

# Informe UMAMANITA

## Capítulo 8. ATENCIÓN AL PARTO

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)



# 8. ATENCIÓN AL PARTO

## RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y TABLAS

### Resumen

**Introducción:** La provisión de información basada en la evidencia y la autonomía en la toma de decisiones sobre el proceso y el tipo de parto son aspectos fundamentales de la atención en casos de muerte intrauterina. Se recomienda el parto vaginal porque la cesárea está asociada con la morbilidad a corto y a largo plazo. Sin embargo, la decisión final debe ser de la mujer. El estudio indaga en las prácticas alrededor del parto en los hospitales españoles en casos de muerte intrauterina e interrupción del embarazo por motivos médicos.

**Resultados:** Se analizaron las respuestas de 796 mujeres a una encuesta *online*<sup>1</sup>. El análisis muestra que 1 de cada 2 mujeres (50,7%) estuvo 'de acuerdo' con que recibieron información adecuada sobre el proceso de parto. Se practicó una cesárea en el 20,7% de los casos  $\geq 20$  semanas de gestación pero se halló una diferencia significativa ( $p < 0,001$ ) entre hospitales públicos (15,2%) y privados (37,4%). Las mujeres a las que se les practicó una cesárea tenían menos probabilidad de haber tenido un hijo/a vivo (aOR 0,329) en el periodo de 13 a 60 meses después del fallecimiento (excluyendo las embarazadas a la hora del estudio). El 29,3% de las mujeres parió sin acompañamiento de su pareja, familiar u otro. El personal sanitario prohibió el acompañamiento durante el parto en el 17,3% de todos los casos. No estar acompañada estuvo significativamente asociado con un menor contacto con el bebé tras el parto, tanto para la madre (37,3% vs. 59,4%) como para el padre (40,8% vs. 66,5%).

**Conclusiones:** Las mujeres calificaron la calidad de la información recibida sobre el parto como "baja". Comparativamente, en España se practica la cesárea con más frecuencia que en otros países con un nivel económico similar. La investigación halló que la cesárea repercute negativamente en la vida reproductiva de las mujeres que participaron en el estudio. Aunque muchas mujeres pidan una cesárea, es importante reconocer el papel que juega el miedo y *shock* tras el diagnóstico y es aconsejable tomarse el tiempo necesario y explicar bien por qué el parto vaginal puede ser una opción mejor. Sin embargo, es muy importante respetar la autonomía de la paciente. Asimismo, el acompañamiento durante el parto es comparativamente bajo y es necesario reconocer que una mujer no debería ser obligada a estar sin acompañamiento afectivo durante estos momentos tan difíciles e importantes.

**Palabras clave:** Muerte fetal, muerte intrauterina, interrupción del embarazo, duelo perinatal, atención al parto, calidad de la atención, cesárea, inducción, acompañamiento

### Abstract

**Introduction:** The provision of evidence-based information and autonomy in decision-making related to the process and mode of delivery is critical to quality perinatal bereavement support care. Due to its negative effects on the women's health in the short and long-term, caesarean delivery is not recommended, except in cases with specific clinical indications. Notwithstanding, the final decision should always be the woman's. The study examines information provision, decision-making and birth practices in Spanish hospitals following intrauterine death or termination of pregnancy.

**Results:** Responses from 796 women to an on-line questionnaire were analysed. 1 in 2 women (49.3%) didn't agree that they received enough information about the birth process. A caesarean section was practiced in 20.7% of cases  $\geq 20$  weeks gestation, with a statistically significant difference between public (15.2%) and private (37.4%) hospitals. Women who had a caesarean and whose baby had died between 13 and 60 months prior to the survey and who were not pregnant at the time of participation were about 3 times less likely to have had a child since the loss than women who had delivered vaginally (aOR 0.329). 29.3% of women were unaccompanied by a partner or other family member/friend during the birth. Health professionals prohibited accompaniment in 17.3% of all cases. Not being accompanied during the birth was significantly associated with less contact with the baby after the birth for both the mother (37.3% vs. 59.4%) and the father (40.8% vs. 66.5%).

**Conclusions:** Information provision related to the birth process was rated very poorly. Comparatively, caesareans are practiced with greater frequency in Spain than in other countries with similar economies. The research found that having a caesarean seems to have impacted negatively on these women's reproductive lives as they were less likely to have had another child. Given that feelings of shock and fear following the diagnosis can play a role in women asking for a caesarean, it is advisable to take time to explain the evidence and reasons for a vaginal birth. However, it is also paramount to respect woman's decisions about their preferred mode of delivery. Many women didn't have the option of being accompanied during the birth. This is a very important part of care and no woman should be obliged to give birth unaccompanied by her partner or other person of her choice during such a difficult time.

**Keywords:** Stillbirth, termination of pregnancy, bereavement care, perinatal death, perinatal grief, mode of birth, care quality, accompaniment

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

## Introducción

Para las madres y sus parejas, la noticia del fallecimiento de su hijo/a durante el embarazo o el diagnóstico de anomalías fetales severas puede ser devastadora y emocionalmente traumática. Los momentos después de la comunicación de las malas noticias son caracterizados por sensaciones de *shock*, desorientación y pérdida de control [1–5].

En este contexto, las decisiones relativas al parto, como por ejemplo el tipo de parto, el acompañamiento durante el parto y analgésicos, entre otras, son fundamentales para que la mujer pueda ejercer su autonomía y retomar el control sobre la situación. Así es para las mujeres que sufren una muerte intrauterina súbita, como en los casos de interrupción del embarazo por motivos de anomalías fetales severas.

Las asociaciones de obstetras y ginecólogos de EE.UU., Reino Unido y España recomiendan que el parto vaginal, ya sea mediante manejo expectante o inducción, sea el método de elección en casos de muerte intrauterina [6–8]. La ACOG recomienda que la cesárea se emplee solamente en circunstancias de emergencia y urgencia no iatrogénicas porque está asociada con la morbilidad materna y no hay ningún beneficio para el bebé en casos de muerte intrauterina súbita [6]. No obstante, es frecuente que muchas mujeres expresen el deseo de acabar con el embarazo cuanto antes y, a menudo, pidan una cesárea [9–11]. Por tanto, puede que el personal sanitario entienda que la práctica de la cesárea sin indicaciones clínicas protege psicológicamente al evitar un parto vaginal, pero no existen estudios que apoyen esta hipótesis [12].

Para abordar esta situación, es necesario tener en cuenta que para algunas mujeres resulta aterrador saber que tienen un bebé muerto dentro de su útero. Pueden sentir miedo y preocupación por su propia salud. De igual forma, la pareja puede sentir preocupación por el bienestar de la madre [10,13–15]. Asimismo, es frecuente que las mujeres guarden la esperanza de que un parto rápido, junto con maniobras de resucitación, pueden salvar la vida del bebé [16]. Desde esta perspectiva, pedir una cesárea podría representar una forma de tomar el control sobre una situación desbordante y aparentemente carente de sentido [16,17].

En realidad, con un tiempo de reposo después del diagnóstico, la información adecuada y el apoyo en la toma de decisiones, la mayoría de las mujeres deciden que el parto vaginal es la mejor opción, y muchas tienen experiencias positivas al respecto [9,18], aunque esto no quiere decir que no sea a la vez una situación inmensamente triste y abrumadora.

En este sentido, una atención humana, sensible y basada en la provisión de información de calidad ayuda a la mujer a tomar las mejores decisiones, ya sean médicas o sobre otras preferencias, para ella y su familia. Además, se asocia a una mayor satisfacción con la atención recibida, así como a una mejor evolución del duelo [17,19].

Objetivos de la investigación:

- Evaluar las percepciones de las mujeres sobre la calidad de la información relativa al parto, su proceso y las decisiones a tomar.
- Establecer qué tipo de parto se practicó (inducción, cesárea, etc.) y el uso de instrumentalización durante el parto.
- Especificar la proporción de las mujeres que fueron acompañadas por su pareja u otra persona cercana durante el parto o el motivo por el cual no estuvieron acompañadas.
- Evaluar el impacto de la atención sanitaria recibida alrededor del parto sobre la satisfacción global.

## 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.

## Información sobre el parto

A cada encuestada se le pidió valorar la frase "me explicaron de una manera clara y entendible el proceso del parto en casos de pérdida" en una escala de acuerdo tipo Likert. La mitad (50,7%) de las encuestadas estuvieron 'de acuerdo' con la afirmación (tabla 1, gráfico 1) y el 35,4% contestó estar 'en desacuerdo', el resto eligió una opción de respuesta neutra<sup>2</sup> (13,9%).

<sup>2</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'

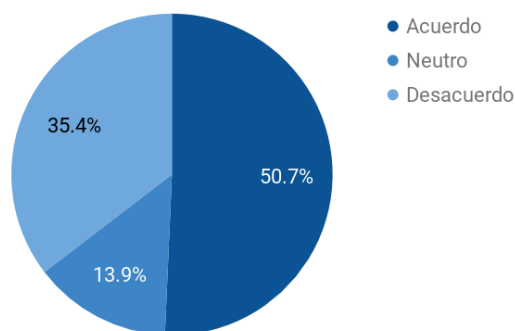


Gráfico 1. "Me explicaron de una manera clara y entendible el proceso del parto" (n=793, perdido=3)

Un análisis de la calificación de la información recibida relativa al parto según el año de la muerte y la edad gestacional halló que no hubo un cambio significativo para el grupo <26 semanas, pero sí en el grupo  $\geq 26$  semanas: en los años  $\leq 2011$  el 41,5% contestó estar 'de acuerdo' con que recibieron una explicación clara y entendible del proceso de parto frente al 62,2% en los años 2015/16 (tabla 2).

## Tipo de parto

El 84,0% de los partos fueron vaginales y el 14,9% por cesárea (tabla 3). Respecto a los partos vaginales, el 86,7% de ellos fueron inducidos, el 16,9% instrumentalizados y el 11,2% no fueron inducidos ni con instrumentalización<sup>3</sup>. En cuanto a las cesáreas, las entrevistadas respondieron que en el 67,8% de los casos la practicaron 'por urgencia' y que en el 18,6% fue 'programada'.

### Variables asociadas con el método de parto

A fin de obtener una visión más clara de la práctica obstétrica en cuanto al método de parto, es necesario diferenciar mediante variables como la edad gestacional, el tipo de hospital y el tipo de muerte.

En primer lugar, no se encontró ningún cambio significativo según el año de la muerte. Por otra parte, se evidencia un aumento significativo en la práctica de la cesárea con el avance de la edad gestacional (tabla 4, gráfico 2): en los casos <26 semanas apenas se practicó mientras en los embarazos  $\geq 26$  semanas se alcanza casi 1 de cada 4 partos (23,0%).

do' 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'.

<sup>3</sup> Estos porcentajes suman más del 100% porque algunos partos fueron instrumentalizados sin inducción.

Respecto a la clase de muerte, apenas se practicó la cesárea en los 189 casos de interrupción del embarazo por motivos de anomalía fetal (aquí en adelante denotado como 'interrupción'), aunque sí en 9 casos, lo que parece tener una mayor relación con casos de interrupción en edades gestacionales avanzadas (tabla 5).

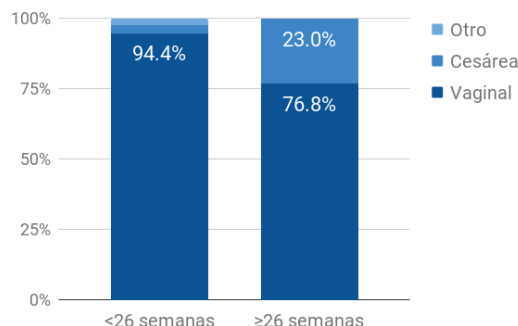


Gráfico 2. Tipo de parto según la edad gestacional (n=794, perdido=2,  $p < 0,001$ )

Cuando ahondamos en las diferencias entre hospitales públicos y privados, hallamos diferencias muy significativas en la práctica de cesáreas. Para agilizar el análisis, creamos dos grupos: a) todos los casos de interrupción (independientemente de la edad gestacional) junto con todos los casos de muerte súbita de menos de 20 semanas; b) todos los casos de muerte súbita  $\geq 20$  semanas.

El análisis no encontró diferencias significativas entre hospitales públicos y privados en el primer grupo, pero sí en el grupo de muertes súbitas  $\geq 20$  semanas: en los hospitales públicos la tasa de cesárea se sitúa en un 15,2%, comparado con el 37,4% en los privados (tabla 6).

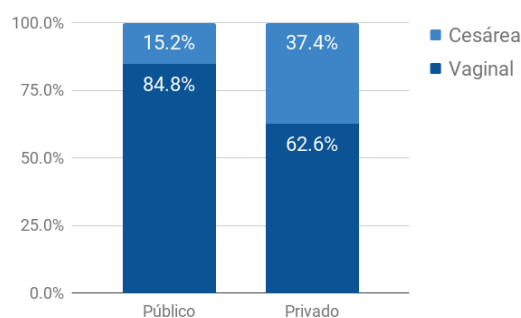


Gráfico 3. Tipo de parto según el tipo de hospital en casos de muerte súbita  $\geq 20$  semanas de gestación (n=526, perdido=1)

### Variables predictoras de la práctica de cesárea

Con el fin de analizar variables predictoras de la práctica de la cesárea, se realizó un análisis multivariado con la técnica de regresión logística binaria en los casos de muerte súbita  $\geq 20$  semanas. El modelo resultante explicó entre el 13,1% y el 20,7% de la varianza e identificó 5 variables predictoras (tabla 7).

En primer lugar, dos tipos de complicación durante el embarazo mostraron un efecto positivo en el número de cesáreas: *diabetes gestacional* (OR: 3,03) y *desprendimiento de la placenta* (OR: 7,09), las cuales representaron 42 y 30 casos, respectivamente. La *edad gestacional  $\geq 26$  semanas* (OR: 3,70) y ser atendido en un *hospital privado* (OR: 3,65) aumentó la probabilidad de la práctica de cesárea con un factor de 3,70 veces y 3,65 veces, respectivamente. Responder estar 'de acuerdo' con que "sentí que podría hacer preguntas si quería"<sup>4</sup> (OR: 0,60) fue una predictora negativa de la práctica de cesáreas por un factor de 1,7 veces.

### Asociación entre la cesárea y la vida reproductiva posterior

Para comprobar si la forma en que el bebé nació (cesárea o parto vaginal) mantenía alguna relación con la vida reproductiva de la mujer después de la pérdida, se analizó la relación entre casos de cesárea y el hecho de haber tenido un hijo nacido con vida después de la pérdida en un sub-grupo de la muestra compuesto por las mujeres que respondieron a la encuesta entre 13 y 60 meses después de la pérdida/muerte y que no estaban embarazadas a la hora de participar (n=259).

Controlando posibles variables de confusión (tiempo transcurrido desde la pérdida, tener un hijo vivo antes de la pérdida, edad, religión católica), el análisis (regresión logística binaria) encontró que las mujeres cuyos bebés nacieron por cesárea tenían más probabilidad de no haber tenido un hijo posterior a la pérdida (entre 13 y 60 meses después) por un factor de 3,03 veces (aOR: 0,329) (véase tabla 8).

### Instrumentalización

De la totalidad de la encuesta, hubo instrumentación en el proceso de parto en el 14,2% de los casos, siendo el 13,1% en los casos de muerte súbita y el 18,0% en los casos de interrupción, una discrepancia no significativa (tabla 8). En cuanto a las muertes súbitas, tampoco existe una diferencia significativa en el uso de la instrumentación entre los hospitales públicos y pri-

<sup>4</sup> Se refiere a una afirmación en la escala (Likert) de calidad subjetiva (véase capítulo 2).

vados, pero sí en el caso de las interrupciones, siendo 3 veces más alto en los hospitales privados (36,4% vs. 12,4%).

## Acompañamiento

En total, el 65,5% de las encuestadas estuvieron acompañadas durante el parto por su pareja, el 5,2% por un familiar o persona cercana a la madre y el 29,3% parieron sin compañía afectiva (tabla 9, gráfico 4). Este resultado mostró una relación significativa ( $p = 0,008$ ) con el año de la muerte, pero con un tamaño de efecto pequeño. Mientras en los años  $\leq 2011$  el 38,1% respondieron no estar acompañadas durante el parto, en los años 2015/16 se situó en el 25,0%. Destaca que esta cifra permaneció igual entre 2013 y 2015/16 (tabla 11).

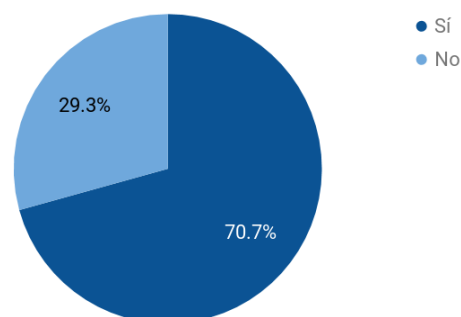


Gráfico 4. % de mujeres que estuvieron acompañadas por su pareja o un familiar/amigo durante el parto (n=794, perdido=2)

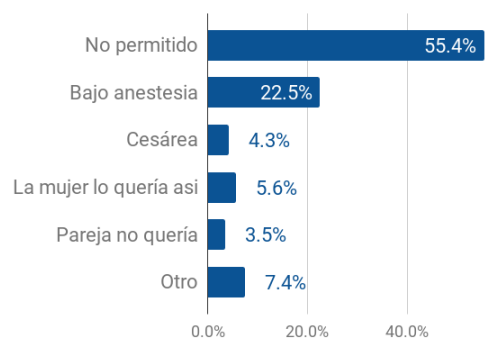


Gráfico 5. Motivo para no estar acompañada durante el parto (n=231, perdido=2)

La razón para parir sin acompañamiento varía bastante, pero en más de la mitad de los casos (59,7%) el personal sanitario no permitió entrar a la pareja o a otro acompañante durante el parto. En el 22,5% de los casos respondieron que no estuvieron acompañadas porque emplearon anestesia general (tabla 12, gráfico 5). En el resto de los motivos se incluyen que la 'pareja no quiso entrar' (3,5%), la madre 'lo quería así' (5,6%) y 'otros' (7,4%). Por tanto, en el 17,3% de todos los casos

de la muestra la madre se encontró sola durante el parto por instrucción de los profesionales sanitarios.

#### *Variables predictoras del acompañamiento*

Un análisis multivariado con la técnica de regresión logística binaria encontró 5 variables predictoras de no estar acompañada durante el parto y explica entre el 24,3% y el 34,7% de la varianza (tabla 13).

En primer lugar, las 3 categorías con edad gestacional inferior a las 34 semanas tuvieron una relación negativa con el acompañamiento:

- 16-19 semanas: factor de 5,34 veces (OR: 0,187)
- 20-25 semanas: factor de 4,67 veces (OR: 0,214)
- 26-33 semanas: factor de 2,14 veces (OR: 0,476)

Otra variable predictora de la batería de afirmaciones de la Escala Likert relacionada con el diagnóstico, que se refería al tiempo que la mujer tenía que esperar para ser atendida (“el/la médico tardó mucho en verme”), también tuvo una relación negativa con una probabilidad de no estar acompañada por un factor de 2,05 veces (OR: 0,488).

Y por último, la variable que más predecía el acompañamiento es el tipo de parto. En casos de parto por cesárea, comparado con partos vaginales, la probabilidad de estar no acompañada aumentó por 31,2 veces (OR: 0,032).

Un análisis bivariado entre el acompañamiento, el tipo de parto (cesárea o vaginal) y la edad gestacional no encontró una relación significativa entre el acompañamiento, edad gestacional y partos por cesárea, pero sí en el caso de partos vaginales: el grado de acompañamiento en casos  $\geq 34$  semanas se situó en el 92,5% comparado con el 68,5% en casos  $< 20$  semanas, con un tamaño de efecto<sup>5</sup> pequeño (tabla 14).

#### *Asociación entre el acompañamiento y otras variables de la atención*

Cuando se analizó la relación entre el acompañamiento durante el parto y otras variables de la atención, se encontraron asociaciones significativas entre el contacto *post mortem* con el bebé y la administración de sedantes.

La tabla 15 expone un análisis del contacto *post mortem* de la madre con su bebé según la edad gestacional (en 2 categorías) y el grado de acompañamiento.

<sup>5</sup> Véase el capítulo 1 para detalles sobre los parámetros de medición del tamaño de efecto de la relación estadística.

En los casos en los que no hubo acompañamiento por su pareja u otra persona cercana, la proporción de madres que no vieron a su bebé fue del 37,3%, frente al 59,4% cuando estuvo acompañada ( $p < 0,001$ ). La diferencia fue más significativa en los casos de gestaciones de  $< 26$  semanas, en los cuales el porcentaje de madres no acompañadas que vieron a su bebé se situó en el 18,5%, comparado con el 39,2% cuando estuvo acompañada ( $p < 0,001$ ) (véase tabla 15).

Si nos fijamos en las parejas de las mujeres, encontramos un resultado similar. En los casos en los que no hubo acompañamiento, el 40,8% de las parejas no vieron al bebé, comparado con el 66,5% en los que la pareja u otra persona cercana a la madre estuvo presente en el nacimiento del bebé ( $p < 0,001$ ). Cuando la gestación fue de  $< 26$  semanas, el análisis muestra una diferencia significativa ( $p < 0,001$ ), con un tamaño de efecto potente: el 40,1% de las parejas que acompañaron a la mujer durante el parto vieron al bebé, comparado con el 9,3% de las que no la acompañaron (tabla 16).

En cuanto a la administración de sedantes, encontramos una relación significativa, aunque menos potente que en el caso de la relación con el contacto *post mortem*. En los casos en los que la madre estuvo acompañada, administraron sedantes en al menos una ocasión en el 45,6% de los casos, comparado con el 54,1% cuando no hubo acompañamiento ( $p = 0,037$ ), aunque con un tamaño de efecto pequeño y un grado de significancia en el límite. Sin embargo, cuando el análisis se centró en la administración de sedantes ‘durante o después del parto’, se detectó una asociación más fuerte: administración de sedantes en el 39,5% de los casos en los que la madre no estuvo acompañada frente al 29,1% de los casos en los que hubo acompañamiento ( $p = 0,005$ ).

## Impacto sobre la satisfacción

El análisis halló una relación significativa ( $p < 0,001$ ), con un tamaño de efecto potente, entre la explicación del proceso de parto y la satisfacción global. En los casos en los que respondieron estar ‘de acuerdo’ con la afirmación “me explicaron de una manera clara y entendible el proceso del parto”, el 88,1% de las encuestadas afirmaron estar satisfechas con la atención. Por lo contrario, cuando calificaron la información recibida sobre el parto negativamente, la satisfacción descendió hasta el 44,9% (tabla 18).

En cuanto al acompañamiento durante el parto, existe una relación significativa ( $p < 0,001$ ) pero no tan potente como en el caso de la explicación del proceso de parto. En los casos en los que hubo acompañamiento, el 70,5% de las entrevistadas afirmaron estar satisfechas

con la atención, comparado con el 57,9% en los casos en los que la madre no estaba acompañada (tabla 19).

## Discusión

### Información y toma de decisiones

Las decisiones a tomar respecto al parto son complejas, ya que existen varias posibilidades y variables que influyen en la elección del mejor curso de acción. No obstante, como advierten las guías de actuación más reconocidas, siempre debe ser una decisión de la mujer [6,7]. En este sentido, la provisión de información de calidad juega un papel muy importante para restablecer un sentimiento de control y para que cada madre tome la decisión sobre el tipo de parto más adecuado para ella y sus circunstancias. Informar sobre la situación y lo que va a suceder produce en la madre y su pareja un sentimiento de seguridad y confianza en los profesionales sanitarios que les atienden, mientras por el contrario, la incertidumbre es un factor facilitador de la ansiedad [20].

Los resultados señalan que la mitad de las mujeres respondieron estar satisfechas con la información que recibieron sobre el proceso de parto. Si la madre no recibe suficiente información, explicada de una manera clara y entendible, se le anula su derecho a ser autónoma y resulta imposible que tome la decisión más adecuada para ella. El impacto positivo en la satisfacción global de una buena calificación en la información recibida sobre el parto demuestra que debería ser una prioridad en las mejoras de la atención, especialmente, si contribuye positivamente a la reducción de la tasa de cesáreas.

*Lo que más ayudó durante la estancia:*

*[...] un matron.... Pacó<sup>6</sup>. Se preocupó de mi situación emocional, me explicó el proceso por el que tenía que pasar para tener un parto de un hijo que no me llevaría a casa... pero solo estuvo uno de los días y no coincidió con mi parto [...]*  
(Muerte súbita, 20-25 semanas)

*Durante el intento de provocar el parto había una residente matrona, que siempre me habló con mucha calidez y entró conmigo a la cesárea, por petición nuestra, y estuvo describiendo todo el proceso. [...]*  
(Muerte súbita,  $\geq 34$  semanas)

*Lo que menos ayudó durante la estancia:*

*[...] no haber recibido ninguna preparación ni información sobre el proceso del parto.*  
(Interrupción, 16-19 semanas)

*Durante las horas de inducción al parto las matronas solo venían a la habitación a introducirme las pastillas cada dos horas, no me explicaron cómo me sentiría, cómo podría mitigar el dolor de contracciones, qué posturas podría adoptar...*

(Muerte súbita,  $\geq 34$  semanas)

*La falta de información para la toma de decisiones de forma correcta y no tomadas con el dolor del momento. Sería muy importante antes de tener que parir disponer de un psicólogo y especialista para que te explique por todo lo que te tocará vivir. Cómo será el parto, qué sentirás o notarás, qué opciones hay, inconvenientes [...]*

(Interrupción, 20-25 semanas)

Citas ilustrativas

### Tipo de parto

#### *La tasa de cesáreas*

En los casos de muerte súbita de  $\geq 20$  semanas de gestación, encontramos una tasa de cesárea del 20,7%. Este resultado corresponde, casi exactamente, con la cifra de cesáreas en muertes intrauterinas recogida en las estadísticas nacionales (Véase capítulo 1) de casos de muertes fetales [21] y apunta a la fiabilidad de los resultados de la encuesta respecto a esta variable.

La tasa de cesárea es un indicador importante de la calidad de la atención porque, desde el punto de vista clínico, en casos de muerte intrauterina está indicado únicamente en situaciones de verdadera necesidad, tales como situaciones de emergencia y urgencia no iatrogénicas [6,7].

A corto plazo, existe una serie de contraindicaciones para la salud de la mujer: un mayor riesgo de hemorragia, lesiones de vejiga e intestino, paro cardíaco postparto y hematoma de la herida, además de una mayor incidencia de histerectomías e infecciones puerperales. También deben tenerse en cuenta las complicaciones anestésicas, el incremento del riesgo de tromboembolismo venoso y una estancia hospitalaria más prolongada [22]. A largo plazo, existe un mayor riesgo de muerte fetal en el siguiente embarazo, independientemente del tipo de cesárea, ya sea de urgencia o electiva (a demanda) [23]. Por otro lado, de cara a un futuro parto inducido, la cesárea incrementa la probabilidad de rotura uterina, problemas asociados con la placenta, como placenta previa o ácreta, y la necesidad de practicar histerectomías [22,24–26].

Además de estos riesgos físicos, la cesárea compromete la vida reproductiva de la mujer. Aunque es frecuente que el siguiente embarazo conlleve sentimientos de miedo y preocupación [27,28], es común que algunas mujeres y sus parejas deseen un nuevo embarazo poco después de la pérdida [15,29]. Sin embargo, la OMS recomienda un intervalo entre gestaciones de dos años cuando ha habido una cesárea [30], porque tanto el

<sup>6</sup> Pseudónimo.



riesgo para el bebé como los efectos adversos en la madre son mayores antes de 18 meses (y más allá de 59 meses) [31].

Hemos visto la realidad de este hecho, ya que en un plazo de 13 a 60 meses las mujeres a las que se les practicó una cesárea tuvieron 3 veces menos probabilidad de tener un hijo después de la muerte intrauterina. Esto es muy importante porque varios estudios han hallado que uno de los factores asociados con menos problemas durante el duelo es tener un hijo/a después de la pérdida [32]. No es afirmar que sea un hijo/a de sustitución, ya que es una ocurrencia muy poco frecuente y las madres/padres suelen crear espacios para todos sus hijo/as en sus vidas [33]. Más bien se relaciona con el hecho de que se conoce que la muerte intrauterina puede tener un fuerte impacto sobre la identidad materna y puede que tener otro hijo ayude a la mujer a reparar esta identidad y confianza en sí misma [3,34–37]. Por tanto, es importante entender que la práctica de la cesárea puede repercutir tanto en la salud fisiológica como en la psicológica.

La cifra del 20,7% de cesáreas en casos  $\geq 20$  semanas (o de 22,9%  $\geq 26$  semanas) de gestación es notablemente más alta que en otros países de rentas altas. Un estudio con datos nacionales en EE.UU. encontró una tasa de cesárea en casos de muerte intrauterina del 10,5% en el año 2004 [38], pero otro más reciente, para el año 2014, halló que la tasa nacional había subido hasta el 16,7% [39]. Una encuesta en Inglaterra, con 473 casos de muerte intrauterina, encontró que se practicó una cesárea en el 11% de los casos [40] y según un estudio sueco con 102 mujeres, se realizó una cesárea en el 6% de los casos [41].

Comparando estos datos, la tasa de cesáreas en España parece ser alta, aunque, como hemos señalado en los resultados, existe una diferencia muy importante entre los hospitales públicos y privados (15,2% vs. 37,4%). Mientras las prácticas en los hospitales públicos parecen ser más acordes con los estudios de referencia, aunque con ello no queremos decir que sea baja, la tasa de cesáreas en los hospitales privados es sorprendentemente alta y preocupante. Desafortunadamente, los datos recogidos en la encuesta no pueden dar respuesta a esta diferencia y, claramente, se necesita más investigación. Sin embargo, es importante señalar que la divergencia entre entidades públicas y privadas también se da en la práctica de cesáreas en casos de bebés vivos; en la Comunidad de Valencia se encontró que la tasa de cesáreas en los hospitales privados fue del 47,7% en el año 2015 [42].

Aunque parece ser un problema más grave que en otros países, la elevada tasa de cesáreas no es un problema único de España, como demuestra el estudio de Rossi y col. [39]. En el estudio de Boyle y col. [12] desta-

caron que en la mayoría (alrededor del 60%) de los casos de parto por cesárea el historial clínico carecía de datos sobre el motivo clínico/obstétrico para llevarla a cabo. Por tanto, es importante contemplar qué impulsa la práctica de cesáreas más allá de las indicaciones clínicas. Como detallamos en la introducción, es frecuente que la ansiedad, el miedo y la esperanza de salvar la vida del bebé motiven a las mujeres a pedir esta práctica y, desde el punto de vista del equipo médico, se puede entender que ayuda a estas madres. Sin embargo, no existe evidencia de que la cesárea proteja psicológicamente, pero sí de que perjudique la salud a corto y largo plazo, extienda el periodo entre gestaciones y aumenta la mortalidad fetal en el próximo embarazo. Sin indicaciones clínicas específicas para la cesárea, lo importante es tomarse el tiempo para explicar la evidencia y los motivos para que el parto vaginal sea más favorable, pero que siempre sea la decisión final de la mujer.

En este sentido, es importante señalar que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el parto en casos de muerte súbita es importante porque se recomienda un periodo de reposo para facilitar la asimilación de información y la toma de decisiones [15,43]. En casos de muerte súbita normal no existe riesgo con el manejo expectante hasta tres o cuatro semanas [7,44,45] y en los países del norte de Europa no se induce el parto tras el diagnóstico. Recomiendan a la mujer que vuelva a casa durante unas horas, un día o más tiempo [46,47].

En las conclusiones de su estudio en EE.UU., Rossi y col. [39] proponen que es necesario formar a los profesionales sanitarios con respecto a las buenas prácticas para que la calidad de la atención al parto alcance las recomendaciones. Es una propuesta que podría ayudar a la situación en España, aunque tendría que formar parte de un plan integral de cambios en la asistencia a la muerte intrauterina.

### *Instrumentalización*

En cuanto a los partos instrumentalizados, existen pocos estudios con datos en casos de muerte intrauterina. El estudio de Redshaw y col. [40] halló que la instrumentalización se utilizó solo en el 4,0% de los casos, comparado con el 12,2% de casos en este estudio (muertes súbitas  $\geq 26$  semanas). Por otra parte, es importante subrayar que el informe de Euro-Peristat [48] destaca que el uso de instrumentalización en el parto es endémico en España, siendo el segundo país de Europa donde más se usa, situándose en el 15% de todos los partos. En este sentido, los resultados parecen cuadrar con las prácticas habituales y señalan la posibilidad de que los métodos empleados en los partos de un bebé vivo se trasladen a los casos de muerte intrauterina.



## Acompañamiento durante el parto

Una revisión sistemática de la base de datos Cochrane encontró que las mujeres que reciben apoyo continuado (de su pareja, familiares o de un/a acompañante de su elección) durante el parto de un bebé vivo tienen más probabilidades de tener un parto espontáneo y de menor duración. Por el contrario, las mujeres que no reciben este acompañamiento tienen más probabilidades de solicitar analgesia y tener una cesárea o parto instrumentalizado [49].

En casos de muerte intrauterina o de interrupción del embarazo por motivos médicos, el acompañamiento y el apoyo durante el parto tiene mucha importancia, no solamente para aliviar el estrés y la ansiedad asociados con la situación, sino, también, para la toma de decisiones y por las experiencias compartidas de ver y pasar tiempo con el bebé fallecido. En total, 3 de cada 10 mujeres parieron solas (1 de cada 4 en los últimos años de la encuesta), un dato que no resulta favorable si lo comparamos con un estudio en el Reino Unido en el que el 90% de las parejas estuvieron presentes durante el parto en casos de muerte intrauterina [40], algo parecido al grado de acompañamiento en la población de partos generales [50].

Aunque el estudio muestra varios motivos de la falta de acompañamiento, los resultados revelan que en más de la mitad de los casos la mujer respondió que sucedió porque los profesionales prohibieron la entrada a un acompañante. El impacto de no estar acompañada durante el parto está directamente relacionado con tasas menores de contacto *post mortem* con el bebé (en el caso de la madre y su pareja), además de un aumento en el uso de sedantes y un grado de satisfacción más bajo.

*Lo que más ayudó durante la estancia:*

*mi tío, que es médico, consiguió pasar tiempo conmigo durante la dilatación. De no ser así hubiera estado sola ya que no se permitían acompañantes durante el parto.*

*(Interrupción, 20-25 semanas)*

*Lo que más me ayudó es que dejaron estar conmigo a mi pareja durante todo el proceso del parto y a mis padres y una amiga pasar a verme al paritorio mientras duraba el parto [...]*

*(Muerte súbita, ≥34 semanas)*

*Lo que menos ayudó durante la estancia:*

*El trato durante el parto. Fue horrible, no me dejaron moverme libremente y encima obligaron a salir a mi marido. Estuve sola y ninguneada.*

*(Muerte súbita, 20-25 semanas)*

*El proceso de parto fue horrible. Que mi marido no pudiera estar en el expulsivo*

*(Interrupción, 20-25 semanas)*

*[...] al llegar a urgencias les dije que mi bebé estaba muerto (venía del centro de salud) y me dijeron que mi pareja NO podía entrar conmigo. Me eché a llorar y dije que no entraría sin él y entonces me dejaron.*

*(Muerte súbita, ≥34 semanas)*

Citas ilustrativas

Por tanto, es importante hacer todo lo posible para facilitar el acompañamiento durante el parto. Si una mujer no tiene pareja, se le debería informar de que otra persona puede acompañarla. Si en el momento del parto no tiene acompañante, es muy importante que no se sienta sola o abandonada. Cuando una mujer expresa que quiere estar sola durante el parto, conviene conocer las razones e informarle de los beneficios del acompañamiento pero, como en cualquier circunstancia, lo importante es crear una relación de confianza y mantener un diálogo continuo que permita ofrecer la atención más adecuada a cada mujer de manera individualizada.

El porcentaje de mujeres que no tiene acompañamiento durante una cesárea es muy elevado, a pesar de que, desde un punto de vista técnico, no existen razones para ello, salvo en circunstancias de cesárea urgente o complicaciones, muy poco frecuentes en casos de muerte intrauterina.

## Limitaciones

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

## Conclusiones

Los resultados manifiestan que la atención al parto en casos de muerte intrauterina, ya sea por muerte súbita o interrupción del embarazo, requiere mejoras en todos los ámbitos estudiados. En el fondo de todo reside la necesidad de proveer información de calidad a la mujer (y a su pareja) y tiempo para asimilar lo que ocurre antes de proceder con el parto. Una información adecuada capacita a la mujer para tomar las decisiones que son mejores para ella, así como para comunicarse con los profesionales y reducir los sentimientos de miedo e incertidumbre.

Asimismo, es vital que el personal sanitario haga todo lo posible para facilitar el acompañamiento durante el parto. Esto ayuda a reducir el uso de sedantes y facilita el contacto *post mortem* con el bebé, además de que ninguna mujer debería ser obligada a estar sola en un momento tan duro.

Los resultados de esta encuesta sugieren que la cesárea se practica en exceso. Existen indicaciones clínicas y protocolos claros para el uso de la cesárea en casos de muerte durante el embarazo, los cuales son poco frecuentes. Por otra parte, los hallazgos de la encuesta son inequívocos en cuanto a la diferencia entre entidades públicas y privadas, y se necesita más investigación para verificar los resultados y explorar por qué la cesárea se emplea con tanta frecuencia en los hospitales privados, dada su asociación con la morbilidad maternal y la mortalidad fetal en futuros embarazos. Aun así, es fundamental no obviar que la tasa de cesáreas en los hospitales públicos muestra un potencial de reducción amplio, especialmente porque tratan con la mayoría de los casos.

Se reconoce que el diagnóstico de la muerte intrauterina puede ser emocionalmente traumático y conllevar un *shock* y un temor significativo por la seguridad personal, lo cual puede fomentar un deseo por la cesárea. Como demuestra la práctica en otros países, en los que se proporciona información adecuada y un tiempo de reposo antes de comenzar con el parto, la mayoría de las mujeres elegirían un parto vaginal. En este sentido, cabe destacar la baja calificación de la explicación del proceso de parto, un aspecto que requiere mejoras significativas. Además, parece necesario que en los protocolos de los hospitales se contemple el respeto al acompañamiento durante el parto y, en especial, durante los partos por cesárea.

La encuesta no estudió directamente la gestión del dolor durante el parto, pero es un tema bastante presente en los comentarios de las preguntas abiertas. Otros estudios han encontrado que la experiencia del dolor durante el parto de un bebé muerto es significativamente más potente que en los casos de un bebé vivo [51], y es común que las madres manifiesten no haber recibido suficiente analgesia [18], aunque es importante no usar medicamentos para el dolor que puedan sedar a la madre, ya que sus efectos secundarios (discapacidad cognitiva y efectos amnésicos) son contraproducentes tanto para el contacto *post mortem* con el bebé (véase capítulo 3), como para el desarrollo del duelo (véase capítulo 7). Futuros estudios podrían dirigirse hacia este tema y explorar en profundidad las experiencias subjetivas del 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/10.1177/10541373000800304.
- [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] 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.
- [5] Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: An interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:1–10. doi:10.1186/1471-2393-14-203.
- [6] ACOG. Practice bulletin number 102 - Management of stillbirth: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2009.
- [7] RCOG. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline No. 55. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists; 2010.
- [8] SEGO. Protocolo de Muerte Fetal Ante Parto. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2008.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] Ellis A, Chebsey C, Storey C, Bradley S, Jackson S, Flenady V, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:1–19. doi:10.1186/s12884-016-0806-2.
- [12] Boyle A, Preslar JP, Hogue CJR, Silver RM, Reddy UM, Goldenberg RL, et al. Route of delivery in women with stillbirth: Results from the stillbirth collaborative research network. *Obstet Gynecol* 2017;129:693–8. doi:10.1097/AOG.0000000000001935.
- [13] Kellner KR, Donnelly WH, Gould S. Parental behavior after perinatal death: lack of predictive demographic and obstetric variables. *Obstet Gynecol* 1984;63:809–14.
- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] 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.

- [19] Sands (Stillbirth & Neonatal Death Charity). *Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals*. 4th ed. Coventry: Tantamount; 2016.
- [20] Grupe DW, Nitschke JB. Uncertainty and anticipation in anxiety: An integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Rev Neurosci* 2013;14:488–501. doi:10.1038/nrn3524.
- [21] INE (Instituto Nacional de Estadística). *Muertes Fetales 2010-2015 Movimiento natural de la población*. n.d.
- [22] Singh N, Sharma P, Chaudhary P. Caesarean delivery on maternal request (CDMR): the controversy continues. *Curr Med Res Pract* 2017;7:113–6. doi:10.1016/j.cmrp.2017.04.001.
- [23] O'Neill SM, Kearney PM, Kenny LC, Khashan AS, Henriksen TB, Lutomski JE, et al. Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8. doi:10.1371/journal.pone.0054588.
- [24] Lydon-Rochelle M, Holt V, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345:3–8. doi:10.1056/NEJM200107053450101.
- [25] Silver RM. Implications of the first cesarean: perinatal and future reproductive health and subsequent cesareans, placentation issues, uterine rupture risk, morbidity, and mortality. *Semin Perinatol* 2012;36:315–23. doi:10.1053/j.semperi.2012.04.013.
- [26] Al-Zirqi I, Kjersti-Daltveit A, Forsén L, Stray-Pedersen B, Vangen S. Risk factors for complete uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2016;216:165.e1–165.e8. doi:10.1016/j.ajog.2016.10.017.
- [27] Adolfsen A. Applying Heidegger's interpretive phenomenology to women's miscarriage experience. *Psychol Res Behav Manag* 2010;3:75–9. doi:10.2147/PRBM.S4821.
- [28] Reilly-Smorawski B, Armstrong A V, Catlin EA. Bereavement support for couples following death of a baby: Program development and 14-year exit analysis. *Death Stud* 2002;26:21–37. doi:10.1080/07481180210145.
- [29] 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.
- [30] World Health Organisation. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. Geneva, Switzerland 13–15 June 2005. Geneva: 2005.
- [31] Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth Spacing and Risk of Adverse Perinatal Outcomes. *JAMA* 2006;295:1809. doi:10.1001/jama.295.15.1809.
- [32] Lasker JN, Toedter LJ. Predicting Outcomes after Pregnancy Loss: Results from Studies Using the Perinatal Grief Scale. *Illness, Cris Loss* 2000;8:350–72. doi:10.1177/105413730000800402.
- [33] Grout LA, Romanoff BD. The myth of the replacement child: parent's stories and practices after perinatal death. *Death Stud* 2000;24:93–113. doi:10.1080/074811800200595.
- [34] Murphy S, Thomas H. Stillbirth and Loss: Family practices and display. *Sociol Res Online* 2013;18. doi:10.5153/sro.2889.
- [35] Earle S, Foley P, Komaromy C, Lloyd C. Conceptualizing reproductive loss: A social sciences perspective. *Hum Fertil* 2008;11:259–62. doi:10.1080/14647270802298272.
- [36] Riches G, Dawson P. Lost children, living memories: The role of photographs in processes of grief and adjustment among bereaved parent. *Death Stud* 1998;22:121–40. doi:10.1080/074811898201632.
- [37] Kowalski K. Managing perinatal loss. *Clin Obstet Gynaecol* 1980;23:1113–23.
- [38] DiStefano V, Santolaya-Forgas J, Faro R, Duzyj C, Oyelese Y. Mode of delivery in stillbirth, 1995-2004. *Reprod Sci* 2015;19:2–7. doi:10.1177/1933719115594015.
- [39] Rossi R, Hall E, DeFranco E. Mode of Delivery in Stillbirth Pregnancies [30B]. *Obstet Gynecol* 2018;131:275 – 28S. doi:10.1097/01.AOG.0000532932.80967.dc.
- [40] 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.
- [41] 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.
- [42] Mitjans-Lafont L, Castellanos Torres E, Alcover Giménez S, Mas Pons R, Barrue Broch G, Ramón Bonache R, et al. *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021*. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat València; 2017.
- [43] 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.
- [44] Dudley DJ. *Medical Management Including Delivery*. In: Spong CY, editor. *Stillb. Predict. Prev. Manag.*, Oxford: Wiley-Blackwell; 2011, p. 229–41. doi:10.1002/9781444398038.ch14.
- [45] Chakhtoura NA, Reddy UM. Management of stillbirth delivery. *Semin Perinatol* 2015;39:501–4. doi:10.1053/j.semperi.2015.07.016.
- [46] 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.
- [47] Steen S, Ilse S. Mediocre or excellent-where does your facility stand? Becoming a perinatal loss gold standard hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:1–2. doi:10.1186/1471-2393-15-S1-A13.
- [48] Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M. *European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Paris: Euro-Peristat, INSERM; 2010.
- [49] Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;16:CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- [50] Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13. doi:10.1186/1471-2393-13-70.
- [51] Rådestad I, Nordin C, Steineck G, Sjögren B. A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth. *Midwifery* 1998;14:111–7. doi:10.1016/S0266-6138(98)90008-0.

## 8. ATENCIÓN AL PARTO

### TABLAS DE RESULTADOS

#### INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL PROCESO DE PARTO

Tabla 1. Grado de acuerdo con la frase "Me explicaron de una manera clara y entendible el proceso del parto en casos de pérdida"

	n (%)
Estoy totalmente en desacuerdo (1)	161 (20,3)
No estoy de acuerdo (2)	120 (15,1)
Ni estoy de acuerdo ni en desacuerdo (3)	110 (13,9)
Estoy de acuerdo (4)	223 (28,1)
Estoy totalmente de acuerdo (5)	179 (22,6)
Total	793 (100,0)
Perdido	3
Estoy de acuerdo (4) + estoy totalmente de acuerdo (5)	402 (50,7)

Tabla 2. Grado de acuerdo con la frase "Me explicaron de una manera clara y entendible el proceso del parto en casos de pérdida" según el año de la muerte y la edad gestacional

	Año de la muerte					Total n (%)
	≤2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015/2016 n (%)	
<b>&lt;26 semanas*</b>						
Desacuerdo o neutro	33 (53,2)	22 (45,8)	43 (53,1)	27 (48,2)	40 (54,8)	165 (51,6)
De acuerdo	29 (46,8)	26 (54,2)	38 (46,9)	29 (51,8)	33 (45,2)	155 (48,4)
Total	62 (100,0)	48 (100,0)	81 (100,0)	56 (100,0)	73 (100,0)	320 (100,0)
<b>≥26 semanas**</b>						
Desacuerdo o neutro	62 (58,5)	46 (59,0)	40 (42,6)	41 (42,3)	37 (37,8)	226 (47,8)
De acuerdo	44 (41,5)	32 (41,0)	54 (57,4)	56 (57,7)	61 (62,2)	247 (52,2)
Total	106 (100,0)	78 (100,0)	94 (100,0)	97 (100,0)	98 (100,0)	473 (100,0)
<b>Total***</b>						
Desacuerdo o neutro	95 (56,5)	68 (54,0)	83 (47,4)	68 (44,4)	77 (45,0)	391 (49,3)
De acuerdo	73 (43,5)	58 (46,0)	92 (52,6)	85 (55,6)	94 (55,0)	402 (50,7)
Total	168 (100,0)	126 (100,0)	175 (100,0)	153 (100,0)	171 (100,0)	793 (100,0)
Perdido						3

\* $\chi^2 (4, n=320) = 1,32, p = 0,856$

\*\* $\chi^2 (4, n=473) = 14,95, p = 0,005$  V de Cràmer = 0,195

\*\*\* $\chi^2 (4, n=793) = 7,56, p = 0,109$

## TIPO DE PARTO

Tabla 3. Tipo de parto

	n (%)	n (%)
Vaginal (total)		667 (84,0)
Vaginal - inducido (incluye casos con y sin instrumentalización)	578 (86,7)	
Vaginal - instrumentalizado (incluye casos con y sin inducción)	113 (16,9)	
Vaginal - sin inducción ni instrumentalización	75 (11,2)	
Cesárea (total)		118 (14,9)
Cesárea programada	22 (18,6)	
Cesárea de urgencia	80 (67,8)	
Cesárea por fallo de inducción	16 (13,6)	
Legrado		9 (1,1)
Total		794
Perdido		2

Tabla 4. Tipo de parto según la edad gestacional

	Edad gestacional (semanas)						
	16-19 (n=128)	20-25 (n=193)	26-33 (n=151)	≥34 (n=324)	≥20 (n=667)	≥26 (n=474)	Total (n=796)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Vaginal (total)*	120 (94,5)	183 (94,8)	122 (80,8)	242 (74,9)	547 (82,0)	364 (76,8)	667 (84,0)
Vaginal - inducido**	99 (78,0)	152 (78,8)	115 (76,2)	212 (65,6)	479 (71,8)	327 (69,0)	578 (72,8)
Vaginal - instrumentalizado***	26 (20,5)	26 (13,5)	9 (6,0)	52 (16,1)	87 (13,0)	61 (12,9)	113 (14,2)
Vaginal - sin inducc. ni instrum.****	16 (12,6)	27 (14,0)	7 (4,6)	25 (7,7)	59 (8,8)	32 (6,8)	75 (9,4)
Cesárea*****	0 (0,0)	9 (4,7)	29 (19,2)	80 (24,7)	118 (17,7)	109 (23,0)	118 (14,8)
Legrado	7 (5,5)	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,3)	2 (0,3)	1 (0,2)	9 (1,1)
Perdido	1	0	0	1	1	1	2

\* $\chi^2$  (3, n= 794) = 48,17, p <0,001, V de Cràmer=0,246  
\*\* $\chi^2$  (3, n= 794) = 14,39, p =0,002, V de Cràmer=0,135  
\*\*\* $\chi^2$  (3, n= 794) = 13,53, p =0,004, V de Cràmer=0,131  
\*\*\*\* $\chi^2$  (3, n= 794) = 11,32, p =0,010, V de Cràmer=0,119  
\*\*\*\*\* $\chi^2$  (3, n= 794) = 65,34, p <0,001, V de Cràmer=0,287

Tabla 5. Tipo de parto según el tipo de muerte

	Tipo de muerte		
	Muertes súbitas	Interrupciones	Total
	n* (%)	n* (%)	n* (%)
Vaginal (total)***	492 (81,3)	175 (92,6)	667 (84,0)
Vaginal - inducido (incluye casos con y sin instrumentalización)	411 (67,9)	167 (88,4)	578 (72,8)
Vaginal - instrumentalizado (incluye casos con y sin inducción)	79 (13,1)	34 (18,0)	113 (14,2)
Vaginal - sin inducción ni instrumentalización	69 (11,4)	6** (3,2)	75 (9,4)
Cesárea (total)****	109 (18,0)	9 (4,8)	118 (14,9)
Cesárea programada	17 (2,8)	5 (2,6)	22 (2,8)
Cesárea de urgencia	76 (12,6)	4 (2,1)	80 (10,1)
Cesárea por fallo de inducción	16 (2,6)	0 (0,0)	16 (2,0)
Legrado	4 (0,7)	5 (2,6)	9 (1,1)
Total	605	189	794
Perdido	1	1	2

\*En el caso de partos vaginales las sub-categorías suman más del 100%

\*\*De los 6 casos de parto natural, 4 fueron casos de reducción selectiva del embarazo que acabaron en parto natural. Los otros dos casos son interrupciones por amenaza a la salud de la madre

\*\*\* $\chi^2$  (1, n= 794) = 12,79, p <0,001, Phi=0,131, \*\*\*\* $\chi^2$  (1, n= 794) = 18,96, p <0,001, Phi= -0,159

**Tabla 7. Modelo de variables predictoras de la práctica de parto por cesárea (regresión logística binaria)**  
n=527 (Casos de muerte súbita  $\geq$ 20 semanas)

	Cesárea (%)	B	Error est.	Wald	Sig.	Exp(B)	Int. Conf. Exp(B) 95%	
							Inf.	Sup.
Muestra	(20,7)							
Edad gestacional $\geq$ 26 semanas	(23,4)	1,309	0,426	9,416	0,002	3,701	1,604	8,538
Hospital privado	(37,4)	1,294	0,246	27,596	<0,001	3,646	2,250	5,908
Complicación durante el embarazo: diabetes gestacional	(51,4)	1,108	0,388	8,139	0,004	3,027	1,414	6,478
Complicación durante el embarazo: desprendimiento placentario	(58,3)	1,959	0,483	16,470	<0,001	7,090	2,753	18,258
Estar 'de acuerdo' con que "Sentí que podría hacer preguntas"	(18,4)	-0,512	0,247	4,285	0,038	0,599	0,369	0,973
Constante		-2,801	0,436	41,197	<0,001	0,061		

Método = Enter

Omnibus:  $\chi^2 (5, n= 523) = 71,967, p <0,001$

-2 log likelihood = 530,01, Cox y Snell  $R^2=0,129$ , Nagelkerke  $R^2=0,202$

Prueba de Hosmer y Lemeshow:  $\chi^2 (4, n= 523) = 2,86, p =0,581$

Cambio en la clasificación: 79,5% a 80,7%

**Tabla 8. Modelo de variables predictoras de tener un hijo vivo después de la pérdida (regresión logística binaria)** (n=259, todos casos entre 13 y 60 meses después de la pérdida y excluidos los casos en los cuales al mujer estuvo embarazada a la hora de rellenar el cuestionario)

	Hijos con vida después de la pérdida (%)	B	Error est.	Wald	Sig.	Exp(B)	Int. Conf. Exp(B) 95%	
							Inf.	Sup.
Muestra	(69,0)							
Tiempo desde la pérdida en meses		0,067	0,015	21,160	<0,001	1,070	1,039	1,101
Edad: 35-39 años (n=54)	(57,4)	-0,764	0,365	4,384	0,036	0,466	0,228	0,952
Edad: $\geq$ 40 años (n=22)	(36,4)	-1,757	0,544	10,433	0,001	0,173	0,059	0,501
Hijo(s) vivo(s) antes de la pérdida (n=83)	(55,4)	-0,967	0,328	8,675	0,003	0,380	0,200	0,724
Religión: católica (n=87)	(75,9)	0,824	0,354	5,409	0,020	2,280	1,138	4,567
Tipo de nacimiento: cesárea (n=39)	(46,2)	-1,111	0,407	7,470	0,006	0,329	0,148	0,730
Constante		-1,485	0,515	8,301	0,004	0,227		

Método = Forward wald

Omnibus:  $\chi^2 (6, n= 256) = 64,46, p <0,001$

-2 log likelihood = 253,54, Cox y Snell  $R^2=0,223$ /Nagelkerke  $R^2=0,313$

Prueba de Hosmer y Lemeshow:  $p =0,214$

Cambio en la clasificación: 68,8% a 76,6%

Tabla 9. Instrumentalización del parto según el tipo de muerte y de hospital

	Tipo de hospital		
	Público	Privado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Muertes súbitas*</b>			
Sin instrumentalización	391 (87,7)	135 (84,9)	526 (86,9)
Instrumentalización	55 (12,3)	24 (15,1)	79 (13,1)
Total	446 (100,0)	159 (100,0)	605 (100,0)
Perdido			1
<b>Interrupciones**</b>			
Sin instrumentalización	127 (87,6)	28 (63,6)	155 (82,0)
Instrumentalización	18 (12,4)	16 (36,4)	34 (18,0)
Total	145 (100,0)	44 (100,0)	189 (100,0)
Perdido			1
<b>Total***</b>			
Sin instrumentalización	518 (87,6)	163 (80,3)	681 (85,8)
Instrumentalización	73 (12,4)	40 (19,7)	113 (14,2)
Total	591 (100,0)	203 (100,0)	794 (100,0)
Perdido			2

\* $\chi^2 (1, n=605) = 0,563, p = 0,453$   
\*\* $\chi^2 (1, n=189) = 11,55, p = 0,001, Phi = 0,264$   
\*\*\*  $\chi^2 (1, n=794) = 6,10, p = 0,013, Phi = 0,094$

## ACOMPañAMIENTO DURANTE EL PARTO

Tabla 10. Acompañamiento durante el parto

	n (%)
Acompañada por su pareja	520 (65,5)
Acompañada por un familiar o amigo	41 (5,2)
No acompañada	233 (29,3)
Total	794 (100,0)
Perdido	2

Tabla 11. Acompañamiento durante el parto según el año de la muerte

	Año de la muerte					Total n (%)
	≤2011	2012	2013	2014	2015/2016	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Acompañamiento</b>						
No	64 (38,1)	45 (35,7)	44 (25,1)	37 (24,2)	43 (25,0)	233 (29,3)
Sí	104 (61,9)	81 (64,3)	131 (74,9)	116 (75,8)	129 (75,0)	561 (70,7)
Total	168 (100,0)	126 (100,0)	175 (100,0)	153 (100,0)	172 (100,0)	794 (100,0)
Perdido						2

\* $\chi^2 (4, n=794) = 13,69, p = 0,008, V \text{ de Cràmer} = 0,131$



Tabla 12. Motivo para no estar acompañada durante el parto

	n (%)
A mi pareja no le dejaron entrar	128 (55,4)
Porque fue bajo anestesia general/en quirófano	52 (22,5)
Fue cesárea/no dejaron entrar a nadie	10 (4,3)
Lo elegí así	13 (5,6)
Mi pareja no quiso entrar	8 (3,5)
Otro/circunstancial (pareja o familiar no llegaba a tiempo, no había posibilidad de estar acompañada, etc.)	17 (7,4)
Total	231 (100,0)
Filtrado (acompañada durante el parto)	561
Perdido	2

Tabla 13. Modelo de variables predictoras del acompañamiento durante el parto (regresión logística binaria)

	Acompañamiento (%)	B	Error est.	Wald	Sig.	Exp(B)	Int. Conf. Exp(B) 95%	
							Inf.	Sup.
Muestra	(70,7)							
Edad gestacional (16-19 semanas)	(66,1)	-1,676	0,289	33,561	<0,001	0,187	0,106	0,330
Edad gestacional (20-25 semanas)	(66,3)	-1,542	0,269	32,952	<0,001	0,214	0,126	0,362
Edad gestacional (26-33 semanas)	(70,9)	-0,743	0,295	6,324	0,012	0,476	0,267	0,849
Cesárea	(21,2)	-3,455	0,294	138,359	<0,001	0,032	0,018	0,056
Estar 'de acuerdo' con que "Médico tardó en verme (diagnóstico)"	(59,1)	-0,718	0,209	11,819	0,001	0,488	0,324	0,734
Constante		2,560	0,225	129,130	<0,001	12,933		

Método = Enter

Omnibus:  $\chi^2 (5, n= 787) = 210,48, p <0,001$ -2 log likelihood = 736,93, Cox y Snell  $R^2=0,235$ , Nagelkerke  $R^2=0,335$ Prueba de Hosmer y Lemeshow:  $\chi^2 (5, n= 787) =0,863, p =0,990$ 

Cambio en la clasificación: 71,0% a 79,3%

Tabla 14. Acompañamiento según el tipo de parto y la edad gestacional

	Edad gestacional (semanas)				
	16-19 (n=128)	20-25 (n=193)	26-33 (n=151)	≥34 (n=324)	Total (n=796)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Parto Vaginal*</b>					
Acompañada	82 (68,3)	126 (68,9)	103 (84,4)	223 (92,5)	534 (80,2)
No acompañada	38 (31,7)	57 (31,1)	19 (15,6)	18 (7,5)	132 (19,8)
Total	120 (100,0)	183 (100,0)	122 (100,0)	241 (100,0)	666 (100,0)
<b>Parto por Cesárea**</b>					
Acompañada	— —	2 (22,2)	4 (13,8)	19 (23,8)	25 (21,2)
No acompañada	— —	7 (77,8)	25 (86,2)	61 (76,2)	93 (78,8)
Total	— —	9 (100,0)	29 (100,0)	80 (100,0)	118 (100,0)
Legrado	7	1	0	1	9
Perdido	1	0	0	1	2

\* $\chi^2 (3, n= 666) = 49,89, p <0,001, V$  de Cràmer=0,104\*\* $\chi^2 (2, n= 118) = 1,27, p =0,530$  (Una celda con total esperado menor de 5)

Tabla 15. Contacto *post mortem* con el bebé según el acompañamiento durante el parto (madre)

	Acompañamiento durante el parto		Total n (%)
	No	Sí	
	n (%)	n (%)	
<b>Contacto <i>post mortem</i> &lt;26 semanas de gestación*</b>			
No	88 (81,5)	129 (60,8)	217 (67,8)
Sí	20 (18,5)	83 (39,2)	103 (32,2)
Total	108 (100,0)	212 (100,0)	320 (100,0)
<b>Contacto <i>post mortem</i> ≥26 semanas de gestación**</b>			
No	58 (46,4)	99 (28,4)	157 (33,1)
Sí	67 (53,6)	250 (71,6)	317 (66,9)
Total	125 (100,0)	349 (100,0)	474 (100,0)
<b>Total***</b>			
No	146 (62,7)	228 (40,6)	374 (47,1)
Sí	87 (37,3)	333 (59,4)	420 (52,9)
Total	233 (100,0)	561 (100,0)	794 (100,0)
Perdido			2

$*\chi^2 (1, n= 320) = 13,02, p <0,001, Phi=0,209$   
 $**\chi^2 (1, n= 474) = 12,71, p <0,001, Phi=0,169$   
 $***\chi^2 (1, n= 794) = 31,15, p <0,001, Phi=0,201$

Tabla 16. Contacto *post mortem* con el bebé según el acompañamiento durante el parto (padre)

	Acompañamiento durante el parto		Total n (%)
	No	Sí	
	n (%)	n (%)	
<b>Contacto <i>post mortem</i> &lt;26 semanas de gestación*</b>			
No	98 (90,7)	127 (59,9)	225 (70,3)
Sí	10 (9,3)	85 (40,1)	95 (29,7)
Total	108 (100,0)	212 (100,0)	320 (100,0)
<b>Contacto <i>post mortem</i> ≥26 semanas de gestación**</b>			
No	40 (32,0)	61 (17,5)	101 (21,3)
Sí	85 (68,0)	288 (82,5)	373 (78,7)
Total	125 (100,0)	349 (100,0)	474 (100,0)
<b>Total***</b>			
No	138 (59,2)	188 (33,5)	326 (41,1)
Sí	95 (40,8)	373 (66,5)	468 (58,9)
Total	233 (100,0)	561 (100,0)	794 (100,0)
Perdido			2

$*\chi^2 (1, n= 320) = 31,13, p <0,001, Phi=0,319$   
 $**\chi^2 (1, n= 474) = 10,72, p <0,001, Phi=0,156$   
 $***\chi^2 (1, n= 794) = 43,93, p <0,001, Phi=0,238$

Tabla 17. Administración de sedantes según el acompañamiento durante el parto

	Acompañamiento durante el parto		Total n (%)
	No	Sí	
	n (%)	n (%)	
<b>Administración de sedantes en al menos una ocasión durante la estancia*</b>			
No	107 (45,9)	305 (54,4)	412 (51,9)
Sí	126 (54,1)	256 (45,6)	382 (48,1)
Total	233 (100,0)	561 (100,0)	794 (100,0)
Perdido			2
<b>Administración de sedantes durante o después del trabajo de parto**</b>			
No	141 (60,5)	398 (70,9)	539 (67,9)
Sí	92 (39,5)	163 (29,1)	255 (32,1)
Total	233 (100,0)	561 (100,0)	794 (100,0)
Perdido			2

\* $\chi^2 (1, n=794) = 4,37, p = 0,037, Phi = -0,077$ \*\* $\chi^2 (1, n=794) = 7,74, p = 0,005, Phi = -0,102$ 

## IMPACTO SOBRE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN

Tabla 18. Satisfacción con la atención según la calificación de la información recibida sobre el proceso de parto

	"Me explicaron de una manera clara y entendible el proceso del parto"		Total n (%)
	Desacuerdo o neutro	De acuerdo	
	n (%)	n (%)	
<b>Satisfecha con la atención</b>			
Desacuerdo o neutro	215 (55,1)	48 (11,9)	263 (33,2)
De acuerdo	175 (44,9)	354 (88,1)	529 (66,8)
Total	390 (100,0)	402 (100,0)	792 (100,0)
Perdido			4

\* $\chi^2 (1, n=792) = 164,52, p < 0,001, Phi = 0,458$ 

Tabla 19. Satisfacción con la atención según el acompañamiento durante el parto

	Acompañamiento durante el parto		Total n (%)
	No	Sí	
	n (%)	n (%)	
<b>Satisfecha con la atención</b>			
Desacuerdo o neutro	98 (42,1)	165 (29,5)	263 (33,2)
De acuerdo	135 (57,9)	395 (70,5)	530 (66,8)
Total	233 (100,0)	558 (100,0)	791 (100,0)
Perdido			5

\* $\chi^2 (1, n=791) = 11,21, p = 0,001, Phi = 0,122$