que los sedantes fueron administrados			Total*
	Después de las malas noticias o durante el trabajo inicial del parto	Durante el parto o el tiempo alrededor del expulsivo	Después del parto	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Explicado muy bien	44 (25,3)	40 (34,2)	55 (33,5)	139 (30,5)
Explicado pero no del todo	28 (16,1)	19 (16,2)	24 (14,6)	71 (15,6)
No explicado	102 (58,6)	58 (49,6)	85 (51,8)	245 (53,8)
Total	174 (100,0)	117 (100,0)	164 (100,0)	455 (100,0)
Filtrado	621	678	629	414
Perdido	1	1	3	5

*En el total solo son contabilizadas la segunda o tercera ocasión en la que se administraron sin explicación si no hubo una explicación en la primera ocasión

PERCEPCIÓN SOBRE EL EFECTO DE LOS SEDANTES PARA LA MEMORIA

Tabla 4. Percepción del efecto de los sedantes sobre la memoria

	n (%)
Mucho efecto (no recuerda de cosas importantes)	24 (6,3)
Un poco de efecto (recuerda de la mayoría de las cosas importantes)	103 (27,0)
Ningún efecto (los sedantes no afectaron a los recuerdos)	255 (66,8)
n	382 (100,0)
Filtrado	414

ASOCIACIONES ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES Y OTRAS VARIABLES DE LA ATENCIÓN

Tabla 5. Grado de contacto *post mortem* según la administración de sedantes durante el parto (el tiempo justo antes o durante el expulsivo)

	Administración de sedantes durante el parto		Total n (%)
	No n (%)	Sí n (%)	
Contacto <i>post mortem</i>*			
La madre no vio a su bebé	301 (44,4)	74 (62,7)	375 (47,1)
La madre vio a su bebé	377 (55,6)	44 (37,3)	421 (52,9)
Total	678 (100,0)	118 (100,0)	796 (100,0)

* $\chi^2 (1, n= 795) = 13,53, p <0,001, Phi =0,13$

Tabla 6. Satisfacción con la atención según si se administraron sedantes sin consultar

	Administración de sedantes sin consultar		Total n (%)
	No n (%)	Sí n (%)	
Grado de satisfacción*			
Desacuerdo o neutro	226 (31,1)	38 (55,9)	264 (33,2)
De acuerdo	501 (68,9)	30 (44,1)	531 (66,8)
Total	727 (100,0)	68 (100,0)	795 (100,0)
Perdido			1

* $\chi^2 (1, n= 795) = 16,13, p <0,001, Phi =0,147$

Tabla 7. Satisfacción con la atención según si explicaron el efecto de los sedantes antes de administrarlos

	Casos en los que no explicaron el efecto de los sedantes antes de administrarlos		Total n (%)
	No n (%)	Sí n (%)	
Grado de satisfacción*			
Desacuerdo o neutro	144 (27,4)	120 (44,6)	264 (33,2)
De acuerdo	382 (72,6)	149 (55,4)	531 (66,8)
Total	526 (100,0)	269 (100,0)	795 (100,0)
Perdido			1

* $\chi^2 (1, n= 795) = 23,06, p <0,001, Phi =0,173$

ASOCIACIÓN CON EL DUELO COMPLICADO

Tabla 8. Relación entre el duelo complicado y la administración de sedantes (regresión logística binaria)

	B	Error est.	Wald	Sig.	aOR	Int. Conf. Inf.	Exp(B) 95% Sup.
≤ 5 años (n=779, p=9)¹ Administración de sedantes en al menos una ocasión (n=373)	0,769	0,187	16,925	p <0,001	2,158	1,496	3,112
≤1 año (n=492, p=7)² Administración de sedantes en al menos una ocasión (n=237)	0,628	0,218	8,335	p =0,004	2,130	1,323	3,428
>1 año (n=287, p=2)³ Administración de sedantes en al menos una ocasión (n=136)	1,231	0,402	9,350	p =0,002	3,423	1,556	7,533
¹ Método = Enter Bloque 3: Omnibus: χ^2 (9, n= 748) = 135,83, p <0,001 -2 log likelihood = 727,42, Cox y Snell $R^2=0,160$ /Nagelkerke $R^2=0,239$ Prueba de Hosmer y Lemeshow: p =0,395	² Método = Enter Bloque 3: Omnibus: χ^2 (9, n= 492) = 82,32, p <0,001 -2 log likelihood = 519,44 Cox y Snell $R^2=0,154$ /Nagelkerke $R^2=0,218$ Prueba de Hosmer y Lemeshow: p =0,584	³ Método = Enter Bloque 3: Omnibus: χ^2 (6, n= 274) = 44,63, p <0,001 -2 log likelihood = 190,78 Cox y Snell $R^2=0,144$ /Nagelkerke $R^2=0,257$ Prueba de Hosmer y Lemeshow: p =0,502					