

Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Madrid, 10 de octubre de 2007

PUNTO 5

**PROPUESTA DE ESTRATEGIA
DE ATENCIÓN AL PARTO
NORMAL EN EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL **EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

ÍNDICE

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Justificación

1.2. Puntos de encuentro

1.3. Análisis de la situación

1.3.1. Evolución de la natalidad

1.3.2. Cambios demográficos y socioculturales

1.3.3. Evolución de los principales indicadores perinatales

1.4. La atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

1.4.1. Programas y servicios

1.4.2. Indicadores de gestión y de resultados de la atención en hospitales públicos del SNS (CMBD).

1.5. Marco de referencia

1.5.1. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

1.5.2. Ejes transversales de equidad

2. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

3. DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

3.1. Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible

3.1.1. Rasurado del periné

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.2. Enema

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.3. Episiotomía

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.4. Periodo de dilatación

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.5. Manejo del dolor durante el parto

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.6. Acompañamiento durante el parto

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.7. Posición materna durante el periodo expulsivo

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.8. Alumbramiento

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.9. Partos instrumentales

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.10. Cesáreas

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.11. Contacto precoz Madre-Recién Nacid@

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.12. Atención postnatal inmediata. Lactancia

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.2. Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones

3.3. Formación de profesionales de la medicina y de la enfermería (especialización y formación continuada).

3.4. Investigación e innovación. Difusión de buenas prácticas de atención al parto normal.

ANEXOS

1. Revisión de la evidencia científica por temas

2. Descripción de los indicadores por temas

3. Listado de abreviaturas

4. Listado de personas que han participado en la elaboración del documento

PROPUESTA

INTRODUCCIÓN

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Junto a ello, la Ley General de Sanidad establece la universalidad de la cobertura como una de las características básicas del sistema español al determinar que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población.

De igual forma establece la equidad como principio general del Sistema Nacional de Salud, entendida ésta como la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

Además, la Ley General de Sanidad otorga especial relevancia a que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán prioritariamente orientados a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Ello supone una concepción integral de la salud por la cual los servicios de salud han de incorporar las acciones de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades de la misma forma que las asistenciales, las curativas, las rehabilitadoras o las de cuidados paliativos.

En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por su amplia descentralización, que culminó definitivamente en el año 2002, momento a partir del cual todas las Comunidades Autónomas disponen de las competencias sanitarias previstas en nuestro ordenamiento jurídico.

Puede decirse así que a lo largo de las dos últimas décadas España ha sido capaz de poner en pie un buen sistema de salud por su amplia cartera de servicios, por sus más que aceptables niveles de calidad, por sus indicadores de salud y por su cobertura universal y equitativa.

El Sistema Nacional de Salud español se caracteriza por disponer de una amplia cartera de servicios que incluye la práctica totalidad de tecnologías y procedimientos sanitarios con los que el conocimiento científico se enfrenta a las enfermedades y a sus consecuencias en la salud humana.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en su papel de coordinación del Sistema Nacional de Salud, tiene como una de sus misiones la de potenciar la cohesión del mismo y velar por la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones ofrecidas para garantizar de esta forma los derechos de los ciudadanos, pacientes y usuarios en sus relaciones con el Sistema Nacional de Salud.

Consolidada la universalización y establecida la cartera de servicios, el reto de la calidad aparece en primer plano.

Los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno afrontan este reto mediante el desarrollo de diversas estrategias en las que el denominador común ha sido su orientación hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica para asegurar los mejores servicios a la ciudadanía, pacientes y población usuaria.

Al mismo tiempo, el papel cada vez más central del ciudadano en los sistemas de salud modernos ha originado que aparezca un nuevo modelo de atención de salud centrado en el paciente, que ha sido la base para el desarrollo de nuevas estrategias.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha venido trabajando en los dos últimos años con asociaciones de mujeres y sociedades profesionales y con las administraciones sanitarias autónomas vinculadas a la atención sanitaria al proceso del embarazo, parto y puerperio en diferentes foros y encuentros.

En ese marco, las mujeres reclaman una mayor participación en las decisiones que las afectan en los momentos de la atención al parto. Por otro lado, las sociedades profesionales médicas y de enfermería implicadas directamente en estos procesos asistenciales (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Comunidades Autónomas), han realizado recientemente protocolos y guías de atención al parto en las que se revisan algunos de los planteamientos más extendidos.

En el ámbito internacional este sigue siendo un tema de amplia variabilidad tanto en sus prácticas como en sus indicadores asistenciales y de resultados en salud. Por ello, y por sus repercusiones sociales, es motivo de preocupación, documentación y declaraciones de los organismos internacionales relacionados con la salud y también de aquellos implicados en la defensa de los derechos de las mujeres.

Dado el interés social y de las administraciones sanitarias autonómicas en desarrollar experiencias innovadoras en la atención al parto, en los años 2006 y 2007 se dedicaron parte de los fondos destinados a estrategias de salud y políticas de cohesión, a implantarlas. En concreto se pusieron en marcha en las Comunidades Autónomas (CCAA) acciones relacionadas con la formación de profesionales, la adopción de protocolos basados en la evidencia científica para mejorar la atención en el parto, la puesta en marcha de iniciativas que fomentan la lactancia materna, la participación de los padres y la atención multicultural. En total han sido más de 4 millones de euros los que se han dedicado a ello.

Este proceso de colaboración con las administraciones sanitarias autonómicas ha puesto de manifiesto que existe suficiente interés y madurez para abordar en común actuaciones hacia el cambio en las maneras de atender al parto en el Sistema Nacional de Salud para procurar una mayor calidad con el protagonismo de las mujeres.

De los estudios y análisis realizados se concluye que los indicadores de seguridad en la atención sanitaria a las mujeres y sus bebés son buenos en comparación con los de países de nuestro entorno. Pero, además de que siempre se pueden mejorar, aspirando a acercarnos al país con mejor situación, existen otros aspectos más relacionados con la calidad y la calidez en la atención, que aún tienen más margen de mejora.

Por otro lado, la revisión realizada por el Observatorio de Salud de la Mujer respecto a la evidencia científica disponible en la atención al parto, aporta información valiosa para la actualización de algunas de las prácticas actuales hacia otras más basadas en el conocimiento. Fundamentalmente en lo que se refiere a la eliminación de algunas prácticas innecesarias, y a la incorporación de nuevas alternativas a las ya existentes.

De la revisión de buenas prácticas referidas por la literatura internacional, se destaca la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se le apliquen. Esto mejora la salud integral de las mujeres, la relación entre profesionales y usuarias, la satisfacción en general, y disminuye las acciones judiciales emprendidas con motivo o sospecha de mala práctica.

Este informe está basado en los procesos de cambio ya iniciados por las sociedades profesionales y las administraciones sanitarias autonómicas, y pretende ser un documento de consenso, de encuentros, que asuman todas las partes implicadas en el proceso de atención al parto, tanto desde los colectivos de profesionales como los de usuarias y las organizaciones sanitarias. El objetivo último es asegurar una atención de calidad al parto en todo el territorio español, de manera que todas las mujeres y sus parejas que acudan en esos momentos fundamentales de sus vidas al Sistema Nacional de Salud, reciban la mejor atención y participen activa e informadamente en el proceso.

Existen aspectos de la atención al parto que están estrechamente relacionados con la atención prenatal y puerperal (tanto de la madre como de la criatura recién nacida). Pero se ha considerado más oportuno centrarla en lo que sucede en el momento del parto. Las razones son de operatividad dado que el nivel asistencial y el tipo de profesionales implicados es concreto y específico. La intención es avanzar en el futuro en la mejora de la calidad ampliando las actuaciones a los periodos prenatal y puerperal.

PROPUESTA

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Justificación

Los servicios sanitarios se han ido dotando con medios cada vez más sofisticados, lo que permite garantizar una adecuada asistencia al parto, en particular a los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también la atención al parto normal se ha visto afectada por una medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico.

En los últimos años, se ha observado una tendencia creciente a utilizar en exceso las tecnologías y realizar intervenciones innecesarias, molestas e incluso desaconsejadas, en la atención al parto normal.

Los servicios de salud en la actualidad conocen la importancia del equilibrio resultante de una mayor participación y opinión de las mujeres. Del mismo modo, entienden la oportunidad de hacer una reflexión común, tomando como referencia los modelos de buena práctica existentes con la disposición a incorporar una mayor calidez a la calidad en la atención al parto.

En estos momentos nos encontramos ante una situación de gran variabilidad en la atención al parto normal y un debate público desde los distintos enfoques. Cada vez más, las organizaciones de mujeres reivindican el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones, y en las mejores condiciones para ellas y las criaturas. De igual modo, es cada vez mayor el número de profesionales que plantean la posibilidad de reflexionar y poner en común experiencias y conocimientos, viendo en este movimiento una oportunidad para el debate y el acuerdo.

1.2. Puntos de encuentro: las líneas estratégicas

El parto, como práctica natural que ha acompañado el desarrollo de la especie humana, ha sido influido por el desarrollo de la profesión médica y su impacto sobre las prácticas sanitarias. A ello debemos sumar el cambio en las percepciones, valoraciones y expectativas de la comunidad, especialmente de las mujeres, en torno al significado de este momento único e irrepetible de la vida de las personas. Estas circunstancias han condicionado la aparición de puntos de encuentros donde se produce un debate entre el saber y el quehacer.

Entre otros:

- *Puntos de encuentro entre saberes*, el saber profesional y científico y el de las mujeres, sujetos de derechos y demandantes de cuidados apropiados para su salud,
- *Puntos de encuentro entre divergencias*, reconociendo que perduran aspectos de la atención del parto aún sin resolver y que merecen un espacio de consenso crítico por parte del mundo profesional y la población beneficiaria de la atención sanitaria,
- *Puntos de encuentro entre concepciones de la salud*, aquellas que surgen de las creencias, mitos y las transmisiones intergeneracionales en torno a la salud, su significado y formas de abordarla,
- *Puntos de encuentro entre madres y sus hijos e hijas*, luego de haber transcurrido una gestación con esperanzas y expectativas,
- *Puntos de encuentro de mujeres con sus parejas y con su red familia*, en el marco de una trama variada de afectos,
- *Puntos de encuentro ante la diversidad*, atendiendo a que no hay un sólo mundo sobre el cual se van modelando las relaciones entre las personas sino que la sociedad necesita nuevas formas de reconocer la realidad cambiante,
- *Puntos de encuentro de mujeres-madres consigo mismas*, atendiendo a la necesidad de satisfacer demandas en torno sus cuerpos y sus estados de ánimo para asumir esos momentos con placidez y sin tensiones.

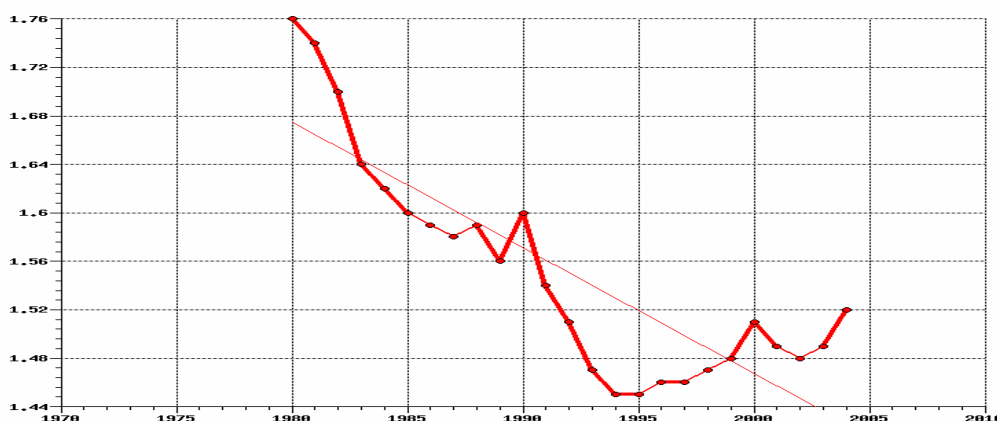
Por ello, este documento estratégico, va más allá de una mera propuesta normativa. Reconoce los logros en materia sanitaria y plantea nuevos desafíos ante el horizonte heterogéneo de la maternidad y la paternidad en contextos en transición dinámica donde los roles se reconfiguran y exigen a los profesionales de salud encontrar más y mejores respuestas para la atención de la mujer durante el momento del parto.

1.3. Análisis de la situación

1.3.1. Evolución de la natalidad

En los últimos veinte años se ha producido una profunda reducción de la fertilidad en Europa. El modelo familiar más común actualmente es el de una familia con uno o dos hijos. El ligero incremento acontecido durante 2000 y 2005 no cubre aún la tasa de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer), (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Evolución de la Tasa de Fertilidad¹ en la UE (1970-2005)



Fuente: OMS/Europa, Base de Datos Europea HFA, Junio 2006

Esta disminución ha sido más importante en los países que han conocido una fertilidad elevada, principalmente los países del sur, lo que contrasta con unas fluctuaciones más moderadas en los del norte. En la actualidad España, Italia y Alemania son los países con la tasa de natalidad más baja de Europa.

Tasas de fecundidad en países europeos por intervalos.

1,19 a 1,44	entre 1,69 y 1,94	superior a 1,94
Austria, Suiza, Alemania, España, Italia y la República Checa	Francia, Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia, Holanda, Bélgica, y Reino Unido	Irlanda

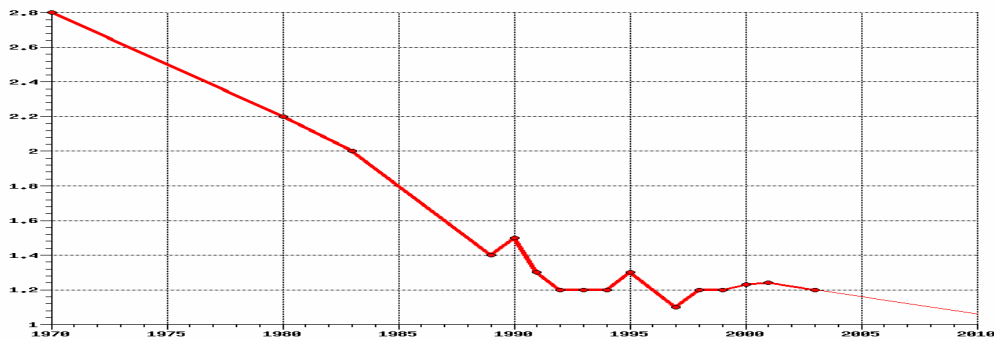
Fuente: OMS/Europa, Base de Datos Europea HFA, Junio 2006

En España, la tasa de fecundidad también ha ido descendiendo de forma continua desde 1970 hasta 1997 (**Gráfico 2**). En 2002, el número medio de hijos por mujer era de 1,26 y este dato suponía el valor más alto desde 1993. En 2005 la tasa de fecundidad volvió a subir a 1,34 hijos por mujer.

¹ **Tasa de fertilidad:** el número medio de hijos que habrían nacido por mujer si todas las mujeres hubieran vivido hasta el final de sus años de fertilidad y tuvieran niños según una serie de tasas de fertilidad a una edad específica dada. Se calcula sumando las tasas de fertilidad de una edad específica para todas las edades y multiplicando por el intervalo en el que las edades son agrupadas.

De esta forma, la fecundidad de España prosigue su recuperación y alcanza su valor más elevado desde 1993, pero aún no asegura la tasa de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer).

Gráfico 2. Evolución de la Tasa de Fecundidad en España 1970-2005

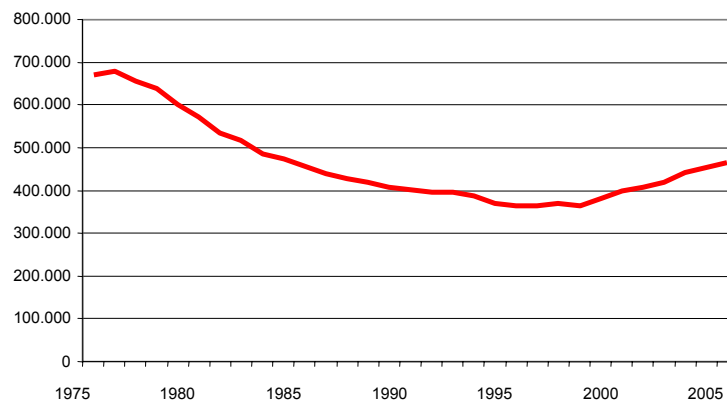


Fuente: OMS/Europa, Base de Datos Europea HFA, Junio 2006

El número de partos anuales se ha incrementado paulatinamente en los últimos años: de 372.749 durante 1997 a 459.751 en 2004. En 1997, un 75% de los nacimientos se produjeron en hospitales del sector público, correspondiendo el 25% restante a los hospitales privados. En el año 2004, esta relación fue de 26 y 74% respectivamente.

PROPUESTA

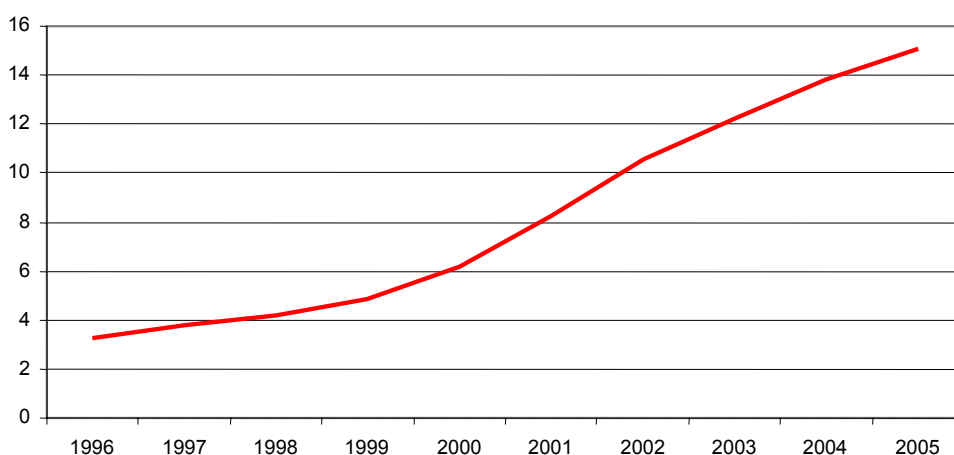
Gráfico 3. España: Nacimientos 1975- 2005



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Movimiento Natural de la Población. 2006

Estos incrementos en la fecundidad en España se deben fundamentalmente a los nacimientos de madre extranjera que se han incrementado progresivamente en la última década, especialmente en los últimos años. En 2002 suponían el 10,4% y en 2005 el 15% del total de nacimientos del año ⁽¹²⁾ **(Gráfico 4)**

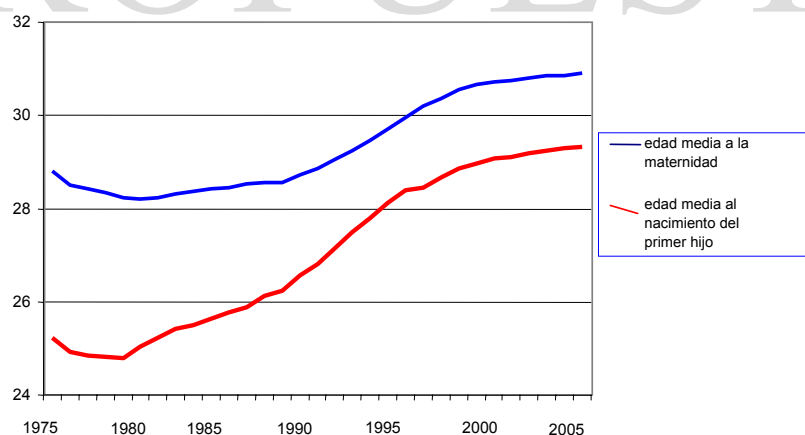
**Gráfico 4. Nacimientos de madre extranjera
España. (1996-2005)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Movimiento Natural de la Población. 2006

El retraso en la edad media de la maternidad es generalizado en toda Europa. En 1983 la edad de la madre al tener el primer hijo se situaba, en promedio, en 27,3 años. Actualmente se encuentra por encima de los 30 años ⁽¹³⁾. En varios países de Europa está creciendo el número de partos en madres mayores de 35 años. En Italia, España, Suiza, Irlanda, Suecia, Finlandia y Holanda, más del 22% del total de partos es de madres de más de 35 años. ⁽¹⁴⁾ **Gráfico 5.**

Gráfico 5
Evolución de la edad media a la maternidad y al nacimiento del primer hijo/a.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Indicadores Demográficos Básicos. 2006

1.3.2. Cambios demográficos y socioculturales

En los últimos años se han transformado las actitudes y comportamientos de los europeos y europeas, sobre todo la población española, hacia la maternidad y la paternidad, a tenor del desarrollo económico y de los cambios políticos y culturales acaecidos sobre todo en la última parte del siglo XX.

Aunque en la actualidad las mujeres predominan en el sistema educativo en todos sus grados y están accediendo a los sectores más cualificados del mercado laboral⁽¹⁰⁾ esta conquista no ha venido acompañada al mismo ritmo de políticas de apoyo formal para la crianza ni de la deseable participación de los trabajos reproductivos y domésticos por parte de los hombres, lo cual ha contribuido a la permanencia de las mujeres en el ámbito privado, asumiendo dobles jornadas⁽¹¹⁾ difíciles de compatibilizar.

La puesta en marcha de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres para alcanzar una sociedad más democrática, más justa y más solidaria, resulta un importante marco referencial reciente.

Todos estos factores, entre otros, están explicando un proceso de evolución de gran calado social que ha repercutido y sigue repercutiendo directa o indirectamente sobre la decisión y capacidad de afrontar el proceso maternal.

El importante incremento del nivel de estudios, sobre todo de las mujeres, así como del posicionamiento social y el grado de independencia que éstas han logrado, ha elevado a su vez, el grado de información y el nivel de exigencias hacia el sistema sanitario, así como un planteamiento de condiciones en que se quiere vivir la maternidad.

En un estudio realizado recientemente se muestra cómo madres con bajo nivel social demandan un menor apoyo para la crianza de sus hijos e hijas en comparación con las madres de un nivel social más elevado.

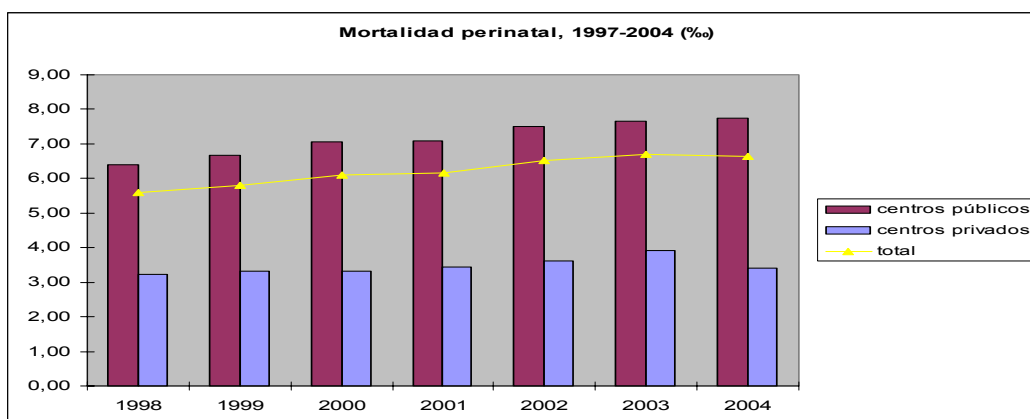
Según la última encuesta nacional de fecundidad, el número de hijos por mujer en España disminuye a medida que la mujer alcanza mayor nivel de estudios. Así, cuando la mujer tiene un nivel de lecto-escritura muy bajo, el número medio de hijos es de 3,19, mientras que el de las mujeres con estudios superiores es de 0,72, y en el caso concreto del grupo de edad entre 25 y 34 años con estudios superiores, se reduce hasta 0,33 hijos por mujer.

1.3.3. Evolución de los principales indicadores perinatales

La evolución de los principales indicadores relacionados con el nacimiento en España ha sido positiva en los últimos años. La morbimortalidad materna y perinatal se redujo durante el siglo XX, como resultado de las mejoras sociales y de los importantes avances científico-técnicos en la medicina.

Aún así, existen algunos indicios que señalan un posible estancamiento de esta tendencia positiva. Por una parte, la mortalidad perinatal registrada no ha disminuido sino que incluso parece haber aumentado ligeramente desde 1998 (**Gráfico 6**), aunque algunos estudios señalan una tendencia no definida⁽¹⁾ e incluso una tendencia descendente⁽²⁻⁵⁾. Por dependencia del centro sanitario, la mortalidad es mayor en los centros públicos, que son los que reciben los casos de mayor riesgo o gravedad.

Gráfico 6. Evolución de la mortalidad perinatal. España, 1997-2004

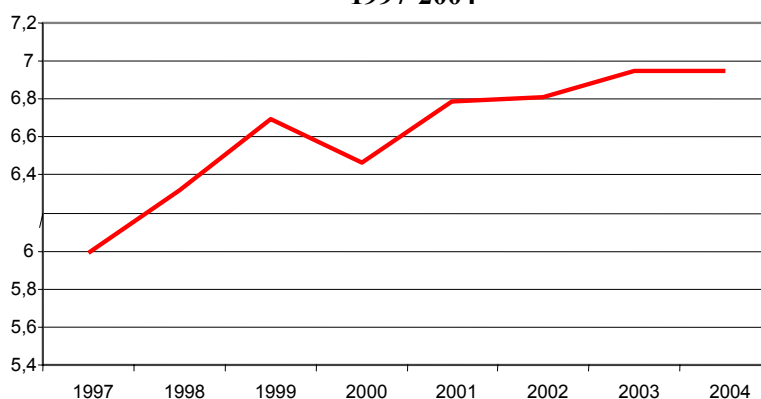


Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)

Este proceso es simultáneo al aumento de la edad media al ser madre ⁽⁶⁾, la reducción del peso medio al nacer (**Gráfico 7**), el aumento de la prematuridad y la multiparidad ⁽⁷⁾ (**Gráfico 8**).

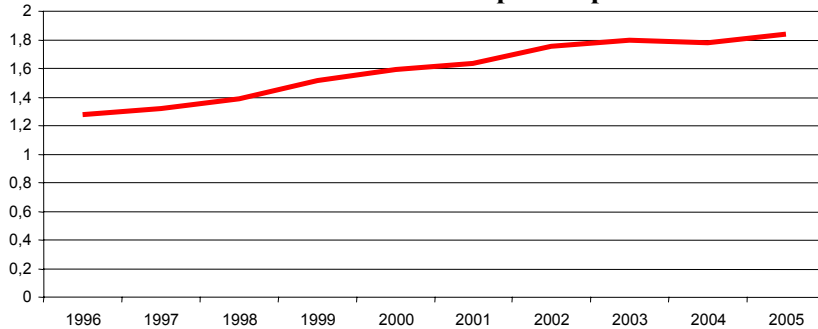
De igual manera, la extensión de las técnicas de reproducción asistida ⁽⁸⁾ influye en la multiparidad y según algunos estudios las gestaciones múltiples mediante reproducción asistida podrían presentar peores resultados obstétricos y neonatales que las gestaciones múltiples espontáneas ⁽⁹⁾.

Gráfico 7
Evolución del Recién Nacido con Bajo Peso al Nacer (< 2500 gr.) España 1997-2004



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, ESCRI. 2006

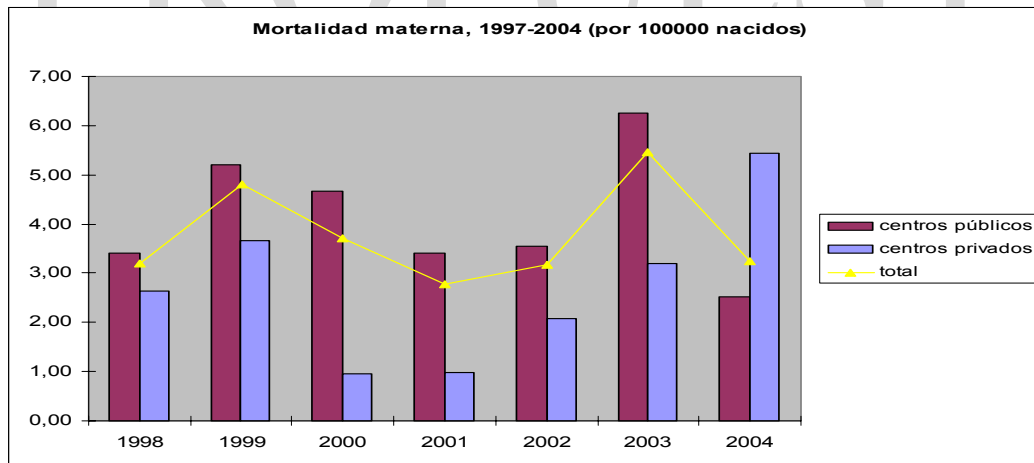
Gráfico 8
Evolución de los Nacimientos Múltiples. España 1996-2005



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Movimiento Natural de la Población. 2006

Por otra parte, la mortalidad materna es tan baja (por debajo de los siete fallecimientos por cien mil nacimientos) que pequeños cambios en el número de muertes provocan grandes oscilaciones en las tasas, lo que hace a éstas poco útiles para el seguimiento de este indicador. Por dependencia, de nuevo los centros públicos, que asumen los casos de mayor riesgo y gravedad, presentan una mayor mortalidad a lo largo de los años analizados (**Gráfico 9**)

Gráfico 9. Evolución de la mortalidad materna. España, 1997- 2004



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, ESCRI

Bibliografía

¹ Cruz, E.; Lapresta, M.; José, Y; Andrés, P.; Villacampa, A. (2004): “Mortalidad perinatal. Distribución según la edad gestacional y el peso al nacimiento. Causas más frecuentes. Revisión epidemiológica de 10 años”. *Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 31(9):323-327.

- ² González, N.L. (2001): “Base de datos perinatales nacionales de 1998”. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 44:4-7.
- ³ González, N.L.; Medina, V.; Jiménez, A.; Gómez Arias, J.; Ruano, A.; Perales, A.; Pérez-Mendaña, J.M.; Melchor, J.C. (2006): “Base de datos perinatales nacionales 2004”. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 49:485-492.
- ⁴ González, N.L.; Medina, V.; Martínez, J. (2004): “Base de datos perinatales nacionales del año 2002”. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 47(12):561-567.
- ⁵ González, N.L.; Medina, V.; Suárez, M.N.; Clemente, C.; Seral, E. (2002): “Base de datos perinatales nacionales del año 2000”. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 45(11):510-516.
- ⁶ Monleón Sancho, J.; Baixauli, C.; Mínguez Milio, J.; García Román, N.; Plana, A.; Monleón, J. (2002): “El concepto de primípara añosa”. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 45 (9):384-390.
- ⁷ Alonso, Verónica; Fuster, Vicente; Luna, Francisco (2005): “La evolución del peso al nacer en España (1981-2002) y su relación con las características de la reproducción”. *Antropo*, 10:51-60.
- ⁸ Martínez-Frías, María Luisa; Bermejo, Eva; Rodríguez-Pinilla, Elvira; Dequino, Griselda; Grupo Periférico del ECEMC (2005): “Evolución secular y por autonomías de la frecuencia de tratamientos de fertilidad, partos múltiples y cesáreas en España”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 124(4):132-139.
- ⁹ González, L.; Berzosa, J.; Alonso, R.; Ayuso, F.; Izquierdo, M. (2006): “Embarazos gemelares espontáneos frente a reproducción asistida”. *Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia*, 33(1):7-11.
- ¹⁰ Brown, S.; Lumley, J. (1998): “Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey”. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105:156-161.
- ¹¹ García, E.M.; Merino, M.J.R.; San Martín, M.L.B. (1998): “La episiotomía en el Hospital General Universitario de Alicante. Descripción y evaluación crítica de su utilización”. *Enfermería Clínica*, 8(1):1-6.
- ¹² Mozo, M.L.; Solís, I.; Gómez, N. (2004): “Revisión sistemática de la episiotomía”. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 47(7):330-337.
- ¹³ Domínguez Rojas, Ana María (2003): “Episiotomía: ¿cirugía de uso rutinario o restrictivo?”. *Metas de Enfermería*, 60: 58-60.
- ¹⁴ Carroli, G.; Belizan, J. (2007): “Episiotomía en el parto vaginal” (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1. Disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab000081.html>.

1.4. La atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

1.4.1. Programas y servicios

En los Planes Autonómicos de Salud aún están poco presentes los aspectos relacionados con los derechos a la atención de calidad en materia sexual y reproductiva. Los Subprogramas de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio (EPP), parte específica de la atención a dichos procesos dentro de los Planes Autonómicos de Salud de la Mujer, no se encuentran en todas las CCAA. En los Procesos Asistenciales Integrados (PAI), se incluyen los derechos de la mujer a la atención de calidad, a la información y a la toma de decisiones en el proceso EPP pero no la corresponsabilidad paterna. Por último, las Cartillas de Salud de la Embarazada, como documentos de comunicación entre profesionales y usuarias/os, no se utilizan para informar y empoderar a la población sobre sus derechos asistenciales.

El derecho a la participación en la toma de decisiones no se ejerce plenamente porque no siempre se informa a las mujeres sobre las pruebas, ni sobre el derecho a decidir sobre estas; asimismo no siempre se evalúan expectativas, o se asesora a las interesadas sobre los planes de parto.

El papel del padre está poco visibilizado. En muchas Cartillas de Salud de la embarazada se sigue considerando un “factor de riesgo” en la medida en que sus antecedentes de enfermedades pueden repercutir en el feto, o en la medida en que su presencia o ausencia puede afectar a la gestante o al contexto social en que se desarrolla el embarazo dentro de las instituciones sanitarias. Su participación en el proceso se contempla como un apoyo a la madre, esto es, como un derecho de la madre más que como un propio derecho.

Existen algunas iniciativas concretas de atención al proceso de EPP en grupos de inmigrantes, entre las que cabe destacar los servicios de “mediadores culturales”, y la edición de documentación informativa traducida a varios idiomas (guías informativas, manuales de atención, guías de promoción de salud, etc.). Aunque existen estudios sobre las desigualdades en población en riesgo de exclusión, se han publicado pocas intervenciones dirigidas a resolverlas y menos aún específicamente referidas al proceso de atención al embarazo, parto y puerperio.

En comparación con el entorno europeo, la atención sanitaria del parto en España se puede situar en un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y de enfermería especializados, como sucede en países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica.

Coexisten en el entorno europeo otros modelos de atención alternativos. En un extremo se encuentra el modelo que, por ejemplo, siguen en Holanda y Países Escandinavos, desinstitucionalizado y atendido fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas. También hay un modelo intermedio que plantea un parto institucionalizado y humanizado, donde entran países como Reino Unido o Alemania.

1.4.2. Indicadores de gestión y de resultados de la atención en hospitales públicos del SNS (CMBD).

Los ingresos por parto constituyen una proporción significativa de la actividad hospitalaria, representando el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias. Se trata del único componente de la atención hospitalaria que trabaja mayoritariamente con población sana y donde el ingreso se produce para atravesar una experiencia ligada a un evento biológicamente natural, que debe concluir en un acontecimiento feliz: el nacimiento de una hija o un hijo.

Sin embargo, al igual que otros eventos que demandan atención hospitalaria, la atención del parto está sujeta a numerosas variables vinculadas con las expectativas de la población, los cambios en los patrones asistenciales y la variabilidad en los procesos de cuidado.

Los estudios de variabilidad constituyen un modo de visualizar de qué manera las instituciones y administraciones sanitarias asumen diferentes comportamientos en la práctica de la asistencia sanitaria.

Cuando se observan variaciones injustificadas en la prevalencia de prácticas durante el período perinatal, se deberá analizar la contribución de cada uno de los factores que intervienen sobre un determinado patrón de uso. Habrá cuestiones inherentes a la calidad de provisión de servicios (cultura médica institucional, formación profesional, existencia de programas de educación permanente y modelos de evaluación de la calidad, etc) o a las demandas de las usuarias.

Conocer los patrones de variabilidad puede resultar un buen punto de partida para el inicio de correcciones en las prácticas bien sea por el uso excesivo e injustificado de prácticas no recomendables bien por la sub-utilización injustificada de aquellas que si lo son. (1)

Se presenta a continuación un resumen estructurado sobre los principales resultados y los indicadores de un conjunto de prácticas vinculadas con la atención del parto, con el objeto de conocer si existen diferencias entre los grupos de hospitales y los espacios territoriales (2). Además, se aporta información sobre la variabilidad entre hospitales para cada uno de los indicadores por nivel de hospital y comunidad autónoma.

Los datos analizados proceden del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de los hospitales que trabajan para el Sistema Nacional de Salud, y corresponden a la actividad del año 2005. Para el presente estudio, los hospitales han sido clasificados en niveles de acuerdo al volumen de partos atendidos:

- Nivel 1: Centros con menos de 600 partos
- Nivel 2: Centros con 600 partos o más y menos de 1.200
- Nivel 3: Centros con 1.200 partos o más y menos de 2.400
- Nivel 4: Centros con 2.400 partos o más.

El análisis de la variabilidad comprende dos sub-análisis: por un lado, uno de carácter exploratorio o descriptivo donde se resume la información de manera numérica y gráfica. El segundo consiste en evaluar su significación estadística.

La distribución de cada indicador se presenta en gráficos de barras. Cada barra representa el valor global de todos los hospitales en cada grupo de análisis de hospitales de acuerdo a los niveles descriptos (1 a 4). Por su parte, la distribución de cada indicador por dimensión de análisis es presentada en gráficos box-plot.

Cada box-plot contiene: los valores máximos y mínimos de la distribución y los percentiles 25, 50 (mediana) y 75 de la distribución. Dado que la intención es presentar el fenómeno de variabilidad, los datos son presentados en forma anónima según conglomerado de hospitales y por comunidades autónomas.

En el gráfico de barras (**Gráfico 10**) se observa que la variación de la estancia media hospitalaria para la atención de partos vaginales muestra un rango de variación que va desde los 2,3 a los 3,5 días, con una diferencia de 1,2 días entre ambos extremos. Cuando se compara la variabilidad de los hospitales dentro de cada comunidad autónoma, se observa una variabilidad entre comunidades de 2,28 a 3,51 (**Gráfico 11**).

Gráfico 10
Estancia media bruta de partos vaginales

Distribución del Indicador por Comunidad Autónoma

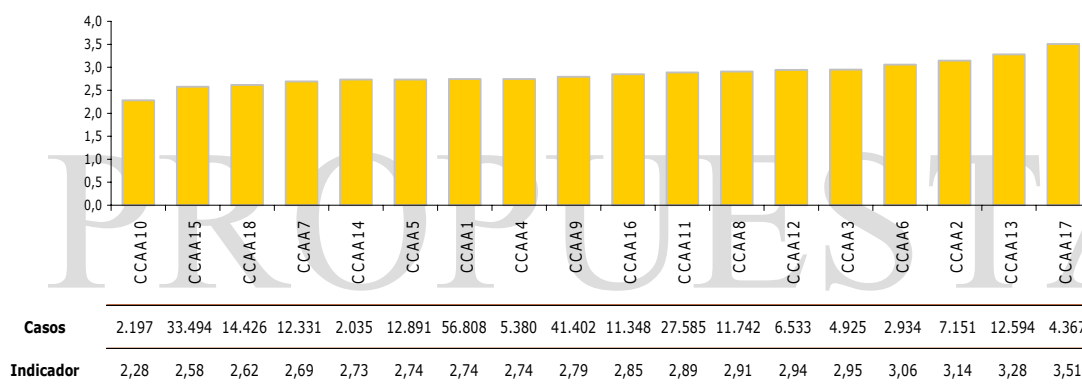
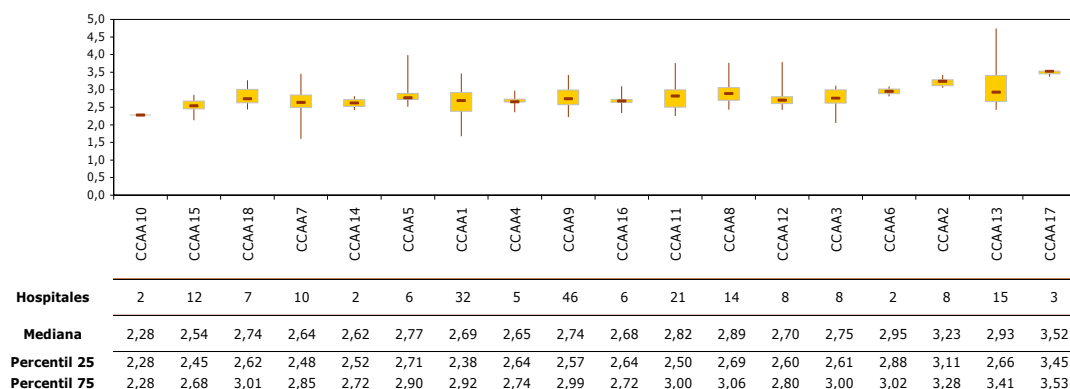


Gráfico 11
Estancia Media Bruta de Partos Vaginales por Comunidad Autónoma

Análisis de la variabilidad (Box-plot)



A diferencia de lo que acontece con los partos vaginales, la estancia media bruta de cesáreas (**Gráfico 12**), además de mostrar un valor superior a la del parto vaginal, muestra una mayor variabilidad entre las comunidades autónomas con un rango de 4,74 a 7,5 días (casi 3 días de diferencia entre la comunidad autónoma con el máximo y mínimo). Del mismo modo se registra una variabilidad del indicador al interior de cada comunidad autónoma (**Gráfico 13**)

Gráfico 12
Estancia Media Bruta de Cesáreas

Distribución del Indicador por Comunidad Autónoma

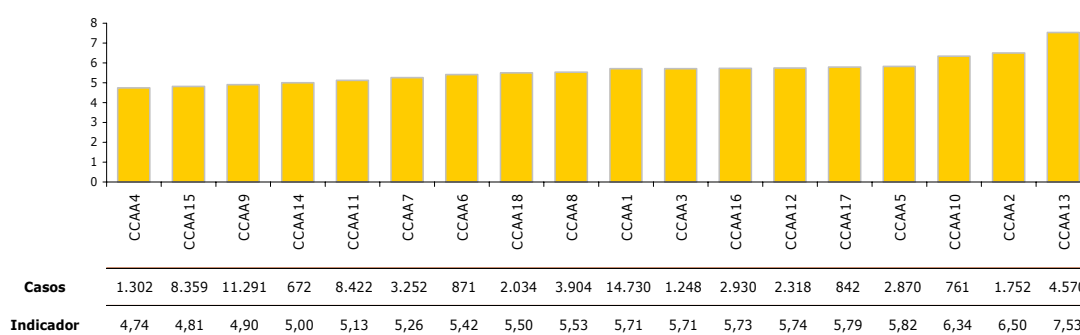
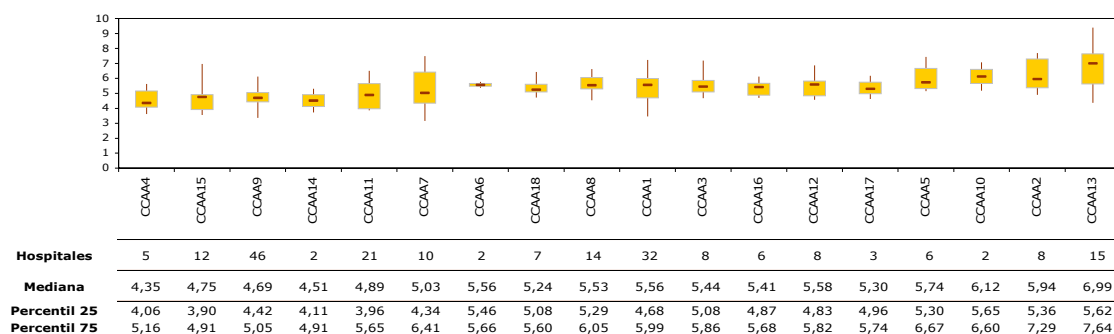


Gráfico 13
Estancia Media Bruta de Cesáreas por Comunidad Autónoma

Análisis de la variabilidad (Box-plot)



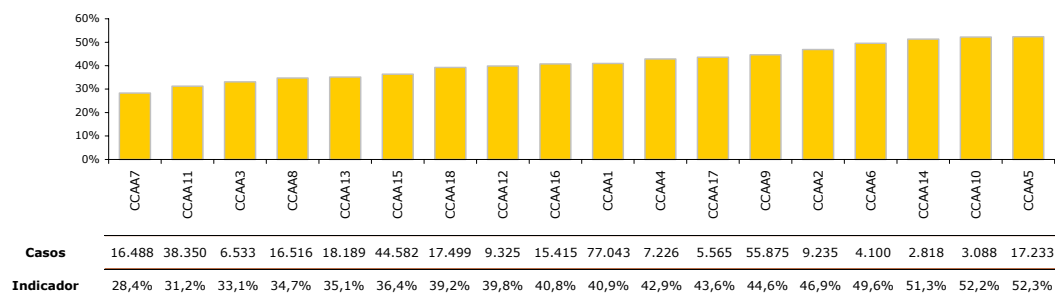
A diferencia de los indicadores anteriores, la variación de partos de alto riesgo asistidos por comunidad autónoma muestra una amplia variabilidad con un rango que oscila del 28,4% al 52,3% (**Gráfico 14**).

En este aspecto, cabe analizar en que medida esta variabilidad puede ser explicada por múltiples motivos que van desde aspectos vinculados con la definición operativa de “alto riesgo” a las diferentes modalidades de respuesta asistencial brindada por los establecimientos sanitarios.

Gráfico 14

Proporción de Partos de Alto Riesgo por Comunidad Autónoma

Distribución del Indicador por Comunidad Autónoma

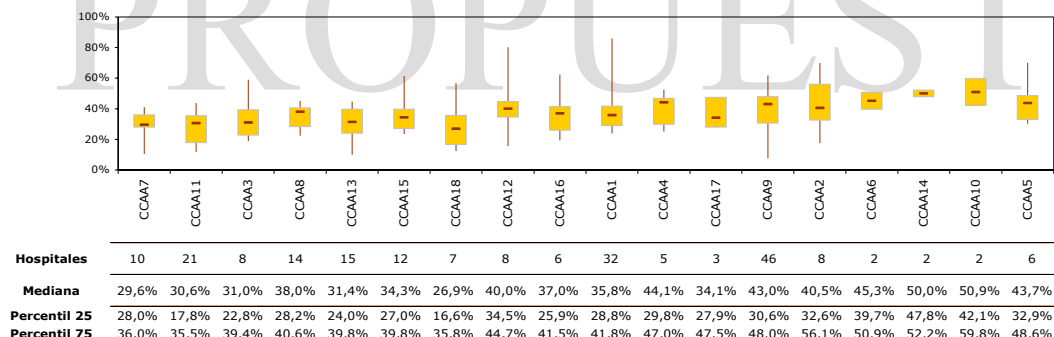


El mismo fenómeno se observa al interior de las comunidades autónomas (**Gráfico 15**)

Gráfico 15

Variabilidad en la Proporción de Partos de Alto Riesgo por Comunidad Autónoma

Análisis de la variabilidad (Box-plot)



BIBLIOGRAFIA

(1) Wennberg JE Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. BMJ. 2002 Oct 26; 325(7370): 961-964

(2) Navarro G.M, Sánchez Muros S, García Calvente M. Atención al embarazo, parto y postparto en España. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, Diciembre de 2006.

1.5. Marco de referencia

1.5.1. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (PCSNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo articula el papel de coordinación del SNS con la misión de potenciar la cohesión y la calidad de las prestaciones, garantizar los derechos de la ciudadanía y de la población usuaria del SNS.

El PCSNS señala el papel cada vez más central de la ciudadanía en los sistemas de salud modernos, originando la aparición de un nuevo modelo de atención a la salud centrado en las y los pacientes y usuarios, aspecto que resulta la base para el desarrollo de las nuevas estrategias.

Las estrategias que conforman el PCSNS constituyen una apuesta decidida para la consecución de mayores niveles de legitimidad y sostenibilidad social de los sistemas públicos de salud entre la población usuaria y la profesional. También una mejora de la eficiencia para que los recursos económicos del Estado y de las CCAA que son dedicados a la sanidad tengan el mejor uso posible.

El PCSNS también recoge la exigencia a la que están sometidos las y los profesionales sanitarios para actualizar sus conocimientos y afrontar el desafío de discernir los aspectos que han de ser incorporados a la práctica clínica a la luz de las evidencias científicas y desechar obsoletos pero arraigados modos de actuar con el objetivo de beneficiar a la población paciente y usuaria.

El objetivo esencial de las estrategias del PCSNS es asegurar una atención sanitaria de excelencia más personalizada, más centrada en las necesidades particulares y expectativas de los y las pacientes y por tanto resulta necesario dar el apoyo mediante la actualización continua de conocimientos y de habilidades.

Así, en su Estrategia 3: “Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas”, se señala que las políticas de salud deben basarse en conocimiento útil para la acción, requiriendo procesos específicos para la producción de datos, y que la diversidad de las acciones de las Comunidades Autónomas en el Sistema Nacional de Salud ofrece amplias oportunidades para el aprendizaje mutuo y la colaboración en la mejora de la calidad.

En su Estrategia 4: “Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género”, señala como uno de sus objetivos promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud.

Este objetivo destaca que las desigualdades de género en salud y en la atención prestada por los servicios sanitarios afectan a hombres y a mujeres, pero perjudican en mayor medida a las mujeres no sólo por razones sociales sino por la forma en que están organizados los servicios.

1.5.2. Ejes transversales de equidad

Los objetivos y las recomendaciones de esta Estrategia se han formulado y deben ser leídos teniendo en cuenta en todo caso los siguientes ejes transversales de equidad:

➤ Diversidad de capacidades

La atención a la salud de las personas debe tener en cuenta las diferentes necesidades que tienen en función de sus capacidades físicas, intelectuales o sensoriales. Las mujeres con discapacidades cuando acuden a un centro sanitario para ser atendidas en su parto pueden necesitar una atención específica y diferenciada, adaptada a sus necesidades.

➤ Multiculturalidad

La población inmigrante ha aumentado y además presenta un elevado índice de fertilidad. Pueden tener obstáculos en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios que requieran actuaciones específicas. En este contexto, la humanización e introducción de aspectos interculturales tienen aún más sentido desde el punto de vista tanto social como económico. La proporción de partos de mujeres inmigrantes oscila aproximadamente entre el 20 y el 50% de todos los partos atendidos por hospitales públicos.

➤ Perspectiva de género

Desde una perspectiva de género, se observa que el papel protagonista que vivían las mujeres en el proceso del parto, contando con la experiencia y compañía de otras mujeres amigas y profesionales, ha ido desapareciendo proporcionalmente a la intervención de profesionales sanitarios especializados. La participación de la pareja en el proceso no se ha establecido como rutina en los servicios sanitarios en general, para facilitar el desarrollo de los derechos y responsabilidades de los padres.

2. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.1. Objetivo General de la Estrategia

El objetivo general es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales.

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las y los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

2.2. Objetivos específicos

- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.
- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
- Incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, para que las mujeres se sientan protagonistas y responsables del parto.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y la criatura.
- Reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
- Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicio para la asistencia al parto.

3. DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Es necesario comenzar señalando la importancia de los cuidados de la salud de la embarazada en todo el proceso para llegar al momento del parto en las mejores condiciones tanto para la madre como para la criatura por nacer.

Desde el comienzo del embarazo las mujeres y sus parejas deberían disponer de la información sobre el proceso fisiológico de la maternidad y la capacidad que de forma natural es desarrollada por las mujeres. De este modo se evitarían incertidumbres y miedos y se favorecería una vivencia satisfactoria del embarazo y una orientación hacia un parto normal, reorientando la demanda de un parto intervenido sin justificación.

También es importante que las gestantes y sus parejas dispongan de la información de la oferta de los servicios sanitarios donde se atiende el parto, y que establezcan contacto con el equipo de profesionales que mantienen la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

3.1. Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible

3.1.1. Rasurado del periné

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)

Se analizó una revisión sistemática de Cochrane Database y de las recomendaciones de la OMS. Se incluyeron dos investigaciones clínicas que evaluaron los efectos del rasurado perineal de rutina en la infección materna. La evidencia disponible es insuficiente para recomendar la realización de rasurado perineal a las parturientas para la prevención de infecciones perineales. Su práctica se considera injustificada debido a las molestias que ocasiona

Recomendaciones:

- Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto.
- Opcionalmente, y si se considera necesario al momento de realizar una sutura, se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano, o según preferencia de la parturienta.

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

3.1.2. Enema durante el parto

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)

Se incluyeron una investigación clínica aleatoria (ICA), una revisión sistemática de Cochrane Database y las recomendaciones de OMS, que evaluaron los efectos de la administración rutinaria de enema en el primer periodo del parto y su relación con las tasas de infección materna y neonatal, duración del parto y dehiscencia de episiorrafia.

Recomendaciones:

- Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante.
- Aplicar opcionalmente, previa información, si la gestante lo desea por algún motivo.

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

3.1.3. Episiotomía**Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)**

Se evaluaron dos revisiones sistemáticas de Cochrane Database, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estudiaron los efectos del uso restringido de la episiotomía en comparación con la práctica rutinaria durante el parto vaginal, y su influencia en los resultados maternos posparto. Su uso rutinario o práctica sistemática ha sido cuestionado.

Recomendaciones:

- Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática.
- No suturar los desgarros leves o cortes menores.
- De ser necesaria, se aconseja realizar episiotomía medio-lateral con sutura continua de material reabsorbible.
- Mejorar la formación sobre la protección del periné.

Indicadores:

Tasa de episiotomía en primíparas y en multíparas (fuente CMBD).

3.1.4. Periodo de dilatación**Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)**

Se incluyeron revisiones sistemáticas de Cochrane Database, Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR/OMS), ICAs y Recomendaciones de la OMS.

Recomendaciones:

- Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de un verdadero trabajo de parto para reducir el número de consultas de guardia por falsos trabajo de parto.
- Facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Permitir la ingestión de alimentos, principalmente líquidos, según las necesidades de las gestantes.
- Potenciar entornos amigables (naturales, arquitectónicos y psico-sociales) que ayuden a una actitud y vivencia en las mejores condiciones.
- Utilizar el partograma como método de evaluación del progreso del parto.
- Realizar una monitorización y control del bienestar fetal adecuado a las recomendaciones de la OMS.
- No realizar amniotomía de rutina.
- No colocar vía venosa periférica profiláctica de rutina.

- El empleo de la oxitocina se limitará a los casos de necesidad. No se considera necesaria si el progreso del parto es el adecuado.
- Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles.

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

3.1.5. Manejo del dolor durante el parto

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)

La analgesia epidural es el método para el alivio del dolor más estudiado y difundido. En algunos países se está utilizando como alternativa la administración inhalatoria de óxido nitroso al 50%. Se describen además, otros métodos no farmacológicos tales como: acompañamiento, inmersión en agua, acupuntura, masajes y pelotas de goma. Se evaluaron Investigaciones Clínicas Aleatorizadas (ICA) y revisiones sistemáticas de Cochrane Database que evaluaron los efectos de los diferentes métodos para la analgesia durante el trabajo de parto y parto en las mujeres y los recién nacidos.

La analgesia epidural parece ser el método más eficaz para el alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayor riesgo de tener un parto instrumental y fracaso de la lactancia materna.

El óxido nitroso no es un potente analgésico durante el trabajo de parto, pero aparentemente es seguro para la mujer y el recién nacido. Se debe tener en cuenta que para aquellas mujeres que reciban óxido nitroso se deberá contar con oximetría del pulso, y administración adicional de anestésicos locales en caso de necesitar realizar episiotomía.

Recomendaciones:

- Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos.
- Informar a las mujeres de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas (endorfinas) en un parto fisiológico en condiciones de intimidad.
- Informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y la criatura.
- Considerar la aplicación de la anestesia epidural sin bloqueo motor.
- No realizar analgesia de rutina.
- Ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir uno o varios métodos, si lo desean.
- Para aquellas mujeres que no desean emplear fármacos durante el parto, se deberá informar sobre la evidencia de otros métodos alternativos disponibles.
- Permitir que las mujeres estén acompañadas de manera continuada durante todo el proceso.

Indicadores:

- % de partos con anestesia epidural
- Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

3.1.6. Acompañamiento durante parto, parto y posparto

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)

Se incluyeron una revisión sistemática de Cochrane Database, Recomendaciones de la OMS y una revisión de la literatura, que evaluaron los efectos del apoyo intraparto continuo y personalizado en las madres y sus criaturas recién nacidas comparándolo con la atención habitual. La institucionalización y medicalización del parto fue el factor determinante para separar a la familia en el momento del nacimiento.

La estructura física de las instituciones y las rutinas hospitalarias fueron diseñadas para atender más a las necesidades de los profesionales de la salud que a las parturientas y sus familias. Existe una contradicción entre lo que la evidencia indica y la manera en que se organizan las prácticas asistenciales.

El acompañamiento durante el parto forma parte integral de la estrategia de humanización.

Las mujeres que recibieron apoyo intraparto continuo fueron menos proclives a:

- Recibir analgesia/anestesia regional (RR: 0,90; IC 95 %: 0,81- 0,99)
- Recibir cualquier analgesia/anestesia (RR: 0,87; IC 95 %: 0,79- 0,96)
- Tener partos vaginales instrumentales (RR: 0,89; IC 95 %: 0,83- 0,96)
- Tener partos por cesárea (RR: 0,90; IC 95 %: 0,82- 0,99)
- Manifestar insatisfacción por su experiencia de parto (RR: 0,73; IC 95 %: 0,65- 0,83)

En un análisis de subgrupos, el apoyo intraparto continuo se asoció con mayores beneficios si la persona acompañante no era parte del personal del hospital y si se iniciaba tempranamente. No se presentaron efectos adversos.

Recomendaciones:

- Permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo.
- Promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante el parto.

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

3.1.7. Posición materna durante el periodo expulsivo

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)

Se incluyeron 1 revisión sistemática de Cochrane Database y Recomendaciones de la OMS que evaluaron los beneficios y riesgos de las diferentes posiciones maternas durante el periodo expulsivo. Se evaluaron investigaciones clínicas que compararon diferentes posiciones adoptadas por las parturientas comparándolas con la posición supina. En general, la calidad metodológica de los 19 ensayos clínicos incluidos en la revisión fue deficiente; por lo tanto las conclusiones no deben considerarse como definitivas.

Recomendaciones:

Ya que los resultados de la literatura disponible deben interpretarse con precaución, y hasta tanto se disponga de datos de estudios clínicos más rigurosos, las recomendaciones deberían considerarse como tentativas. Teniendo en cuenta los potenciales beneficios, se sugiere:

- Permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran.
- Decidir libremente qué posición adoptar durante todo el proceso, incluido el expulsivo.
- Capacitar a profesionales de la atención al parto en las diferentes posiciones.
- Investigar las percepciones de las mujeres y los factores que influyen en la elección de las posiciones que adoptan.

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

3.1.8. Alumbramiento

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)

Se incluyeron cuatro revisiones sistemáticas de Cochrane Database, ICAs, comentarios de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (BSR-OMS) y Recomendaciones de la OMS que compararon los efectos de la conducta activa versus la expectante con relación a la pérdida de sangre, hemorragia puerperal y otras complicaciones maternas y perinatales durante el alumbramiento. Las intervenciones en estos estudios utilizaron diferentes combinaciones del componente de manejo activo, incluyendo distintos tipos, dosis y vías de administración de los uterotónicos, diferentes momentos de pinzamiento de cordón y uso no estandarizado de tracción del cordón.

Recomendaciones:

- No pinzar el cordón con latido como práctica habitual.
- La práctica habitual en el Sistema Nacional de Salud es el alumbramiento expectante y los resultados en términos de salud son satisfactorios. Se recomienda realizar una investigación sobre el riesgo de sangrado en la tercera fase del parto en partos seguidos en condiciones fisiológicas y no intervenidos, que aporte conocimiento útil para recomendaciones de cambio al manejo activo, en su caso.

Indicadores:

Puesta en marcha de la investigación.

A continuación, se recogen en este apartado de prácticas clínicas los partos instrumentales y las cesáreas. No se entra en el detalle de estos procedimientos ya que se aplican en situaciones de complicación del parto y por lo tanto no son el objeto de esta Estrategia.

Se incluyen en este apartado por la interrelación existente. Según el conocimiento disponible, parece que en la medida que se potencien y desarrollen las recomendaciones recogidas en esta Estrategia, los partos instrumentales y las cesáreas deberían ser menos frecuentes.

3.1.9. Partos instrumentales

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1):

Se evaluó una revisión sistemática de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs que evaluaron los efectos de la extracción con vacuum comparado a la extracción con fórceps en el parto vaginal asistido. La revisión Cochrane incluyó diez Investigaciones Clínicas Aleatorizadas de buena calidad metodológica.

Recomendaciones:

- Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo de expulsivo.
- En vista del hecho de que existe una reducción en la probabilidad de morbilidad materna con ventosa extractora comparada con el uso de fórceps, y en presencia de personal con buena experiencia en el uso de vacuum, este método es recomendado como primera opción cuando esté indicado un parto asistido. Se deberán desarrollar programas de entrenamiento en el uso de ventosa extractora en aquellos lugares en que no exista experiencia adecuada. La adopción de vacuum como primera elección en el parto asistido deberá promoverse sólo después de haber alcanzado un estándar mínimo de entrenamiento del personal que asiste partos.

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

3.1.10. Cesáreas

La OMS incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal. En sus recomendaciones de 1985 refería como criterio de calidad una tasa de cesárea del 15 % de los partos, basándose en el número de mujeres en quienes se prevén complicaciones potencialmente mortales durante el parto.

Las tasas altas de cesárea pueden deberse a potenciales complicaciones maternas y neonatales, y conllevan mayores costos y sobremedicación de un acontecimiento normal como es el parto.

La tasa de cesáreas en España y en otros países europeos se encuentra por encima de esos valores y viene incrementándose progresivamente. Existen factores nuevos que podrían relacionarse con ese incremento, como el aumento de la edad de las madres, de los partos múltiples, de las solicitudes por parte de las mujeres y de las demandas por sospecha de mala práctica. El hecho es que no se conocen suficientemente bien las causas del fenómeno como para poder establecer unas tasas de cesáreas estándar. Lo que sí se conoce es que la variabilidad de las tasas de cesáreas en las maternidades y entre ellas es amplia, aun teniendo en cuenta la gravedad de los casos atendidos.

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)

Se evaluaron las bases de datos disponibles y se extrajeron revisiones sistemáticas de Cochrane Database, meta-análisis y artículos incluidos en Medline, AHRQ, BVS (Biblioteca Virtual de Salud), de diferente calidad y diseño metodológico, y resultados heterogéneos.

Recomendaciones:

- Investigar las causas del incremento de las tasas de cesárea y de su variabilidad.
- Facilitar en la medida de lo posible el acceso de la persona acompañante.
- Cuidar las condiciones ambientales de silencio e intimidad para que el primer contacto visual, táctil, olfativo y microbiológico de la criatura sea con su madre.
- Implementar programas para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada.
- Facilitar, salvo excepciones, la posibilidad de un parto vaginal después de cesárea.

Indicadores:

- Tasa de cesáreas (fuente CMBD)
- Tasa de cesáreas ajustada por riesgo (fuente CMBD)
- Tasa de partos vaginales tras cesárea previa (fuente CMBD)
- Puesta en marcha de la investigación sobre las causas del incremento de las tasas de cesárea y de su variabilidad
- Número de maternidades que han puesto en marcha un programa para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada.

3.1.11. Contacto precoz Madre-Recién Nacido**Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)**

En las dos primeras horas después del nacimiento, la criatura recién nacida (RN) está en alerta tranquila durante más tiempo, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal.

Posicionando a la criatura recién nacida en decúbito prono en contacto piel con piel, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores y alcanzando el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda y succiona correctamente. Este proceso no debe forzarse, debe ser espontáneo. Su duración es de unos 70 minutos en el 90% de los casos. La separación M-RN altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas con éxito.

El contacto piel con piel tiene también otros efectos beneficiosos para la criatura recién nacida (se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura) y para la madre (disminución del tamaño uterino por secreción de oxitocina). También para el vínculo M-RN, aumentando la duración de la lactancia materna y evitando experiencias emocionales negativas.

Recomendaciones

- La criatura recién nacida sana 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.
- Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca. Así se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre.

- Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar.
- Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel.
- Posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar el contacto precoz, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de las madres y padres, y tras su consentimiento.
- No deben realizarse de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de sonda rectal. No son necesarias y no están exentas de riesgo.
- También es recomendable en caso de cesáreas. Siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz M-RN.
- Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su criatura.
- Establecer la metodología de los cuidados centrados en el desarrollo, estimulando el método madre-canguro, el contacto piel con piel de madres y padres y la colaboración de éstos en sus cuidados, especialmente en los casos de criaturas recién nacidas más vulnerables.
- Favorecer la erradicación de las salas-nido en los hospitales.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas.

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

3.1.12. Atención postnatal inmediata. Lactancia

Evidencia disponible (ver detalle en el Anexo 1)

Los estudios y revisiones existentes indican los efectos beneficiosos para la criatura recién nacida, que se asocian a la reducción de otitis, gastroenteritis, infecciones respiratorias, dermatitis, asma, obesidad, diabetes, leucemia, enterocolitis y síndrome de muerte súbita. También para la madre tiene efectos beneficiosos. Además de los aspectos afectivos, psicológicos y del vínculo Madre-RN, se observa en las mujeres que amamantan una reducción del riesgo de padecer diabetes, cáncer de mama y ovario.

El posparto inmediato es un periodo sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y también desempeña un papel importante en el desarrollo del vínculo. El vínculo madre/padre/criatura recién nacida se considera una experiencia humana compleja y profunda que requiere del contacto físico y de la interacción en momentos tempranos de la vida.

Este periodo postnatal inmediato se ha visto invadido por cantidad de procedimientos médicos y de enfermería no siempre justificados y que implican con frecuencia la separación de M-RN

La madre no posee el instinto de amamantamiento. En la sociedad actual, las mujeres tampoco tienen experiencia ni conocimiento suficiente para sentirse seguras en el inicio del amamantamiento. Son las criaturas recién nacidas las depositarias del instinto y para que pueda desencadenarse correctamente, deben permanecer en íntimo contacto con su madre preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto, para que tenga oportunidad

de agarrarse al pecho y realizar de forma espontánea una primera toma. Este periodo sensible posparto no es indefinido, posponer el contacto significa que la criatura recién nacida ya no pone en marcha su instinto con la misma efectividad que inmediatamente tras el parto.

Recomendaciones sobre prácticas postnatales

- Abandonar los procedimientos injustificados (aspiraciones, comprobación de la permeabilidad de coanas, esófago y ano).
- Retrasar la realización de los procedimientos necesarios pero que supongan separar a la criatura de su madre.
- En el caso de las criaturas recién nacidas hospitalizadas, rodearlas de un ambiente cómodo y placentero, lo más semejante a un hogar para ellas y sus familias, y facilitar la política de Unidades Neonatales abiertas a madres y padres las 24 horas.
- Solicitar el consentimiento de las madres para cualquier procedimiento que interfiera con la lactancia materna (administración de sueros, biberones...)
- Difundir y asegurar el cumplimiento de la normativa vigente sobre derechos del niño hospitalizado (Carta de derechos del niño hospitalizado aprobada por la Unión Europea en 1986),

Recomendaciones sobre lactancia

- Promover prácticas eficientes en el apoyo a la lactancia materna
- Facilitar en cada hospital a cada madre la posibilidad de la lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento para la administración al RN de la leche de su propia madre.
- Fomentar la donación de leche de madre y la puesta en marcha de Bancos de Leche.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas en lactancia
- Respetar la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial
- Dar información adecuada y desarrollar habilidades sobre lactancia artificial a las madres que así lo decidan.

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención neonatal estas recomendaciones.

ALGUNOS EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

El Hospital La Plana de Vila-Real (Castellón) dispone de un protocolo específico de atención al parto normal, escrito y a disposición en la Web del hospital, con una propuesta de plan de parto.

H. De la Inmaculada de Huércal-Overa (Almería) viene desarrollando desde hace tiempo un protocolo específico de atención al parto normal, promoviendo el plan de parto, el contacto precoz madre-criatura recién nacida y la lactancia materna.

En el H. Universitario del Doce de Octubre de Madrid desarrollan el proyecto “Atención perinatal centrada en la familia”, conjuntamente por los servicios de Neonatología, Obstetricia y Anestesia, para incrementar el protagonismo de la mujer durante el parto, disminuir el número de separaciones madre/criatura recién nacida, e involucrar al padre de forma activa en el proceso.

PROPUESTA

3.2.Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones

Justificación

El parto ha pasado de ser un acontecimiento social compartido por la comunidad, en el que las mujeres contaban con el apoyo y experiencia de familiares y amigas, a estar en manos de los profesionales de la salud. La pérdida del protagonismo y el control de las mujeres durante este proceso han coincidido con el paso del mismo desde el hogar al centro sanitario, llevando a una mayor intervención sanitaria y a una invisibilidad de las mujeres.

El empoderamiento de las mujeres supone que sean capaces de vivir su proceso de parto como protagonistas del mismo. Para que las mujeres puedan participar y tomar decisiones en este proceso tan importante de sus vidas tienen que estar bien informadas. El acceso a la información es un derecho respaldado por el marco legal vigente (Ley 41/2002, de autonomía del paciente). Esta información debe ser: a) completa considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; b) oportuna a las necesidades de las mujeres; c) comprensible en relación al lenguaje y al momento en que se da la información; y d) disponible en el formato adecuado.

La realidad multicultural nos lleva a considerar las culturas y circunstancias de las que provienen las mujeres embarazadas, así como las dificultades de comunicación existentes con el objeto de ofrecerles una información apropiada. De igual manera, las mujeres con discapacidades tienen que recibir una información adaptada a sus capacidades físicas, intelectuales o sensoriales.

La información proporciona a las usuarias la posibilidad de comentar con el personal sanitario las opciones existentes. Con la información adecuada, las usuarias adquieren autonomía para decidir los tratamientos o las prácticas que consideran mejores para ellas. Las embarazadas que carecen de información carecen también de la capacidad de opinar, discutir y decidir conjuntamente con los profesionales de la salud que las atienden. Esta capacidad de las usuarias contribuye a generar una relación más igualitaria, donde el debate se genera basándose en los conocimientos y expectativas de ambas partes (profesionales y mujeres embarazadas), pero con la inclusión de las necesidades y deseos de las usuarias. De este modo, las decisiones sobre las prácticas a utilizarse serán compartidas, consensuadas y asumidas co-responsablemente.

Recomendaciones:

- 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 en la atención al parto.
- Ofrecer las alternativas existentes basadas en la evidencia científica para que las mujeres puedan realmente elegir.
- Esta información debe ser: completa considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; oportuna a las necesidades de las mujeres; comprensible en relación al lenguaje y al momento en que se da la información; y disponible en el formato adecuado.
- Respetar las decisiones que tome la mujer acerca de las actuaciones de su parto (por ejemplo, del plan de parto y nacimiento elaborado durante el embarazo) dentro del marco de seguridad y calidad en su atención.

- Garantizar el reconocimiento del derecho de la madre y el padre o tutor legal sobre cualquier decisión en relación a la criatura recién nacida.
- Facilitar y garantizar que las mujeres y asociaciones de mujeres participen en la evaluación de la atención al parto y nacimiento, teniendo en cuenta la evidencia científica.
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales que dificultan la participación de las mujeres en la toma de decisiones.
- Facilitar a las embarazadas y sus parejas el conocimiento de la maternidad y de su personal antes del parto y la existencia de grupos de apoyo madre-madre en el hospital.
- Desarrollar programas que estimulen a las mujeres a participar activamente en la toma de decisiones relativas a la atención al parto.
- Investigar estrategias de diseminación efectivas que permitan a las mujeres acceder a información suficiente, relevante y consistente a sus valores y creencias.
- Establecer los mecanismos para garantizar a todas las usuarias hacer 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 (videos, testimonios de mujeres...)

Indicadores:

Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones.

BUENAS PRÁCTICAS SOBRE PARTICIPACIÓN
Algunos ejemplos

Inclusión de los Planes de parto y de Nacimiento:

H. de la Inmaculada de Huércal-Overa (Almería)
 H. San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén),
 H. Baza (Baza-Granada),
 H. Clínico San Cecilio (Granada)
 H. Clínico (Barcelona)
 H. Santa Caterina (Gerona)
 H. Virgen del Camino (Pamplona)
 H. La Plana de Vila-Real (Castellón)
 H. San Lázaro (Mallorca)
 H. de Mataró

El Hospital Gregorio Marañón de la Comunidad de Madrid tiene en marcha un programa para impulsar la participación de los hombres en el proceso del embarazo, parto y puerperio, hacia una paternidad responsable.

Marzo 07 Cantabria, decreto sobre los derechos del padre, la madre y el bebé en el momento del parto.

El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, ha publicado con el consenso de las Sociedades Científicas y representantes de las Asociaciones de Mujeres, el “Protocolo para la asistencia natural al parto normal” y un Plan de Nacimiento, con el objetivo de incluir la asistencia natural al parto normal en la cartera de servicios de los hospitales del sistema sanitario público.

Promoción de la lactancia materna:

H. Do Salnes (Villagarcía de Arosa)

El Hospital Universitario La Fe ha firmado un convenio con el grupo AMAMANTA, de apoyo a la lactancia materna y como red de autoayuda, además de facilitar información sobre recursos sanitarios y talleres reglados tutelados por matronas..

El Hospital Universitario de Getafe (Madrid) tiene en marcha un proyecto de mejora en la calidad asistencial para la promoción y apoyo de la lactancia materna de inicio precoz.

Atención multicultural y equidad:

El hospital Punta Europa de Algeciras desarrolla un programa de asistencia al parto con atención multicultural, denominado “Hospital amigo de la Emigrante”.

En el Hospital de Fuenlabrada de la Comunidad de Madrid desarrollan el Proyecto “La salud de la mujer inmigrantes”, para mejorar la calidad asistencial de los diversos colectivos según su origen y procedencia

Desde 1998, el Ayuntamiento de Zaragoza mantiene un convenio con la Asociación Vía Láctea para el programa “**Maternaje**” de atención a las mujeres que presentan algún tipo de carencia o situación desfavorable para una adecuada vivencia del embarazo y la crianza. Realizan acompañamiento informado, en varios idiomas, a centros sanitarios y otros recursos de la ciudad, y seguimiento y apoyo para favorecer y consolidar el vínculo madre-criatura.

Coordinación-Interacción hospital-atención primaria:

En Ciudad Real se está elaborando un DVD de divulgación, que recoge toda la información útil para las mujeres desde que ingresan, con las distintas posibilidades y técnicas para el parto que ofrece el hospital y donde se presenta todo el equipo. El DVD se proyectará en las clases con las mujeres.

3.3. Formación de profesionales de la medicina y de la enfermería (especialización y formación continuada).

Justificación

En España está reglada la formación de la especialidad médica (MIR) en obstetricia y ginecología, y la de enfermería obstétrico-ginecológica (EIR), con programas desarrollados y prácticas en hospitales para la atención al parto. Existen Comisiones Nacionales de dichas especialidades que las evalúan y regulan, y centros acreditados para su docencia.

La formación continuada se realiza en cada Comunidad Autónoma y hospital, según los criterios que establecen en función de las necesidades.

Se establece como prioridad la formación de profesionales y que las propuestas vayan dirigidas a acciones concretas que puedan ser realizables en cualquier CA y hospital y a corto plazo. Se señala la necesidad de que la formación para la atención del parto normal se imparta no sólo en los programas de EIR y MIR, sino en los programas de formación continuada a todo el personal que tiene relación con el parto.

Se apunta como fundamental la existencia de cursos de formación de formadores/as, en todas las CCAA, para que la formación pueda llegar a más profesionales

Recomendaciones:

- Desarrollar, en sus aspectos teóricos y prácticos, la formación en conocimientos y habilidades de los y las profesionales de la medicina y de la enfermería relacionados con lo recogido en esta estrategia de atención al parto normal, tanto durante la formación de especialistas (EIR y MIR) como en la formación continuada.
- Capacitar al personal sanitario implicado en la atención al parto normal para mejorar la comunicación con las mujeres y poder facilitar y compartir las decisiones y las responsabilidades.
- Facilitar la formación de formadores/as y el diseño de modelos de formación común para la actualización del personal que atiende los partos normales, especialmente en lo referente a los aspectos psico-sociales del parto y nacimiento, la comunicación y la participación.
- Incluir los aspectos de equidad de manera transversal en las actividades formativas, teniendo en cuenta la perspectiva de género, con especial incidencia en el empoderamiento de las mujeres, la multiculturalidad y la diversidad de capacidades.

Indicadores:

- Inclusión de las recomendaciones de la estrategia en el programa de formación de especialistas MIR y EIR de ginecología y obstetricia.
- Número de cursos de formación continuada realizados en estas materias
- % de especialistas en medicina obstétrica que trabajan en el SNS que han participado en cursos de actualización en atención al parto normal
- % de especialistas en enfermería obstétrica que trabajan en el SNS que han participado en cursos de actualización en atención al parto normal

BUENAS PRÁCTICAS EN FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Los Hospitales de San Cecilio y Baza (Granada) desarrollan cursos de formación del personal sanitario para la atención al parto normal, dos años consecutivos.

En Castilla la Mancha desarrollan un programa de formación continuada con inclusión de los equipos de dirección de los hospitales.

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). La Federación está llevando a cabo (2006-2008) “La Iniciativa al Parto Normal (IPN)”, consistente en elaborar una serie de actividades y documentos con el objetivo de sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales y crear opinión entre las mujeres y la sociedad. La elaboración del documento de consenso sobre la asistencia al parto normal y la campaña, se ha elaborado basado en la evidencia científica y con el consenso de las Asociaciones de matronas de las diferentes CCAA.

PROPUESTA

3.4. Investigación e innovación. Difusión de buenas prácticas de atención al parto fisiológico.

Justificación

Existen convocatorias anuales del Instituto de Salud Carlos III y de las Comunidades Autónomas de proyectos de investigación y de evaluación de tecnologías y servicios sanitarios que permitirían mejorar el conocimiento científico disponible sobre la atención al parto normal en los hospitales del SNS.

Es importante, como modelo de aprendizaje institucional, conocer las experiencias de centros sanitarios que desarrollen ejemplos de innovación y buenas prácticas en la atención al parto normal. Su difusión permitiría la transferencia de conocimiento y replicación en otros centros, así como su utilización para la docencia.

Recomendaciones

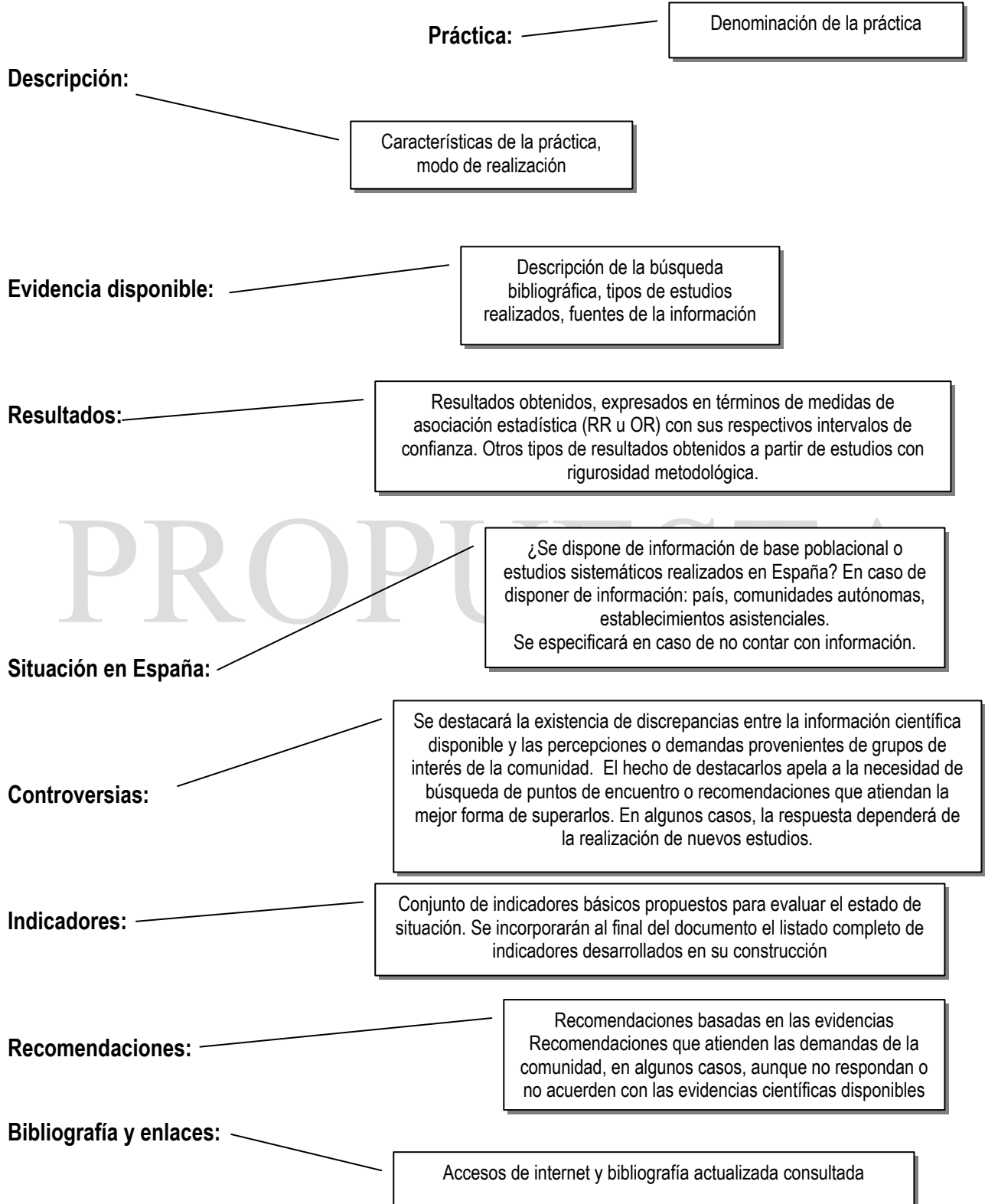
- Promover la investigación que aporte más conocimiento acerca de la fisiología del parto normal y de sus aspectos psico-sociales.
- Potenciar la investigación comparando los posibles beneficios y riesgos de las diferentes intervenciones existentes y de la no intervención respecto a algunas de ellas.
- Fomentar estudios de evaluación de las prácticas más novedosas en alivio del dolor.
- Promover estudios de impacto de las diferentes prácticas sobre la salud física y psico-afectiva de las madres, los bebés y los padres.
- Elaborar una guía de práctica clínica común para el SNS.
- Identificar buenas prácticas en la atención al parto normal, analizar los procesos de innovación aplicados y difundirlas para su posible replicación en otros lugares.

Indicadores:

- Inclusión de los aspectos de la estrategia en las convocatorias de investigación
- Guía de práctica clínica elaborada y discutida en el SNS
- Puesta en marcha de un sistema de recogida, análisis y difusión de buenas prácticas

ANEXO 1

DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE DE CONOCIMIENTO: en este anexo describiremos un conjunto de prácticas de uso más o menos habitual en el momento del parto.



Niveles de evidencia y fuerza de la recomendación

Las recomendaciones surgen de la síntesis de las evidencias analizadas para las prácticas perinatales seleccionadas; deben estar integradas con los valores o importancia de los resultados, costos y circunstancias particulares de cada lugar. Estas recomendaciones sugieren qué hacer en diferentes circunstancias tratando de responder a preguntas vinculadas, como en nuestro caso, al uso de determinadas prácticas durante el parto. La síntesis de la **evidencia** se realiza enfocada en la **intervención**. Las **recomendaciones** se hacen enfocadas, en nuestro caso, a las **usuarias**, de acuerdo al riesgo o patología o gravedad de la enfermedad o condición de las personas.

Las recomendaciones se gradúan de “fuertes” a “débiles” dependiendo de varios factores:

- A. Calidad de las evidencias** que fundamentan la recomendación
- B. Diseño metodológico**
- C. Consistencia u homogeneidad** de los resultados
- D. Magnitud del efecto** estimado en términos absolutos o relativos (RR u OR)
- E. Precisión del efecto:** IC, valor de p.

A. La **calidad** metodológica de un estudio determina la confianza que se puede tener en sus resultados y la validez de los mismos. En el caso de que se concluya que el artículo no cuenta con el rigor metodológico esperado, es poco probable que los resultados reflejen la verdad. Existen guías para la evaluación y selección de artículos que sean más factibles de proporcionar resultados válidos.

B. La selección del **diseño metodológico** apropiado permite arribar a conclusiones sólidas y científicamente confiables. Un diseño inadecuado no dará la respuesta adecuada al tema a investigar.

El diseño adecuado para responder a preguntas acerca del efecto de los tratamientos es la *Investigación Clínica Aleatoria (ICA)*: estudio experimental que utiliza grupos de comparación a los cuales los pacientes son asignados en forma aleatoria y que sólo se diferencian entre sí por recibir o no una o más intervenciones. *Revisión Sistemática* es la búsqueda y evaluación crítica de todos los estudios de un mismo diseño que responden a una misma pregunta. El *Meta-análisis* es la síntesis cuantitativa. Ambos siguen pautas metodológicas estrictas y una estrategia sistemática de búsqueda que permite incluir todos los estudios importantes.

C. Homogeneidad o consistencia de los resultados y/o magnitud del efecto de los diferentes estudios considerados. En cambio, la **heterogeneidad** en los resultados podría deberse a que en los estudios se evaluaron diferentes poblaciones, tratamientos administrados, formas de medir los resultados, o distinta metodología de estudio.

D. La magnitud del efecto de una intervención o tratamiento se miden mediante el cálculo de riesgos.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un evento dado. Se calcula mediante el cociente entre pacientes de un grupo que presentaron el resultado a medir sobre el total de pacientes de ese grupo. RR se define como la razón o cociente entre el riesgo de presentar el evento en el grupo experimental y el riesgo de presentar el evento en el grupo control. En otras palabras,

el RR estima la magnitud de la asociación entre la exposición y el resultado e indica la probabilidad de desarrollar el evento en el grupo expuesto con relación al grupo no expuesto.

E. Precisión del efecto: La verdadera reducción del riesgo nunca puede conocerse; la mejor estimación del verdadero efecto del tratamiento es aquella observada en ICAs. Esta estimación se llama "estimación puntual". Aunque es improbable que sea el "verdadero valor" en forma precisa, éste seguramente se encuentre en algún lugar alrededor de ella. El intervalo de confianza (**IC**) marca los límites o rango en el que probablemente se encuentre con cierto grado de confianza (habitualmente 95%) la verdadera magnitud del efecto en la población de referencia. Otra forma de estimar la precisión del efecto es mediante el **valor de p** o significancia estadística.

Distintos grupos de trabajo han elaborado guías para la clasificación de los **grados de recomendación**. La siguiente es una de las más utilizadas en la literatura médica disponiéndose de otras (1, 2, 3,4) basadas en criterios similares de formulación. (Cuadro 1)

Cuadro 1
Niveles de evidencia y fuerza de la recomendación ⁽⁵⁾

Recomendación	Nivel de evidencia	Estudios sobre los que se basa
A	1	1a Revisión sistemática de ICAs de alta calidad y homogéneas
		1b Revisión sistemática de ICA individual con IC estrecho
		1c Estudios experimentales no controlados (resultados dramáticos)
B	2	2a Revisión sistemática de cohortes
		2b Cohorte individual e ICAs de baja calidad
		2c Cohortes no controladas / Estudios ecológicos
	3	3a Revisión sistemática de casos y controles
		3b Caso control individual
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes o de caso-control de mala calidad
D	5	Opinión de expertos sin apreciación crítica o basada en principios fisiopatológicos

Phillips B, Ball C, Sackett D, et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine

Bibliografía:

1. Shekelle PG, Wolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 318: 593-6.
2. Harbour R, Millar J for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. *BMJ* 2001; 323: 334-6
3. Canadian Task Force Methodology <http://www.ctfphc.org/methods.htm>
4. Royal College Obstetrics and Gynaecologists <http://www.rcog.org.uk/>
5. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes D. Oxford Centre for Evidence-based Medicine, Levels of Evidence (May 2001).
6. Wingo A., Higgins E, Rubin L, Zahniser C; Epidemiología aplicada a la salud reproductiva. OMS 1996
7. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ for Evidence-Based Medicine Working Group. II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? *JAMA* 1993; 270: 2598-2601. (Versión traducida al español)
8. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ for Evidence-Based Medicine Working Group. II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1994; 271: 59-63. (Versión traducida al español).
9. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362:1225-30.
10. Grimshaw JM, Rossel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.
11. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to help health care professionals deliver services more effectively or efficiently. *Can Med Assoc J* 1995;153:1423-31.
12. Enkin MW. La necesidad de la obstetricia basada en la evidencia. *Evidence based medicine*, 1,132,1996.
13. Oxman DA, Sackett DL, Guyatt GH. Guía para usuarios de literatura médica. I) Cómo comenzar. *JAMA*, 270: 2093, 1993.

Búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases electrónicas. Las bases consultadas fueron:

The WHO Reproductive Health Library (Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS)
(RHL Library) N° 10. Año 2007

www.rhlibrary.com

Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) www.update-software.com

Medline (PubMed) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Centre for Reviews and Dissemination databases-CRD

DARE – (Database of Abstracts of Reviews of Effects)

<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>

Biblioteca Virtual de Salud Materna y Perinatal- BVS

<http://perinatal.bvsalud.org/html/es/home.html>

<http://www.ingentaconnect.com/>

<http://www.tripdatabase.com/>

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality. www.ahrq.gov/

Rasurado del periné

Descripción:

Rasurado del periné en forma habitual durante el trabajo de parto con el propósito de disminuir el riesgo de infecciones maternas en caso de episiotomía o desgarro, y facilitar la sutura del perineo si es necesario. Se cuestiona su indicación, ya que por el contrario, podría haber infección en la piel por micro abrasión en la zona afeitada. El nuevo crecimiento del vello produce molestias e incomodidad. Se practica sin tener en consideración las preferencias de las mujeres.

Evidencia disponible:

Se analizó una revisión sistemática de Cochrane Database, y recomendaciones de la OMS. Se incluyeron dos investigaciones clínicas que evaluaron los efectos del rasurado perineal de rutina e infección materna.

Resultados:

No se encontraron diferencias respecto a morbilidad febril materna en el grupo con rasurado respecto al grupo sin rasurado (OR: 1,26; IC 95 %: 0,75- 2,12). No se evaluaron las preferencias de profesionales ni de las usuarias.

Conclusión

La evidencia disponible es insuficiente para recomendar la realización de rasurado perineal a las parturientas para la prevención de infecciones perineales. Su práctica es injustificada debido a las molestias que ocasiona.

Situación en España:

No existen datos ya que no se recoge de manera sistemática en los sistemas de información sanitaria. Por estudios puntuales parece que se realiza en más de un tercio de los partos.

Recomendaciones:

- Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres en trabajo de parto.
- Opcionalmente, y si se considera necesario al momento de realizar una sutura, se podrá realizar un rasurado parcial del vello pubiano, o según preferencia de la parturienta.

Bibliografía y links:

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

Garforth S, García J. Hospital admission practices. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (eds.) Effective care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press 1989, pp. 820-826.

<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001236.html>

www.update-software.com/Abstracts/AB001236.htm

http://www.update-software.com/search/search.asp?zoom_query=perineal+shaving

Department of Reproductive Health and Research, WHO (1999). Care in Normal Birth; a practical guide. Geneva: World Health Organisation

World Health Organisation The WHO Reproductive Health Library, Issue 4, 2001. WHO/RHR/HRP/RHL/3/00. Oxford: Update Software.

Iniciativa Mejores Nacimientos. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 7, Ginebra, Update Software Ltd, Oxford, 2004.

Navarro G.M, Sánchez Muros S, García Calvente M. Atención al embarazo, parto y postparto en España. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, Diciembre de 2006.

Enema durante el trabajo de parto

Descripción:

Administración de enema a la parturienta durante el primer periodo del parto con la finalidad de reducir las infecciones puerperales y neonatales. Supuestamente evitaría el contacto de la materia fecal materna con posibles heridas en el recién nacido. Es un procedimiento incómodo para la madre y aumenta en forma injustificada el gasto sanitario. Se administra de acuerdo a las preferencias del profesional que asiste el parto, sin considerar la incomodidad que produce en las mujeres y el incremento de los costos en la atención del parto.

Evidencia disponible:

Se incluyeron una ICA y 1 revisión sistemática de Cochrane Database, y recomendaciones de la OMS, que evaluaron los efectos de la administración rutinaria de enema en el primer periodo del parto en relación a las tasas de infección materna y neonatal, duración del parto y dehiscencia de episiorrafia.

Resultados:

No se encontraron diferencias significativas en las tasas de infección puerperal (OR: 0,61; IC 95 %: 0,36- 1,04) e infección neonatal (RR: 1,12; IC 95 %: 0,76- 1,66). Tampoco se encontraron diferencias en la duración del parto (515 min. en el grupo enema/ 585 min. en el grupo control; P = 0,24) ni en dehiscencia de la episiorrafia (21/182 [12%] con enema/ 32/190 [17%] sin enema; P = 0,30). No se evaluaron las preferencias de profesionales ni de las usuarias. No existe al momento evidencia suficiente que apoye el uso rutinario de enemas durante el trabajo de parto para mejorar los resultados maternos y neonatales.

Situación en España: no se dispone de información rutinaria sobre la aplicación de dicha práctica, aunque parece que su uso es amplio y discrecional.

Recomendaciones:

- 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.

Bibliografía y enlaces:

Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour – The N-Ma Randomised Controlled Trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2006; 6: 8.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1468428>

Department of Reproductive Health and Research, WHO (1999). *Care in Normal Birth; a practical guide*. Geneva: World Health Organisation

World Health Organisation The WHO Reproductive Health Library, Issue 4, 2001.
WHO/RHR/HRP/RHL/3/00. Oxford: Update Software.

Navarro G.M, Sánchez Muros S, García Calvente M. *Atención al embarazo, parto y postparto en España*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, Diciembre de 2006.

Episiotomía

Descripción:

Incisión del perineo en el momento del parto, utilizada para prevenir los desgarros perineales severos. Su práctica rutinaria o sistemática ha sido cuestionada.

Evidencia disponible:

Se evaluaron dos revisiones sistemáticas de Cochrane Database, AHRQ y Recomendaciones de la OMS que estudiaron los efectos del uso restringido de la episiotomía en comparación con la práctica rutinaria durante el parto vaginal, y su influencia en los resultados maternos postparto.

Resultados:

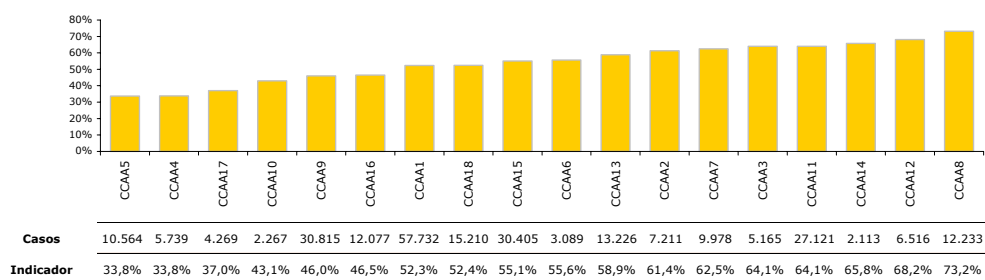
El grupo con episiotomía selectiva se asoció con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior (RR: 0,88; IC 95 %: 0,84- 0,92); menor necesidad de sutura (RR: 0,74; IC 95 %: 0,71- 0,77) y menos complicaciones en la cicatrización (RR: 0,69; IC 95 %: 0,56- 0,85). La práctica restrictiva de la episiotomía se asoció a un riesgo mayor de trauma perineal anterior (RR: 1,79; IC 95 %: 1,55- 2,07). No se encontraron diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal grave (RR: 1,11; IC 95 %: 0,83- 1,50); dispareunia (RR: 1,02; IC 95 %: 0,90- 1,16); incontinencia urinaria (RR: 0,98; IC 95 %: 0,79- 1,20); o medidas relacionadas con dolor severo. Los resultados fueron similares cuando se comparó el uso restrictivo de la episiotomía medio-lateral versus el uso de la episiotomía mediana. Evidencia de mediana calidad sugiere que es más beneficioso dejar sin suturar los desgarros de 1º grado o cortes menores en piel de perineo. Si se realizó episiotomía o si la reparación está indicada, hay evidencia que indica que la sutura continua con material absorbible sintético en comparación a realizarla con puntos separados y material no sintético se asocia a menor dolor (OR: 0,62; IC 95 %: 0,54- 0,71) y a menor necesidad de analgesia (OR: 0,63; IC 95 %: 0,52- 0,77) en el corto plazo. No hay diferencia a largo plazo en dispareunia. Es pobre la calidad de la evidencia referida a secuelas a largo plazo acerca de incontinencia fecal y urinaria, función del piso pélvico y función sexual. Sin embargo, es consistente en demostrar la ausencia de beneficio de su uso en el corto plazo.

Situación en España:

Gráfico 16

Porcentaje de partos vaginales con episiotomía por Comunidad (2005)

Distribución del Indicador por Comunidad Autónoma



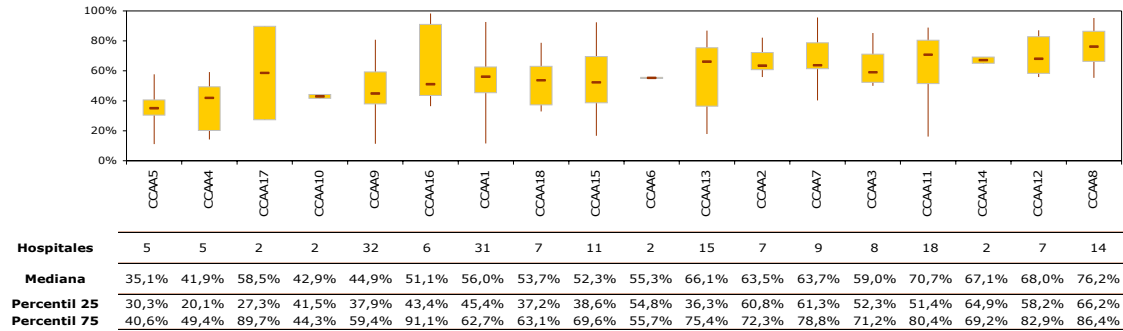
En el análisis por Comunidad Autónoma se observa un rango que va desde el 33% hasta el 73% (**Gráfico 16**). En el análisis de variabilidad se observa un rango intercuartílico intra comunidad autónoma amplio (máximo de 48% y mínimo 11%) (**Gráfico 17**). Hay que tener

en cuenta que puede haber diferencias debidas a las diferentes políticas de registro de esta práctica en cada centro.

Gráfico 17

Análisis de variabilidad de partos vaginales con episiotomía por Comunidad Autónoma (2005)

Análisis de la variabilidad (Box-plot)



Controversia:

A pesar de la amplia evidencia disponible acerca de los beneficios de la práctica restrictiva de la episiotomía, parece que se sigue aplicando en una proporción importante de los partos y sin un criterio común (amplia variabilidad). Es necesaria una información de más calidad para monitorizar esta práctica.

Recomendaciones:

- Promover una política de episiotomía selectiva
- No suturar los desgarros leves o cortes menores.
- De ser necesaria, realizar sutura continua con material absorbible sintético.

Bibliografía y links:

[Lundquist M, Olsson A, Nissen E, Norman M.](#) Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? [Birth](#). 2000 Jun;27(2):79-85

Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Thorp J Jr. *The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review*. Evidence Report/ Technology Assessment No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center) AHRQ Publication No. 05-E009-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/episiotomy/episob.pdf>

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28: 202-207.

Kettle C, Hills RK, Jones P, et al. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: A randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359(9325):2217-23.

Kettle C. Perineal care. *Clin Evid* 2002; (7):1284-95. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: A randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342(8886-8887):1517-8. www.ahrq.gov/clinic/epesums/epissum2.htm

Prácticas durante el periodo de dilatación

Evidencia disponible

Se incluyeron revisiones sistemáticas de Cochane Database, Biblioteca de salud reproductiva (BSR/OMS), ICAs y Recomendaciones de la OMS.

Resultados

1. **Educación específica prenatal para reducir el número de consultas por falso trabajo de parto.** N° de consultas de mujeres que recibieron educación específica prenatal vs. N° de mujeres con preparación prenatal habitual. Diferencia de medias: 0,29 (IC 95%: 0,47-0,11).
2. **Apoyo continuo durante todo el proceso.**
Las mujeres con apoyo fueron menos proclives a recibir cualquier analgesia/anestesia (RR: 0,87; IC 95 %: 0,79-0,96). Tener partos vaginales instrumentales (RR: 0,89; IC 95%: 0,83-0,96). Tener partos por cesáreas (RR: 0,90; IC 95%: 0,82-0,99). Tuvieron mayor tendencia a tener partos vaginales espontáneos (RR: 1,08; IC 95%: 1,04-1,13).
3. **Libre deambulaci3n y posici3n.**
Durante el trabajo de parto, las mujeres que caminaron libremente no tuvieron diferencias significativas en la duraci3n del trabajo de parto (p: 0,83), necesidad de oxit3cicos (p: 0,25), necesidad de analg3sicos (p: 0,59), f3rceps (p: 0,25) o ces3reas (p: 0,35), respecto a aquellas que permanecieron en dec3bito.
Durante el periodo expulsivo, las mujeres en posici3n vertical o lateral tuvieron acortamiento de la duraci3n del periodo expulsivo (media 4,29 minutos; IC 95%: 2,95 a 5,64 minutos); reducci3n en partos asistidos (RR: 0,84; IC 95%: 0,73-0,98) y menor pr3ctica de episiotomías (RR: 0,84; IC 95%: 0,79-0,91), respecto a aquellas en dec3bito dorsal o litotomía.
4. **Ingesta de l3quidos y alimentos.**
A pesar de la falta de estudios controlados, no hay evidencia en la literatura que avale la restricci3n de l3quidos y alimentos durante el trabajo de parto para la prevenci3n de aspiraci3n g3strica. S3lo un estudio evalu3 la probabilidad de muerte materna por aspiraci3n en 7 de cada 10 millones de nacimientos. La restricci3n severa de l3quidos y alimentos a la madre por tiempo prolongado puede producir deshidrataci3n y cetosis, lo que puede prevenirse con una ingesta moderada.
5. **Utilidad del partograma* para predecir modo de nacimiento y duraci3n del trabajo de parto.**
Nacimiento vaginal espont3neo OR: 1,68 para prim3paras; OR 1,59 para mult3paras. Probabilidad de nacimiento vaginal instrumental OR: 0,67 para prim3paras; OR: 0,64 para mult3paras.

¹ * Uso del partograma. Organizaci3n Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para matronas** y especialidad m3dica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas. Ginebra: Organizaci3n mundial de la Salud; 2002.

**Matronas: comprende a hombres y mujeres que ejercen esta profesi3n (Federaci3n de Asociaciones de Matronas de España FAME).

6. **Amniotomía.**

Amniotomía precoz vs. Rotura espontánea de la bolsa. Duración del trabajo de parto: reducción 60-120 min. Operación cesárea: OR: 1,26 (IC 95 %: 0,96- 1,66). PH cordón y admisión del RN en UCIN: no se encontraron diferencias. Uso de oxitocina: OR: 0,79 (IC 95 %: 0,67- 0,92).

7. **Información y oferta de diferentes métodos analgésicos**

La analgesia epidural se asoció a mayor alivio del dolor (diferencia de medias ponderada [DMP] -2,60; IC 95 %: -3,82- 1,38) y mayor riesgo de parto vaginal instrumental (RR: 1,38; IC 95 %: 1,24- 1,53) que en pacientes sin analgesia epidural. No hay diferencias en el riesgo de cesárea (RR: 1,07; IC 95 %: 0,93- 1,23), lumbalgia a largo plazo (RR: 1; IC 95 %: 0,89- 1,12) y depresión neonatal (RR: 0,70; IC 95 %: 0,44- 1,10)

8. **Monitorización.** Eficacia y seguridad del monitoreo electrónico fetal de rutina durante el trabajo de parto vs. auscultación intermitente de los latidos cardíacos fetales en embarazos de bajo riesgo. Una revisión sistemática que incluyó trece investigaciones clínicas aleatorizadas comparó la eficacia del monitoreo intraparto de rutina con la auscultación intermitente en embarazos de bajo riesgo. Se observó que el único beneficio para el uso de monitoreo intraparto de rutina fue la reducción de convulsiones neonatales, cuando se acompañó de la determinación de pH en sangre de cuero cabelludo (RR: 0.51; IC 95 %: 0,32- 0,82). El monitoreo intraparto sin la determinación del PH no genera reducción en la morbilidad perinatal, no encontrando diferencias en: Apgar en el primer minuto, admisión en Cuidados Intensivos Neonatales, muerte perinatal o parálisis cerebral. Con el uso rutinario del MEF hubo un aumento del índice de cesáreas (RR: 1,41; IC 95 %: 1,23- 1,61) y de parto vaginal operatorio (RR: 1,20; IC 95 %: 1,11- 1,30). En vista del incremento en la tasa de cesáreas y partos operativos vaginales, y la ausencia de impacto en la morbimortalidad perinatal, el uso de monitoreo intraparto de rutina sin la determinación del PH en sangre de cuero cabelludo no se justifica en forma rutinaria comparado con la auscultación intermitente de los latidos cardíacos fetales.

Recomendaciones:

- Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de un verdadero trabajo de parto para reducir el número de consultas a guardia por falsos trabajo de parto.
- Brindar a la gestante apoyo físico, emocional y psicológico durante todo el proceso, permitiendo la permanencia en forma continua de una persona que la acompañe, elegida por la parturienta.
- Facilitar que la gestante pueda deambular libremente de acuerdo a sus necesidades y preferencias, y que adopte la posición que encuentre más cómoda.
- Permitir la ingesta de líquidos azucarados y alimentos livianos en forma moderada. No realizar hidratación intravenosa para todas las mujeres en trabajo de parto normal, ya que limita sus movimientos y comodidad. Reservar la hidratación parenteral para las gestantes deshidratadas, con vómitos, con conducción anestésica u otras indicaciones precisas que requieran vía endovenosa.
- Registrar la evolución del trabajo de parto mediante la utilización del partograma como elemento objetivo para el manejo del segundo periodo.
- 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 el monitoreo cardíaco electrónico continuo 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 ó 4 horas si no se considera necesario.

Bibliografía

Lauzon L, Hodnett ED. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford Update Software

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com> (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Bloom SL, McIntire DD, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *The New England Journal of Medicine*. 1998; 339 (2): 76-79.

Sleutel M, Golden S, Sherrod RN. Fasting in labor: relic or requirement. *JOGNN* 1999; 28 (5): 507-512.

World Health Organisation Maternal and Safe Motherhood Programme. World Health Organisation partograph in management of labour. *Lancet* 1994;343:1399-1404.

Lavender, T, Wallymahmed, AH, and Walkinshaw, SA. Managing labor using partograms with different action lines: a prospective study of women views. *Birth* 1999 26 ;89-96

Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. (Systematic Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1, 2002.

Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S110-26.

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.

Manejo del dolor durante el parto

Descripción:

Se describen métodos farmacológicos y no farmacológicos para el alivio del dolor durante el parto.

La **analgesia epidural** es el método para el alivio del dolor más estudiado y difundido. Consiste en el bloqueo nervioso central mediante la inyección de un anestésico local cerca de los nervios que transmiten dolor, en la región lumbar, para el alivio del dolor durante el parto. En algunos países se está utilizando como alternativa al bloqueo, la administración inhalatoria de **óxido nitroso al 50%**. Se describen además, otros métodos no farmacológicos tales como: acompañamiento, inmersión en agua, acupuntura, masajes, pelotas de goma.

Evidencia disponible:

Se evaluaron ICAs y revisiones sistemáticas de Cochrane Database que evaluaron los efectos de los diferentes métodos para la analgesia durante el parto en las mujeres y las criaturas recién nacidas.

Resultados:

En una revisión sistemática se evaluaron todas las modalidades de analgesia epidural (incluida la combinación espinal-epidural) en la madre y la criatura, en comparación con cualquier forma de alivio del dolor que no sea bloqueo regional, o ningún alivio del dolor en el trabajo de parto y parto. Se encontró que en el grupo con epidural hubo mayor alivio del dolor (diferencia de medias ponderada [DMP] -2,60; IC 95 %: -3,82- 1,38) que en los demás grupos. También la analgesia epidural se asoció con mayor riesgo de parto vaginal instrumental (RR: 1,38; IC 95 %: 1,24- 1,53).

No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de cesárea (RR: 1,07; IC 95 %: 0,93- 1,23), lumbalgia a largo plazo (RR: 1; IC 95 %: 0,89- 1,12) y depresión neonatal (RR: 0,70; IC 95%: 0,44- 1,10). Una ICA evaluó la efectividad de la analgesia epidural y espinal combinada (EEC) con la inhalación de óxido nitroso. El efecto analgésico en el grupo epidural fue mucho mayor que en el grupo con óxido nitroso ($P < 0.01$). La tasa de parto instrumental fue mayor en el grupo epidural que en el grupo control ($P < 0,01$). La tasa de cesáreas fue mayor en el grupo que recibió óxido nitroso que en el grupo con epidural.

La analgesia epidural parece ser el método más eficaz para el alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayor riesgo de tener un parto instrumental. El óxido nitroso no es un potente analgésico durante el trabajo de parto, pero aparentemente es seguro para la mujer y el recién nacido. Se debe tener en cuenta que para aquellas mujeres que reciban óxido nitroso se deberá contar con oximetría del pulso, y administración adicional de anestésicos locales en caso de necesitar realizar episiotomía.

Está probado el beneficio del acompañamiento durante el parto acerca de la necesidad de recibir cualquier analgesia/anestesia (RR: 0,87; IC 95 %: 0,79- 0,96).

Es escasa la evidencia basada en estudios clínicos acerca de la efectividad de métodos no farmacológicos. Pocos tratamientos complementarios han sido sometidos a estudios científicos adecuados. Aparentemente hay evidencia de que la inmersión en agua durante el período dilatante reduce el uso de analgesia (OR: 0,84; IC 95 %: IC 0,71- 0,99) y la notificación de dolor materno (OR: 0,23; IC 95 %: 0,08- 0,63), sin resultados adversos en la

duración de trabajo de parto, el parto quirúrgico o los resultados neonatales. Los efectos de la inmersión en agua durante el embarazo o en el alumbramiento son poco claros. Un ensayo analiza el parto en el agua, pero es demasiado pequeño para determinar los resultados para las mujeres o los recién nacidos.

La acupuntura y la hipnosis pueden ayudar a aliviar el dolor durante el trabajo de parto, pero se necesitan más investigaciones sobre estos tratamientos complementarios. No hay suficientes pruebas acerca de los beneficios de la música, el masaje, la relajación, los sonidos uniformes, la acupresión y la aromaterapia, ni pruebas acerca de la efectividad del masaje u otros tratamientos complementarios (por ejemplo, pelotas de goma).

Situación en España:

No se recoge en el Sistema de Información Sanitaria. La anestesia epidural se ha venido incentivando como objetivo deseable para alcanzar al 100% de los partos. En la actualidad es la analgesia utilizada con mayor frecuencia.

Recomendaciones:

- 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.
- Permitir que las mujeres estén acompañadas durante el trabajo de parto y parto.
- 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.

Bibliografía y enlaces:

Ji X, Qi H, Liu A. Clinical study on labor pain relief using the combined spinal-epidural analgesia and inhaling nitrous oxide. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2002 Jul;37 (7):398-401.
Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

<http://www.update-software.com/AbstractsES/AB000331-ES.htm>

Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S110-26.

Ternov K, Nilsson M, Löfberg L, Algotsson L, Akeson J. Acupuncture for pain relief during childbirth. *Acupunct Electrother Res*. 1998;23(1):19-26.

Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 2*, 2007. Oxford, Update Software Ltd.

Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Música para el alivio del dolor (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Torvaldsen S, Roberts CL, Bell JC, Raynes-Greenow CH. Interrupción de la analgesia epidural de manera tardía durante el parto para la disminución de los resultados de parto adversos relacionados con la analgesia epidural (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Hughes D, Simmons SW, Brown J, Cyna AM. Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Gagnon AJ. Educación individual o en grupo para el parto y la paternidad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com> (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Navarro G.M, Sánchez Muros S, García Calvente M. Atención al embarazo, parto y postparto en España. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, Diciembre de 2006.

Acompañamiento durante el parto

Descripción:

Permanencia en forma continua de una persona acompañante elegida por la parturienta (pareja, familiar, amiga) o personal sanitario (partera, doula, enfermera) que brinde apoyo personalizado durante el parto.

Evidencia disponible:

Se incluyeron una revisión sistemática de Cochrane Database, Recomendaciones de la OMS y una revisión de la literatura, que evaluaron los efectos del apoyo intraparto continuo y personalizado en las madres y sus criaturas recién nacidas comparándolo con la atención habitual.

Resultados:

Las mujeres que recibieron apoyo intraparto continuo fueron **menos** proclives a:

- Recibir analgesia/anestesia regional (RR: 0,90; IC 95 %: 0,81- 0,99)
- Recibir cualquier analgesia/anestesia (RR: 0,87; IC 95 %: 0,79- 0,96)
- Tener partos vaginales instrumentales (RR: 0,89; IC 95 %: 0,83- 0,96)
- Tener partos por cesárea (RR: 0,90; IC 95 %: 0,82- 0,99)
- Manifiestar insatisfacción por su experiencia de parto (RR: 0,73; IC 95 %: 0,65- 0,83)

Las mujeres que recibieron apoyo intraparto continuo tuvieron **mayor** tendencia a:

- Tener partos vaginales espontáneos (RR: 1,08; IC 95 %: 1,04- 1,13)

El apoyo continuo **no se asoció con una menor probabilidad** de:

- Oxitocina artificial durante el trabajo de parto (RR: 0,94; IC 95 %: 0,83 a 1,06)
- Bajo puntaje de Apgar a los 5 minutos (RR: 0,81; IC 95 %: 0,56- 1,16)
- Ingreso del recién nacido a UCI (RR: 0,94; IC 95 %: 0,82- 1,09)

No se asoció a una disminución significativa en la duración del trabajo de parto (diferencia de medias ponderada -0,28; IC 95 %: -0,64- 0,08). Tampoco estuvo asociado con una reducción significativa en la probabilidad de depresión posparto (RR: 0,89; IC 95 %: 0,75- 1,05).

En un análisis de subgrupos, el apoyo intraparto continuo se asoció con mayores beneficios si la persona acompañante no era parte del personal del hospital y si se iniciaba tempranamente. No se presentaron efectos adversos.

Situación en España: No se dispone de información sistemática con relación al tema de acompañamiento durante el parto.

Controversia:

La institucionalización y medicalización del parto fue el factor determinante para separar a la familia en el momento del nacimiento. La estructura física de las instituciones y las rutinas hospitalarias fueron diseñadas para atender más a las necesidades de los profesionales de la salud que a las parturientas y sus familias. Existe una contradicción entre lo que la evidencia indica y la manera en que se organizan las prácticas asistenciales.

El acompañamiento durante el parto integra la estrategia de humanización del parto.

Recomendaciones:

- Permitir y alentar a todas las mujeres a que cuenten con personas de apoyo en todo momento durante el parto.
- Promover una política institucional que permita a las parturientas elegir libremente de su entorno una persona acompañante en forma continua durante el parto.
- Facilitar a aquellas mujeres que así lo elijan la presencia en forma continua de una persona trabajadora sanitaria (partera, doula, enfermera) que brinde apoyo personalizado durante el parto.
- Permitir que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del trabajo de parto.

Bibliografía y enlaces:

Brüggemann OM, Parpinelli MA, Duarte Osis MJ. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura . Evidence on support during labor and delivery: a literature review. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1316-1327, set-out, 2005

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com> (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

WAN YIM IP BN, M Phil, RN, RM. Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 265±272

Posición materna durante el periodo expulsivo

Descripción:

La posición adoptada por las parturientas durante el periodo expulsivo está influenciada fuertemente por normas culturales que se han adaptado a las demandas de los profesionales y a las restricciones impuestas por los procedimientos médicos, lo que restringe las opciones de posición que adoptan las mujeres. La posición de decúbito dorsal o semirecostada es ampliamente utilizada, con el argumento de facilitar el rápido acceso del médico al abdomen materno y facilitar dichos procedimientos. Existe controversia acerca de las ventajas o desventajas de la posición vertical (sentada, semidecúbito, arrodillada, en cuclillas) respecto a la supina o litotomía durante el periodo expulsivo.

Evidencia disponible:

Se incluyeron una revisión sistemática de Cochrane Database y Recomendaciones de la OMS que evaluaron los beneficios y riesgos de las diferentes posiciones maternas durante el periodo expulsivo. Se evaluaron investigaciones clínicas que compararon diferentes posiciones adoptadas por las parturientas comparándolas con la posición supina. En general, la calidad metodológica de los 19 ensayos clínicos incluidos en la revisión fue deficiente; por lo tanto las conclusiones no deben considerarse como definitivas.

Resultados:

En el grupo de mujeres asignadas a cualquier posición vertical o lateral respecto a posición decúbito dorsal o litotomía se encontró como beneficio:

- Acortamiento de la duración del periodo expulsivo (media 4,29 minutos; IC 95 %: 2,95 a 5,64 minutos)
- Pequeña reducción en los partos asistidos (RR: 0,84; IC 95 %: 0,73- 0,98)
- Menor práctica de episiotomías (RR: 0,84; IC 95 %: 0,79- 0,91)

En la misma comparación se encontró como desventaja:

- Aumento de los desgarros perineales de segundo grado (RR: 1,2; IC 95 %: 1,09- 1,39).
- Mayor riesgo de pérdida de sangre mayor que 500 ml en base a estimación (RR: 1,68; IC 95 %: 1,32- 2,15).
- Un solo estudio clínico indica que menos mujeres informaron experimentar dolor intenso en el parto (RR: 0,73; IC 95 %: 0,60- 0,90), y que se registraron menos patrones anormales en la frecuencia cardiaca fetal (RR: 0,28; IC 95 %: 0,08- 0,98)

No se demostraron diferencias significativas para:

- uso de analgesia o anestesia durante el período expulsivo (RR:0,97; IC 95 %: 0,93- 1,02)
- cesáreas (RR: 0,87; IC 95 %: 0,52- 1,45)
- desgarros perineales de tercer o cuarto grado (RR: 0,91; IC 95 %: 0,31- 2,68)
- necesidad de transfusión de sangre (RR: 1,66; IC 95 %: 0,70- 3,94)
- alumbramiento manual (RR: 1,71; IC 95 %: 0,86- 3,39)

Aunque fueron evaluados en pocos estudios, tampoco hubo diferencias para: experiencia poco placentera del parto, falta de satisfacción con el período expulsivo del trabajo de parto, ingreso a la UCIN y muerte perinatal.

Situación en España:

En España, la posición habitual durante el periodo expulsivo es el decúbito dorsal o litotomía, por preferencia del personal sanitario.

Recomendaciones:

Ya que los resultados de la literatura disponible deben interpretarse con precaución, y hasta tanto se disponga de datos de estudios clínicos más rigurosos, las recomendaciones deberían considerarse como tentativas.

Teniendo en cuenta los potenciales beneficios, se sugiere:

- Alentar a las mujeres a tomar decisiones informadas acerca de la posición que consideren más cómoda.
- Decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- Capacitar al personal sanitario que asiste el parto en las diferentes posiciones.
- Investigar las percepciones de las mujeres.
- Investigar los factores que influyen en la elección de las posiciones que adoptan.

Bibliografía y enlaces:

Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Soong B, Barnes M. Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perinatal Trauma: Is there an association? *Birth* 32-3 September 2005

Alumbramiento

Descripción:

El manejo activo del alumbramiento o tercer periodo del parto consiste en un conjunto de intervenciones para la prevención de la hemorragia posparto. Estas intervenciones comprenden: la administración profiláctica de un uterotónico en el momento o inmediatamente después del parto, pinzamiento y corte del cordón umbilical, y tracción controlada del mismo para la expulsión de la placenta. Por otra parte, la conducta expectante implica una política de "no intervención", donde se espera la aparición de signos de separación de la placenta y su expulsión espontánea, y el pinzamiento tardío del cordón umbilical. Los componentes de la conducta activa no se emplean de rutina.

Como uterotónicos se han estudiado: oxitocina, derivados del cornezuelo de centeno (ergometrina), sintometrina (oxitocina+ergometrina) y prostaglandinas (misoprostol). Pinzamiento temprano del cordón es el que se realiza antes de los 3 minutos del parto o antes de que deje de latir.

Evidencia disponible:

Se incluyeron cuatro revisiones sistemáticas de Cochrane Database, ICAs, comentarios de la BSR-OMS y Recomendaciones de la OMS que compararon los efectos de la conducta activa versus la expectante con relación a la pérdida de sangre, hemorragia puerperal y otras complicaciones maternas y perinatales durante el alumbramiento. Las intervenciones en estos estudios utilizaron diferentes combinaciones del componente de manejo activo, incluyendo distintos tipos, dosis y vías de administración de los uterotónicos, diferentes momentos de pinzamiento de cordón y uso no estandarizado de tracción del cordón.

Resultados:

Manejo activo (cualquier droga) vs. Manejo expectante

La conducta activa se asocia con reducciones notorias de resultados clínicamente importantes, tales como hemorragia puerperal severa (igual o mayor a 1 litro): (RR: 0,33; IC 95 %: 0,21- 0,51), necesidad de transfusión durante el puerperio (RR: 0,32; IC 95 %: 0,22- 0,53) y uso adicional de fármacos oxitócicos. Respecto a efectos adversos, cuando uno de los fármacos uterotónicos para la conducta activa fue la ergometrina, se observó un aumento en náuseas (RR: 1,83; IC 95%: 1,51- 2,23), vómitos (RR: 2,19, IC 95%: 1,68- 2,86), cefaleas (RR: 1,97; IC 95 %: 1,01- 3,82) e hipertensión (RR: 3,46; IC 95 %: 1,68- 7,09). No hubo diferencias significativas respecto a necesidad de alumbramiento manual (RR: 1,21; IC 95 % 0,82- 1,78). En resumen, existen claros beneficios a favor de manejo activo (mayores efectos adversos con el uso de ergometrina)

Comparación entre drogas

-Oxitocina vs. Ergometrina; Sintometrina vs. Ergometrina; Oxitocina vs. Sintometrina.

No se encontraron diferencias respecto a hemorragia severa y necesidad de transfusión. Hubo menor necesidad de alumbramiento manual en el grupo oxitocina (RR: 0,57; IC 95 %: 0,41- 0,79). Fue mayor tasa de efectos adversos en el grupo tratado con sintometrina: náuseas (RR: 3,85; IC 95 %: 3,20- 4,63); vómitos (RR: 5,72; IC 95 %: 4,44- 7,38) e hipertensión arterial (RR: 2,47; IC 95 %: 1,58- 3,86). Como conclusión, hay beneficios similares; mayores efectos adversos con ergometrina.

-Prostaglandinas oral (misoprostol 600 mcg) vs. oxitocina

En el grupo tratado con misoprostol fue mayor el riesgo de hemorragia puerperal severa (mayor a 1 litro) (RR: 1,34; IC 95 %: 1,16- 1,55) y de uso adicional de uterotónicos (RR:

1,41; IC 95 %: 1,31- 1,5) respecto al grupo oxitocina. No hubo diferencias significativas en necesidad de transfusión. Como efectos adversos se observó que el misoprostol se asoció con mayor riesgo de temblores (RR: 3,29; IC 95 %: 3,03- 3,56), diarrea (RR: 2,52; IC 95 %: 1,6- 3,98) y temperatura mayor a 38°C (RR: 6,62; IC 95 %: 5,45- 8,05). **En síntesis**, hay mayores beneficios con oxitocina, mayores efectos adversos con misoprostol, y mayor costo

-Prostaglandinas sublingual (misoprostol 600 mcg) vs. oxitocina No se encontraron diferencias significativas en hemorragia severa y otros resultados.

-Prostaglandinas vía rectal (misoprostol 600 mcg) vs. oxitocina

No se encontraron diferencias significativas en hemorragia severa y necesidad de transfusión. Entre los efectos adversos, el misoprostol se asoció con mayor riesgo de temblores (RR: 3,02; IC 95 %: 1,74- 5,23) y temperatura mayor a 38°C (RR: 2,74; IC 95 %: 1,08- 6,93) que con oxitocina. Hay mayores efectos adversos con misoprostol y mayor costo, sin mejores resultados

-Prostaglandinas inyectables (carboprost 0,25 mg/sulprostone 0,5 mg) vs. Oxitocina

Hay escasa evidencia, ya que sólo se compararon prostaglandinas inyectables con otros uterotónicos inyectables, pero no específicamente con oxitocina. No hubo diferencias en pérdida de sangre y necesidad de transfusión, pero sí más vómitos (RR: 10,74; IC 95 %: 2,06- 53,02) y diarrea (RR: 6,65; IC 95 %: 2,03- 21,85) utilizando prostaglandinas. **Se registraron** mayores efectos adversos con prostaglandinas y mayor costo, sin mejores resultados

-Uterotónicos en ausencia de manejo activo

Aún en ausencia de todos los componentes del manejo activo, la utilización de uterotónicos tiene beneficios respecto al manejo expectante. El uso de misoprostol se asoció a menor riesgo de hemorragia severa (RR: 0,20; IC 95 %: 0,04- 0,91) y transfusiones (RR: 0,14; IC 95 %: 0,02- 0,85). La oxitocina se asoció con menor necesidad de uterotónicos adicionales (RR: 0,66; IC 95 %: 0,48- 0,9). La ergometrina disminuyó el riesgo de hemorragia posparto mayor a 500 ml (RR: 0,38; IC 95 %: 0,21- 0,69). Tanto el misoprostol como la ergometrina se asociaron con mayor riesgo de efectos adversos.

Situación en España:

No se cuenta con información sistemática sobre el uso de manejo activo del alumbramiento. Parece que es más habitual el manejo expectante que el activo.

Controversia:

Momento del pinzamiento del cordón umbilical

No hay consenso ni evidencia científica suficiente respecto al tiempo para definir pinzamiento precoz o tardío del cordón. Las definiciones de pinzamiento precoz varían desde los 10 segundos después del parto, hasta los 3 minutos, o después de cesar las pulsaciones del cordón. El pinzamiento tardío se asocia a menor anemia de la criatura recién nacida a las 24-48h. posparto (Hto. mayor a 45 %) (RR: 0,2; IC 95 %: 0,06- 0,6). No hay evidencia suficiente que sugiera que el momento del pinzamiento tenga impacto en la incidencia de hemorragia posparto. No hay evaluación de la tracción de la placenta fuera del contexto del manejo activo. No hay evaluación de aplicabilidad del manejo activo en partos domiciliarios

Recomendaciones:

- Ofrecer manejo activo del alumbramiento en los partos vaginales para la prevención de la hemorragia posparto.
- Si se realiza manejo activo se utilizará oxitocina con preferencia a ergometrina/sintometrina, misoprostol (oral, sublingual, rectal), o prostaglandinas inyectables.
- 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 pinzarse con latido, no más tempranamente que lo necesario para la aplicación de tracción de la placenta, lo que se estima en unos 3 minutos posparto.

Según las evidencias y recomendaciones disponibles se definen los componentes del manejo activo, que incluyen:

- Administración de uterotónicos, preferentemente oxitocina, inmediatamente tras el parto.
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- Tracción controlada de cordón para extracción de la placenta.

Debe realizarlo personal capacitado en las maniobras y en ambiente hospitalario. Se necesita más investigación para su aplicación en partos domiciliarios.

Bibliografía y enlaces:

Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyanjarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2007 Apr 18;(2):CD005456

Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. [Cochrane Database Syst Rev. 2001]
Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. [Cochrane Database Syst Rev. 2002]

Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. [Cochrane Database Syst Rev. 2004]

Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. [Cochrane Database Syst Rev. 2004]

Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. [Cochrane Database Syst Rev. 2001]

<http://www.rhlibrary.com>

Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Abalos E. Conducta en el alumbramiento: Comentario de la BSR (última revisión: 7 de Julio de 2004). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006.

McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Administración profiláctica de ergometrina-ocitocina versus ocitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Cotter A, Ness A, Tolosa J. Administración profiláctica de ocitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Gülmezoglu AM, Villar J, Khanna J, Schulz KF, Lumbiganon P, Mittal S, Hofmeyr GJ, Cheng L. La nueva investigación debería presentarse en el contexto de la literatura existente: el caso de estudios clínicos sobre el misoprostol administrado en el alumbramiento: La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Gülmezoglu AM, Villar J, Ngoc NN, et al. For the WHO Collaborative Group To Evaluate Misoprostol in the Management of the Third Stage of Labour. WHO multicentre double-blind randomized controlled trial to evaluate the use of misoprostol in the management of the third stage of labour. *The Lancet* 2001; (358):689-695.

VillarJ, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, et al. Systematic Review of randomized controlled trial of misoprostol to prevent postpartum hemorrhage. *Obstetrics and Gynecology* 2002; (100): 1301-1312.

Confederación Internacional de Matronas y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Declaración Conjunta. Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia postparto. 2003.

Confederación Internacional de Matronas y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Declaración Conjunta. Prevención y tratamiento de hemorragia posparto: nuevos avances para un entorno de bajos recursos. 2006.

Ceriani Cernadas JM, Carroli G, Pellegrini L, Otana L, Ferreira M, Ricci C, et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 117:e779-86

Sanchez Rodriguez A, Gómez Lopez A, Perez Valverde MC, Martinez Bienvenido E. Pinzamiento tardío vs. Pinzamiento precoz del cordón umbilical. *Medicina Naturista*, 2006, N 10: 620-637.

WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. . World Health Organization. Geneva,2007. WHO/MPS/07.06

Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. : *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (4):CD001808

Partos instrumentales

Descripción:

Comparación de beneficios y resultados adversos de la utilización de ventosa extractora o vacuum en comparación con el uso de fórceps ante la indicación de parto asistido o instrumental. El parto vaginal asistido es una práctica frecuente en la atención obstétrica. Diferentes componentes de la asistencia al parto han demostrado beneficios en la reducción de partos asistidos, tales como contar con acompañamiento durante todo el proceso de parto o adoptar postura vertical durante el periodo expulsivo.

Evidencia disponible:

Se evaluó una revisión sistemática de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs que evaluaron los efectos de la extracción con vacuum comparado a la extracción con fórceps en el parto vaginal asistido. La revisión Cochrane incluyó diez Investigaciones Clínicas Aleatorizadas de buena calidad metodológica.

Resultados:

La utilización de vacuum en el parto asistido comparado con la extracción con fórceps se asoció con un riesgo significativamente menor de trauma perineal materno (OR: 0,41; IC 95 %: 0,33- 0,50). También se asoció a menor utilización de anestesia general y regional durante el parto. Hubo más partos con ventosa extractora que con fórceps (OR: 1,69; IC 95 %: 1,31- 2,19). La tasa de cesáreas fue menor en el grupo vacuum, debido probablemente a que luego del fracaso al intentar un parto con vacuum, hubo más éxito al realizar un fórceps que cuando se intentó un vacuum ante el fracaso del fórceps. Sin embargo, la extracción con vacuum se asoció a un incremento en el riesgo de cefalohematoma y hemorragia de retina. La incidencia de lesiones neonatales severas fue poco común con ambos procedimientos, aunque falta mayor investigación en este punto.

Situación en España: se desconoce la información en materia de prevalencia del uso de tecnologías para el parto instrumental.

Recomendaciones:

- 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 realización de episiotomía, y reduce las tasas de duración de lactancia materna, asociado a las dificultades de inicio de la lactancia por mayor frecuencia de separación madre-RN, estrés del RN tras un parto complicado, e incomodidad materna por cicatrices o dolor.
- En vista del hecho de que existe una reducción en la probabilidad de morbilidad materna con ventosa extractora comparada con el uso de fórceps, y en presencia de personal con buena experiencia en el uso de vacuum, este método es recomendado como primera opción cuando esté indicado un parto asistido. Se deberán desarrollar programas de entrenamiento en el uso de ventosa extractora en aquellos lugares en que no exista experiencia adecuada. La adopción de vacuum como primera elección en el parto asistido deberá promoverse sólo después de haber alcanzado un estándar mínimo de entrenamiento del personal que asiste partos.

Bibliografía y enlaces:

Althabe F. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery: RHL commentary (last revised: 14 November 2002). The WHO Reproductive Health Library, No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007.

Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>. (Reprinted from *The Cochrane Library*, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Johanson RB, Heycock E, Carter J, Sultan AH, Walklate K, Jones PW. Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five-year follow up of a randomised controlled study comparing forceps and ventouse. *British journal of obstetrics and gynaecology* 1999;106:544-549.

Video: asistencia del parto asistido con ventosa extractora. RHL/OMS (N° 10, 2007).
<http://localhost:6666/us.cgi?Action=GetDocument&Product=RHL10&LinkDoc=ve.mpg&ActiveDocumentType=Video>

PROPUESTA

Descripción:

Intervención médico-quirúrgica que se realiza en forma electiva o de emergencia para la prevención/tratamiento de complicaciones maternas o fetales. Es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para madre y la criatura recién nacida. **Cesárea a demanda:** realizada por requerimiento, elección o preferencia de la embarazada, programada sin indicación médica.

La OMS incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal. Recomienda una tasa general de cesárea de 15 % basada en el número de mujeres en quienes se prevén complicaciones potencialmente mortales durante el trabajo de parto y el parto. Por lo tanto, la tasa de cesárea de un país puede ser utilizada como un indicador del acceso a intervenciones obstétricas, o del uso excesivo de estas. Las tasas de alta natalidad por cesárea pueden asociarse a potenciales complicaciones maternas y neonatales, mayores costos y sobremedicación de un acontecimiento normal como es el parto. A pesar de este conocimiento, la tasa de cesáreas en España se encuentra por encima de los valores recomendados. Existe la creencia generalizada de que gran parte de este aumento es debido a la práctica creciente de cesárea electiva por requerimiento de las pacientes en ausencia de indicación médica, por un lado, y por aumento de las demandas por mala praxis, por otro.

Evidencia disponible:

Se evaluaron las bases de datos disponibles y se extrajeron revisiones sistemáticas de Cochrane Database, meta-análisis y artículos incluidos en Medline, AHRQ y BVS, de diferente calidad y diseño metodológico, y resultados heterogéneos.

Resultados:

Una revisión sistemática Cochrane de 2006 evaluó los efectos maternos y perinatales de la cesárea programada electiva vs. parto vaginal programado, en mujeres sin indicación clínica de cesárea. Concluye que no hay evidencia de estudios clínicos aleatorizados sobre los que basar ninguna recomendación acerca de la práctica de cesárea en mujeres con embarazo a término sin indicación médica.

Una revisión de la literatura de Research Triangle Institute/University North Carolina-Chapel Hill (RTI/UNC-CH) de 2006 evaluó la evidencia disponible sobre tendencias e incidencia de cesárea a demanda en USA y países europeos, y comparó los resultados materno-perinatales entre cesárea electiva sin indicación y parto vaginal programado. Concluye que a pesar del aparente aumento de la incidencia de cesárea a demanda de las mujeres, es difícil determinar con exactitud su verdadera incidencia o tendencias debido a no ser una entidad clínica bien reconocida ni informada por los códigos de diagnóstico vigentes. Los resultados materno-perinatales en ambos grupos fueron similares, pero la evidencia al respecto es muy débil para extraer conclusiones definitivas.

Una revisión sistemática de Cochrane de 2004 no encontró efectiva la estrategia de proporcionar información a las mujeres acerca del parto por cesárea y sus posibles resultados adversos, para disminuir los índices de cesárea por preferencia de las mujeres. Los datos fueron insuficientes para comparar efectos adversos.

Otros estudios de escasa o mediana calidad indican que la evidencia es muy débil para afirmar que exista una demanda creciente por parte de las mujeres para elegir un parto por cesárea en ausencia de indicación médica precisa. Se sugiere que es importante el peso de la influencia de los médicos en la toma de esta decisión. Estudios observacionales describen diferentes causas para la elección del parto por cesárea: planificación de un solo hijo, temor al parto, mala experiencia o complicación en parto anterior, temor por daño/muerte del recién nacido durante el parto vaginal. Algunos estudios evaluaron la efectividad de intervenciones destinadas a motivar o alentar a las mujeres a tener un parto vía vaginal, pero la evidencia no es concluyente. Son inconsistentes los resultados respecto a la influencia de los crecientes reclamos por mala praxis y el aumento en la tasa de cesáreas.

Se evaluaron estrategias basadas en la evidencia para la reducción de las tasas de cesáreas por indicación médica. Una ICA evaluó una política de segunda opinión ante la decisión de cesárea, utilizando guías basadas en la evidencia, demostrando efectividad en la reducción del número de cesáreas (reducción RR: 7%), sin efectos adversos para la madre y la criatura, pudiendo prevenir 22 cesáreas de cada 1000 mujeres en trabajo de parto.

Un meta-análisis evaluó la efectividad de diferentes intervenciones (basadas en guías para la práctica clínica) para la disminución de la tasa de cesáreas y el impacto de esta reducción en la morbilidad materna y perinatal, demostrando una reducción significativa (RR: 0,81; IC 95 %: 0,75- 0,87). Demostraron efectividad intervenciones que incluyeron auditoría y feedback (RR: 0,87; IC 95 %: 0,81- 0,93); mejoramiento en la calidad de los servicios (RR: 0,74; IC 95 %: 0,70- 0,77) y estrategias multifacéticas (RR: 0,73; IC 95 %: 0,68- 0,79).

Los estudios que incluyeron la identificación de barreras para el cambio demostraron mayor efectividad que otras intervenciones para la reducción de las tasas por cesárea (RR: 0,74; IC 95 % 0,71- 0,78 vs. RR: 0,88; IC 95 %: 0,82- 0,94). No hubo diferencias significativas en la morbilidad materna y perinatal respecto al modo de finalización del parto. Hay evidencia suficiente para concluir que las tasas de cesáreas pueden reducirse en forma segura con intervenciones multifacéticas que involucren a profesionales en el análisis y modificación de las indicaciones de esta práctica.

Situación en España:

16-25 % en centros públicos; 33 % en centros privados (OSM; junio, 2007)

En los gráficos 18 y 19 se observa la variación en la prevalencia de cesáreas entre las Comunidades Autónomas de España (13,1 a 28,7%) y la variación dentro de cada Comunidad.

Gráfico 18
Tasa de cesáreas ajustada por riesgo

Distribución del Indicador por Comunidad Autónoma

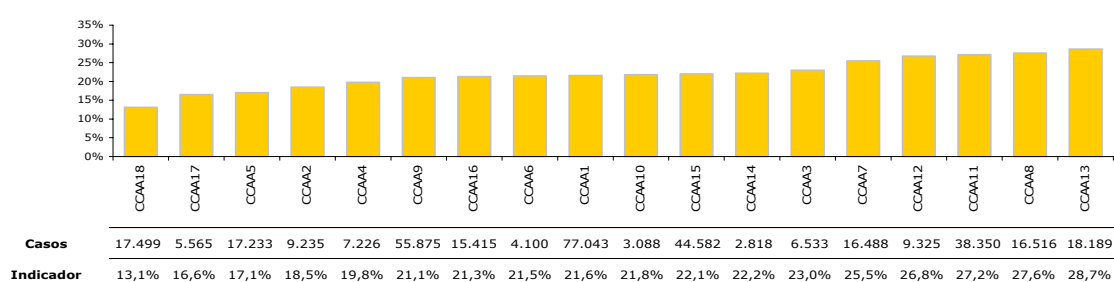
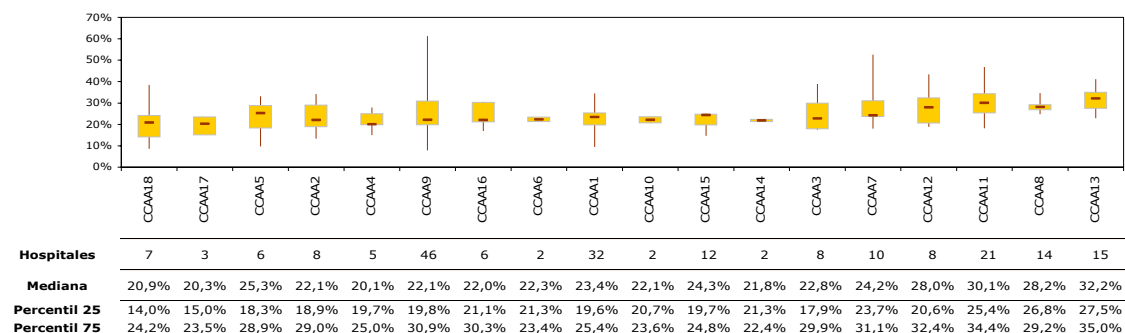


Gráfico 19
Tasa de cesáreas ajustada por riesgo

Análisis de la variabilidad (Box-plot)



Recomendaciones:

- Se recomienda la implementación de programas para la reducción de las tasas de cesáreas, que incluyan estrategias multifacéticas basadas en evidencias científicas, con evaluación de costos de dicha implementación, y que involucren a profesionales en el análisis de barreras para el cambio y evaluación de resultados.

Bibliografía y enlaces:

Viswanathan M, Visco AG, Hartmann K, Wechter, ME, Gartlehner G, Wu JM, Palmieri R, Funk MJ, Lux, LJ, Swinson T, Lohr KN. Cesarean Delivery on Maternal Request. Evidence Report/Technology Assessment No. 133. (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 06-E009. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2006.

<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/cesarean/cesarreq.pdf>

Berghella V, Baxter J, Chauhan S. Evidence-based surgery for cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1607-17.

World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2:436-7.

Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ.* 1999;319:1397-400.

Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174(1):199-205.

Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2004;363:1934-40.

Kristensen MO, Hedegaard M, Secher NJ. Can the use of cesarean section be regulated? A review of methods and results. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica,* 1998, 77:951–960.

Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Strategies to address global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth,* 2002, 29:28–39.

van Roosmalen J, van der Does CD. Caesarean birth rates worldwide. A search for determinants. *Trop Geogr Med.* 1995; 47(1):19-22.

Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000 Dec; 27(4): 256-63. Comment in: *Birth* 2001 Jun; 28(2):146-7. *Birth* 2000 Dec; 27(4):264-5.

Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Cesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jul 19;3:CD004660.
<http://www.update-software.com/Abstracts/ab004660.htm>

Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*. 2001 Jun;28(2):101-10

Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006 Sep; 33(3):221-8

Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(4):451-6.

McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*. 2007 Mar;34(1):65-79.

Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*. 2007 Mar;34(1):32-41.

Martel MJ, MacKinnon CJ; Clinical Practice Obstetrics Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous Cesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 Feb;27(2):164-88

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 Jun;89(3):319-31.

Horey D, Weaver J, Russell H. Information for pregnant women about caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD003858.

Hospitals with Second Opinion Policy Perform Fewer Cesarean Sections. *Digest, Family Planning Perspectives*. Vol 30, number 3, September 2004. En:
www.guttmacher.org/pubs/journals/3015004a.html

Chaillet N, Dumont A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: a Meta-Analysis. *Birth* 34: 1 March 2007

Myers SA, Gleicher N. The Mount Sinai cesarean section reduction program: an update after 6 years. *Soc Sci Med*. 1993 Nov;37(10):1219-22

Myers SA, Gleicher N. A successful program to lower cesarean-section rates. *N Engl J Med*. 1988 Dec 8;319(23):1511-6.

Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM, Peterson HB, Martinez-Schnell B, Thompson RJ. Reducing cesarean sections at a teaching hospital. *Am J Obstet Gynecol*. 1990 Sep;163(3):1081-7; discussion 1087-8

Gregory KD, Hackmeyer P, Gold L, Johnson AI, Platt LD. Using the continuous quality improvement process to safely lower the cesarean section rate. *Jt Comm J Qual Improv*. 1999 Dec;25(12):619-29.

Ryan K, Schnatz P, Greene J, Curry S. Change in cesarean section rate as a reflection of the present malpractice crisis *Conn Med*. 2005 Mar;69(3):139-41

Baldwin LM, Hart LG, Lloyd M, Fordyce M, Rosenblatt RA. Defensive medicine and obstetrics. *JAMA*. 1995 Nov 22-29;274(20):1606-10.

Dubay L, Kaestner R, Waidmann T The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *J Health Econ*. 1999 Aug;18(4):491-522

Habiba M, Kaminski M, Da Fre' M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006; 113:647–656.

Vergara F, Abel F, Álvarez D, Coll D, Cuadrado C, González-Merlo J, Martínez-Pereda JM, Mateu S, Zamarrigo J. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:46-55

Cabré S, Rodríguez MA, Vela A, Borrás M, Laila JM. Incidencia de cesáreas. Evolución. Causas. Análisis de 17 años. *Prog Obstet Ginecol* 2002;45(5):192-200
Torres JM. Parto vaginal o cesárea: el dilema persiste. *Clin Invest Gin Obst* 2004;31(10):359-61

Aceituno L, Segura MH, Quesada J, Rodríguez-Zarauz R, Ruiz-Martínez E, Barqueros AI, Sánchez MT. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46(10):430-40 <http://www.doyma.es>

Drife J. Mode of delivery in the early preterm infant (<28 weeks). *BJOG* 2006;113(Suppl. 3):81–85.

Riskin A, et al., in collaboration with the Israel Neonatal Network. The relationship between delivery mode and mortality in very low birthweight singleton vertex-presenting infants. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. December 2004, Vol. 111, pp. 1365–1371

Descripción

En las dos primeras horas después del nacimiento, la criatura recién nacida (RN) está en alerta tranquila durante más tiempo, es el llamado periodo sensitivo, provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal.

Posicionando a la criatura recién nacida en decúbito prono en contacto piel con piel, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores, y alcanzando el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda y succiona correctamente. Este proceso no debe forzarse, debe ser espontáneo. Su duración es de unos 70 minutos en el 90% de los casos. La separación M-RN altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas con éxito.

El contacto piel con piel tiene también otros efectos beneficiosos para la criatura recién nacida (se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura) y para la madre (disminución del tamaño uterino por secreción de oxitocina). También para el vínculo M-RN, aumentando la duración de la lactancia materna y evitando experiencias emocionales negativas.

Evidencia:

Se incluyeron comentarios y aspectos prácticos de la RHL/ OMS N° 10 y una Revisión Sistemática de Cochrane Database que analizaron 30 estudios randomizados y cuasi-randomizados incluyendo 1925 binomios M-RN. Se evaluaron los efectos del contacto precoz M-RN en lactancia, comportamiento y adaptación psicológica en el binomio madre-RN.

Resultados:

El contacto precoz se asoció con efectos beneficiosos respecto a lactancia del 1° al 4° mes postparto (OR: 1,82; IC 95 %: 1,08- 3,07) y duración de la lactancia (DMP: 42,55; IC 95 %: 1,69- 86,79). También se encontraron efectos beneficiosos respecto a vínculo (diferencia de medias: 0,52; IC 95 %: 0,31- 0,72); acortamiento de la duración del llanto del RN (diferencia de medias ponderada: -8,01; IC 95 %: -8,98- -7,04) y estabilidad cardiorrespiratoria. No se encontraron efectos adversos a corto y largo plazo.

Situación en España:

Se carece de información de base poblacional sobre el grado de implementación del contacto precoz en los servicios sanitarios. Se dispone de información que indica que algunas instituciones adoptan una política de promoción del contacto temprano mientras que otras carecen de dicha política. Se sugiere realizar estudios para evaluar el comportamiento de las instituciones en torno a esta práctica.

Recomendaciones

- La criatura recién nacida sana y su madre deben permanecer juntas tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.
- Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca. Así se agarrará al pecho de forma

espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre.

- Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar.
- Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel.
- Posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc, al finalizar el contacto precoz, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de las madres y padres y tras su consentimiento.
- No deben realizarse de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de sonda rectal. No son necesarias y no están exentas de riesgo.
- También es recomendable en caso de cesáreas. Siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz M-RN.
- Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su criatura.
- Establecer la metodología de los cuidados centrados en el desarrollo, fomentando el método madre-canguro, el contacto piel con piel de madres y padres y la colaboración de éstos en sus cuidados, especialmente en los casos de criaturas recién nacidas más vulnerables.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas.

PROPUESTA

Bibliografía:

This document should be cited as: Haroon Saloojee. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL practical aspects (last revised: 6 March 2006). The WHO Reproductive Health Library, No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2

Evidencia disponible

Se revisó la evidencia de los efectos sobre la salud en el corto y mediano plazo y su relación con algunos resultados en salud materna en países desarrollados. Como fuentes de información MEDLINE®, CINAHL, y la Cochrane Library en Noviembre de 2005 y búsquedas suplementarias hasta Mayo de 2006³. Alguna bibliografía fue incorporada por sugerencia de expertos/as en el tema.

Se incluyeron revisiones sistemáticas/meta-análisis, estudios aleatorizados y no aleatorizados, cohortes prospectivas, estudios de caso-control y los efectos de la lactancia materna y resultados relevantes publicados en inglés. Los estudios incluidos tenían un brazo comparativo correspondiente al uso de fórmula como alternativa o duraciones variables de lactancia natural. Sólo se incorporaron aquellos estudios realizados en países desarrollados en las actualizaciones de revisiones sistemáticas previas. Los estudios fueron categorizados de acuerdo a su cualidad.

Se revisaron unos 9,000 resúmenes. Cuarenta y tres estudios con resultados primarios sobre la salud infantil, otros 43 estudios sobre resultados en la salud de la madre y 29 revisiones sistemáticas o meta-análisis que cubrieron aproximadamente 400 estudios individuales y que fueron, finalmente, considerados para el presente estudio. Se encontró que la historia de alimentación materna fue asociada con la reducción del riesgo de otitis media, de gastroenteritis no específica, infección respiratoria baja severa, dermatitis atópica, asma (en niños jóvenes), obesidad, diabetes tipo 1 y 2, leucemia de la infancia, síndrome de muerte súbita (SMS), y enterocolitis necrotizante. No se encontró relación entre lactancia materna y desarrollo cognitivo. La relación entre lactancia materna y enfermedades cardiovasculares no resultó del todo clara. Similarmente, tampoco fue clara la relación entre lactancia materna y mortalidad infantil en países desarrollados.

Para resultados maternos, la historia de lactancia materna se asoció a una reducción del riesgo para Diabetes tipo 2, cáncer de mama y ovario. El destete temprano o el hecho de no amamantar se asoció a un mayor de riesgo de depresión materna durante el puerperio. No hubo relación entre la historia de lactancia y el riesgo de osteoporosis. El efecto de la lactancia en las madres sobre su retorno al peso pre-embarazo fue menor y los efectos de la lactancia materna sobre la pérdida de peso post-parto no fue clara.

Conclusiones

La historia de lactancia natural está asociada con un riesgo reducido de una multiplicidad de enfermedades de los niños/as y las madres en países desarrollados. Debido a que todos los datos de las revisiones realizadas fueron obtenidos de estudios observacionales, no estaríamos en condiciones de realizar inferencias causales con la información disponible. Existe una amplia variación del cuerpo de las evidencias cuando se consideran los diferentes resultados de salud. Para estudios futuros, se deben establecer criterios claros de selección de los sujetos así como utilizar un criterio confiable de aplicación de la definición de “lactancia materna exclusiva”, controlando para importantes factores de confusión, incluyendo algunos factores

³ <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf> (2007)

específicos los niños/as, así como la evaluación del proceso de enmascaramiento de las medidas de resultado. Los estudios de gemelares proveen un método para controlar sobre factores genéticos y aquellos del hogar que resultan importantes para ciertos resultados. Complementariamente, los estudios aleatorizados y controlados de conglomerados (clusters) sobre las intervenciones con la promoción de la lactancia materna podrán proveer una oportunidad para investigar las disparidades en material de resultados en salud como consecuencia de las intervenciones utilizadas.

Los estudios y revisiones existentes indican los efectos beneficiosos para la criatura recién nacida, que se asocian a la reducción de otitis, gastroenteritis, infecciones respiratorias, dermatitis, asma, obesidad, diabetes, leucemia, enterocolitis y síndrome de muerte súbita. También para la madre tiene efectos beneficiosos. Además de los aspectos afectivos, psicológicos y del vínculo Madre-RN, se observa en las mujeres que amamantan una reducción del riesgo de padecer diabetes, cáncer de mama y ovario.

El posparto inmediato es un periodo sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y también desempeña un papel importante en el desarrollo del vínculo. El vínculo madre/padre/criatura recién nacida se considera una experiencia humana compleja y profunda que requiere del contacto físico y de la interacción en momentos tempranos de la vida.

Este periodo postnatal inmediato se ha visto invadido por cantidad de procedimientos médicos y de enfermería no siempre justificados y que implican con frecuencia la separación de Madre-RN

La madre no posee el instinto de amamantamiento. En la sociedad actual, las mujeres tampoco tienen experiencia ni conocimiento suficiente para sentirse seguras en el inicio del amamantamiento. Son las criaturas recién nacidas las depositarias del instinto y para que pueda desencadenarse correctamente, deben permanecer en íntimo contacto con su madre preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto, para que tenga oportunidad de agarrarse al pecho y realizar de forma espontánea una primera toma. Este periodo sensible posparto no es indefinido posponer el contacto significa que la criatura recién nacida ya no pone en marcha su instinto con la misma efectividad que inmediatamente tras el parto.

Recomendaciones sobre prácticas postnatales

- Abandonar los procedimientos injustificados y retrasar la realización de los necesarios que supongan separación de la criatura de su madre.
- Solicitar el consentimiento de las madres para cualquier procedimiento.

Recomendaciones sobre lactancia

- Promover prácticas eficientes en el apoyo a la lactancia materna, facilitando la posibilidad de la lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento para la administración al RN de la leche de su propia madre.
- Fomentar la donación de leche de madre y la puesta en marcha de Bancos de Leche.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas en lactancia
- Respetar la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial.
- Dar información adecuada y desarrollar habilidades sobre lactancia artificial a las madres que así lo decidan.

Justificación

La participación activa de las mujeres para que tengan poder de decisión en cuanto a su salud implica que éstas y sus familias conozcan en profundidad el periodo reproductivo por el que atraviesan, se involucren en los cuidados que reciben y participen activamente en el momento del parto. Esto puede ser favorecido por medio de información adecuada, suficiente y en el momento oportuno acerca de las mejores prácticas existentes para lograr los mejores resultados.

Este conocimiento les permitirá consensuar con los profesionales las conductas y cuidados a seguir, seleccionando de acuerdo a sus preferencias, creencias y pautas culturales. Sin embargo, no basta con informar. Es necesario crear mecanismos institucionales adecuados para la participación efectiva de los grupos de mujeres, lo que implica un cambio sustantivo en los modelos actuales de atención.

Es fundamental que el equipo de salud comparta con las mujeres y su familia información que permitirá interpretar los limitantes de la efectividad de algunas prácticas. Este conocimiento de la eficacia de las prestaciones posibilita orientar adecuadamente las expectativas de los usuarios y, probablemente, reducir los reclamos de los mismos frente a resultados adversos o no esperados.

Con la información adecuada las usuarias adquieren autonomía. La autonomía es la capacidad de decidir los tratamientos o las prácticas que la persona considera mejores para sí. La embarazada que carece de información carece también de la capacidad de opinar, discutir y decidir conjuntamente con el personal sanitario que la atiende.

Tanto en los medios de comunicación impresos (revistas, periódicos) como en Internet, es posible encontrar una enorme cantidad de información. Habitualmente, un texto publicado, produce sensación de rigurosidad y veracidad. Lamentablemente esto no siempre es así. Muchos artículos responden a intereses comerciales y no a la mejor evidencia disponible. Se debe poder siempre cuestionar y observar con mirada crítica cualquier información que se obtenga. Los y las profesionales de medicina y de enfermería que atienden a la embarazada son informadores clave.

La información provee a la usuaria de la posibilidad de conversar con su obstetra o matrona, respecto de las opciones existentes. Esta capacidad de las usuarias contribuye a generar una relación más igualitaria, donde el debate se genera basándose en los conocimientos de ambos (profesional y embarazada), pero con la inclusión de las necesidades y deseos de la usuaria. De este modo, las decisiones sobre las prácticas a utilizarse serán compartidas, consensuadas y asumidas co-responsablemente.

La participación de las mujeres en la toma de decisiones constituye un principio de autonomía que implica la toma de decisiones conjuntas mediante un proceso en el cual paciente y médico comparten información, participan en la decisión y concuerdan en un curso de acción determinado. Pretende abandonar el clásico modelo paternalista en la relación médico-paciente y adoptar un nuevo modelo de alianza, consenso y responsabilidad compartida. Implica pasar del acatamiento y dependencia pasiva, a la cooperación y participación activa en temas de salud.

En el modelo clásico, el personal sanitario determina lo que es mejor para la persona usuaria, sin que ésta intervenga y presumiendo su ignorancia sobre su caso.

En el nuevo modelo, se incorporan otros elementos involucrados en el proceso de toma de decisiones compartida:

- **Información:** existe la falsa creencia de que el simple hecho de proveer información equivale a ofrecer a las usuarias participación en las decisiones, y esto no es suficiente. La información que se brinda a las usuarias como herramienta de ayuda para la decisión debe basarse en evidencias documentadas acerca de la efectividad, beneficios y riesgos de las opciones que se ofrecen. Detrás de muchos de los reclamos o demandas se encuentra más a menudo una información deficiente o inadecuada, que verdaderos errores o negligencias. La información deberá ser adecuada a cada caso, ya que la usuaria tiene el derecho a conocer la verdad de su proceso de salud.

- **Incorporación de las preferencias de las usuarias:** se afirma que las personas que participan junto a profesionales en la adopción de decisiones se sienten más satisfechas con la atención que recibida y con los resultados que obtienen. Esto es más probable si el método que eligen se adapta más a sus necesidades y valores personales, incluyendo sus creencias, temores, experiencias y hábitos. En muchos casos, incluir las preferencias de las usuarias implica enfrentarse a la inseguridad de las mismas respecto a las opciones. Del mismo modo, considerar que toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

- **Consenso y toma de decisión conjunta:** en el proceso de decisiones conjuntas se aclaran las opciones, profesionales y usuarias participan activamente en la decisión y concuerdan en un curso preferente de atención. Se asume que los usuarios han analizado sus propios valores respecto a beneficios y perjuicios potenciales de recibir o no determinado acto médico.

- **Corresponsabilidad y elaboración de un plan de acción:** la toma de decisiones conjunta implica asumir, por parte de la usuaria, la responsabilidad no sólo de la elección sino también de los resultados de la misma. Existen experiencias en elaboración conjunta de planes de parto durante la gestación.

La incorporación a la práctica médica del consentimiento informado constituyó un avance importante, pero esto no es suficiente para involucrar a la usuaria en las decisiones. La conformidad libre, voluntaria y conciente luego de recibir información adecuada es utilizada habitualmente como instrumento jurídico, y no garantiza la participación activa de las usuarias en la toma de decisiones. El proceso de decisiones conjuntas implica la participación activa de la población usuaria en la toma de decisiones, donde se comparte información no sesgada, se analizan e incorporan los valores de los usuarios respecto a beneficios y potenciales perjuicios, se acuerda en un plan de cuidados clínicos y se comparte la responsabilidad de sus resultados.

Evidencia disponible:

Se incluyeron revisiones sistemáticas y estudios primarios experimentales y no experimentales, extraídos de Cochrane Database, AHRQ, Medline y Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE).

Resultados:

Existen en la literatura revisiones sistemáticas y otros estudios primarios de distinta calidad metodológica que evaluaron diferentes estrategias y métodos utilizados para fomentar y promover la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones durante el proceso reproductivo.

Se evaluaron cuatro Revisiones Sistemáticas Cochrane que estudiaron la efectividad de la información brindada a las mujeres como estrategia para estimular la toma de decisiones informadas y la participación activa de las mismas frente a las alternativas concernientes a su estado de salud. Se analizaron diferentes instrumentos como fuentes de información para las usuarias, que incluyeron: folletos, material audiovisual, programas de informática, herramientas de Internet como foros, consejería, consultoría on-line, asesoramiento individualizado de riesgos, en forma separada o en diferentes combinaciones.

En general, la estrategia de brindar información a las mujeres tuvo un efecto beneficioso respecto a mejorar su conocimiento, tener expectativas más realistas de su estado de salud y disminuir el nivel de indecisión al momento de elegir entre varias opciones. No se encontraron diferencias cuando el resultado a evaluar fue la participación activa en la toma de decisiones, pero los resultados no fueron homogéneos y no se pueden sacar conclusiones definitivas.

Tampoco se encontró efecto benéfico cuando se evaluaron como medida de resultado diferentes prácticas que se pretendieron modificar mediante la toma de decisiones informada, tales como: tasa de cesárea, tasa de parto vaginal, adherencia a tratamientos y métodos de screening.

Algunas investigaciones cualitativas evaluaron la percepción de las mujeres respecto al nivel de conocimiento y de información adecuada que poseían al momento de tomar decisiones sobre su estado de salud, calificándolo frecuentemente como insatisfactorio.

Otros estudios informaron acerca de la percepción de las embarazadas que participaron activamente junto al profesional en la elaboración de su plan de parto como estrategia para la participación activa de las mismas en la toma de decisiones informadas. Los resultados fueron disímiles, no permitiendo sacar conclusiones sobre su efectividad en términos de satisfacción de las usuarias.

En general, la calidad de las revisiones fue pobre, los estudios randomizados no obtuvieron resultados concluyentes, los estudios primarios fueron en su mayoría descriptivos con reducido tamaño muestral, y los resultados heterogéneos e inconsistentes, por lo que no se puede concluir acerca de la efectividad de ninguna de las intervenciones estudiadas.

Situación en España:

A partir del año 2002, entra en vigencia la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica (LBRAP), que define el principio de autonomía de pacientes y establece el marco en que se aplica el consentimiento informado.

Recomendaciones:

- Desarrollar programas que estimulen a las mujeres a participar activamente en la toma de decisiones referentes a la atención de su salud.
- Establecer programas de educación sanitaria que propicien la activa participación de la comunidad en temas sanitarios. Fomentar y estimular las asociaciones de usuarias como contribución importante para lograr la participación de las mismas.
- Ofrecer a las mujeres información basada en la evidencia con la finalidad de permitirles tomar decisiones informadas de acuerdo a sus necesidades y expectativas.
- Investigar estrategias de diseminación efectivas que permitan a las mujeres acceder a información suficiente, relevante y consistente con sus valores y creencias.
- Consignar explícitamente las preferencias de las mujeres durante el proceso de toma de decisión.
- Establecer los mecanismos para garantizar a todas las usuarias hacer uso de su derecho a tomar decisiones informadas en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de su situación de salud.
- Facilitar a las personas con dificultades de comunicación los mecanismos adecuados que les permitan acceder a la información adecuada y ejercer su derecho a participar activamente de acuerdo a sus posibilidades.
- Comprometer a las y los profesionales y capacitar a la ciudadanía para promover un ámbito propicio que favorezca la participación efectiva y la toma de decisiones compartida sobre asistencia sanitaria.
- Elaborar un modelo de toma de decisiones médicas y diseñar instrumentos que permitan la cuantificación de la participación de la población usuaria.

PROPUESTA

Bibliografía y enlaces:

Molenaar S, Sprangers M A, Postma-Schuit F C, Rutgers E J, Noorlander J, Hendriks J, De Haes H C. Feasibility and effects of decision aids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000 20(1) 112-127

<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/elsysrev/articles/CD001431/frame.html>

National Institute for Clinical. Excellence Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman (NICE) 2003, 41. Clinical Guideline 6.

Informed choice in maternity care: an evaluation of evidence based leaflets NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD). 2001 <http://www.york.ac.uk/inst/crd/crdrep.htm>

Edwards A, Unigwe S, Elwyn G, Hood K. Personalised risk communication for informed decision making about entering screening programs. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD001865. Comment in: *Evid Based Nurs.* 2004 Jan;7(1):14. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD001865.

O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, Entwistle V, Rostom A, Fiset V, Barry M, Jones J. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(3):CD001431 Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD001431.

Informed choice in maternity care: an evaluation of evidence based leaflets. NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD), 2001 <http://www.york.ac.uk/inst/crd/crdrep.htm>

O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Holmes-Rovner M, Barry M, Jones J. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):731-4 Comment in: *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):719-20. *BMJ*. 2000 Sep 23;321(7263):765; author reply 766.

Meddings F, Phipps FM, Haith-Cooper M, Haigh J. Vaginal birth after caesarean section (VBAC): exploring women's perceptions. *J Clin Nurs*. 2007 Jan;16(1):160-7

Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, Bhattacharya S. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: A qualitative study. *BJOG*. 2007 Jan;114(1):86-93.

Murphy, D.J., Pope, C., Frost, J. and Leibling, R.E. (2003) Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: Qualitative interview study. *British Medical Journal*, 327, (1132), 1-5. ([doi:10.1136/bmj.327.7424.1132](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1132))

Anthony S, Buitendijk SE, Offerhaus PM, van Dommelen P, van der Pal-de Bruin KM. Maternal factors and the probability of a planned home birth. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005 Jun;112(6):748-753

Graham WJ, Hundley V, McCheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J. An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(3): 213-20. [\[ISI\]\[Medline\]](#)

Martel MJ, MacKinnon CJ; Clinical Practice Obstetrics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004 Jul;26(7):660-83; quiz 684-6. Comment in: *J Obstet Gynaecol Can*. 2005 Jul;27(7):671-3; author reply 673.

Whitford HM, Hillan EM. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*. 1998 Dec;14(4):248-53.

Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health*. 2003 Sep-Oct;48(5):322- 8

Gulbrandsen P, Aarseth J, Aaby E, Valdal A. A birth plan--effects and evaluation. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004 Dec 2;124(23):3055-7

Moore M, Hopper U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. *Birth*. 1995 Mar;22(1):29-36

Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA, Murphy DJ; DiAMOND study group.

Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG*. 2006 Dec;113(12):1438-45

Nassar N, Roberts CL, Raynes-Greenow CH, Barratt A, Peat B; Decision Aid for Breech Presentation Trial Collaborators. Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial [ISRCTN14570598]. BJOG. 2007 Mar;114(3):325-33

Dahl K, Kesmodel U, Hvidman L, Olesen F. Informed consent: attitudes, knowledge and information concerning prenatal examinations. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(12):1414-9

van den Berg M, Timmermans DR, Ten Kate LP, van Vugt JM, van der Wal G. Are pregnant women making informed choices about prenatal screening? Genet Med. 2005 May-Jun;7(5):332-8.

Marteau TM, Dormandy E, Michie S. A measure of informed choice. Health Expect. 2001 Jun;4(2):99-108.

Advance directives: protecting patient's rights. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3516&nbr=002742&string=%22decision+making%22

Informe sobre iniciativas de participación ciudadana en la planificación e implantación de políticas en sistemas sanitarios públicos. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 2006
www.csalud.junta-andalucia.es/orgadep/AETSA

Fernández Guillén F. Indicadores de calidad en la atención al parto de naturaleza social y jurídica. Asociación El parto es Nuestro. Junio 2007. www.elpartoesnuestro.org

Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas ISBN: 978844581447-5, AÑO: 2004 EDICION: 1ª

Peiró S. Sociedad y Sistema sanitario. Tres Décadas de Evolución de la Atención primaria en España (1976-2006) Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES)Madrid, 23 mayo 2006.

Biblioteca de la Salud en español. Cómo Tomar Decisiones Sensatas En Lo Referente a La Salud - [Making Wise Health Decisions]de *Healthwise*
http://www.goodhealth.com/health_a_to_z/biblioteca_de_la_salud/

Rodríguez GA. Modelos de la relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud. Vol 12, No 12. ARS Médica. Rev Estudios Médico Humanísticos. P. Universidad Católica de Chile. <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/Modelos.html>

Drane JF. Origen y Evolución de la Bioética en Estados Unidos. La bioética contemporánea: fase inicial. CIEB 2002.

Balaguer Santamaría A. La relación clínica. Associació Catalana D'Estudis Bioetics. Updated: October 2003

U.S. Preventive Services Task Force. Shared Decision-making About Screening and Chemoprevention: A Suggested Approach. American Journal of Preventive Medicine. Dec. 2003 <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/shared/sharedba.htm>

Recomendación No. R (80) 4 del Comité de Ministros a los Estados Miembros respecto del Paciente como Participe Activo de su Propio Tratamiento

Adoptada por el Comité de Ministros el 30 de Abril de 1980 en la 318a Reunión de los Funcionarios Ministeriales http://www.gador.com.ar/iyd/libros/mps_indice.htm

Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Viernes 15 noviembre 2002 BOE núm. 274 22188 LEY 41/2002

<http://www.birthchoicceuk.com/index.html>

<http://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace/>

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073312

<http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7338/639>

<http://www.bmj.com/cgi/eletters/324/7338/639>

<http://www.midirs.org/midirs/midweb1.nsf/ddhome?openform>

Celedón C, Noe M. Reformas del Sector Salud y Participación Social. Rev. Panamericana Salud Pública. Jul/ago 2000, vol.8, no.1-2, p 99-104 ISSN 1020-4989.

Shireen J. Jejeebhoy, "Empower Women, Ensure Choices: Key to Enhancing Reproductive Health" (1997).

<http://www.saa.unito.it/alfa1/spanish/actividades.htm>

ANEXO 2

Indicadores

Con el objetivo de proponer indicadores que sean de utilidad para valorar los progresos de la implantación de las recomendaciones de la estrategia a corto y medio plazo, se han priorizado aquellos que se pueden obtener de fuentes existentes, como el CMBD. Este es un sistema de información común al SNS, estable y de calidad, aunque en algunos casos precise mejorar su comparabilidad para algunos de los datos necesarios para el seguimiento de esta estrategia (por ejemplo respecto a la analgesia aplicada o a la práctica de episiotomía).

Los protocolos, vías y guías de práctica clínica y otros documentos de las CCAA y de los hospitales pueden proporcionar información valiosa respecto a las políticas que se plantean para la implantación de las recomendaciones.

Existen otras fuentes sobre formación e investigación que también serán de utilidad para algunos de los ejes.

Para otros aspectos será necesario realizar estudios específicos que proporcionen información sobre los procesos de implantación de las recomendaciones y sus resultados a medio y largo plazo.

Hay que tener en cuenta que la evaluación de la implantación de la estrategia es un proceso que será revisado cada dos años. Esto permitirá reformular las recomendaciones y sus indicadores adaptándolos a nuevas necesidades.

INDICADORES DE RESULTADOS	
Mortalidad	Mortalidad perinatal por causas Mortalidad neonatal según vía de terminación del parto Mortalidad materna por causas Mortalidad materna según vía de terminación del parto
Morbilidad	Tasa de hemorragia posparto (CMBD) Morbilidad materna según vía de terminación del parto Morbilidad neonatal según vía de terminación del parto
INDICADORES DE PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS	
Rasurado	Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto la recomendación de la Estrategia
Enema	Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto la recomendación de la Estrategia

Episiotomía	Tasa de episiotomía en primíparas y multíparas
Periodo de dilatación	Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto las recomendaciones de la Estrategia
Manejo del dolor	% de partos con anestesia epidural (fuente CMBD) Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto las recomendaciones de la Estrategia
Acompañamiento	Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto las recomendaciones de la Estrategia
Posición materna	Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto las recomendaciones de la Estrategia
Alumbramiento	Puesta en marcha de la investigación sobre el riesgo de sangrado en la tercera fase del parto, en partos seguidos en condiciones fisiológicas y no intervenidos, que aporte conocimiento útil para recomendaciones de cambio al manejo activo, en su caso
Partos instrumentales	% de partos con fórceps % de partos con ventosa % de partos con espátula Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto las recomendaciones de la Estrategia
Cesáreas	Tasa de cesáreas (fuente CMBD) Tasa de cesáreas ajustada por riesgo (fuente CMBD) Tasa de partos vaginales tras cesárea previa (fuente CMBD) Puesta en marcha de la investigación sobre las causas del incremento de las tasas de cesárea y de su variabilidad Número de maternidades que han puesto en marcha un programa para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada

Madre-Recién Nacido@ Contacto piel con piel	Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto las recomendaciones de la Estrategia
Lactancia Materna	Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto estas recomendaciones. Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención neonatal estas recomendaciones
INDICADORES DE PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES Y EMPODERAMIENTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Número de maternidades que incluyen en su protocolo de atención al parto las recomendaciones de la Estrategia 	
INDICADORES DE FORMACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de las recomendaciones de la estrategia en el programa de formación de especialistas MIR y EIR de ginecología y obstetricia. • Número de cursos de formación continuada realizados en estas materias • % de especialistas en medicina obstétrica que trabajan en el SNS que han participado en cursos de actualización en atención al parto normal • % de especialistas en enfermería obstétrica que trabajan en el SNS que han participado en cursos de actualización en atención al parto normal 	
INDICADORES DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de los aspectos de la estrategia en las convocatorias de investigación • Guía de práctica clínica elaborada y discutida en el SNS • Puesta en marcha de un sistema de recogida, análisis y difusión de buenas prácticas 	

ANEXO 3

Listado de abreviaturas

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

BPN: Bajo peso al Nacer

BSR-OMS: Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud

BVS: Biblioteca Virtual de Salud

CCAA: Comunidades Autónomas

CMBD: Conjunto mínimo básico de datos

DARE: Database of Abstracts of Reviews of Effects

DMP: Diferencia de medias ponderada

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública

EPP: Embarazo, parto, puerperio

ESCRI: Estadísticas de Establecimientos con Régimen de Internamiento

HFA: Health for all database

Hto: Hematocrito

IC: Intervalo de confianza

ICA: Investigación clínica aleatorizada

IHAN: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

LBRAP: Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica

MM: Mortalidad materna

MPN: Muy bajo peso al nacer

MSC: Ministerio de la Sanidad y Consumo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds ratio o razón de ocurrencia

OSM: Observatorio de Salud de la Mujer

RR: Riesgo relativo

RTI/UNC-CH: Research Triangle Institute/University North Carolina-Chapel Hill

UCI: Unidad de cuidados intensivos

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

UE: Unión Europea

ANEXO 4

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL SNS

Listado de personas que han participado en su elaboración

PERSONAS DESIGNADAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
--

ANDALUCÍA

Aguayo Maldonado, Pepa
Guerreo Moriconi, Cristina
Aceituno Velasco, Longinos
Caño Aguilar, África
Pérez Ramos, Francisco José
Vizquete Rebollo, Elisa

ARAGÓN

Tobajas Homs, José Javier
Amorín Calzada, M^a José

ASTURIAS

Mosquera Tenreiro, Carmen

BALEARES

Marqués de Bravo, Adolfo
Miralles Corrales, Silvia

CANARIAS

Barata, Gómez, Teresa

CANTABRIA

Sánchez, Movellán Mar
De Miguel Sesmero, José Ramón

CATALUÑA

Costa Sempere, Dolors
Prats Coll, Ramón

CASTILLA LA MANCHA

Alcázar Casanova, Félix
Rodríguez Díaz, Consuelo

CASTILLA-LEÓN

Alcalde Martín, Montserrat

EXTREMADURA

Zapallo Barbosa, Tomás

GALICIA

García Freijeiro, Yolanda
Martínez Romero, M^a Dolores
Monteoliva Díaz, Elena

LA RIOJA

Marco Pérez, Carlos Cruz

MADRID

Sánchez García, Begoña

MURCIA

Castaño Serrano, Antonio
Falomir Gil, Godofredo
Fernández Rufete, José
Marín López, Josefa

NAVARRA

Goñi Yanguas, M^a Victoria

PAÍS VASCO

De Pablo Lozano, José Luís

COMUNIDAD VALENCIANA

Barona Vilar, Carmen

CEUTA

Aguilera Pedrosa, Dolores
Vázquez Soto, Carmen

MELILLA

Ortega Peinado, Milagros
Torreblanca Calancha, Carmen

INGESA

Bañares Romero, M^a Pilar
Blanco Galán, M^a Antonia
Pupato Ferrari, Sara

PERSONAS EXPERTAS

ANDALUCÍA

Aler, Isabel
Martínez García, Encarnación
Oliver Reche, M^a Isabel

ARAGÓN

Bujedo Blanco, Eva
Lasarte Velillas, Juan José

ASTURIAS

Fernández López, M^a Luz
Palencia González, Zulima
Santiago Soriana, Olivia

CANARIAS

Brito Medina, Toni
De Armas, Pilar
Santana Rodríguez, M^a Carmen

CANTABRIA

Quintana Pantaleón, Rosario

CATALUÑA

Foradada Morillo, Carles
Soler Cera, María

CASTILLA LA MANCHA

Calahorra Fernández, Luís

CASTILLA-LEÓN

González Vereda, M^a José

GALICIA

Cabo Silva, Emilio
González González, M^a Concepción
Montesinos Semper, Iñigo
Sánchez Valiño, M^a Jesús

MADRID

Alfonso Sánchez-Sicilia, Ana
Cobas Gamillo, Francisco Javier
Blázquez Rodríguez, Maribel
Lasheras Lozano, Luisa
Nicolas Bueno, Concepción
Pallás Alonso, Carmen
Pires Alcalde, Marisa
Rodríguez Balo, Alberto
Santacruz, Belén
García Carabantes, Ana

PAÍS VASCO

Mediavilla, Luís

COMUNIDAD VALENCIANA

Perales Marín, Alfredo
Peris Piqueras, Consuelo

REPRESENTANTES DE SOCIEDADES PROFESIONALES

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA (SEGO)

Aguarón de la Cruz, Ángel
González González, Antonio
Hernández García, José Manuel
Herraíz Martínez, Miguel Ángel

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (FAME)

Astrain Elizabel, Natividad
Margaix Contestad, Lourdes

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Cabrera Sanz, M^a Teresa
Rodríguez Rozalén, M^a Ángeles

ASOCIACIÓN DE MATRONAS LATINOAMERICANAS

Grande, Mirtha
Latorraca Coronado, Mariné

REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE MUJERES

EL PARTO ES NUESTRO

Mota Tabernero, Raquel
De la Cueva Barrado, Pilar
Fernández del Castillo, Isabel
Orgaz, M^a Isabel
Polo Gutiérrez, Ana

PLATAFORMA PRO-DERECOS DEL NACIMIENTO

Hinojosa Sánchez, Ángeles
Vizcaino Herranz, Pilar

ASOCIACIÓN VÍA LÁCTEA

Blázquez García, M^a Jesús
Miralles Roldán, Isabel

REPRESENTANTES DE COMISIONES DE FORMACIÓN

COMISIÓN NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

González de Merlo, Gaspar

COMISIÓN NACIONAL ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

Avellaned Giménez, Isabel
Espinaco Garrido, Pepa
González Darias Aythamy

Sánchez Perruca, Isabel
Seguranyes Guillot, Gloria

UNIDADES DOCENTES DE ENFERMERÍA

Del Coz Díaz, Belén
Fernández Fernández, Inmaculada
González González, Aída
Guerra Hernández, Elizabeth
Martín Seco, Yolanda
Nicolás Viguera, M^a Dolores
Redondo Mazano, Encarnación
Soto Lucía, Consuelo

CORDINACIÓN:

OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER Y DEL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

Colomer Revuelta, Concha
Saiz Martínez-Acitores, Isabel
Espiga López, Isabel

PROPUESTA