

La atención al parto hospitalario

SOFÍA GONZÁLEZ SALGADO

Matrona Hospital Comarcal de Valdeorras

1. INTRODUCCIÓN

La atención al parto brindada a mujeres y recién nacidos incide en la calidad de vida de ambos. El derecho a la libre elección informada, el respeto a la fisiología del proceso y la atención integral a la familia se oponen, en ocasiones, al tipo de asistencia que se lleva a cabo en los hospitales españoles. Entre los profesionales y en la sociedad en general sigue fuertemente arraigada la convicción de las ventajas de la atención medicalizada y la creencia errónea de que una cesárea es más segura que un parto vaginal.

El paso del parto al hospital conllevó importantes cambios en el tipo de atención prestada: se construyeron hospitales con amplias carteras de servicios; la cobertura pasó a ser universal y equitativa, permitiendo que la salud dejara de ser un privilegio; se normalizaron y normativizaron los controles prenatales y la atención se especializó, pasando a manos de médicos y enfermeros especialistas. Se atribuyó al parto tecnológico la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, cuando en realidad los causantes fueron la mejora del estado de salud de las mujeres, de sus condiciones de vida y de la atención prenatal, la disminución del número de partos y el uso de la tecnología adecuada para los partos de riesgo. En un país en el que la desnutrición, la falta de agua potable y de higiene, las guerras, la falta de métodos anticonceptivos ... son inexistentes, achacar el descenso de la mortalidad materna y perinatal al intervencionismo y la tecnología resulta poco científico.

2. MODELO INTERVENCIONISTA INSTITUCIONALIZADO

El parto es la causa más frecuente de ingreso hospitalario: los 463.249 partos de 2005 representan el 9,1% de las altas institucionales totales. El 25,2% de ellos terminan en cesárea, a pesar de que la OMS advirtió hace ya veinte años de que un porcentaje de cesáreas mayor del 15% era poco justificable en cualquier región geográfica.

La edad y el riesgo obstétrico de una mujer no parecen ser razones para la variabilidad existente en las tasas de inducciones, episiotomías, uso de analgésicos y anestésicos y cesáreas en los hospitales españoles y sí más los diferentes estilos de práctica clínica de los profesionales que intervienen en la asistencia al parto. Es prioritario revisar estas cifras, adecuando la práctica clínica a la evidencia científica. La baja calidad en la atención al parto y al nacimiento genera insatisfacción y pérdida de autoestima maternas, sentimientos de abandono e incompreensión, depresión, dificultades en el apego, la lactancia y la crianza y deslegitimación del sistema sanitario.

3. INICIATIVAS PARA EL CAMBIO

3. 1. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

Aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud y publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007, revisa la evidencia disponible, recomendaciones e indicadores relacionados con la atención al parto e impulsa la excelencia asistencial en un proceso vital desde el punto de vista personal, familiar y social. Es la primera elaborada, además de por un equipo de expertos (obstetras, comadronas, pediatras y anestesiistas), por usuarias representadas por la asociación El parto es nuestro.

Promueve un modelo de atención basado en la evidencia científica, atento a las necesidades de la parturienta y del recién nacido, respetuoso con la fisiología del parto y del nacimiento, defensor del menor intervencionismo posible, de la atención individualizada y del principio de autonomía de las mujeres. Sin llegar a tener carácter de norma, persigue la elaboración de estándares y recomendaciones en relación con las siguientes prácticas:

- Rasurado del periné.
- Enema.
- Acompañamiento durante el proceso.

- Periodo de dilatación.
- Manejo del dolor durante el parto.
- Posición materna durante el expulsivo.
- Episiotomía.
- Alumbramiento.
- Partos instrumentales.
- Cesáreas.
- Contacto precoz madre-recién nacido.
- Atención postnatal inmediata.
- Lactancia.

Las recomendaciones recogidas en la EAPN vinculadas a estas prácticas se exponen a continuación:

- Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto. La tasa de infección es inferior en pacientes que no han sido rasuradas. Considerar este procedimiento sólo cuando es necesario. No deben utilizarse cuchillas de afeitar. Las organizaciones deben educar a su personal sobre la importancia de cortar el vello en lugar de rasurar y dar entrenamiento para utilizar adecuadamente las maquinillas eléctricas.
- Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la parturienta. Aplicar opcionalmente, informando a la mujer sobre la práctica.
- Solicitar su opinión y acordar su administración sólo como medida higiénica.
- Permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de forma ininterrumpida, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo.
- Promover una política institucional que permita a las gestantes elegir libremente a las personas que las acompañen de forma continua durante todo el proceso del parto.
- Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de trabajo de parto para reducir el número de consultas de guardia por falsos trabajo de parto.
- Ofrecer a la gestante apoyo físico, emocional y psicológico durante todo el proceso.

- Facilitar que la mujer pueda moverse libremente de acuerdo con sus necesidades y preferencias, y que adopte la posición que encuentre más cómoda.
- Permitir la ingesta moderada de líquidos azucarados y alimentos livianos. No realizar hidratación intravenosa para todas las mujeres en trabajo de parto normal, ya que limita sus movimientos y comodidad.
- Registrar la evolución del trabajo de parto mediante la utilización del partograma como elemento objetivo para el manejo del segundo período.
- No realizar amniotomía precoz de rutina. Esta conducta se reservará para parturientas con progreso anormal del trabajo de parto según partograma.
- Realizar control de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto mediante la auscultación intermitente de los latidos y sólo realizar la monitorización continua en embarazadas con riesgo elevado o con progreso anormal del trabajo de parto.
- Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles, aconsejando no realizar más de uno cada 3 horas si no se considera necesario.
- Informar a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos. No realizar analgesia de rutina; ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir un método si lo desean y está disponible en el centro.
- A aquellas mujeres que no desean emplear fármacos durante su trabajo de parto se les deberá informar acerca de la evidencia disponible respecto a métodos no farmacológicos.
- Estimular a las mujeres a que tengan su parto en la posición más cómoda para ellas. Hasta que los beneficios y riesgos de las diferentes posiciones no se puedan estimar con certeza, se debe permitir que las mujeres tomen decisiones informadas acerca de la posición de parto que deseen asumir en el momento del parto.
- Promover una política de episiotomía selectiva.
- No suturar los desgarros leves o cortes menores.
- De ser necesaria, realizar sutura continua con material absorbible sintético.

- Ofrecer manejo activo del alumbramiento en los partos vaginales para la prevención de la hemorragia posparto, usando la oxitocina como fármaco de primera elección.
- En ausencia de manejo activo, utilizar drogas uterotónicas para la prevención de la hemorragia posparto.
- Dados los beneficios para el recién nacido, el cordón no deberá clamparse con latido ni antes de traccionar la placenta, (aproximadamente a los 3-5 minutos posparto).
- Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología, dada la existencia de posibles lesiones inmediatas y secuelas tardías derivadas de la aplicación de fórceps, ventosas y espátulas. Su uso aumenta el tamaño y la frecuencia de la episiotomía, reduce las tasas de duración de la lactancia materna por aumento de la separación madre-hijo, produce estrés al recién nacido tras un parto complicado e incomodidad materna por cicatrices o dolor.
- En vista de que se reduce la morbilidad materna con el uso de ventosa en comparación con el fórceps, y ante personal con buena experiencia en el uso de la primera, este método se recomienda como de primera elección cuando esté indicado un parto asistido. Su uso deberá fomentarse sólo después de haber alcanzado un estándar mínimo de entrenamiento del personal que asiste a los partos.
- El recién nacido sano y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.
- Los únicos procedimientos que se le realizarán al neonato durante el tiempo de contacto piel con piel con su madre serán la identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar.
- Posponer prácticas como la profilaxis ocular, peso, vitamina K ..., hasta finalizar el contacto precoz, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de los padres y tras su consentimiento.
- No deben realizarse de forma rutinaria aspiración de secreciones, lavado gástrico, sondaje orogástrico, paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las coanas y paso de sonda rectal. No son necesarias en un recién nacido normal y no están exentas de riesgo.

- En caso de cesáreas, siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz madre-hijo. Si el estado de salud de la madre no lo permite, se le ofrecerá al padre.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas.
- Abandonar los procedimientos injustificados y retrasar la realización de los necesarios que supongan separación del neonato de su madre. Solicitar el consentimiento de las madres para cualquier procedimiento.

3. 2. Recomendaciones sobre Asistencia al Parto

Elaboradas por la SEGO en 2008, sustituyen al Protocolo de Asistencia al Parto Normal de 2003. Ese mismo año redacta, en colaboración con la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor, el Protocolo de Analgesia del Parto, que presenta el apoyo durante el parto, la inyección dérmica de suero estéril y la inmersión en agua como métodos no farmacológicos de alivio del dolor en el trabajo de parto de eficacia demostrada.

3. 3. Documento de Consenso Iniciativa Parto Normal

Elaborado por la FAME, este documento tiene como objetivos fundamentales sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales y crear opinión en las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal.

3. 4. Guía Técnica del SERGAS

La Xunta de Galicia y el Servicio Galego de Saúde elaboraron en 2008 la “Guía Técnica do proceso de Atención ao Parto Normal e Puerperio” dentro del Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer. Entre sus objetivos se encuentran:

- Ayudar a los profesionales en la toma de decisiones sanitarias en el acompañamiento y cuidado del proceso fisiológico del parto, y en los cuidados del puerperio, cumpliendo con los estándares recomendados por la OMS y la medicina basada en la evidencia.
- Fomentar una participación más activa de la mujer y de su pareja en todo el proceso.

- Disminuir la variabilidad en la prestación del servicio y mejorar su calidad.
- Incrementar el nivel de satisfacción de la mujer con la atención recibida.

Estas directrices no tienen carácter normativo ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.

4. DERECHOS Y GARANTÍAS DE LAS USUARIAS

La 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, completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. Entiende que promover la participación informada y la toma de decisiones por parte de las mujeres en todo el proceso de parto mejora la salud integral, la relación entre profesionales y usuarias y la satisfacción de ambos, y disminuye las acciones judiciales emprendidas por mala praxis.

La toma de decisiones informadas es un derecho y un elemento clave de la atención de calidad. El titular del derecho a la información en ocasión del parto es la mujer, aunque la familia será informada en la medida en que ella lo consienta y solicite, puesto que el parto tiene una dimensión familiar que es necesario incorporar a la atención.

Para que las mujeres tengan la oportunidad de tomar decisiones informadas sobre el embarazo y parto, es necesaria información adecuada y oportuna en el tiempo. La mujer que va a dar a luz se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica, por lo que los profesionales deben asegurarse de que toma decisiones con las garantías suficientes en cuanto a información y libertad de elección. La información facilitada debe incluir todos los aspectos que faciliten la participación activa de las mujeres y sus acompañantes en la atención del proceso de parto.

La Estrategia de atención al parto normal en el SNS recomienda en materia de información:

- Asegurar y garantizar el acceso y comprensión de la información a las mujeres sobre el proceso fisiológico del parto y sobre el conocimiento disponible acerca de las diferentes prácticas clínicas avaladas científicamente en la atención al parto.

- Esta información debe ser completa, considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; adecuada a las necesidades de las mujeres; comprensible en relación con el lenguaje y con el momento en que se da la información; y disponible en el formato adecuado.
- Ofrecer a las mujeres información basada en la evidencia con la finalidad de permitirles tomar decisiones informadas de acuerdo con sus necesidades y expectativas.
- Respetar las decisiones que tome la mujer acerca de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el embarazo) dentro del marco de seguridad y calidad establecido por la evidencia científica.
- Garantizar el reconocimiento del derecho de la madre y el padre o tutor legal sobre cualquier decisión en relación con el recién nacido.
- Facilitar y garantizar que las mujeres y asociaciones de mujeres participen en la evaluación de la atención al parto y nacimiento.
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales que dificultan la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres.
- Facilitar a las embarazadas y sus parejas el conocimiento de la maternidad y de su personal antes del parto y de la existencia de grupos de apoyo madre-madre en el hospital.
- Desarrollar programas que estimulen a las mujeres a la toma de decisiones relativas al proceso del embarazo, parto y posparto.
- Investigar estrategias de divulgación efectivas que permitan a las mujeres acceder a información suficiente, relevante y acorde con sus valores y creencias.
- Establecer los mecanismos para garantizar que todas las usuarias hagan uso de su derecho a tomar decisiones informadas en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de su situación de salud.
- Dar a conocer experiencias positivas de parto no medicalizado (vídeos, testimonios de mujeres ...)

- Establecer programas de educación sanitaria que propicien la activa participación de la comunidad en temas sanitarios. Fomentar las asociaciones de usuarias y promover su participación.
- Consignar explícitamente las preferencias de las mujeres durante el proceso de toma de decisión.
- Facilitar a las personas con dificultades de comunicación el acceso a la información y el ejercicio de su derecho a participar activamente.
- Comprometer a las y los profesionales y capacitar a la ciudadanía para promover un estado de opinión que favorezca la participación efectiva y la toma de decisiones informadas sobre la asistencia sanitaria.
- Elaborar un modelo de toma de decisiones y diseñar instrumentos que permitan la cuantificación de la participación de la población usuaria.” (Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad. 2007. p. 36-37)

La capacidad de elegir sólo estará limitada por la disponibilidad de la opción elegida y la buena praxis. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos.

5. ESTRUCTURA FÍSICA Y ORGANIZATIVA

La atención institucional al parto se articula alrededor del bloque obstétrico, que en la inmensa mayoría de los hospitales españoles está dispuesto en locales (salas de dilatación, paritorios, quirófanos, y habitaciones en hospitalización), en los que se atiende a las diferentes fases del parto. Las UTPR (Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación), sin embargo, se están introduciendo rápidamente, por interferir menos con los requerimientos de la fisiología del parto y ofrecer mayor comodidad y privacidad para las mujeres y sus acompañantes. En ellas, todo el proceso de parto (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación) se lleva a cabo en un espacio físico integrado. En el caso de las UTPR diseñadas en España, se prevé su uso hasta el alumbramiento, la adaptación del recién nacido, el contacto piel con piel, la primera toma y las primeras 2 horas de recuperación materna, para pasar posteriormente a una cama de hospitaliza-

ción en la unidad de obstetricia, agrupando a las mujeres según el motivo de ingreso y por niveles de riesgo.

6. RECURSOS HUMANOS

El papel de la matrona se centra en la asistencia al parto normal y sus habilidades diagnósticas para identificar desviaciones de lo normal y referir estos casos. Cuando es precisa la actuación de otro miembro del equipo, la matrona sigue siendo responsable de proveer apoyo global, maximizar la continuidad de los cuidados y promover el embarazo y parto como un proceso fisiológico normal.

Las administraciones sanitarias deben tender a garantizar la disponibilidad de una matrona que pueda dedicar el 100% de su tiempo a cada mujer con trabajo de parto instaurado.

La enseñanza de la medicina y de la enfermería y la formación de especialistas en ambas áreas de conocimiento, deberá abarcar en los próximos años no sólo la perspectiva de la asistencia sin intervención y las prácticas clínicas basadas en la evidencia (para reducir las variaciones injustificadas en la práctica y las repercusiones administrativas y sociales derivadas de ello) sino también las tendencias de la medicina actual, el empleo eficaz y rentable de los avances tecnológicos, el control de calidad y la elaboración de vías y guías clínicas.

7. CALIDAD ASISTENCIAL

Debe existir un seguimiento regular de los indicadores obstétricos, tales como cesáreas de urgencia e indicadores neonatales, retrasos o fracasos en la reanimación y sistemas para documentar y registrar las decisiones clínicas e incidentes. El archivo de cardiocogramas, partogramas y hoja anestésica tiene que ser obligatorio.

Las medidas de resultado y estándares han de ser adoptadas, auditadas y publicadas como un informe anual en línea con la mejor práctica. El informe debe incluir una evaluación de las opiniones de las mujeres y familiares sobre la atención recibida (encuestas de satisfacción) y otros aspectos difíciles de medir pero decisivos para la futura salud de madre e hijo, como la participación de la mujer, la calidad del vínculo con el bebé o la instauración de la lactancia materna, normalizando así el registro de indica-

dores de resultado, de forma que resulten más representativos de la calidad asistencial que los registrados hoy en día (porcentaje de partos sin intervención, porcentaje de partos vaginales después de cesárea, tasa de lactancia al alta, índice de satisfacción de la usuaria ...)

8. CONCLUSIONES

La atención hospitalaria al parto actual sigue un modelo productivo. Transformar un proceso vital que festeja la vida en una celebración de la tecnología médica es degradante y contraproducente. La obstetricia moderna ha conseguido reducir significativamente los niveles de mortalidad materna y perinatal, pero puede y debe hacer las cosas mejor, ofreciendo a las mujeres alternativas humanas, eficaces, seguras, significativas y adecuadas.

Equipararnos a sistemas sanitarios punteros que ofrecen una atención no medicalizada implica priorizar también sobre la satisfacción de las familias, el respeto a la dignidad de los protagonistas del parto, la salud física y emocional de las madres y sus hijos. El primer paso para una atención de calidad podría ser abandonar la visión del parto patológica, intervencionista y jerárquica que hemos creado entre todos.

BIBLIOGRAFÍA

División de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde (2008). *Guía Técnica do Proceso de Atención ao Parto Normal e Puerperio*. Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller.

Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. *Base de datos de CMBD* (2005).

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. Madrid: BOE 15 de noviembre de 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. FAME (Federación de asociaciones de matronas de España) (2007). *Documento de consenso de la campaña de Iniciativa de parto normal*.

Sección de Medicina perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008). *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*. Documentos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.