

# Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España

Carmen Tejero-Lainez

Vía Láctea. Zaragoza.

Recibido: 1 diciembre 2012

Aceptado: 30 diciembre 2012

## RESUMEN

La atención al parto y al nacimiento está experimentando cambios en el sistema público de salud español. Representantes de profesionales y de usuarias trabajan desde hace años para lograr objetivos ya recomendados en 1985 por la Organización Mundial de la Salud en Brasil-Fortaleza. Se trata de revisar las intervenciones en el ámbito perinatal en base a la evidencia científica actual y proponer nuevos protocolos de seguimiento del embarazo, atención en el parto y nacimiento, puerperio y periodo neonatal. La denominada humanización del parto está pasando de ser una aspiración a convertirse en una realidad creciente en hospitales y maternidades, de modo que cada vez es más posible parir y nacer con seguridad y al mismo tiempo con calidad humana suficiente como para que esos momentos tan importantes sean bien vividos y recordados.

**Palabras clave:** Parto, Parto natural, reproducción lactancia, atención perinatal

## Strategies for Assistance at Normal Childbirth and Reproductive health in the National Health System in Spain

## ABSTRACT

The attention to labor and birth is undergoing changes in the Spanish public health system. Representatives of professionals and users are working for years to achieve objectives already recommended by the World Health Organization in Brazil-Fortaleza (1985). It is reviewing perinatal interventions and propose new protocols for monitoring pregnancy care in labor and delivery, postpartum and neonatal period based on current scientific evidence. The so-called humanization of birth is going to be an aspiration to become a growing reality in hospitals and maternity wards, so that it is increasingly possible to safely give birth and birth while human quality enough for those important moments are well experienced and remembered.

**Key words:** Parturitions, Birth, Childbirth Natural, Childbirth, Reproduction, Midwifery

En octubre de 2007, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el documento definitivo de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) (1), respondiendo de este modo a una creciente demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas. Se refrendaba así el interés y

voluntad que se venía manifestando y el compromiso conjunto para mejorar la atención sanitaria en este campo. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Observatorio de Salud de las Mujeres de la Dirección General de Agencia de Calidad, respondió liderando el proceso participativo con todas las personas y colecti-

Correspondencia: mcarmente@hotmail.com

**Nota:** agradecimiento, in memoriam, a Concha Colomer, que hizo posible toda esta trayectoria y especialmente por facilitar la participación de las mujeres a través de asociaciones como El Parto es Nuestro, Vía Láctea, La Liga de la Leche y la Plataforma por los Derechos del Nacimiento.

vos implicados, necesario para lograr su elaboración y consenso.

El marco de referencia es el Plan de Calidad en el Sistema Nacional de Salud, cuyas estrategias tienen el objetivo fundamental de asegurar una atención sanitaria de excelencia más personalizada, centrada en las necesidades particulares y expectativas de las y los pacientes, por lo cual resulta necesaria la actualización continua de conocimientos y de habilidades. 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 (2). 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.

Aunque la atención al parto se venía desarrollando con criterios de seguridad y calidad semejantes a países del entorno, existía una necesidad de mejora en cuanto a calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, objetivo fundamental de esta Estrategia. Sus contenidos están basados en la revisión de la evidencia científica, la investigación existente, el análisis de las experiencias innovadoras identificadas y en modelos de buena práctica, y son el resultado del trabajo conjunto de sociedades profesionales, organizaciones de mujeres y las administraciones sanitarias autonómicas. Los avances tecnológicos han permitido una mejor atención a los embarazos de mujeres con alguna patología, aquéllos en los que surgen problemas, y los partos en los que se detecta algún riesgo. Sin embargo, se ha comprobado que la aplicación rutinaria de todas las pruebas, controles e intervenciones a mujeres sanas en el parto y a los bebés tras el nacimiento pueden perjudicar su salud. En las últimas décadas el parto y el nacimiento han sido objeto de una creciente medicalización, ha sido cada vez mayor el número de pruebas, controles e intervenciones aplicadas a las mujeres y a

sus bebés sanos, llegando a un nivel desaconsejado por la evidencia científica y los conocimientos actualmente disponibles.

La EAPN 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 y la satisfacción en general. El objetivo es asegurar una atención de calidad al parto, de manera que todas las mujeres y sus parejas reciban la mejor atención y participen activamente en el proceso. Además se contemplan tres ejes transversales: diversidad de capacidades (físicas, intelectuales o sensoriales), multiculturalidad (en relación con población inmigrante) y perspectiva de género.

Posteriormente y formando parte del desarrollo de la EAPN se han elaborado otros documentos: Guía de Práctica Clínica, Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias (3), Cuidados desde el Nacimiento – Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas (4), IHAN-atención profesional al nacimiento y la lactancia (5), Plan de parto y nacimiento (6), etc, todos ellos disponibles en la web del Ministerio de Sanidad: Plan de Calidad – Equidad – Salud y Género – Salud Sexual y Reproductiva (7).

Asimismo, la EAPN se amplió en 2010 con la Estrategia de Salud Reproductiva (8), incluida en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) (9), que abarca todo el ámbito perinatal y desarrolla líneas específicas para la atención en embarazo, puerperio y neonatal. Su correspondiente Guía de Práctica Clínica se está concluyendo en la actualidad.

Ambas Estrategias se han desarrollado con la colaboración de representantes de las Comunidades Autónomas formando parte del Comité Institucional y de representantes de organizaciones científicas, profesionales y de usuarias en el Comité Técnico, además de personas expertas.

## OBJETIVOS

Potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales. La aten-

ción 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.

De forma específica:

- 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 sean y 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 servicios para la asistencia al parto.

## LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y RECOMENDACIONES

### 1) Abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible

— **Rasurado del periné.** 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.

— **Enema.** Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante o aplicar opcionalmente, previa información, si lo desea por algún motivo.

— **Acompañamiento durante el proceso.** Permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que

cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido y promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que le acompañe de forma continuada durante todo el proceso de parto.

— **Periodo de dilatación.** 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 falso 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. Limitar el empleo de la oxitocina 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.

— **Manejo de dolor durante el parto.** 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.

— **Posición materna durante el periodo expulsivo.** 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.

— **Episiotomía.** 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.

— **Alumbramiento.** No pinzar el cordón con latio como práctica habitual. Al no existir uniformidad respecto al alumbramiento expectante o activo como práctica en el SNS, se recomienda realizar una investigación sobre el riesgo de sangrado en la tercera fase del parto, en partos seguidos en condiciones fisiológicas no intervenidos y en aquellos con manejo activo, que aporte conocimiento útil para poder elaborar las oportunas recomendaciones. Al respecto, en la posterior Guía de Práctica Clínica se recomienda el manejo activo del alumbramiento. Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica. El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.

— En relación con **cesáreas y partos instrumentales**, aunque son procedimientos no incluidos en la EAPN, existe una interrelación, ya que en la medida que se potencien y desarrollen las recomendaciones generales, deberían ser menos frecuentes, por ello se recomienda 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. Asimismo se recomienda 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 y facilitar, salvo excepciones, la posibilidad de un parto vaginal después de cesárea.

— **Contacto precoz madre-recién nacido.** 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.

— **Atención postnatal inmediata y lactancia.** 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). 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.

## 2) Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones.

- 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.
- 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.
- Ofrecer a las mujeres información basada en la evidencia con la finalidad de permitirles tomar decisiones informadas de acuerdo a sus necesidades y expectativas.
- 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 (10), 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 al proceso del embarazo, parto y posparto.
- 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...).
- 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.
- Consignar explícitamente las preferencias de las mujeres durante el proceso de toma de decisión.
- 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.
- 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.

## 3) Formación de profesionales de la medicina y la enfermería (especialización y formación continuada)

- 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 psicosociales 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.

#### 4) Investigación e innovación. Difusión de buenas prácticas de atención al parto normal.

- 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

### SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

Actualmente se están llevando a cabo las primeras evaluaciones de la EAPN. Todavía no se dispone de datos globales, y aunque la implementación de la EAPN está siendo diversa por hospitales y Comunidades

Autónomas, la realidad evidencia que se ha puesto en marcha en todos sus contenidos y que los resultados, aunque sean variables, van a reflejar el impacto de las numerosas acciones e intervenciones que se están desarrollando ampliamente en las Maternidades hospitalarias del Sistema Nacional de Salud de cara a conseguir los objetivos y expectativas iniciales (11). La tasa de cesáreas tiende a disminuir, las unidades neonatales han experimentado cambios paradigmáticos en sus procesos de atención a bebés y de política de apertura a las familias, las mujeres pueden expresar sus preferencias a través de un plan de parto y de esa forma interactuar mejor con los profesionales que le atienden, se han desarrollado cursos de formación para profesionales y se trabaja en investigación para contrastar la eficacia y efectividad de los nuevos modelos de atención al parto y al nacimiento. Sería deseable que la EAPN sea una realidad cuanto antes en todos los servicios del SNS para lograr el mayor bienestar y satisfacción tanto en mujeres y bebés como en profesionales que prestan su atención.

### BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
2. [http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD\\_1/04\\_Temas\\_de\\_salud/Documentos/ViaLactea\\_Estrategia\\_Att\\_Partto\\_Salud\\_Reproductiva.pdf](http://www.saludinforma.es/opencms/export/SALUD_1/04_Temas_de_salud/Documentos/ViaLactea_Estrategia_Att_Partto_Salud_Reproductiva.pdf)
3. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
4. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
5. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
6. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
7. [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t04.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm)
8. <http://www.msc.es/organizacion/buscadorBBPP.do>
9. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
10. <http://www.parramueller.es/index.php?m=2&s=2>
11. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>