

Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud

SANIDAD 2008
Ministerio de Sanidad y Consumo

Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud

diciembre 2012



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD Y CONSUMO

DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA,
CALIDAD E INNOVACIÓN

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD Y COHESIÓN

OSM
observatorio
de salud de las mujeres

I. INTRODUCCIÓN

1. Contextualización de la Estrategia.
2. Sistema de seguimiento y principales elementos del diseño.

II. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO

1. Claves metodológicas.
2. Indicadores.

III. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible:

1. Rasurado del periné.
2. Enema.
3. Acompañamiento durante el proceso.
4. Período de dilatación.
5. Manejo del dolor durante el parto.
6. Posición materna durante el período expulsivo.
7. Episiotomía.
8. Alumbramiento.
9. Partos instrumentales.
10. Cesáreas.
11. Contacto Precoz Madre-Recién Nacido/a.
12. Atención postnatal inmediata. Lactancia.

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS OTRAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Formación de profesionales de la medicina y la enfermería (especialización y formación continuada).

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Investigación e innovación. Difusión de buenas prácticas.

V. REFLEXIONES Y PROPUESTAS

VI. ANEXOS

Anexo 1: Definición de Indicadores

Anexo 2: Lecturas recomendadas

Anexo 3: Listado de personas participantes

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene por **objeto** recoger los resultados de la primera evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud.

Es el producto final de un proceso que se inició con el Grupo de Trabajo para la selección de Indicadores, formado por representantes de los Comités Institucional y Técnico de la EAPN, que facilitó el inicio del estudio encargado y financiado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (actualmente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) mediante contrato de servicios tramitado por procedimiento abierto, y adjudicado a la Fundación Instituto Universitario *Avedis Donabedian* (FAD) para realizar la evaluación de la EAPN en cuanto a la Línea Estratégica 1 de "Prácticas Clínicas", finalizado en 2011.

Para las otras Líneas Estratégicas 2, 3 y 4 ("Participación de las mujeres", "Formación de profesionales" e "Investigación, innovación y difusión de buenas prácticas") se elaboraron cuestionarios para cumplimentar por las personas representantes de las CCAA en la EAPN, cuya información también forma parte del presente informe.

La información resultante del estudio FAD fue analizada, valorada y recogida en un documento de trabajo que sirvió de base para la discusión y presentación de propuestas por parte de los Comités Institucional y Técnico de la EAPN, que fueron debatidas en una sesión presencial y a través del espacio *on-line* habilitado al efecto. Este informe es, por tanto, producto del estudio y de las aportaciones realizadas por las personas integrantes de dichos Comités.

El siguiente esquema gráfico resume el proceso seguido para la elaboración del informe que se presenta.



Con este informe se ofrece una visión del **estado de situación de la EAPN** a diciembre de 2012. Los datos se acompañan de conclusiones, reflexión y propuestas de mejora sobre los resultados obtenidos en esta primera evaluación, de manera que sirvan para reforzar el

desarrollo de la EAPN y mejorar la calidad y calidez de la atención al parto normal en el SNS, manteniendo los niveles de seguridad actuales.

Pretende ser un documento de **utilidad** para guiar la toma de decisiones sobre cuáles son los aspectos a mejorar y dónde hay que incidir en sucesivos ciclos de implantación de la Estrategia. Tiene por tanto una orientación práctica para poder extraer del análisis que aquí se recoge, pautas para la intervención en materia de mejora de la calidad en la atención al parto normal.

El informe se **estructura** en seis capítulos:

- Este *primero*, de introducción, en el que se contextualiza el marco en el cual tiene lugar la evaluación realizada, haciendo referencia a los aspectos claves de la EAPN en cuanto al proceso participativo y al sistema de seguimiento y evaluación.
- El *segundo* capítulo focaliza la atención en los aspectos metodológicos del estudio de evaluación realizado, resumiendo el diseño de la metodología utilizada.
- El *tercero*, muestra los resultados obtenidos del estudio de evaluación, articulados con base en los indicadores consensuados, para dar cuenta del cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN en relación a la primera de sus líneas estratégicas: "*Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible*". En cada una de las prácticas se incluye la conclusión.
- El *cuarto*, aporta información complementaria acerca de las otras tres líneas estratégicas de la EAPN: "*Participación de las mujeres*", "*Formación de profesionales*" e "*Investigación, innovación y difusión de buenas prácticas*".
- El quinto, recoge una valoración de los resultados obtenidos, a modo de reflexiones con objeto de extraer las claves para orientar futuras revisiones de la EAPN, y unas propuestas de mejora, que son el fin último del análisis realizado: identificar áreas de mejora en las que se ha de incidir para avanzar en el logro de los objetivos de la EAPN.
- En el sexto y último se presentan los anexos.

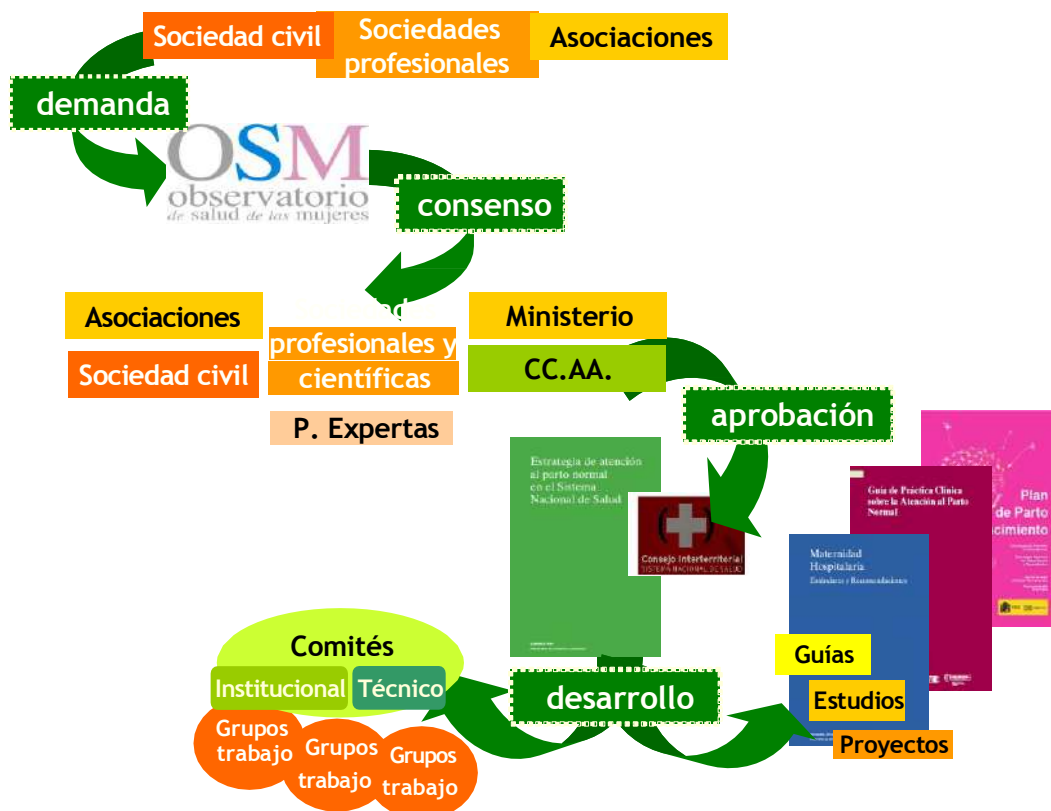
1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA

En la atención al parto existe una gran variabilidad en las prácticas clínicas que se realizan y un considerable debate público desde los distintos enfoques que llevaron a **iniciar** el proceso de elaboración de la EAPN con la participación de todos los agentes implicados: Sociedades científicas y profesionales, Organizaciones sociales y de mujeres, Comunidades Autónomas y personas expertas; coordinado por el Observatorio de Salud de las Mujeres del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, ahora Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Es necesario destacar como elemento clave para esta contextualización el **proceso** seguido en la elaboración de la Estrategia; un proceso participativo que empezó como *escucha* de las

diferentes opiniones y demandas de los sectores implicados, que siguió como proceso de *encuentro y consenso*, y que terminó como un *acuerdo* al más alto nivel institucional, con la aprobación de la EAPN en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS en octubre de 2007.

Uno de sus valores añadidos es el propio proceso de diseño: de las instituciones hacia la ciudadanía, para recabar información sobre sus necesidades; y de la sociedad civil hacia los responsables de elaborar las políticas públicas, para presentar sus demandas y propuestas. Este proceso puede resumirse gráficamente así:



La filosofía y las metodologías utilizadas se convierten así en un valor y la principal fuente de **legitimación** de la política aprobada, que parte de la iniciativa y participación de la ciudadanía receptora de la misma en defensa de sus derechos. Al mismo tiempo recoge la inquietud de las y los profesionales interesados en la innovación que representa llevar a la práctica las indicaciones actuales de la evidencia científica, y abandonar las rutinas obsoletas. Y también expresa la sensibilidad de las administraciones sanitarias, comprometidas con la mejora de la calidad asistencial, y decididas en dar la respuesta adecuada desde las respectivas competencias de los gobiernos autonómicos y del Estado.

El Observatorio de Salud de las Mujeres viene trabajando desde su creación a finales de 2005 con todas las entidades vinculadas a la atención al parto, y en los diferentes foros y encuentros ha recogido su interés en conocer y compartir experiencias innovadoras de éxito en la atención al parto normal¹. Se partía de una premisa compartida derivada de los estudios y análisis

¹ En esta demanda de "humanización del proceso del parto" cobraron especial relevancia las asociaciones de usuarias (El Parto es Nuestro, Vía Láctea, Liga de la leche, etc.), las asociaciones de matronas: Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y Asociación Española de Matronas, y distintos profesionales de obstetricia y pediatría.

previos: los indicadores de seguridad en la atención sanitaria a las mujeres y sus criaturas en España son buenos y comparables a los de países de nuestro entorno, pero son los aspectos relacionados con la **calidad y la calidez** en la atención, los que aún tienen un gran margen de mejora.

En este proceso de colaboración se puso de manifiesto que existía suficiente interés y madurez para abordar en común actuaciones hacia el cambio en las maneras de atender el parto en el Sistema Nacional de Salud, entendiendo ser prioritario para lograr la calidad y calidez requerida, el potenciar la participación activa de las mujeres (para que sean y se sientan las auténticas protagonistas del proceso), contando con el asesoramiento y acompañamiento experto de las y los profesionales.

1. El primer paso fue hacer una revisión profunda de la **evidencia científica**, que aportó la información más valiosa para la actualización de las prácticas clínicas, cuestionando las realizadas por rutina hacia otras más basadas en el conocimiento. Así se observó la necesidad de eliminar algunas prácticas injustificadas y sus consecuencias. También se destacó la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones conjuntas, como forma de mejorar la salud integral de las mujeres, la relación entre profesionales y usuarias, la satisfacción en general, y la disminución de la medicina defensiva y las posibles acciones judiciales.
2. En el **proceso de consenso** de casi dos años, se fue elaborando un documento basado en la evidencia científica con la participación de la totalidad de agentes implicados; el primer borrador de la Estrategia fue perfeccionado mediante grupos de trabajo y consensuado en la Jornada organizada por el Observatorio de Salud de las Mujeres el 19 de septiembre de 2007, a la que acude una amplia representación de profesionales y disciplinas relacionadas con la atención primaria y hospitalaria, la gestión sanitaria, la formación, la investigación, y las distintas organizaciones profesionales y sociales.
3. La **aprobación y desarrollo** del documento definitivo, con las aportaciones presentadas en la Jornada, se elevó al Pleno del Consejo Interterritorial y quedó aprobado el 10 de octubre de 2007. Tras su aprobación se llevaron a cabo dos primeras acciones de coordinación e impulso: Constitución oficial de los Comités Institucional y Técnico², y la creación de dos Grupos de Trabajo (de Indicadores y de Formación).
4. Paralelamente se han ido elaborando como **herramientas de acompañamiento**, una serie de documentos para impulsar la EAPN, que actualizan conocimientos, dan pautas para abordar temas concretos y establecen estándares de calidad que han de cumplir los

²El Comité Institucional se conformó con representantes de todas las Comunidades Autónomas y de otras unidades del Ministerio. El Comité Técnico se formó con las personas designadas por las Sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales y de mujeres, y personas expertas. La responsabilidad de la coordinación y liderazgo de la Estrategia quedó establecida en el Observatorio de Salud de las Mujeres.

centros sanitarios³. También la EAPN ha contado con apoyo financiero del MSSSI para su implementación y desarrollo durante el periodo 2007-2011, distribuyendo un presupuesto superior a 30.000.000 euros entre las CCAA en razón al número de nacimientos.

5. La EAPN se concibió como la parte más inaplazable del proceso pero con la voluntad de dar **continuidad a todo el proceso reproductivo**, elaborando una estrategia global que contemplara desde la gestación hasta el puerperio y periodo neonatal. Para realizar la ampliación de la EAPN a todo el proceso se contó con la misma metodología, las propias personas integrantes de los Comités Institucional y Técnico, el apoyo de personas expertas y el debate en grupos de trabajo, que lograron ir avanzando en la confección de la Estrategia de Salud Reproductiva (Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva), aprobada en octubre de 2010, que se encuentra en desarrollo en todas las Comunidades Autónomas, Ceuta y Melilla.
6. El **concepto general** de la EAPN se articula en torno al principio de que el parto y nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad y que las y los profesionales deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad y dignidad de las mujeres.
7. Su **objetivo general y específicos** tratan de impulsar un profundo cambio del modelo de atención al parto, basado en la evidencia científica y atento a las necesidades de cada mujer y de la criatura por nacer y recién nacida. Para ello se despliegan **cuatro Líneas Estratégicas** que agrupan las recomendaciones que se han identificado como más relevantes para impulsar este proceso de mejora. Para todas ellas, se consideran **tres ejes transversales** de equidad: la diversidad de capacidades, la multiculturalidad y la perspectiva de género.
8. Las **Líneas Estratégicas** que contempla la EAPN, son:
 - **Línea 1.- Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible**, que agrupa el mayor número de recomendaciones de la EAPN, y que constituye el objeto de estudio de evaluación realizado por FAD.
 - **Línea 2.- Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones**, que establece el conjunto de recomendaciones destinadas a fomentar el papel activo y protagonista de las mujeres en el proceso, y a concienciar de su importancia al personal sanitario.
 - **Línea 3.- Formación de Profesionales de la medicina y de la enfermería**, especialmente de las áreas de obstetricia-ginecología y pediatría, que resalta en sus recomendaciones la importancia de actualizar, en sus aspectos teóricos y prácticos, los conocimientos y habilidades de profesionales, tanto durante la formación de especialistas (EIR y MIR) como en la formación continuada.

³Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal; Plan de parto y nacimiento; IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia; Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas; Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. La asistencia al parto de mujeres sanas.

- **Línea 4.- Investigación e innovación, y difusión de buenas prácticas,** que plantea en sus recomendaciones la necesidad de potenciar la investigación de aquellos aspectos que requieren mayor conocimiento; la innovación que permite la revisión constante del modo de hacer por cuanto representa modificar ciertos hábitos y rutinas; y el aprendizaje institucional mediante buenas prácticas, que es conocer las experiencias de centros sanitarios que realicen prácticas innovadoras de éxito para facilitar la transferencia de conocimientos y su difusión en el conjunto del SNS, incluida como materia de docencia.

Tras un periodo de tres años de desarrollo de la EAPN, se ha llevado a cabo el estudio de evaluación sobre **la implantación de las recomendaciones relacionadas con las prácticas clínicas**, con el fin de conocer el estado de situación e identificar los puntos fuertes y las oportunidades de mejora para orientar los esfuerzos de cambio que se requieran, que es el núcleo del presente informe.

La **información** sobre las Líneas Estratégicas 2, 3 y 4 que se recoge en el Capítulo IV es **complementaria al estudio de evaluación**, como adelanto a la que deberá abordarse con una metodología específica en el siguiente proceso evaluativo.

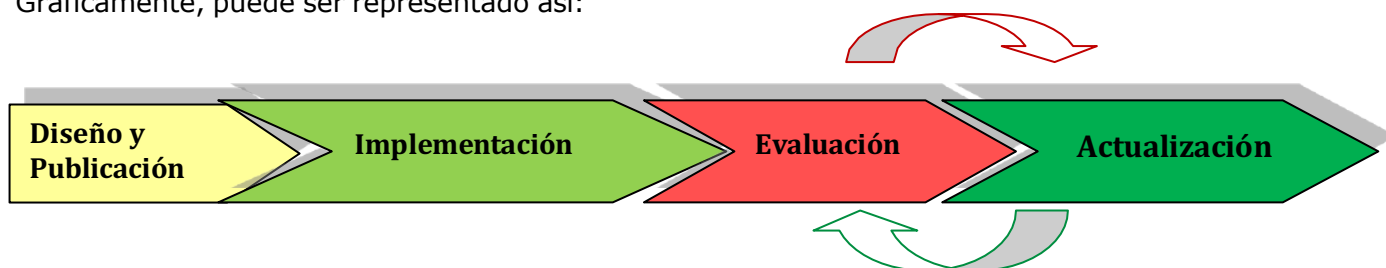
2. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y PRINCIPALES ELEMENTOS DEL DISEÑO

La EAPN señala en su Anexo IV una serie de indicadores para valorar los progresos de la implantación de sus recomendaciones en las sucesivas evaluaciones. Las fuentes de obtención de la información que se indicaban eran secundarias como el CMBD estatal (Conjunto Mínimo Básico de datos de las altas de hospitalización), y primarias, como la revisión de protocolos, vías y guías de práctica clínica y otros documentos de las CCAA y de hospitales, así como estudios específicos que proporcionen la información necesaria.

Con esta base, el Grupo de Trabajo de Indicadores⁴, fue elaborando en sucesivas reuniones un listado de elementos clave consensuados para obtener la principal información, tarea finalizada con la participación de la FAD, entidad encargada de la realización del estudio de cuyo diseño, metodología y resultados damos cuenta en este Informe.

Desde el punto de vista temporal, en la EAPN se establece una primera evaluación a los 3 años, proponiendo continuar en las sucesivas revisiones con una periodicidad mayor.

Gráficamente, puede ser representado así:



⁴

Creado en el último trimestre del 2008 y formado por personas de los Comités Institucional y Técnico que se ofrecieron voluntarias.

2.1. Objeto del estudio de evaluación

Analizar la adecuación de la atención al parto normal en el territorio español, en relación con las recomendaciones e indicadores establecidos en la EAPN, en la **Línea Estratégica 1: Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.**

2.2. Alcance

Dado el volumen de recomendaciones que se abordan en la EAPN y el período que lleva en ejecución se ha establecido un proceso de evaluación compuesto por diversas etapas sucesivas. En esta primera fase resulta evidente la necesidad de contar con información de base (situacional o a modo de diagnóstico) para conocer el punto de partida a nivel nacional del estado de las prácticas clínicas en materia de atención al parto normal. Se ha acordado comenzar la evaluación por esta línea de actuación con el objetivo de poder utilizar datos homogéneos que faciliten posteriores comparaciones del grado de cumplimiento de las recomendaciones en esta materia, según los estándares. Ello permitirá, en las sucesivas evaluaciones, valorar:

- La evolución de los diferentes indicadores, evidenciando las mejoras que se van produciendo en sucesivos ciclos de implantación de la EAPN.
- Diferencias territoriales, para realizar muestras estadísticamente representativas en el ámbito autonómico y estudios cualitativos con significatividad en este ámbito.

Los resultados del estudio de evaluación hacen referencia exclusivamente a las prácticas clínicas y desde un abordaje cuantitativo para dar a conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN, utilizando los indicadores seleccionados, en el periodo de implantación de la Estrategia que se ha contemplado.

Esta información se complementa con la obtenida mediante cuestionarios sobre las otras Líneas Estratégicas de la EAPN (participación de las mujeres, formación de profesionales, e investigación, innovación y BB.PP.), que se muestra en el Capítulo IV. Para obtener mayor información tanto cuantitativa como cualitativa de estas Líneas Estrategias es necesario su abordaje desde distintos modelos y enfoques, que se llevarán a cabo oportunamente en posteriores etapas evaluativas.

2.3. Tipo de estudio de evaluación.

- Se trata de un **estudio descriptivo**, diseñado para estimar los valores de los indicadores seleccionados y describir su distribución. Como se indicaba anteriormente, es un estudio orientado al diagnóstico; a obtener datos de partida de la situación en los hospitales españoles públicos sobre el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN en las prácticas clínicas.

- En principio, no se consideran hipótesis causales o de otro tipo, si bien se estima mediante una análisis de **regresión**⁵, posibles relaciones entre los valores de dichos indicadores y una serie de variables de cruce independientes relacionadas con los hospitales (volumen de partos atendidos, grado de informatización del partograma, tener Plan de Formación MIR, disponer de un Sistema Acreditación y tener Servicio de Neonatología).
- Los resultados obtenidos en este estudio son representativos del **ámbito estatal**. No obstante, se previno la oportunidad de poder ampliar la muestra hasta obtener una potencia estadística a nivel de las CCAA, para así obtener los resultados representativos de sus respectivos territorios. Las CCAA que decidieron ampliar la muestra, con los fondos facilitados por el MSSSI, han sido: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cataluña, Galicia y País Vasco. Cada una de estas CCAA recibieron un informe específico de su Comunidad con los resultados obtenidos y comparados con el estándar y los resultados a nivel nacional.

⁵Se ha utilizado para ello el método de estimación Bayesiana. Para todos los indicadores se ha utilizado la función de enlace logística, menos para la tasa de cesáreas dónde se ha hecho uso de la función loglineal.

II. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO

1. CLAVES METODOLÓGICAS

En este apartado se recogen las principales características metodológicas del estudio realizado para esta primera evaluación a nivel estatal del proceso de parto normal con los indicadores definidos. Para ello, se describen las características del diseño muestral utilizado, fuentes consultadas, técnicas y herramientas usadas, y agentes participantes en el proceso evaluativo.

1.1. Diseño muestral

- **Población:** Se tomó como *población diana* a todas las mujeres atendidas por proceso de parto en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, en todas las CCAA, incluidas las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La población de estudio se centró en el total de 381.705 partos atendidos durante ese año (Fuente: CMBD 2009), en un total de 226 hospitales. Para delimitar el universo sobre el que se construyó la muestra se manejaron como *criterios de exclusión*:

- ➡ parto en hospitales privados, en domicilio, o en cualquier otro dispositivo distinto a un hospital que pertenezca al SNS.
- ➡ gestantes hospitalizadas por otros motivos distintos al proceso de parto.
- ➡ partos de gestantes de menos de 37 y más de 42 semanas.

- **Tipo de muestreo:** se construyó una muestra ponderada por CC.AA. y nivel de hospital, mediante un muestreo estratificado polietápico, en los siguientes pasos:

- ➡ Se seleccionaron hospitales y se estratificaron en cuatro grupos según volumen de partos atendidos⁶.
- ➡ Se asignó un número de casos por nivel de hospital y CC.AA.
- ➡ Los casos a estudiar dentro de cada estrato se seleccionaron aleatoriamente.

- **Condiciones del trabajo:**

- ➡ *Proporción esperada (Pe):* 0,5 o 50%. Al no disponer de datos de referencia sobre el cumplimiento de los indicadores (sólo datos parciales de algunos hospitales o a nivel internacional), se recurrió a la llamada situación más desfavorable, una proporción del 0,5 o 50%, que para igualdad del resto de condiciones siempre produce mayor tamaño.
- ➡ *Precisión (e):* 2,5%. La posibilidad de error en la estimación de cada uno de los indicadores no es superior en ningún caso al 2,5%.
- ➡ *Nivel de confianza Z2 α :* 95%. Referido a la probabilidad de que el resultado obtenido en la muestra se corresponda con el de la población.

Muestra resultante	Nº de hospitales: 105	Nº de casos: 1.310
---------------------------	------------------------------	---------------------------

⁶Nivel 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.

1.2. Fuentes, técnicas y herramientas



Para la **obtención de la información** se utilizaron cuatro tipos de fuentes:

- Protocolos de atención en relación al parto, nacimiento, lactancia y otros documentos de apoyo. Se revisaron los protocolos para obtener la información (indicador de estructura), relativa a si en ellos se recogían o no las recomendaciones de la EAPN. Para ello se diseñó una hoja que contiene el listado de todos los elementos de medida que componen el indicador (26 ítems), y también la fecha de elaboración o actualización del protocolo.
- Historias clínicas de los casos seleccionados para la muestra. Se revisaron las historias con el fin de obtener los resultados específicos de cumplimiento de los indicadores de proceso y resultado –un total de 19 indicadores-. Para ello se utilizó una hoja diseñada para recoger el dato obtenido y la información adicional (observaciones, indicaciones, comentarios, etc.). Para su organización y posterior tratamiento se creó una base de datos. Antes de su consolidación, se realizó un análisis de la validez de la información recogida.
- Encuesta directa a las mujeres ingresadas en maternidad por parto en 2010, a las que se preguntaba sobre la posición utilizada en el expulsivo, la realización de la Maniobra de Kristeller y el contacto precoz durante los primeros 70 minutos que recomienda la EAPN. En estos casos se utilizaron imágenes para ilustrarlas y facilitar la comprensión de la pregunta.
- Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que fue consultado en su edición 2009 para construir la muestra de realización del estudio y, en toda la serie (1997-2010), para obtener los datos para la determinación de la Tasa de Cesáreas, el último de los indicadores manejados en este estudio y como referente de contraste, en otros indicadores de resultado de la auditoría de historias

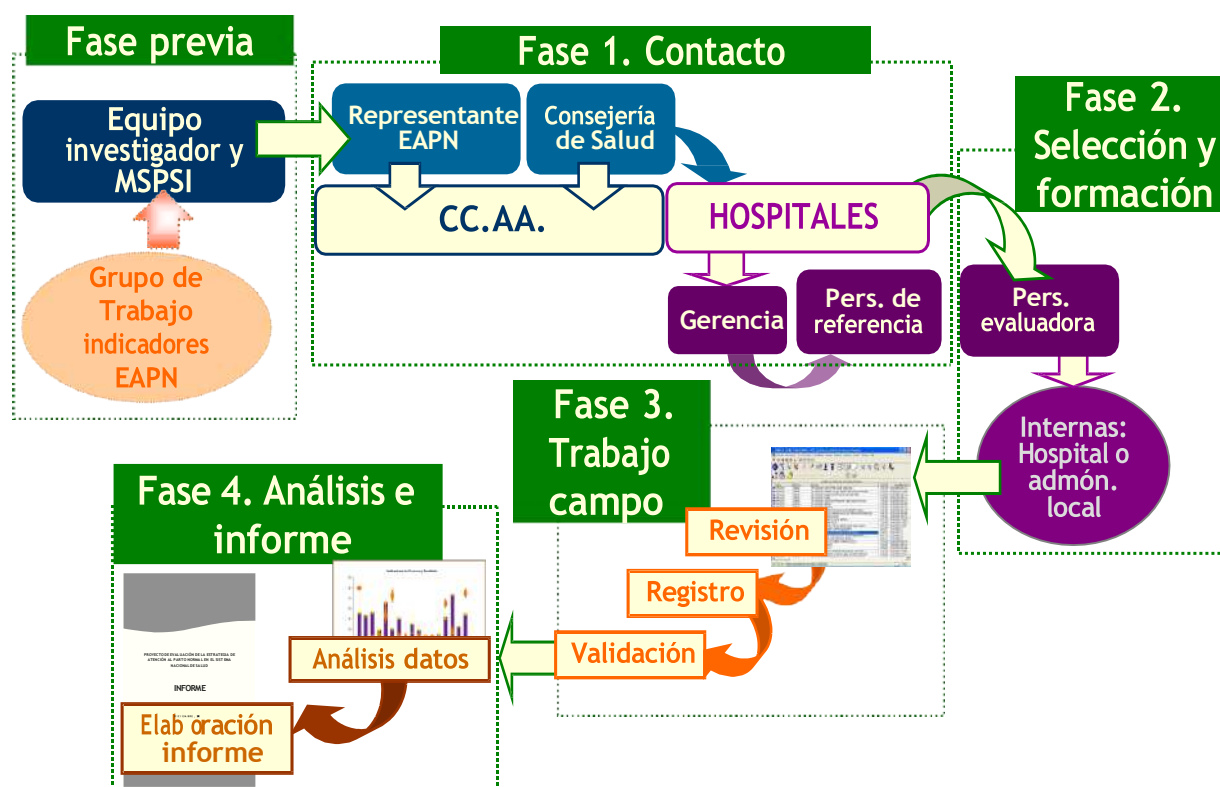


Para el **análisis de la información** recogida, se ha realizado:

- Un análisis descriptivo, en el que se ofrecen los resultados para cada indicador. Dichos resultados muestran el nivel de cumplimiento del estándar, esto es el porcentaje de casos que cumplen la condición o criterio de calidad evaluado por el indicador. Cada indicador dispone de un estándar que expresa el nivel deseado de cumplimiento para ese criterio de calidad. Si el estándar está comprendido dentro del intervalo de confianza, se interpreta que éste se ha alcanzado y se expresa con una afirmación (SI); en caso contrario, se asume que no se ha alcanzado el estándar (contraste por intervalos).
- Un análisis de regresión bivariado a través de tablas de contingencia entre las variables de proceso y resultado, cruzándolas con las diferentes variables de situación.

1.3. Agentes y proceso evaluativo.

El proceso de investigación propiamente dicho, pasó por tres fases diferenciadas y una previa, en la que participaron diferentes agentes que se especifican a continuación y se muestran en el siguiente gráfico:



- En la fase previa se diseñaron los aspectos clave del estudio, para lo que se contó con el Grupo de Trabajo de Indicadores creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la EAPN, liderado por el Observatorio de Salud de las Mujeres. Con los elementos previos aportados, el equipo investigador cerró los elementos básicos del estudio.
- La primera fase se centró en establecer y realizar los contactos con los distintos implicados en el desarrollo del proyecto (a nivel del Ministerio, Comunidad Autónoma, hospital, etc.) y formalizar los acuerdos necesarios para acceder a los datos del CMBD estatal, y a las gerencias en el caso de los hospitales.
- La segunda fase consistió en la selección y formación del equipo revisor, formado por profesionales de las propias Comunidades Autónomas a evaluar y en general, personal de los hospitales.
- En la tercera fase se procedió a la recogida de información por parte de las personas evaluadoras mediante revisión de historias clínicas y de otras evidencias que permitieran medir los indicadores seleccionados.
- Con la información recogida, se procedió al análisis de datos y a la elaboración de un informe descriptivo de resultados, que es el que ha servido de base para este informe.

2. INDICADORES

Uno de los principales valores añadidos de esta primera evaluación es la definición precisa de un conjunto de indicadores cuantitativos de las prácticas clínicas que permitan valorar en qué medida se están integrando en éstas las recomendaciones de la EAPN.

Como se ha indicado anteriormente, estos indicadores fueron elaborados inicialmente por el Grupo de Trabajo específico de la EAPN. Constituyó el punto de partida en el proceso de elaboración de los indicadores que vertebran este informe, junto con la revisión exhaustiva de evidencia científica a partir de la propia EAPN y de la Guía de Práctica Clínica sobre APN, de las que se extrajeron también los temas más relevantes y las principales recomendaciones.

El resultado es un catálogo exhaustivo de **19 indicadores, uno de ellos compuesto de 26 ítems**. Todos los indicadores cuentan con sus especificaciones técnicas -justificación, dimensión de calidad, fórmula, explicación de términos, población, tipo de indicador, fuentes de información y estándar propuesto.

El esfuerzo puesto en la definición de los indicadores, aumenta la fiabilidad y la validez de los resultados del estudio, puesto que **cada indicador es, en sí mismo, un estudio de investigación con una sola variable**.

2.1. Tipo de indicadores manejados.

El estudio incorpora principalmente dos tipos de indicadores:

- Por un lado, indicador de **ESTRUCTURA** para el seguimiento de implantación de la EAPN, como es el registro del número de hospitales maternos que incluyen en su **protocolo** cada una de las recomendaciones que plantea la EAPN. **Tiene un carácter formal** o figurado. La revisión de protocolos se ha considerado el Indicador de Estructura compuesto por 26 ítems (11 del parto, 10 del nacimiento y 5 de lactancia) relacionados con las respectivas recomendaciones de la EAPN:

Indicador	Fuente	Relación con las Recomendaciones
UN INDICADOR DE ESTRUCTURA	REVISIÓN DE PROTOCOLOS con 26 ítems	✓ Sobre el Parto (11 recomendaciones) ✓ Sobre el Nacimiento (10 recomendaciones) ✓ Sobre la Lactancia (5 recomendaciones)

- Por otro, indicadores de **PROCESO Y RESULTADO**, específicos de prácticas clínicas, obtenidos mediante la revisión de historias clínicas, de los sistemas de información existentes (CMBD) y de una encuesta directa a las mujeres realizada para el estudio.

Son **tres fuentes** de información que contribuyen a conocer los resultados de las prácticas clínicas que realmente se llevan a cabo. **Tiene un carácter más práctico y real:**

Indicadores	Fuentes	Relación con las Recomendaciones
18 INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO	REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	1. Cumplimentación Partograma 2. Amniorrexis artificial 3. Estimulación oxitocina 4. Partos inducidos 5. Analgesia locorregional 6. Episiotomía 7. Desgarros III y IV CON episiotomía 8. Desgarros III y IV SIN episiotomía 9. Partos instrumentales 10. Uso de ventosa 11. Uso de fórceps 12. Uso de espátula 13. Parto vaginal tras cesárea 14. Alumbramiento
	CMBD	15. Tasa de cesáreas
	REALIZACIÓN DE ENCUESTA	➡ Posición materna en el expulsivo ➡ Realización de Maniobra de Kristeller ➡ Contacto precoz del recién nacido y la madre

- Adicionalmente, se manejan **variables de cruce** independientes, de caracterización de los hospitales o maternidades para el estudio:

variables de cruce independientes

- ✓ Nivel de hospital (volumen de partos)
- ✓ Plan de formación MIR
- ✓ Sistema acreditación de calidad
- ✓ Servicio de neonatología
- ✓ Existencia de Protocolo (actualizado y completado los 26 ítems)

2.2 Los estándares de cumplimiento.

Los resultados del estudio se calculan con base a unos **estándares** que **definen el punto de excelencia** en el cumplimiento del indicador y **representan la meta** o el valor objetivo que se quiere alcanzar. Los cambios de evidencia científica pueden modificar en un futuro cualquiera de los estándares ahora consensuados.

Los estándares se han definido por consenso, en función de:

- La meta final que quiere alcanzarse, como en el caso de los indicadores de estructura, que se ha consensuado el valor de mayor exigencia: la total incorporación de las recomendaciones de la EAPN recogidas en los protocolos hospitalarios (el 100%).
- La evidencia científica disponible, y las recomendaciones de organismos estatales e internacionales, como la Organización Mundial de la salud.
- Excepcionalmente, en un caso (amniorrexia) no se pudo establecer un estándar, ya que la bibliografía consultada y la carencia de series temporales más amplias o de datos básicos publicados no lo permitieron; y en otro caso (analgesia epidural) se optó por consensuar un amplio rango (no un estándar) ante la imposibilidad de ajustar una cifra como referencia, considerándose una tarea pendiente posterior.

Es importante insistir en la idea que los estándares representan el valor de la excelencia y, por tanto **son un objetivo a alcanzar más que un problema**. Como se verá a continuación, algunos de los valores definidos como estándar pueden considerarse muy ambiciosos –por ejemplo, que la totalidad de las recomendaciones de práctica clínica de la EAPN se incorporen en los protocolos de atención hospitalaria.

Ello es si cabe más cierto si se tiene en cuenta el momento en que se realiza **esta primera evaluación** –a los tres años de su aprobación con un margen de tiempo muy estrecho para que se produzcan cambios sustanciales en la práctica clínica; no obstante, se ha optado por mantener este nivel de estándar, en coherencia con una visión más a largo plazo, tanto de la EAPN como del sistema de evaluación. Así se ha considerado que, tanto en materia de recomendaciones como de los indicadores que nos ayudan a valorar su cumplimiento, habría de tenerse presente el objetivo final de la EAPN frente al cual situar cada uno de los momentos en que se realicen las mediciones.

III. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE EVALUACIÓN LÍNEA ESTRATÉGICA 1

El presente capítulo da cuenta de los resultados obtenidos en la evaluación de las prácticas clínicas, exponiendo en cada una de ellas:

- En primer lugar se señala la **recomendación** que la EAPN establece para cada práctica clínica, con alguna referencia complementaria de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal (GPC).
- En segundo lugar, la **justificación** con la evidencia científica que la sustenta, para su contextualización.
- En tercer lugar, se detallan los indicadores y estándares establecidos para valorar su cumplimiento con los **resultados** obtenidos en el estudio⁷.
- Finaliza indicando la **conclusión** en cada una de las prácticas, basada en el resultado y su correlación con la recomendación de la EAPN.

Se articulan tomando como base **el orden indicado en la propia Estrategia (EAPN)**:

1. RASURADO DEL PERINÉ

Recomendación de la EAPN:

Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto. Opcionalmente, si se considerara necesario en caso de sutura, se podrá rasurar parcialmente la zona.

Justificación: El rasurado perineal ocasiona erosiones cutáneas que pueden dar lugar a la colonización de microorganismos, además de las molestias, malestar y prurito que ocasiona en las mujeres. En la evidencia disponible no se encuentran pruebas o razones que sostengan esta práctica que se ha venido realizando en la creencia errónea de que disminuía el riesgo de infección.

Resultados: La evaluación se realiza a través de un indicador que trata de valorar en qué medida la recomendación se ha incluido en los Protocolos (indicador de estructura), con el siguiente resultado:

INDICADOR DE ESTRUCTURA	FUENTE	RESULTADO	SD ⁸
■ % de Protocolos que indican NO RASURAR o que no mencionan esta práctica.	Revisión de Protocolos	84,5%	100%

El **84,5%** de los protocolos analizados incluyen como recomendación evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto, o simplemente en ellos no se menciona la práctica de rasurado; una cifra que se aleja del estándar recomendado en la EAPN (que se incluya en la totalidad de los protocolos).

Conclusión

- Llevar a la práctica la recomendación de la EAPN
- Incluir esta recomendación actualizando los protocolos

⁷ Además de los resultados obtenidos a partir del estudio realizado, se presentan datos y gráficos que tienen como fuente el repositorio de información del CMBD, cuando esta información está disponible.

⁸ En adelante, se utilizará esta abreviatura para referirnos al ESTÁNDAR de referencia para cada indicador.

2. ENEMA

Recomendación de la EAPN:

Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante. Aplicar opcionalmente previa información, si la mujer lo desea

Justificación: No existe evidencia que apoye el uso rutinario de enemas al inicio del parto, práctica que se ha venido administrando durante años suponiéndole ciertas ventajas que han sido puestas en cuestión y que incluso se han esgrimido inconvenientes y riesgos asociados. La revisión de la evidencia muestra que la utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía, y tampoco mejora la satisfacción materna.

Resultado: Para la evaluación se utiliza un indicador que valora en qué medida se ha incluido la recomendación en los Protocolos (indicador de estructura), con el siguiente resultado:

INDICADOR DE ESTRUCTURA	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de Protocolos que indican NO ADMINISTRAR ENEMA o que no mencionan dicha práctica	Revisión de Protocolos	78,6%	100%

El **78,6%** de los protocolos analizados incluyen como recomendación desaconsejar la práctica rutinaria de enema o simplemente no mencionan la práctica de enema; una cifra que se aleja del estándar recomendado en la EAPN (que se incluya en la totalidad de los protocolos).

Conclusión

- Llevar a la práctica la recomendación de la EAPN
- Incluir esta recomendación actualizando los protocolos

3. ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PROCESO

Recomendaciones de la EAPN:

- 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 desde las etapas más tempranas.
- También se recomienda promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso.

Justificación: La evidencia muestra los beneficios del acompañamiento y apoyo continuo: mejora los resultados del parto (menor probabilidad de analgesia, de partos vaginales instrumentales y de cesáreas), aumenta la satisfacción de las mujeres por su experiencia y vivencia del parto, y forma parte integral del objetivo de humanización.

Resultados: Con base en dicha evidencia, la EAPN contempla dos indicadores que tratan de valorar en qué medida se han incluido en los Protocolos (indicadores de estructura), con los siguientes resultados:

INDICADOR DE ESTRUCTURA	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de Protocolos que indican permitir el ACOMPAÑAMIENTO ININTERRUMPIDO en el proceso	Revisión de Protocolos	84,5%	100%
■ % de Protocolos que incluyen permitir a la gestante ELEGIR LIBREMENTE A LA PERSONA ACOMPAÑANTE		87,4%	100%

El **84,5%** de los protocolos evaluados incluyen la recomendación de permitir la presencia de una persona acompañante durante todo el proceso y el **87,4%** incluyen permitir la libre elección de la persona acompañante. Si bien ambas cifras se alejan del estándar recomendado en la EAPN (que se incluya en la totalidad de los protocolos), parecen cumplirse en un porcentaje alto.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

4. PERÍODO DE DILATACIÓN

Recomendaciones de la EAPN:

- Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de un verdadero trabajo de parto.
- Facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Permitir la ingesta de líquidos y alimentos ligeros según las necesidades de las gestantes.
- Potenciar entornos amigables que ayuden a una actitud y vivencia en las mejores condiciones.
- Utilizar el partograma.
- Realizar una monitorización y control del bienestar fetal.
- No realizar amniotomía de rutina. -No colocar vía venosa periférica de rutina.
- El empleo de oxitocina se limitará a los casos de necesidad.
- Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles.

Justificación: La libertad de movimientos permite adoptar posiciones que alivian el dolor y mejoran el bienestar de las mujeres así como su sensación de control. La libre deambulación de las mujeres durante el periodo de dilatación se relaciona con una menor necesidad de uso de fármacos oxióticos, analgésicos y de intervenciones obstétricas como fórceps o cesáreas, respecto a aquellas mujeres que permanecieron en posición de litotomía. La deambulación también podría acortar la duración de la primera fase del parto. Sin embargo, las prácticas asistenciales al uso (monitorización, vía intravenosa, analgesia neuroaxial, etc.) limitan las posibilidades de las mujeres para poder deambular durante la dilatación y adoptar distintas posiciones diferentes al decúbito. En cuanto a la ingesta de líquidos y alimentos, no hay evidencia que avale su restricción durante el trabajo de parto; por el contrario señala que la restricción de líquidos y alimentos a la madre por tiempo prolongado puede producir deshidratación y cetosis. Por otro lado, se apunta respetar el proceso normal de rotura espontánea de membrana para evitar posibles complicaciones y efectos adversos como aumento del riesgo de infección o aparición de patrones anormales de la FCF. Asimismo, existe creciente evidencia científica sobre los efectos adversos que produce la estimulación de la

dinámica uterina de modo artificial y el subsiguiente bloqueo en la producción endógena de la oxitocina y hormonas acompañantes, así como la existencia de riesgos asociados a la inducción del parto, por lo que su uso debe estar justificado. También la utilización del partograma, que representa de forma gráfica las distintas variables relacionadas con el proceso, ha demostrado su efectividad como método de evaluación del progreso del trabajo de parto, ya que permite ver y valorar la evolución y progresos, y facilita la toma de decisiones más rápidamente.

Indicadores y resultados: Por un lado, en relación a su inclusión en los Protocolos (indicadores de estructura):

INDICADOR DE ESTRUCTURA	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de Protocolos que indican FACILITAR DEAMBULAR Y ELEGIR POSICIÓN.	Revisión de Protocolos	72,8%	100%
■ % de Protocolos que incluyen PERMITIR LA INGESTIÓN DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS.		71,8%	100%
■ % de Protocolos que indiquen NO COLOCAR VÍA venosa periférica profiláctica DE RUTINA		31,1%	100%

El **72,8%** de los protocolos analizados incluyen una recomendación relacionada con facilitar la deambulación a la gestante; cifra alejada del estándar recomendado en la EAPN (que se incluya en la totalidad de los protocolos). El **71,8%** de los protocolos analizados incluyen una recomendación relacionada con permitir la ingesta de líquidos a la gestante; cifra alejada del estándar recomendado en la EAPN (que se incluya en la totalidad de los protocolos). Tan solo el **31,1%** de los protocolos analizados incluyen no colocar vía venosa profiláctica de rutina; la cifra más baja y alejada del estándar recomendado en la EAPN (que se incluya en la totalidad de los protocolos).

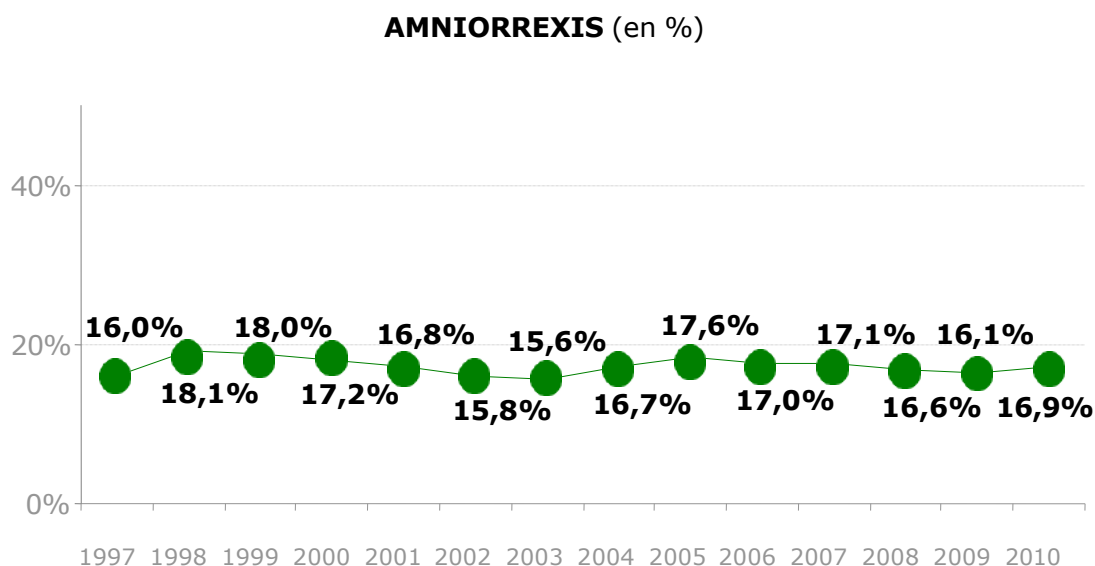
Indicadores y resultados: Por otro lado se evalúa el grado en que se realizan estas prácticas (indicador de proceso y resultado):

INDICADOR DE PROCESO Y RESULTADO	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de AMNIOTOMÍAS o amniorrexis realizadas	Revisión de Historias Clínicas	46,6%	No realizar de forma rutinaria
■ % de PARTOS DE INICIO ESPONTÁNEO CON ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA durante la dilatación.		53.3%	5-10%
■ % de PARTOS INDUCIDOS		19.4%	<10%
■ % de partos con hoja de PARTOGRAMA CUMPLIMENTADO TOTALMENTE		52.1%	100%

En relación a los indicadores de proceso y resultado, las amniotomías o amniorrexis artificiales se observan en un **46.6%**; aun no disponiendo de un estándar específico (no fue posible ya que la bibliografía consultada y la carencia de series temporales más amplias o de datos básicos publicados no lo permitieron) es un dato muy superior a lo esperado de acuerdo a

la recomendación de la EAPN (no realizar de forma rutinaria). Se convino que resultados superiores al 20% debían acompañarse de una reflexión más profunda para su estudio.

El resultado obtenido en el estudio de evaluación difiere significativamente de la cifra que aporta el CMBD, como muestra el siguiente gráfico de evolución de este indicador para el conjunto de hospitales del Sistema Nacional de Salud:



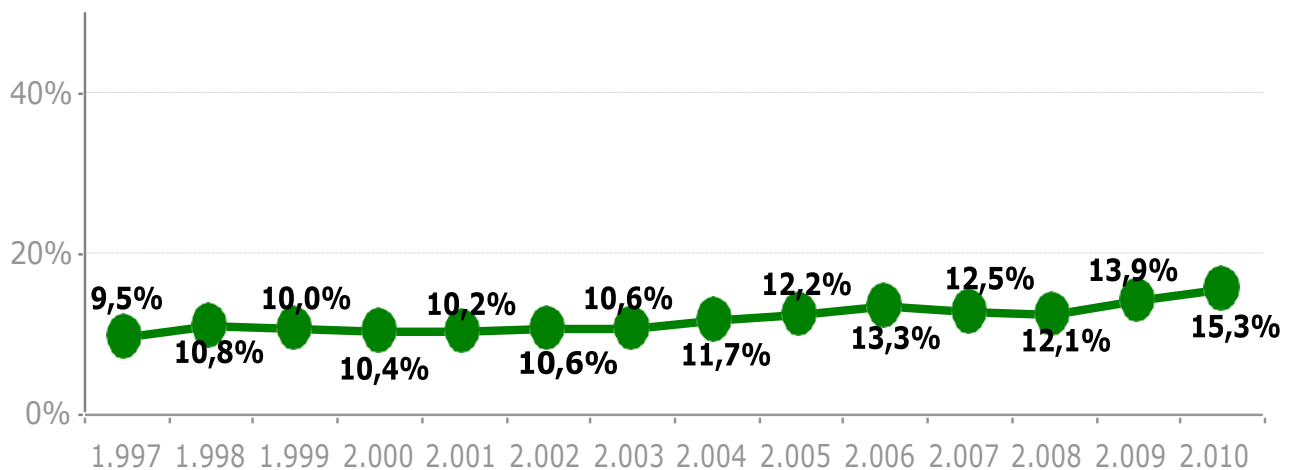
Según el CMBD, en 2010 se realizaron un 16,95% de **amniorrexis**, cifra que se muestra bastante estable desde 1997 (primer año para el que disponemos de series temporales). Dada la distancia entre esta cifra y la obtenida mediante nuestro estudio, el CMBD presentaría un **evidente sub-registro**.

La administración de **oxitocina** durante la dilatación al **53,3%** de partos de inicio espontáneo, parece un resultado muy superior a lo deseable, que se aleja bastante del estándar previsto (del 5 al 10%, entendido como buena práctica asistencial).

La realización de **inducciones** se sitúa en un **19,4%**, siendo superior al estándar de referencia de la OMS (menos del 10%). Este excesivo número de inducciones indica la necesidad de investigar sus causas para poder valorar este dato en su conjunto y reflexionar sobre las indicaciones de inducción y el cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN en los equipos de obstetricia.

También aquí podemos contrastar este dato con el porcentaje de partos inducidos que proporciona el CMBD (el 15,3%). En este caso la discrepancia entre ambas fuentes es menor y podemos observar la evolución de este indicador de forma más o menos sostenida desde 1997, siguiendo la serie temporal para la que hay datos disponibles:

PARTOS INDUCIDOS (en %)



Continuando con el apartado: *Periodo de dilatación*, la EAPN también recoge en este punto una recomendación sobre utilización de partograma. El estudio comprueba que la actuación asistencial no se corresponde con la recomendación; el 52.1% de los partos revisados tenían hoja de partograma totalmente cumplimentada; resultado que, si bien se aleja bastante del estándar recomendado en la EAPN (100% de los partos), es necesario señalar el elevado nivel de exigencia que implica (cumplir todos y cada uno de los 8 ítems que se han considerado básicos en el partograma). Por ello es importante conocer los resultados desagregados que ayudan a dar una explicación razonada de este resultado, que inicialmente puede parecer escaso.

Así, el siguiente cuadro recoge el % de cumplimiento de cada uno de los ítems (apartados del partograma) que componen el indicador:

ELEMENTOS DE MEDIDA DEL PARTOGRAMA	RESULTADO
FCF (registro cardiotocográfico continuo o con ventanas o bien registro manual)	96.2%
Determinación de pulso, TA y temperatura	76.7%
Control de la dinámica uterina , haciendo constar cada vez la frecuencia y calidad de las contracciones (registro cardiotocográfico)	94.9%
Constancia de la realización de tactos vaginales haciendo constar el progreso de la dilatación (en cm.) y las modificaciones del cuello	97.8%
Constancia de la altura de la presentación o descenso de la presentación, ya sea cabeza o nalgas (planos de Hodge)	94.1%
Constancia de los cambios de posición fetal	72.1%
Medicamentos utilizados	93.0%
Color de las aguas	93.3%

Se comprueba como los resultados de 6 de los 8 elementos de medida del partograma tiene un resultado que se puede calificar de excelente y solo son 2 los elementos que tienen un registro en torno al 75%. Respecto del elemento nº 2 (determinación de pulso, TA y temperatura), hay que explicar que la respuesta solo era afirmativa cuando estaban registradas la 3 constantes -si faltaba solo una de ellas la respuesta era negativa-. Por tanto, es razonable interpretar que el cumplimiento del partograma es en general alto.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

5. MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

Recomendaciones de la EAPN:

- No realizar analgesia de rutina.
- Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos alternativos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos y la posibilidad de elegir uno o varios si lo desean.
- 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.

Justificación: La analgesia epidural resulta un método eficaz frente al dolor, pero a la vez conlleva riesgos: expulsivos más prolongados, aumento de partos instrumentales y de fracaso de la lactancia materna. Existen otras formas y técnicas de abordaje del dolor más seguras para la madre y criatura, como la inmersión en agua caliente, masajes, uso de pelotas de parto, técnicas de relajación, inyecciones de agua estéril, acupuntura, inhalación de óxido nitroso, administración parenteral de opioides, métodos que pueden ser utilizados de forma individual o combinada, siempre con el acompañamiento adecuado.

Resultados: Se evalúan indicadores relativos a su inclusión en los Protocolos (indicadores de estructura) por un lado, y el grado en que se realizan estas prácticas, por otro (indicador de resultado), con los siguientes resultados:

INDICADOR DE ESTRUCTURA	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de Protocolos de atención al parto que mencionan las ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS para el manejo del dolor	Revisión de Protocolos	67.0%	100%
INDICADOR DE PROCESO Y RESULTADO	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de partos con ANALGESIA LOCORREGIONAL	Revisión de Historias Clínicas	72.2%	30-80%

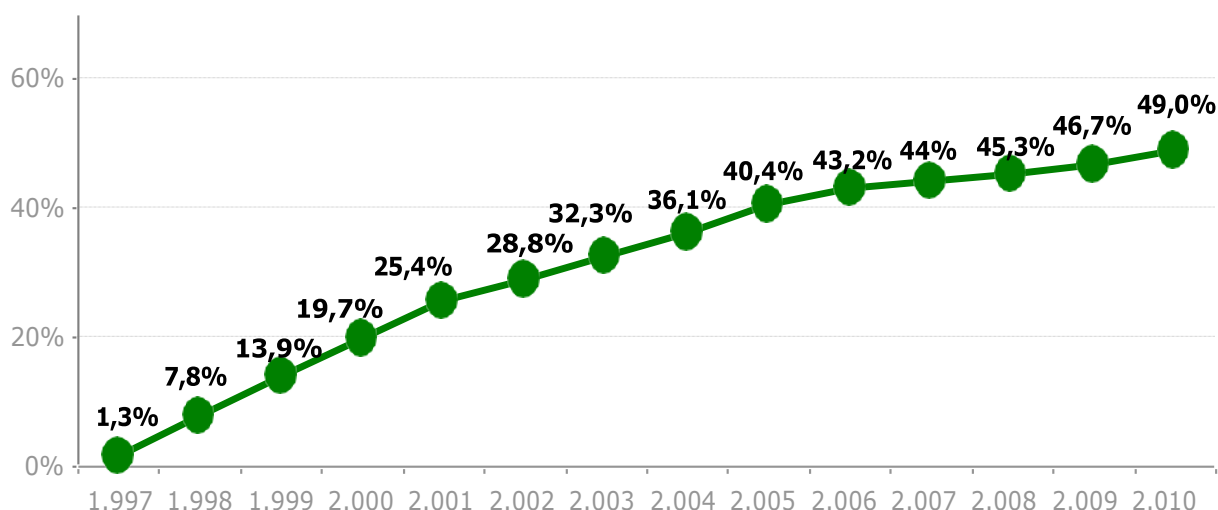
El uso de la analgesia epidural se encuentra en niveles muy altos con un **72,2%**, y obedece no solo a las indicaciones clínicas, sino que también está influido por la oferta originada desde los servicios sanitarios y su reflejo en la demanda de las gestantes.

Este alto porcentaje de uso de analgesia epidural, muy alejado de la recomendación de la EAPN, sugiere que desde atención primaria no se hace el énfasis suficiente en la información a las usuarias, y desde la atención hospitalaria **no se ofrecen suficientemente otros métodos alternativos** para el manejo del dolor, aunque se mencionen en el 67% de los protocolos; aspecto que debería ser contrastado para conocer la accesibilidad real y la diversidad de métodos y técnicas que se ofertan en los hospitales, tras la adecuada información y preparación prenatal. También indica cierta invisibilidad o desconocimiento sobre los riesgos y consecuencias para la madre y la criatura, durante el parto, en el posparto y la lactancia.

Por otro lado señalar que para esta práctica clínica no ha sido posible contar con un estándar ajustado, sino que se ha aceptado para el estudio **un amplio rango** (30% a 80%), con la utilidad de observar una sobre/infrautilización de la epidural y facilitar la reflexión sobre sus resultados, revisando protocolos y recursos de equipos profesionales. Así como evidenciar la necesidad de abordar en profundidad el uso esta práctica, sus motivaciones e indicaciones.

También en este caso disponemos de datos del **CMBD** que pueden ser de utilidad como referencia en la interpretación del resultado obtenido en el estudio. Así, según esta fuente, durante el año 2010, un **49%** de partos se realizaron con analgesia epidural, una cifra que, de nuevo, estaría reflejando un infra registro de este procedimiento, si bien se ha de señalar que no existe un código específico para la recogida de este procedimiento y tampoco una norma explícita de su recogida a nivel estatal, lo que lleva a plantear la necesidad de cubrir este vacío. El siguiente gráfico muestra el crecimiento exponencial de dicho registro desde el año 1997:

ANALGESIA EPIDURAL (en %)



Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

6. POSICIÓN MATERNA DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO.

Recomendaciones de la EAPN:

- Permitir que las mujeres adopten libremente la postura que espontáneamente prefieran durante todo el proceso, incluido el expulsivo.
- Capacitar a las y los profesionales a 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.

Justificación: La posición vertical o lateral, comparada con la posición más habitual de litotomía, se asocia a un acortamiento de la duración del expulsivo, además de una reducción del número de partos asistidos, de episiotomías, de dolor agudo, de patrones anormales de la FCF, pero aumentan los desgarros de grado II y de hemorragias posparto. La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y proporciona mayor confort y autonomía de las mujeres. La posición en cuadrupedia (apoyo en manos y rodillas) resulta la más cómoda para dar a luz, con menor dolor lumbar persistente y una percepción de parto más corto. Se incluye la maniobra de Kristeller, que si bien no se menciona en la Estrategia, se consideró de interés conocer la prevalencia de su uso, ya que no está recomendada por sus riesgos potenciales de morbilidad materna y fetal: no mejora la tasa de partos vaginales espontáneos, no reduce la tasa de parto instrumental y es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto. Los resultados son los siguientes:

Resultados: Los indicadores (de proceso y resultado) para evaluar esta recomendación se obtienen a partir de una encuesta realizada a las madres que estaban ingresadas en maternidad durante el período del estudio.

INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de partos vaginales en los que se ha mantenido la POSICIÓN DE LITOTOMÍA durante todo el expulsivo	Encuesta	87,4%	<30%
■ % de partos vaginales en los que se ha realizado la MANIOBRA DE KRISTELLER		26,1%	0%

En el **87,4%** de los partos vaginales se ha mantenido la posición de litotomía durante todo el expulsivo. Por tanto, se puede considerar que actualmente la posición habitual durante el período expulsivo continúa siendo en litotomía o decúbito supino, más favorecedora del trabajo del profesional que de la madre. No se alcanza el estándar deseado, y probablemente, puede ser indicativo de la dificultad que supone el cambio de rutinas adquiridas.

La maniobra de Kristeller persiste en un **26,1 %** de los partos vaginales. Aunque al parecer se trata de una técnica en desuso eliminada de la práctica habitual, se puede comprobar que lejos de haber desaparecido, esta maniobra se sigue realizando en una alta proporción de maternidades. De ahí la necesidad de continuar el seguimiento de su utilización en los partos de cada hospital.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

7. EPISIOTOMÍA.

Recomendaciones de la EAPN:

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

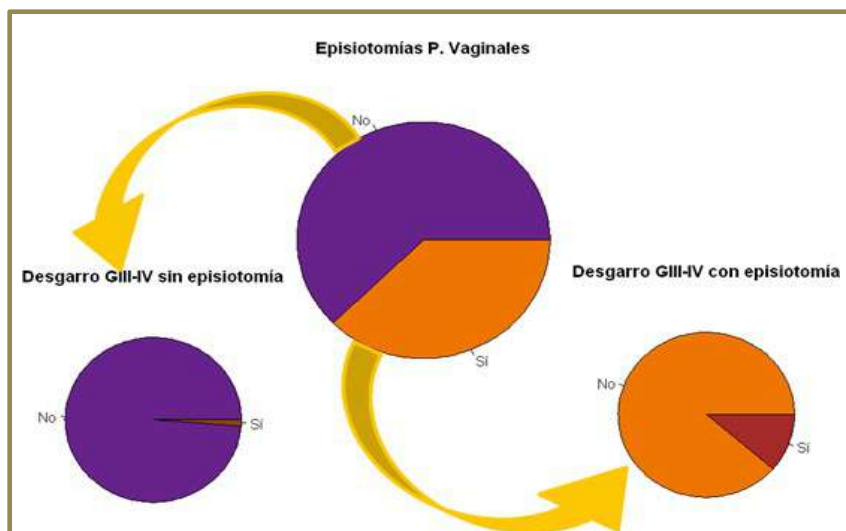
Justificación: La episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente y que presenta una amplia variabilidad en el territorio español. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y sí tiene complicaciones a corto y largo plazo. No existe evidencia que justifique esta práctica iniciada en el siglo XVIII y todavía ampliamente utilizada, subestimando los potenciales efectos adversos, como disfunción del esfínter anal, incontinencia urinaria y dispareunia, así como su asociación a una mayor frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado.

Resultados: Se utiliza, como indicador de resultado, el porcentaje de episiotomías en partos eutócicos. Además, con el fin de valorar la calidad de la asistencia en relación con la recomendación de la Estrategia, se ha completado la evaluación con otros dos indicadores de resultado que son el porcentaje de desgarros de grado III y IV en partos con y sin episiotomía. Los resultados son:

INDICADORES DE PROCESO/RESULTADO	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de EPISIOTOMÍAS en partos eutócicos	Revisión Historias Clínicas	41.9%	<15%
■ % de DESGARROS PERINEALES DE III Y IV grado CON EPISIOTOMÍA		4,7%	1-5%
■ % de DESGARROS PERINEALES DE III Y IV grado SIN EPISIOTOMÍA		1%	0.5-3%

Se realizan episiotomías en el **41.9%** de los partos eutócicos, resultado que se encuentra muy alejado de la práctica recomendable (<15%).

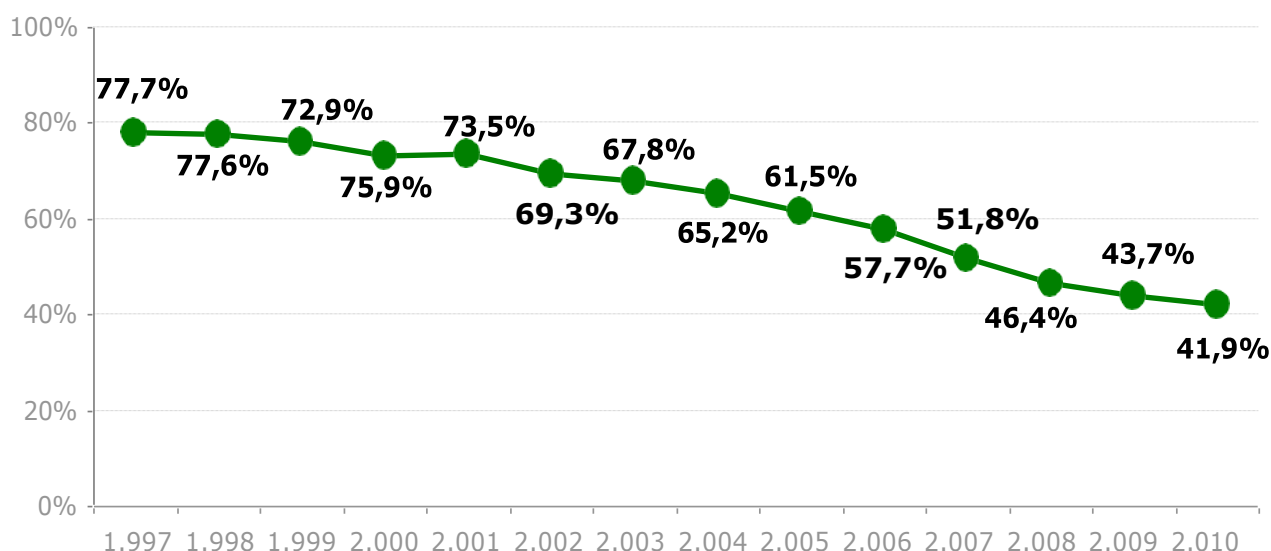
Además de lo elevado del dato, se confirma la relación existente entre episiotomía y desgarros. En los partos vaginales con episiotomía se encontró una prevalencia de desgarros de grado III y IV del **4.7%**, muy superior a la encontrada en los casos de partos vaginales sin episiotomía, que fue del **1%**, como muestra el siguiente gráfico. Ambos datos ponen de manifiesto que la realización de episiotomía, lejos de prevenir los desgarros de tercer y cuarto grado, se asocia a una mayor prevalencia de los mismos; lo que reafirma la necesidad de insistir en que esta práctica no debe realizarse de forma rutinaria y sí promover la indicación selectiva.



La prevalencia total de desgarros de grado III y IV está en 2.4%, pero quizás el dato de más interés con respecto a la calidad de la atención sea la coexistencia de desgarros con episiotomías en un 70%, mientras que los desgarros sin episiotomía son un 30%. Este dato coincide con la abundante evidencia que indica que la episiotomía aumenta la aparición de desgarros de tipo III y IV, que son los que tienen mayor repercusión clínica.

En este indicador, la información del **CMBD** coincide con los resultados del estudio. En ambos casos el porcentaje de episiotomías registradas en 2010 es de 41,9%. Para más información, con la ventaja que ofrece el CMBD por la disponibilidad de la larga serie temporal, el siguiente gráfico muestra la evolución –notablemente a la baja– de este indicador en los últimos 13 años:

EPISIOTOMÍAS (en % sobre total partos vaginales)



Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

8. ALUMBRAMIENTO

Recomendaciones de la EAPN:

- No pinzar el cordón con latido como práctica habitual.
- Al no existir uniformidad respecto al alumbramiento expectante o activo en el SNS, se recomienda realizar la investigación que permita comparar el riesgo de sangrado en la tercera fase de partos seguidos en condiciones fisiológicas (no intervenidos), y de aquellos con manejo activo, que aporte conocimiento útil para orientar las recomendaciones.
- Hasta entonces, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal recomienda el manejo activo.
- Informar a las mujeres, considerando el alumbramiento espontáneo o fisiológico una opción si la mujer lo solicita.

Justificación: En la tercera etapa del parto, que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta, el motivo de mayor preocupación es la hemorragia posparto y su magnitud se asocia con la rapidez que la placenta se separa del útero y la efectividad de la contracción uterina. Para la práctica clínica existen dos enfoques diferenciados: el manejo activo y el manejo fisiológico o expectante. Si bien existe un buen nivel de evidencia que indica que el manejo activo acorta la duración de la tercera etapa del parto, resulta necesario llevar a cabo la investigación sobre el manejo expectante en condiciones de intimidad y respeto al proceso fisiológico, factores apropiados en mujeres de bajo riesgo para una experiencia más natural, que evitarían los efectos de los uterotónicos empleados en el manejo activo. En cuanto al pinzamiento del cordón umbilical, la evidencia disponible aconseja no pinzar el cordón con latido como práctica habitual, existiendo controversia respecto al tiempo para definir pinzamiento precoz o tardío.

Resultados: Se utilizan indicadores tanto de proceso como de estructura, con el siguiente resultado:

INDICADOR DE PROCESO/RESULTADO	FUENTE	RESULTADO	SD.
 % de alumbramientos con MANEJO ACTIVO en partos normales	Historia Clínica	21.4%%	>70%
INDICADOR DE ESTRUCTURA	FUENTE	RESULTADO	SD.
 % de Protocolos que indican NO PINZAR EL CORDÓN CON LATIDO como práctica habitual	Revisión de Protocolos	63.1%	100%

El alumbramiento de la placenta con manejo activo (administración de oxitocina posparto) se estima en un 21.4%, resultado por debajo del estándar acordado para el estudio, de acuerdo al conocimiento disponible. Este dato recuerda que no existe uniformidad de esta práctica en el SNS, en el que coexisten los dos enfoques (manejo activo y expectante) tal como señala la EAPN, que recomienda llevar a cabo la investigación sobre el riesgo de sangrado del alumbramiento expectante en condiciones óptimas de intimidad y respeto al proceso fisiológico, para mayor conocimiento de los beneficios de una experiencia más natural, que evitarían los efectos de los uterotónicos empleados en el manejo activo.

En todo caso, llama la atención que sólo el 21,4% de los alumbramientos sean con manejo activo, cuando se ha administrado oxitocina en el 53,3% durante la dilatación de partos de inicio espontáneo (recordamos que se considera buena práctica asistencial del 5 al 10%).

Con respecto al pinzamiento del cordón, el **63.1%** de los protocolos de parto normal incluyen una recomendación que aconseja realizar pinzamiento de cordón después de cesar el latido, resultado que no alcanza el estándar recomendado.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

Valoración global del cumplimiento del conjunto de recomendaciones relativas a la atención del parto⁹ en los protocolos

Además de los indicadores específicos vistos hasta ahora, la evaluación incorpora un indicador de carácter global que considera el grado en que los protocolos incluyen *todas y cada* una de las recomendaciones relativas a la atención al parto normal que se han incluido en el análisis y que la EAPN considera fundamentales. Los resultados obtenidos son los que se especifican en el cuadro a continuación:

INDICADOR GLOBAL DE ESTRUCTURA	FUENTE: Revisión de Protocolos		
INDICADOR	RESULTADO	I.C.	SD.
■ % de Protocolos que INCLUYEN <i>TODAS</i> LAS RECOMENDACIONES de atención al parto normal	15.5%	8.5 – 22.5	100

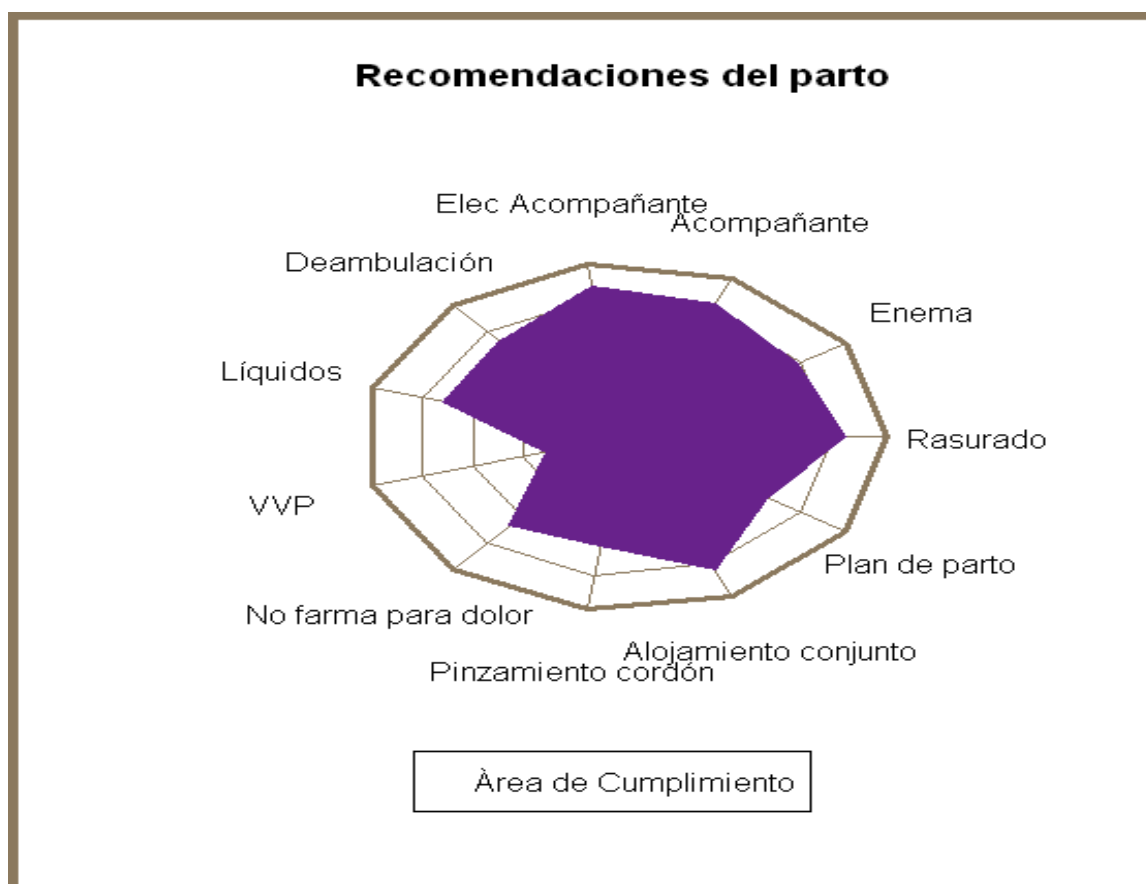
El resultado global resulta extremadamente bajo, tan solo un **15.5%** de los hospitales tienen en su protocolo todas y cada una de las recomendaciones analizadas. Pero hay que considerar que se trata de un indicador compuesto y la exigencia es alta. Al analizar los resultados individuales de cada una de las recomendaciones, el resultado del contenido de los protocolos muestra un buen nivel y adaptación a los requerimientos de la Estrategia.

Los aspectos más deficitarios, comunes a la mayoría de los centros, son: evitar el uso de la vía venosa periférica, promocionar el plan de parto y definir correctamente las condiciones de contacto precoz.

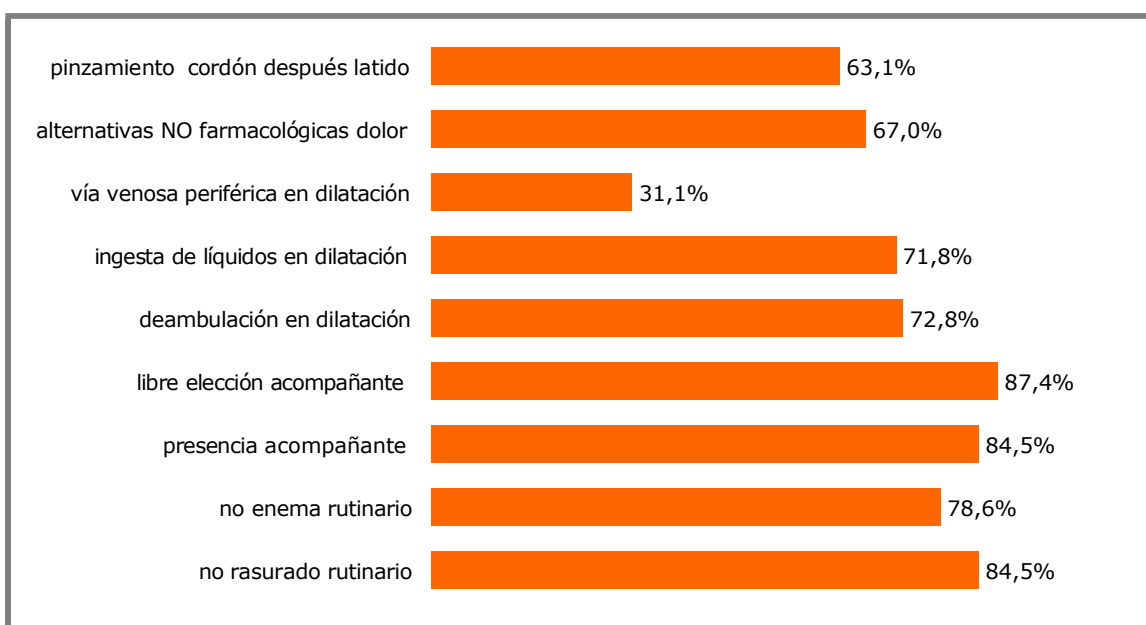
Se ofrecen a continuación las representaciones gráficas correspondientes a todos los indicadores, el global –área de cumplimiento- y el conjunto de los ítems considerados para evaluar este apartado de la Estrategia (cumplimiento de las recomendaciones en los protocolos de las maternidades hospitalarias).

⁹Las recomendaciones incluidas en el protocolo completo que hacen referencia a la atención al nacimiento y la lactancia serán analizadas posteriormente con más detalle en otros dos indicadores globales que valoran/analizan específicamente el contenido de los protocolos de contacto precoz y lactancia.

Área de cumplimiento que refleja los diferentes indicadores de la atención al **parto**:



Resultado de los indicadores de la atención al parto:



Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

9. PARTOS INSTRUMENTALES

Recomendaciones de la EAPN:

- Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del periodo expulsivo.
- En caso de estar indicado, se recomienda el uso de ventosa como primera opción, antes que la espátula o fórceps.
- Se deberán desarrollar programas de entrenamiento de profesionales.

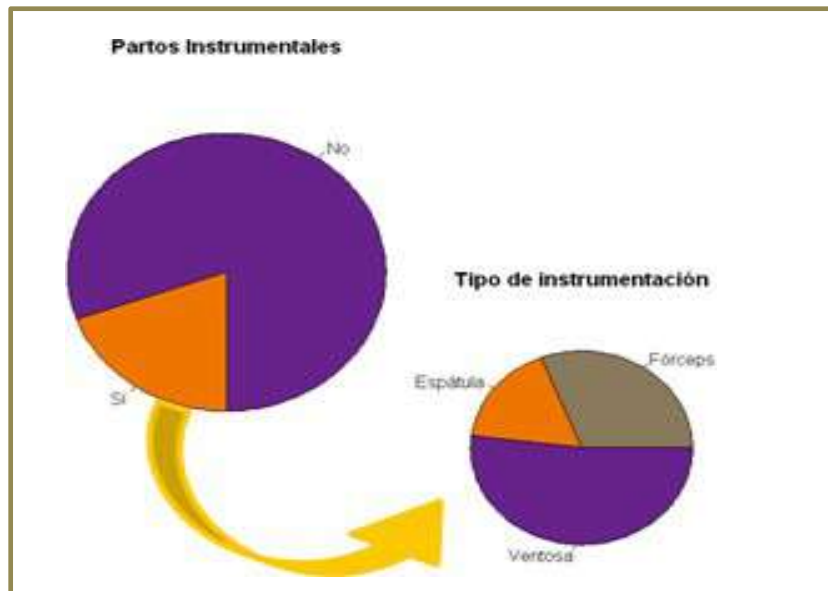
Justificación: La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias por patología, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías, la producción de desgarros, el dolor en el puerperio, el riesgo de lesiones del periné con secuelas a largo plazo y reduce las tasas de duración de lactancia materna. El uso de ventosa extractora reduce la probabilidad de morbilidad materna comparada con el uso de fórceps; por ello, siempre que se cumplan las condiciones de aplicación (indicación obstétrica) es el método recomendado como primera opción en parto instrumental.

Resultados: Además de utilizar el indicador de porcentaje de partos instrumentales, se han sumado otros tres indicadores de resultado que describen la distribución de las tres técnicas de partos instrumentales para mostrar de forma clara las rutinas de trabajo y la relación entre ventosa y fórceps. Los resultados son:

INDICADOR DE PROCESO Y RESULTADO	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ % de PARTOS INSTRUMENTALES	Historia Clínica	19.5%	<15%
■ % de PARTOS CON VENTOSA		10.2%	=<7%
■ % de PARTOS CON FÓRCEPS		6.1%	<5%
■ % de PARTOS CON ESPÁTULAS		3.2%	<5%

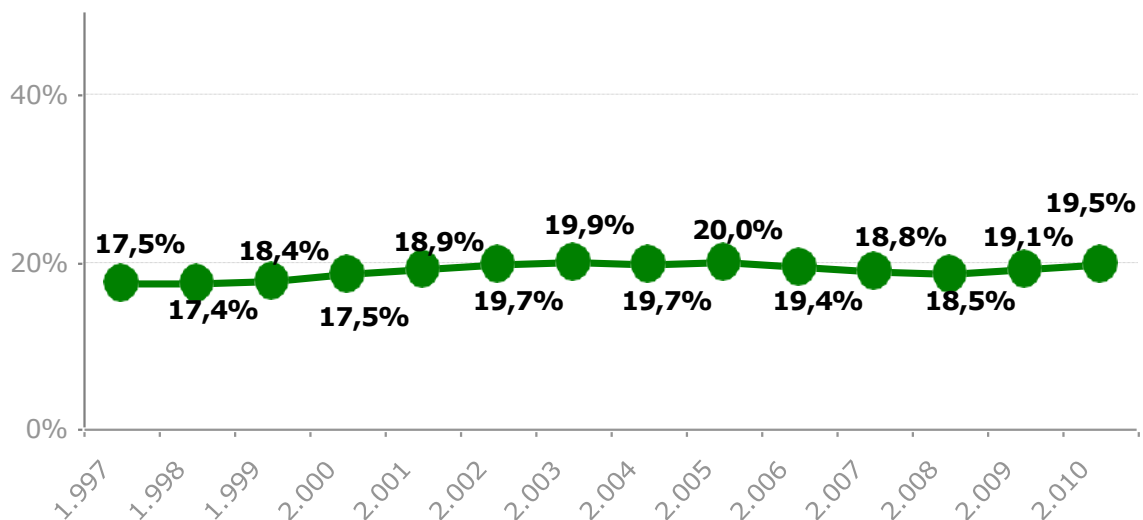
La prevalencia de partos instrumentales se sitúa en el **19.5%**, por encima del estándar recomendado. Los resultados de cada una de las instrumentalizaciones se encuentran en el intervalo de confianza, aunque superando ligeramente los estándares aceptados.

El resultado de utilización de cada una de las técnicas es de 10,2%, 6,1% y 3,2% para ventosa, fórceps y espátula respectivamente. La distribución de partos instrumentales, que muestra el siguiente gráfico, presenta una mejoría en cuanto a la disminución del porcentaje de fórceps a favor de un aumento en el uso de la ventosa, situándose el índice en 1.6 ventosas por cada fórceps.



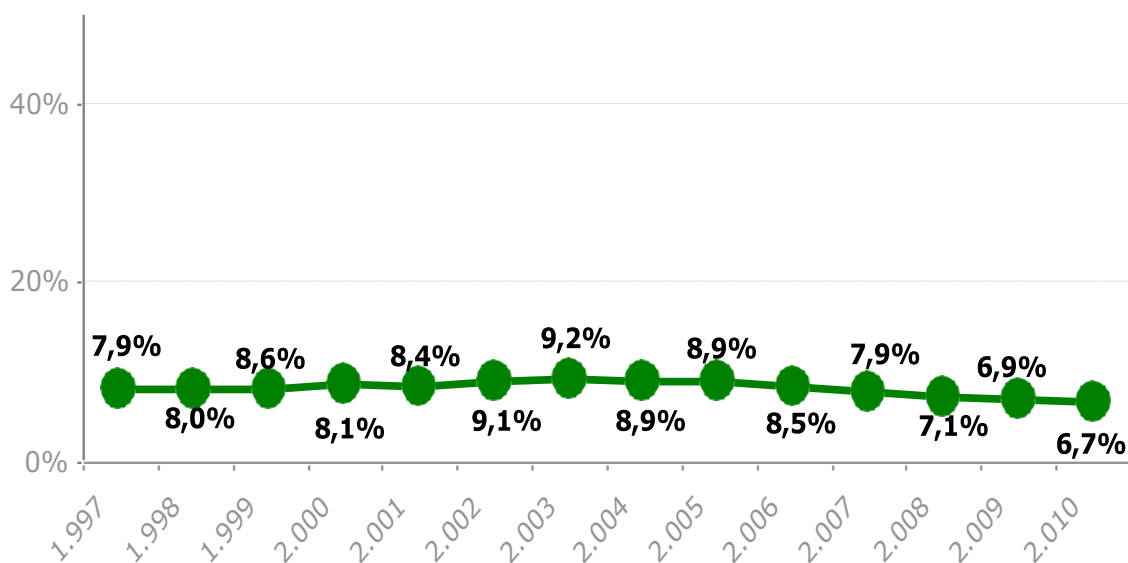
Con base en la información que proporciona el **CMBD**, para el porcentaje de partos instrumentales encontramos coincidencia en las dos fuentes, siendo dicho porcentaje también del **19,5% en el CMBD para 2010**. El siguiente gráfico muestra la evolución de este indicador desde 1997, permaneciendo más o menos estable en toda la serie.

INSTRUMENTALES (en %)

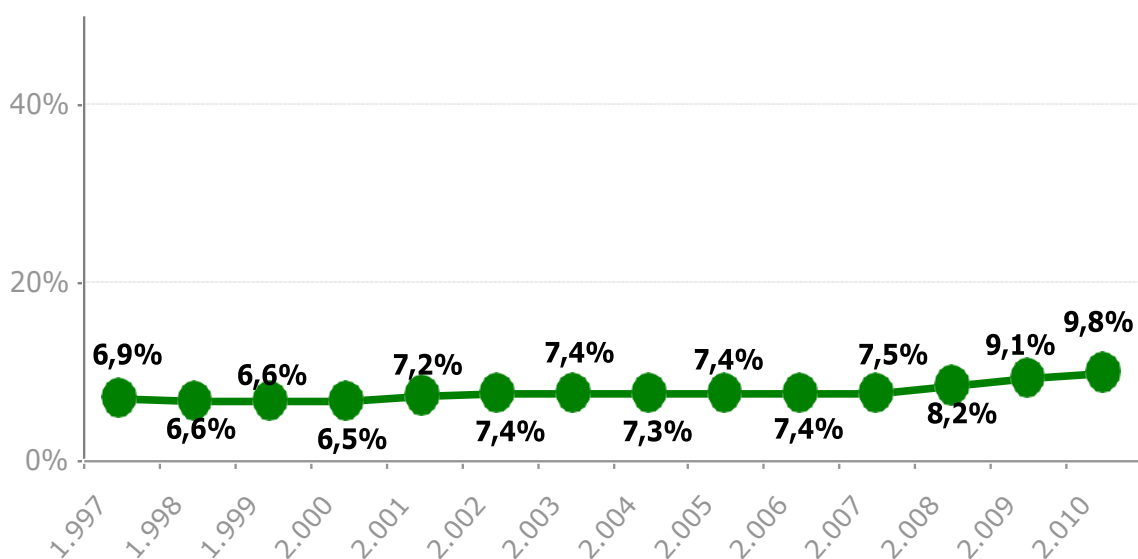


El CMBD ofrece información sobre la utilización de dos de estas técnicas: Fórceps y ventosa, y de nuevo ambas cifras son bastante coincidentes con los resultados del estudio: 6.7% para fórceps y 9.8% para ventosa, como muestran los siguientes gráficos.

FÓRCEPS (en %)



VENTOSA (en %)



La serie temporal muestra un incremento en el uso de ventosas desde el año 2008, que había sido sostenido en el tiempo, y explica el incremento general de partos instrumentales, aunque también se asocia a una disminución, aunque muy ligera, en el uso de fórceps. Este incremento del uso de ventosas coincide en el tiempo (año 2008) con la introducción en el mercado de ventosas desechables de fácil utilización, que probablemente haya favorecido su uso.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

10. CESÁREAS

Recomendaciones de la EAPN:

- Implementar programas para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de la variabilidad no justificada.
- Facilitar, salvo excepciones, la posibilidad de un parto vaginal después de cesárea.
- 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 del recién nacido sea con su madre.
- Investigar las causas del incremento de las tasas de cesárea y su variabilidad.

Justificación: La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de partos normales, con secuelas para la madre y la/el recién nacido. La tasa de cesáreas se considera un buen indicador de calidad de la atención materna y perinatal, siendo un 15% el nivel recomendado por la OMS. La EAPN señala que si bien existe dificultad para llegar a establecer una tasa estándar, sí es fácil reconocer la gran variabilidad existente en las tasas de cesáreas, incluso ajustadas por riesgo, lo que indica el gran margen de mejora existente. También señala que en la mayoría de los casos, es posible que las mujeres tengan partos vaginales tras cesárea permitiendo el inicio espontáneo del parto en estas mujeres. Con todo, en España el número de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.

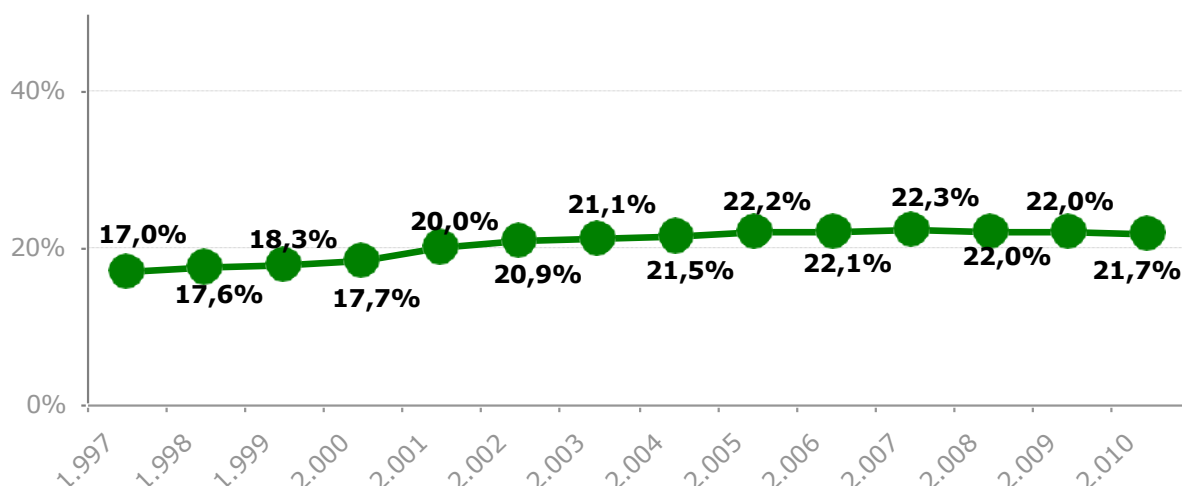
Resultados: Se incluyen dos indicadores relacionados con la práctica de la cesárea. Para el cálculo de la tasa de cesáreas se ha utilizado la base de datos completa del CMBD, con lo que finalmente se mide la tasa en la totalidad de la población de estudio y se incluyen tanto cesáreas urgentes como las programadas. Los resultados son:

INDICADOR DE PROCESO Y RESULTADO	FUENTE	RESULTADO	SD.
■ Tasa de CESÁREAS	CMBD	22.02%	<15%
■ % de PARTOS VAGINALES TRAS CESÁREA	Historias Clínicas	44.2%	60-80 %

Los resultados muestran una tasa del **22.02%**, que supone superar en 7 puntos el estándar propugnado por la OMS; dicha tasa se mantiene estable desde 2005, sin apenas diferencias respecto a los resultados de años anteriores, tal y como se muestra en el gráfico de la página siguiente.

Se trata de uno de los indicadores universales en la atención obstétrica que se evalúa en todos los centros y que desde siempre ha supuesto un reto, especialmente por su incremento constante en el periodo 1995-2005. En la actualidad continúa preocupando la dificultad existente para reducir la tasa mantenida desde 2005 y adecuarla al estándar, así como los motivos que llevan a la variabilidad existente entre centros; aspectos que requieren ser estudiados para mejorar la toma de decisiones médicas y conocer también los factores no clínicos que pudieran estar influyendo en este resultado.

CESÁREAS (en %)



Por su parte, la prevalencia de partos vaginales tras cesárea previa está en un **42%**, algo lejos del estándar esperado 60–80%. Queda, por tanto, un amplio margen de mejora que habrá que compaginar con los resultados de la tasa de cesáreas y revisar sus indicaciones y el cumplimiento de los protocolos vigentes.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

11. CONTACTO PRECOZ MADRE-CRIATURA RECIÉN NACIDA

Recomendaciones de la EAPN:

- Inmediatamente tras el parto vaginal o por cesárea, la/el recién nacido se colocará piel con piel en el pecho o abdomen de la madre al menos durante 70 minutos, permaneciendo juntos y posponiendo los procedimientos excepto la identificación y el test de Apgar, siempre que el estado de salud de ambos lo permita.
- Posponer las prácticas profilácticas y realizar en presencia de las madres y padres. No realizar maniobras rutinarias.
- Informar a las madres de las ventajas del contacto piel con piel.
- Favorecer la erradicación de las salas nido.
- Estimular el método madre-canguro.
- Trabajar con grupos de apoyo.

Justificación: Las dos primeras horas después del nacimiento es el llamado periodo sensitivo (alerta tranquila) provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto. El contacto inmediato piel con piel de la/el recién nacido con su madre tiene múltiples efectos beneficiosos para ambos. Facilita reconocer el olor materno, establecer el vínculo, la lactancia y la adaptación a la vida extrauterina. Se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, aumentando la frecuencia de tomas con éxito. Para la madre facilita la disminución del tamaño uterino por secreción de oxitocina y evita experiencias emocionales negativas.

Resultados: Se incluyen diferentes indicadores de estructura que tratan de valorar en qué medida dichas recomendaciones se recogen en los Protocolos, y también un indicador de proceso y resultado obtenido mediante la encuesta directa a las madres, con los siguientes resultados:

INDICADOR DE ESTRUCTURA	FUENTE: Revisión de Protocolos	
INDICADOR	RESULTADO	SD.
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de INFORMAR A LAS MADRES sobre las ventajas del contacto piel con piel	74.8%	100
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de PIEL CON PIEL en las condiciones especificadas	67.0%	100
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de SÓLO REALIZAR IDENTIFICACIÓN Y TEST DE APGAR en los primeros 70 minutos.	67.0%	100
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de POSPONER LAS PRÁCTICAS DE PROFILAXIS ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar el contacto precoz, EN PRESENCIA DE LAS MADRES Y PADRES, y tras su consentimiento	59.2%	100
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de NO REALIZAR DE FORMA RUTINARIA EL PASO DE SONDAS (sonda orogástrica, de fosas nasales, sonda rectal, aspiración de secreciones, lavado gástrico).	69.9%	100
■ % de Protocolos de contacto precoz que incluyen la recomendación de ESTIMULAR EL MÉTODO MADRE-CANGURO, EL CONTACTO PIEL CON PIEL DE MADRES Y PADRES y su colaboración en los cuidados.	62.1%	100
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de favorecer la ERRADICACIÓN DE LAS SALAS-NIDO en los hospitales.	68%	100
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de trabajar con GRUPOS DE APOYO madre a madre que faciliten las buenas prácticas en materia de contacto precoz	56.3%	100
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de realizar CONTACTO PRECOZ MADRE-RN TAMBIÉN EN CASO DE CESÁREAS	47.6%	100

La recomendación que se contempla en mayor medida en los protocolos (**74,8%**) es la de *“Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel”*; cifra inferior del estándar esperado (incluir esta recomendación en la totalidad de los protocolos). Pero llama aún más la atención que sólo el **67%** de los protocolos incluyen la recomendación de *“Colocar al recién nacido/a inmediatamente tras el parto, piel con piel, sobre el abdomen de la madre ininterrumpidamente durante al menos 70 minutos”*. Es decir, los protocolos incluyen en un porcentaje superior informar a las madres de las ventajas del contacto precoz piel con piel, que la indicación de hacerlo.

Durante este periodo sensitivo o de alerta tranquila del recién nacido/a (los primeros 70 minutos) se recomienda sólo realizar dos procedimientos: *Identificación y Test de Apgar*, y así lo recogen sólo el **67%** de los protocolos, no el 100%. Y *posponer las demás prácticas*

profilácticas una vez pasado este tiempo, y realizarlas en presencia de la madre y padre, con su consentimiento, queda recogido en menos del 60% de los protocolos.

Algo más de presencia tiene no realizar de forma rutinaria el paso de sondas y aspiraciones, que se contempla casi en el **70%**. Con todo, resulta necesario insistir en la importancia de que se incluyan estas recomendaciones en el 100% de los protocolos.

El **62,1%** de los protocolos analizados incluyen una recomendación relacionada con la estimulación del método madre-canguro y el contacto piel con piel, así como la colaboración de los padres en sus cuidados; Casi diez puntos por debajo de este porcentaje se sitúa la recomendación específicamente referida a la participación del padre en el contacto piel con piel en caso que el estado de salud de la madre no lo permita, recomendación que solamente incluye el 62% de los protocolos de atención. En ambos casos, los resultados que se alejan del estándar de cumplimiento marcado para estos dos indicadores.

Casi el **70%** de los protocolos analizados incluyen una recomendación relacionada con la paulatina erradicación de las salas nido en los hospitales; un resultado que si bien sigue estando distante del estándar, ocupa el tercer lugar en cuanto cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN.

En cuanto a trabajar con grupos de apoyo madre a madre que faciliten buenas prácticas, sólo el **56,3%** de los protocolos analizados incluyen esta recomendación; uno de los resultados que se sitúa a mayor distancia del valor deseable.

La recomendación que menos eco tiene en los protocolos analizados es la que hace referencia al contacto precoz madre-recién nacido/a en los partos por cesárea, algo menos de la mitad de los protocolos analizados la incluyen, lo que apunta claramente a un aspecto sobre el que incidir en el futuro.

Además de los indicadores de estructura, la evaluación incluye un indicador de proceso y resultado relativo al porcentaje de madres que, en la encuesta realizada para el estudio, respondieron positivamente a la pregunta de si habían realizado contacto precoz piel con piel con su bebé. Podemos ver el resultado en el siguiente cuadro:

INDICADOR DE PROCESO/RESULTADO	FUENTE: Encuesta a mujeres		
INDICADOR	RESULTADO	I.C.	SD.
■ % de mujeres encuestadas que afirman que colocaron a RN en estrecho contacto PIEL CON PIEL, al menos 1 hora.	50.2%	47.4 – 53.0	≥80%

Se comprueba que la actuación asistencial no se corresponde con la recomendación de la estrategia; el **50%** de las madres afirman haber realizado contacto precoz, un resultado que aleja la práctica clínica del estándar recomendado (mayor o igual al 80% de los partos).

Resulta interesante comparar este resultado –50% en la práctica “real”- con el obtenido a partir de la revisión de los protocolos, que se sitúa en torno al 67%. Si bien no se puede

establecer una relación directa entre una cifra y otra, resulta interesante contrastar los resultados obtenidos por ambas vías. Las recomendaciones relativas al contacto precoz parecen haberse incorporado con (relativa) mayor facilidad a los protocolos, estando todavía lejos de verse reflejada en la práctica clínica.

En este sentido, es conveniente señalar y suponer que la práctica clínica ha de ser coherente –o aproximarse lo más posible– a los documentos que las protocolizan.

Conviene hacer una aclaración para más información en materia de contacto precoz. Para la encuesta realizada se entendió que –salvo determinadas situaciones clínicas– la cesárea no es motivo de exclusión, por lo que el resultado de este indicador incluye también las respuestas de las mujeres que tuvieron partos por cesárea. Si relacionamos estos datos con el correspondiente al cuadro anterior (piel con piel en cesáreas) encontraremos un posible factor –entre otros– explicativo de esta cifra. Con independencia de que ello tenga mayor o menor peso en la explicación de la práctica clínica, habrá de ser en cualquier caso, un punto en el que incidir en sucesivos ciclos de implantación de la EAPN.

Por último, la evaluación incorpora un indicador de carácter global que considera el grado en que los protocolos incluyen *todas y cada una* de las recomendaciones relativas a los primeros cuidados tras el nacimiento que se han incluido en el análisis. El resultado obtenido es el que se especifica a continuación:

INDICADOR GLOBAL DE ESTRUCTURA	FUENTE: Revisión de Protocolos		
INDICADOR	RESULTADO	I.C.	SD.
■ % de Protocolos que INCLUYEN <i>TODAS LAS RECOMENDACIONES DE CONTACTO PRECOZ</i>	13.6%	7– 20.2%	100

El valor alcanzado por el indicador global es considerablemente más bajo que los que obtenemos atendiendo separadamente a cada una de las recomendaciones. Ello es lógico dado que este indicador mide el grado en que los protocolos incluyen *todas y cada una de* las recomendaciones consideradas, siendo el **13,6%** de los protocolos los que cumplen esta condición.

Conclusión

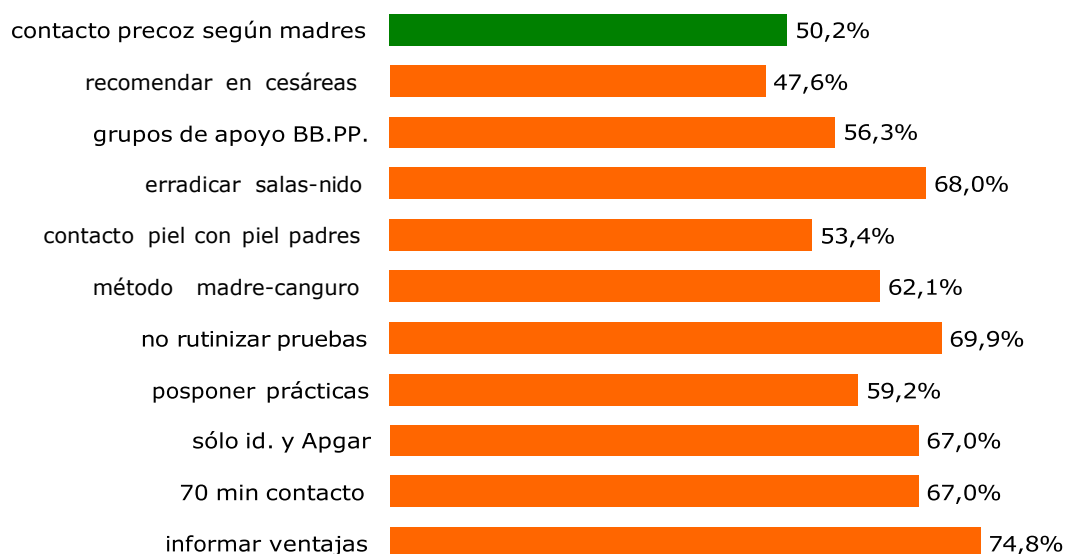
- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

Con objeto de completar este resumen, se ofrecen a continuación las representaciones gráficas correspondientes al global –área de cumplimiento– y al conjunto de los indicadores considerados para evaluar este apartado de la Estrategia.

Área de cumplimiento que refleja los diferentes indicadores relacionados con los primeros cuidados tras el **nacimiento**.



Resultado de los indicadores de cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN.



LEYENDA:

- Indicador de resultado (% de mujeres que afirman haber hecho el contacto piel con piel)
- Indicador de estructura (% de protocolos que incluyen esta recomendación)

12. ATENCIÓN POSTNATAL INMEDIATA. LACTANCIA

Recomendaciones de la EAPN:

- Abandonar los procedimientos injustificados (aspiraciones y paso de sondas)
- Retrasar la realización de pruebas y cribados que supongan separar al recién nacido/a de la madre.
- Promover prácticas eficientes de apoyo a la lactancia materna.
- Fomentar la puesta en marcha de bancos de leche de madre y la donación.
- Respetar la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten buenas prácticas en lactancia.

Justificación: El conjunto de recomendaciones relativas a la atención postnatal inmediata se basa en los estudios y revisiones existentes que indican los efectos beneficiosos de la lactancia materna para la criatura recién nacida y para la madre. Para la primera, se asocia a la reducción de otitis, gastroenteritis, infecciones respiratorias, dermatitis, asma, obesidad, diabetes, leucemia, enterocolitis y síndrome de muerte súbita. Para la madre, además de beneficios afectivos, psicológicos y del vínculo, se observa una reducción del riesgo de padecer diabetes, cáncer de mama y ovario. Sin embargo, la práctica clínica mantiene una serie de procedimientos que no contribuyen a facilitar a las mujeres las experiencias deseadas y los conocimientos suficientes para que se sientan seguras en el inicio del amamantamiento. La separación M-RN obstaculiza el desarrollo del instinto de amamantamiento.

Resultados: Para su evaluación, se ha optado por unos indicadores de estructura dirigidos a obtener información acerca si se incluyen las recomendaciones de la EAPN referidas a la lactancia. Siguiendo la lógica de presentación que articula el informe, a continuación se recogen los resultados obtenidos:

INDICADORES DE ESTRUCTURA		FUENTE: Revisión de Protocolos	
INDICADOR	RESULTADO	SD.	
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de RESPETAR LA DECISIÓN informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial	75.7%	100	
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de dar información adecuada y desarrollar HABILIDADES SOBRE LACTANCIA ARTIFICIAL a las madres que así lo decidan	71.8%		
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de INICIAR LA LACTANCIA MATERNA DURANTE LAS 2 PRIMERAS HORAS de vida de la/el recién nacido	88.3%		
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de trabajar con GRUPOS DE APOYO que faciliten las buenas prácticas en lactancia. Ejemplo: grupos de madres	65%		
■ % de Protocolos que incluyen la recomendación de facilitar 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	75.7%		

Los niveles de cumplimiento para las recomendaciones seleccionadas como “prácticas eficientes” para el apoyo a la lactancia, son en general altos, situándose en torno al **75%**. Así, la recomendación que con mayor frecuencia se incluye en los protocolos es la relativa al inicio precoz de la lactancia (**88.3%**) seguida a cierta distancia de la referida al respeto de la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial (casi el **76%**) y de la información adecuada y el desarrollo de habilidades sobre lactancia artificial a las madres que así lo decidan. Por debajo de la media de cumplimiento se sitúa la recomendación de trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas en lactancia, que es incluida en los protocolos en un 65% de los casos.

Casi el **76%** de los protocolos analizados incluyen una recomendación relacionada con dar facilidades a las madres para la extracción, conservación y mantenimiento para la administración al RN de su leche; un resultado que si bien sigue estando algo distante del estándar, se sitúa próximo al promedio de cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN relativas a la lactancia.

Por último, la evaluación incorpora un indicador de carácter global que considera el grado en que los protocolos incluyen *todas y cada* una de las recomendaciones relativas a la lactancia que se han incluido en el análisis. El resultado obtenido es el que se especifica a continuación:

INDICADOR GLOBAL DE ESTRUCTURA		FUENTE: Revisión de Protocolos		
INDICADOR		RESULTADO	I.C.	SD.
■ % de Protocolos que INCLUYEN <i>TODAS</i> LAS RECOMENDACIONES RELATIVAS A LACTANCIA		50.5%	40.8 – 60.1	100

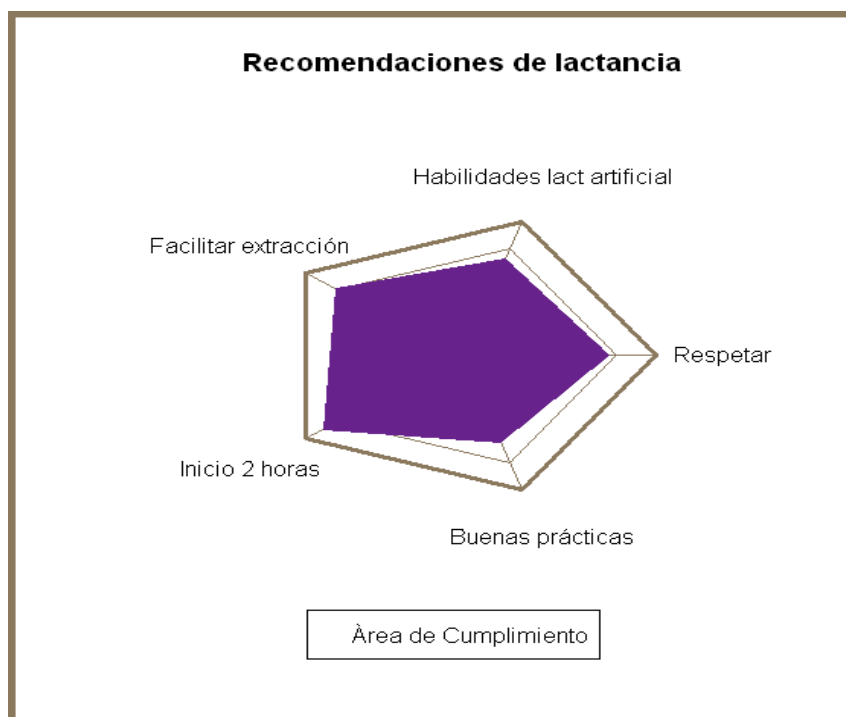
Como puede verse en el cuadro, al igual que en el caso de las otras líneas de la EAPN medidas a través de indicadores de estructura, el valor alcanzado por el indicador global de cumplimiento de las recomendaciones relativas a lactancia, es considerablemente más bajo que los que obtenemos atendiendo a cada una de ellas por separado. Sin embargo, en este caso, la diferencia entre uno y los otros no es tan grande, y el global alcanza una cifra de cumplimiento en torno a algo más del 50%; es decir, algo más de la mitad de los protocolos de atención al parto incluyen todas las recomendaciones relativas a la lactancia. Tratándose de un indicador “compuesto”, es más fácil alcanzar cifras altas cuanto menos “condiciones” de cumplimiento se consideren; Así, en el caso del contacto piel con piel, el indicador se construía basándose en 10 condiciones, mientras que el de lactancia considera la mitad, 5 recomendaciones.

Conclusión

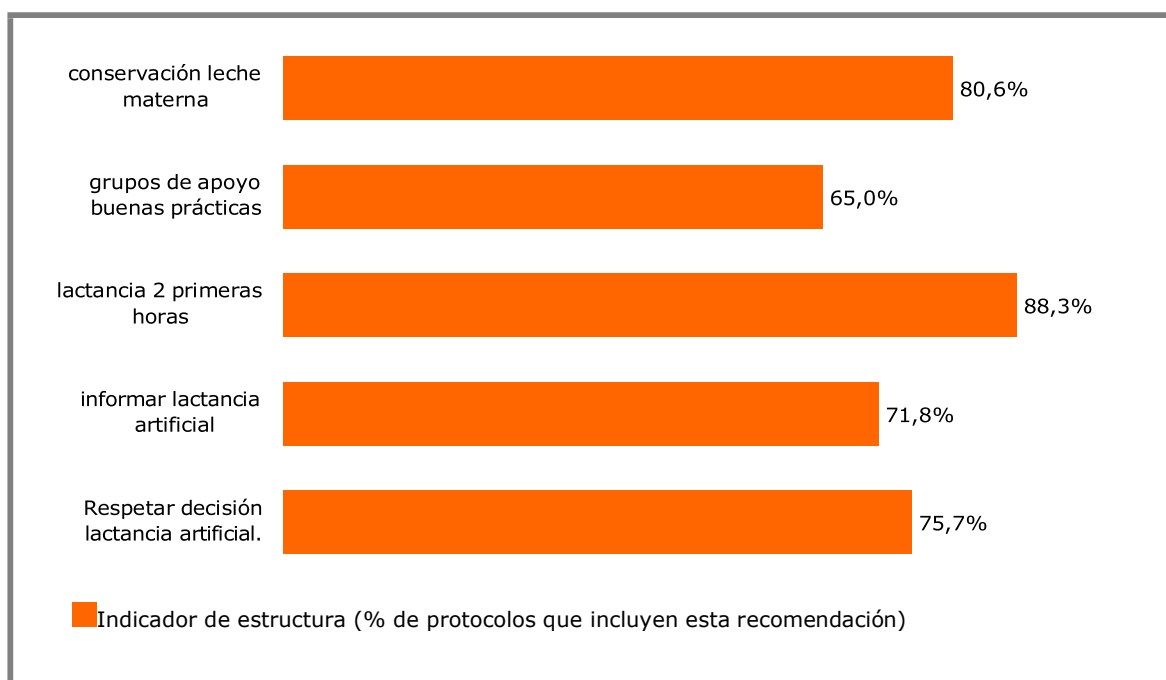
- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

Se ofrecen a continuación las representaciones gráficas correspondientes a los indicadores, el global –área de cumplimiento- y el conjunto de los considerados para evaluar este apartado de la EAPN.

Área de cumplimiento que refleja los diferentes indicadores relacionados con la **lactancia**.



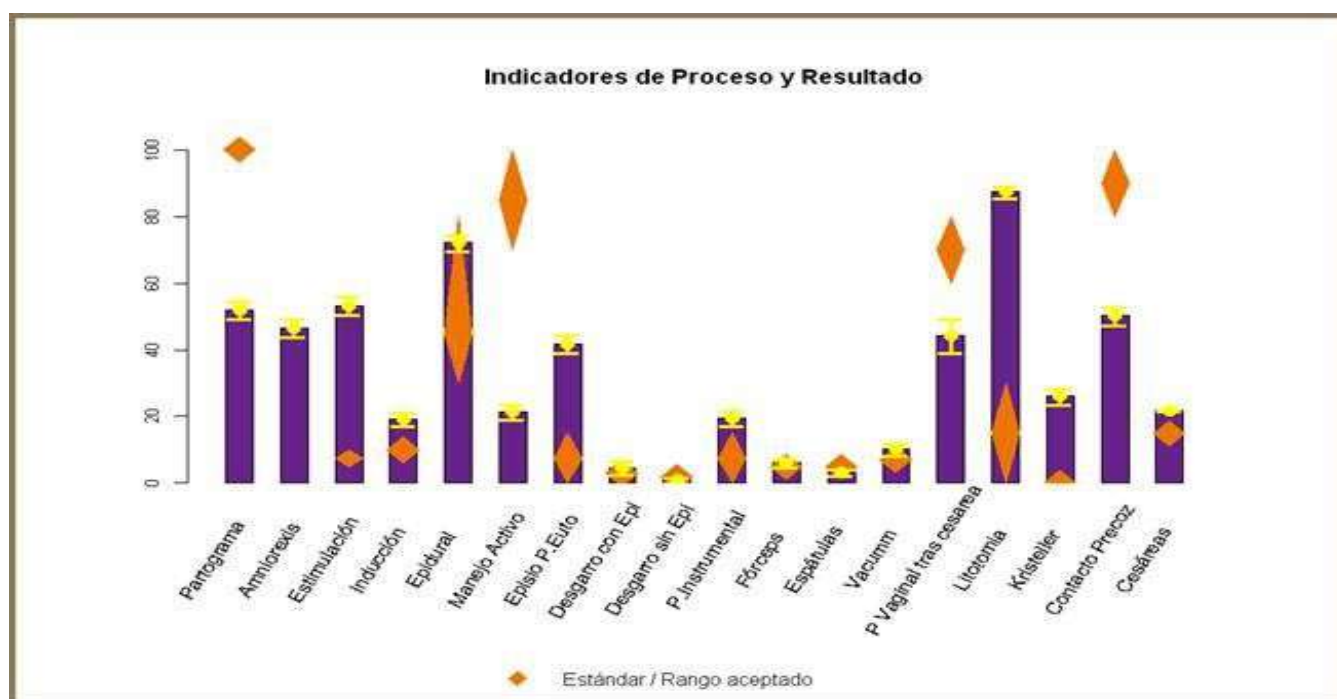
Resultado de los indicadores de cumplimiento en lactancia.



Para finalizar este III capítulo correspondiente a la Línea Estratégica 1 (prácticas clínicas), presentamos **como resumen** en el siguiente gráfico, los resultados relacionados con los indicadores de estructura (**revisión de protocolos**) representados en las columnas de color azul, y **el margen de mejora** que constituye el espacio hasta llegar a los estándares establecidos (rombos de color naranja).



Igualmente, el gráfico a continuación muestra la representación de los indicadores de proceso y resultado (**prácticas clínicas realizadas**) y su relación con el estándar establecido para cada una de ellas. Puede observarse que once de ellas se realizan en exceso sobrepasando ampliamente el estándar, principalmente: Litotomía, Kristeller, Estimulación, Episiotomía, Amniotomía). Y son cuatro (contacto precoz piel con piel, parto vaginal tras cesárea, manejo activo del alumbramiento y partograma), las que se realizan muy por debajo del estándar deseado. En todas ellas (a excepción del indicador de desgarros sin episiotomías que cumple el estándar) **se observa un amplio margen de mejora**.



IV. OTRA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Para acompañar los resultados del estudio de evaluación de la Línea Estratégica 1 (Prácticas clínicas) mostrados en el capítulo anterior, y poder ofrecer **información acerca de las Líneas Estratégicas 2, 3 y 4 que contempla la EAPN**, (Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones; Formación de profesionales de la medicina y enfermería; e Investigación, innovación y difusión de buenas prácticas) se elaboraron sendos cuestionarios para ser cumplimentados por las personas representantes de las CCAA que integran el Comité Institucional.

La información aquí recogida es meramente **descriptiva** y corresponde a la obtenida de 10 de las 17 CCAA: Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Extremadura, Galicia, Murcia, País Vasco, La Rioja y Comunidad Valenciana. Es por tanto una información de carácter cualitativo que muestra el amplio espectro de acciones que se han desarrollado en el marco de la EAPN, aportando las prioridades y necesidades detectadas, para ofrecer una visión global de la implantación de la EAPN.

Línea Estratégica 2:

"Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones"

Recomendaciones EAPN: *(Se resume en 8 las 17 que indica la Estrategia)*

- Garantizar el acceso y comprensión de las mujeres, de la información basada en la evidencia.
- Desarrollar programas de educación sanitaria que propicien la participación activa en el proceso, y el conocimiento de las embarazadas y sus parejas.
- Dar a conocer experiencias positivas de parto no medicalizado (vídeos, testimonios, etc.).
- Establecer mecanismos para garantizar a todas las usuarias hacer uso de su derecho a tomar decisiones en pleno conocimiento de los riesgos y beneficios.
- Respetar las decisiones que tome la mujer (plan de parto) dentro del marco de seguridad y calidad de la atención.
- Introducir mecanismos correctores de las barreras físicas, psíquicas, lingüísticas y culturales que dificultan la participación de las mujeres.
- Facilitar la colaboración de asociaciones y grupos de apoyo madre a madre.
- Comprometer a las y los profesionales a capacitar a la ciudadanía.

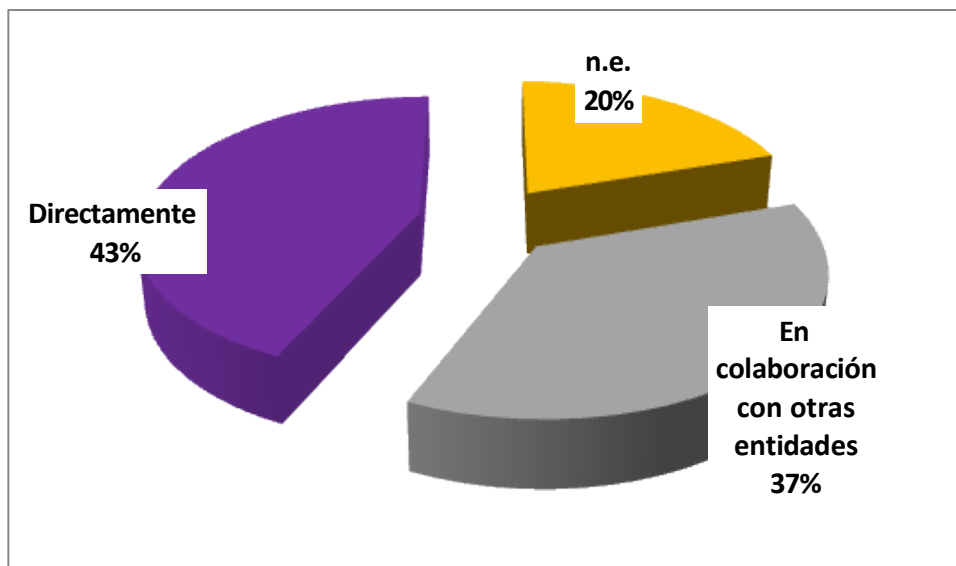
No es posible ofrecer una cuantificación del número de maternidades que incluyen en su protocolo las recomendaciones de la EAPN relacionada con esta Línea Estratégica; **indicador** que contempla la EAPN y que deberá considerarse en el próximo proceso evaluativo.

La información obtenida de los cuestionarios muestra una gran variabilidad de respuestas y de actividades realizadas para promover la participación de las mujeres en el proceso y la sensibilización general. Se ha hecho una clasificación en función del objetivo y tipo de actividad que mencionan, destacando la realización de:

- ✚ Charlas–coloquio sobre la EAPN: beneficios de un parto normal, la lactancia materna, el empoderamiento de la mujer, la toma de decisiones y la corresponsabilidad paterna.

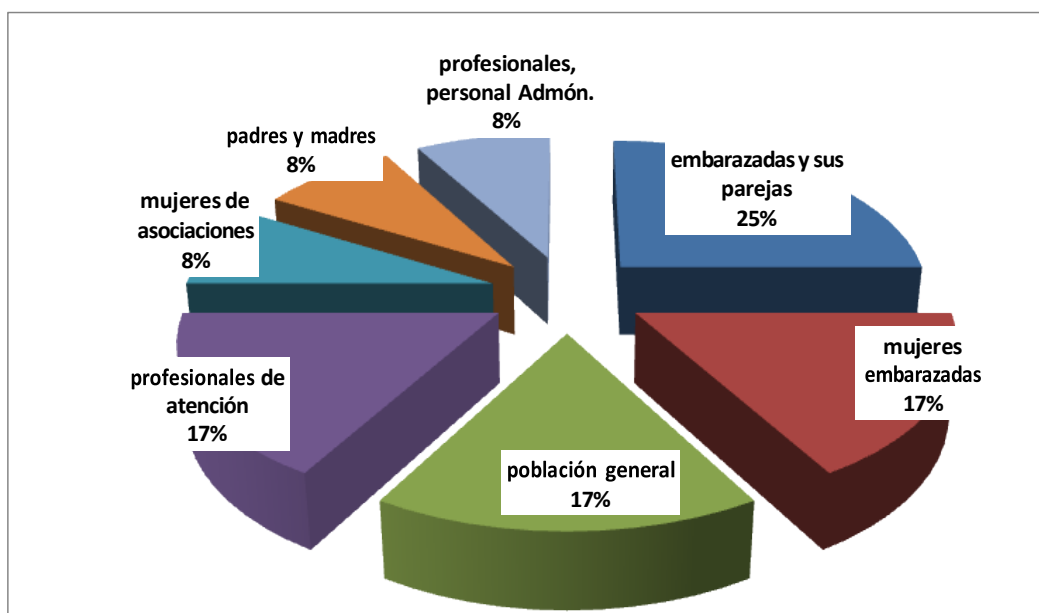
- ✚ Inclusión de la Preparación a la Maternidad y Paternidad en el seguimiento al embarazo desde Atención Primaria a las mujeres embarazadas y sus parejas.
- ✚ Visitas a la maternidad, -sus dependencias y organización, previas al parto.
- ✚ Coordinación entre atención primaria y hospitalaria para facilitar la continuidad del proceso y consensuar los Planes de Parto y Nacimiento que se ofrecen a las mujeres.
- ✚ Inclusión del Plan de Parto y Nacimiento en la Cartilla Maternal elaborado con la matrona en el último trimestre del embarazo, que se entrega a las mujeres para que lo presenten en el hospital.
- ✚ Cursos de atención a la maternidad, la paternidad y la crianza: aprendizaje y reciclaje tanto para parejas como para profesionales sanitarios que se dedican a la atención perinatal.
- ✚ Sesiones didácticas de educación maternal con presentaciones PowerPoint y vídeos; desarrollo de diversas actividades a nivel local en hospitales y centros de salud.
- ✚ Material docente de ayuda a profesionales en el proceso de comunicación con la embarazada y pareja.
- ✚ Difusión de las recomendaciones de la EAPN y las Guías de Práctica Clínica en las Webs institucionales de las CCAA, en redes sociales y en prensa.
- ✚ Actividades de celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna (primera semana de octubre) y Semana Mundial del Parto Respetado (20-27 de mayo).
- ✚ Encuentros con madres y padres en Centros Cívicos, Casas de Cultura y Centros Joven. Trabajo con asociaciones de mujeres, grupos de apoyo a la lactancia, y colectivos con discapacidad.
- ✚ Concurso Anual de Fotografía sobre escenas de maternidad y lactancia.
- ✚ Jornadas informativas sobre: Salud Perinatal, Parto Normal, Lactancia, Guías de Práctica Clínica, Buenas Prácticas, Plan de Parto y Nacimiento.
- ✚ Foro libre de intercambio de experiencias de maternidad y paternidad.

En función de la entidad responsable que ha realizado estas **actividades de difusión**, se observa que son realizadas directamente por la administración sanitaria en un 43% y en colaboración con otras entidades en un 37%, haciendo alusión a la **importancia de la colaboración** con las organizaciones de mujeres que vienen promoviendo un parto y nacimiento respetados, como son "Vía Láctea", "El Parto es Nuestro", "Plataforma pro Derechos del Nacimiento", "La Liga de la Leche", "Red Activas", "Prematura", "Umamanita", "Fedalma", "Acpam", "Amamanta", "La Buena Leche" y otras asociaciones regionales o locales que vienen realizando una labor de acompañamiento a las mujeres y sus parejas, y de colaboración con las instituciones. Así se muestra en el siguiente gráfico:



En relación con las y los **profesionales que realizan estas actividades** informativas, destacan en primer lugar las matronas y enfermería, seguidas de pediatría.

Las actividades de difusión de la información han estado dirigidas principalmente a mujeres embarazadas y parejas, pero también a profesionales de la atención y la gestión, y a la población general, entendiendo que todos los sectores influyen y se interrelacionan para avanzar en el objetivo. El **perfil de personas destinatarias** de la información se muestra en el siguiente gráfico:

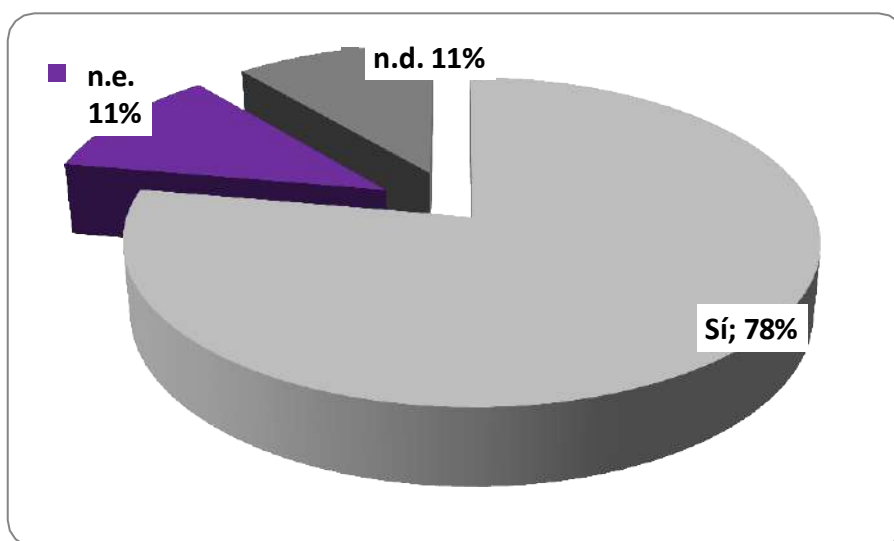


En este análisis de tipo descriptivo se ha observado que el mayor porcentaje de personas que han participado corresponde a mujeres (usuarias y profesionales).

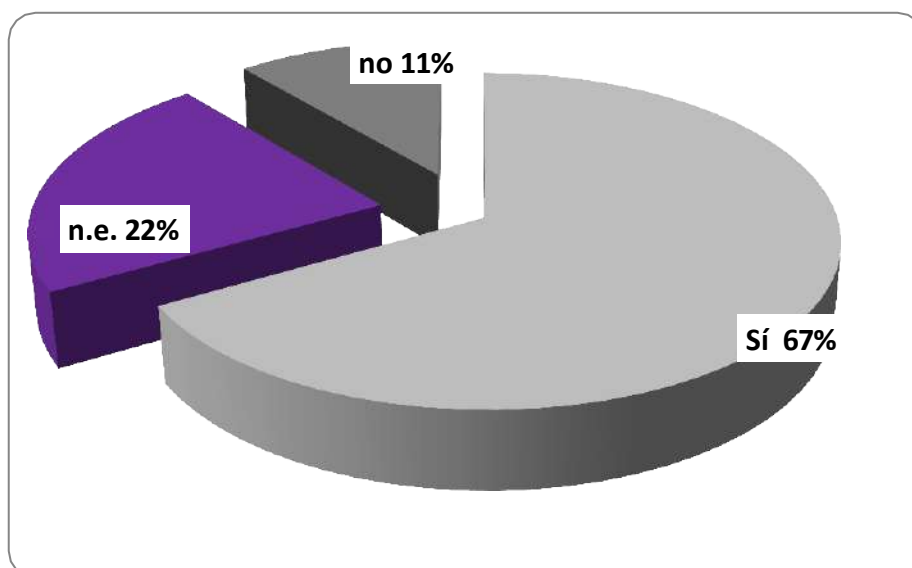
La difusión de la información se ha organizado y adaptado de formas diferente en cada Comunidad Autónoma. Según la información aportada se identifican por un lado, **actividades de difusión** con una periodicidad que va desde una al mes a una anual, y por otro lado la edición de **materiales divulgativos** como Folletos, Cuadernos divulgativos, Guías, Pictogramas, Plan de parto, DVDs, Libros, Hojas informativas, Cartelería y dípticos. Estos

materiales divulgativos tienen como población diana, en general, tanto a mujeres usuarias como a profesionales, con el objetivo de sensibilizar y concienciar a ambos sectores dada la estrecha relación existente. Aunque también algunos se dirigen específicamente a mujeres embarazadas y parejas, a profesionales, a matronas de atención primaria y a mujeres con movilidad reducida.

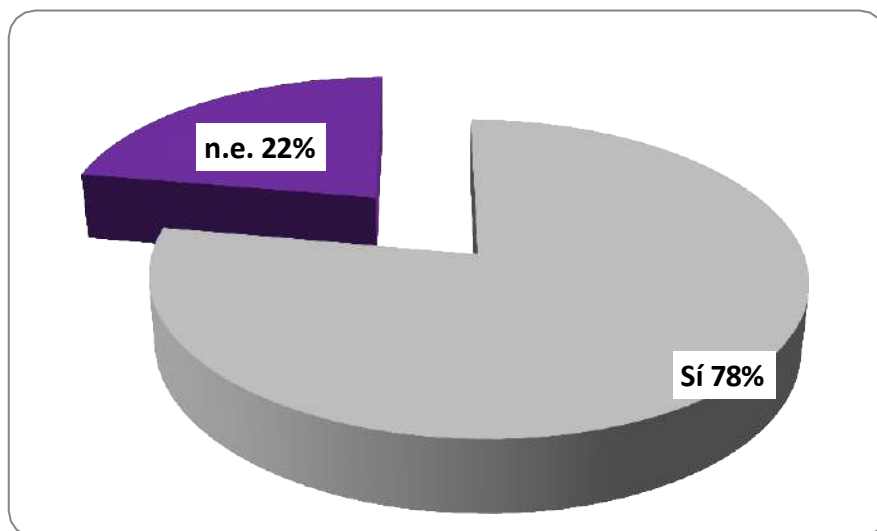
A la pregunta sobre la existencia de **instrumentos de recogida y análisis de la información** que permita cuantificar la participación de las mujeres, las respuestas se han enfocado en sentido amplio incluyendo todas las acciones relacionadas con la recogida y análisis de información, así como las que promueven la participación de las mujeres, con un resultado afirmativo en el **78%**, como vemos en el siguiente cuadro:



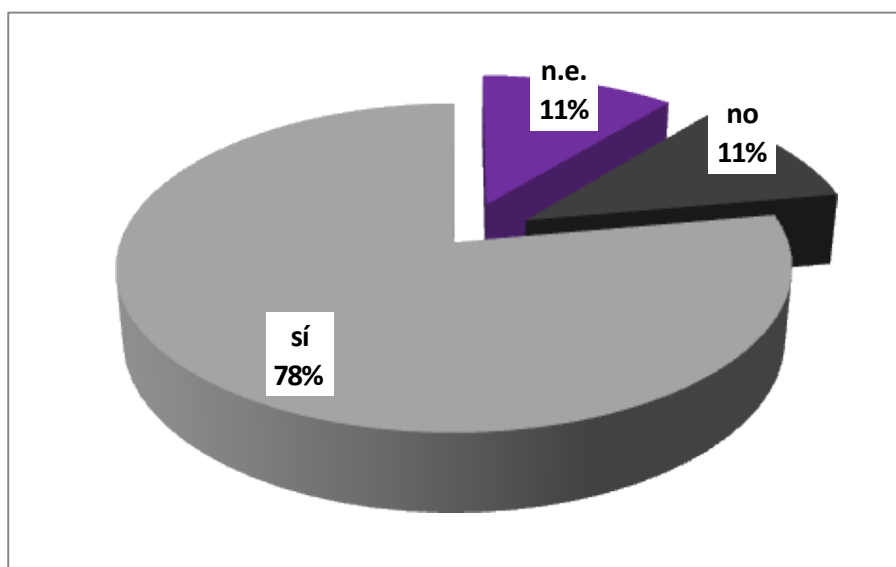
En relación con la pregunta sobre divulgación de **experiencias positivas de partos normales** no medicalizados, casi el **70%** de las CCAA lo contemplan entre sus actividades divulgativas. Esta recomendación de la EAPN es de gran interés, especialmente si se acompaña de imágenes y testimonios de mujeres que explican directamente su vivencia y lo que representó para ellas y para su hija/o; vemos la respuesta en el siguiente gráfico:



La respuesta afirmativa de las CCAA sobre la existencia de **mecanismos para superar posibles barreras** físicas, psíquicas, sensoriales o culturales es mayoritaria (el **78%**), como podemos ver en el siguiente gráfico. En algunos casos, se confirma la creación de consultas y paritorios totalmente adaptados para mujeres con discapacidad.



Las encuestas dirigidas a las mujeres para conocer el **grado de satisfacción** con la atención recibida en el parto, resulta una actividad contemplada en la mayoría (**78%**) de las CCAA que responden a los cuestionarios, como muestra el siguiente gráfico:

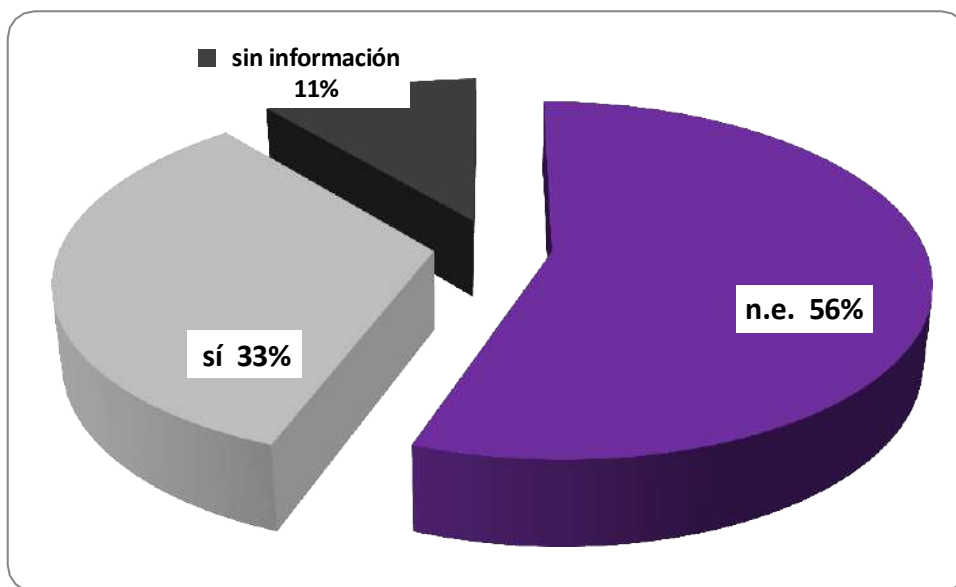


Estas encuestas suelen realizarse en las 24 o 48 horas tras el parto mientras las mujeres se encuentran hospitalizadas y el resultado es, en general, que valoran como adecuada la atención recibida. No obstante, parece una opinión generalizada, que las respuestas de las mujeres a una encuesta realizada en un momento tan cercano al parto tienen un importante sesgo al estar mediatizado por las emociones de tener a su hijo/a, -lo único importante en esos momentos-, que deja en un plano muy secundario el interés de su opinión en la experiencia vivida. También se cuestiona el lugar en el que se realiza, el diseño y el contenido de las encuestas.

En algún caso se han realizado estudios a nivel de toda la CA que incluyen preguntas sobre todo el proceso (embarazo, parto, puerperio) realizadas dentro del primer año desde la fecha del parto, que muestran resultados de buen nivel de satisfacción. Estas diferencias metodológicas sobre **cuándo, dónde y qué** se pregunta a las mujeres sobre la satisfacción relacionada con la atención recibida tiene interés como propuesta de investigación para conocer la herramienta más adecuada que permita obtener esta valiosa información procedente de las mujeres usuarias, que sirva de autoevaluación de profesiones y mejora de los servicios.

En cuanto a la **disponibilidad de recursos para abordar las diferentes alternativas** elegidas por las mujeres en la atención al parto, todas las CCAA que respondieron a los cuestionarios lo hacen afirmativamente (100%). No obstante, hay que añadir que resulta sólo orientativa ya que incluyen recursos de muy diversa magnitud; por ejemplo figuran desde extractores de leche hasta todo un proyecto de adecuación de infraestructuras. La pregunta estaba más orientada a conocer la disponibilidad de recursos para respetar la distintas posiciones elegidas por la mujer en el parto; es decir, se buscaba explicar los motivos por los que **un 87,4% de las mujeres siguen permaneciendo** durante la dilatación y el parto **en posición de litotomía**, la menos aconsejada para favorecer la fisiología del trabajo de parto y evitar desgarros. Éste es un aspecto principal en el que se debe incidir para obtener la información y mejorar la atención.

Respecto a la realización de **acciones específicas para el empoderamiento de las mujeres**, sólo un tercio de las respuestas (**33%**) son afirmativas. La mayoría no especifica (56%) y carecen de información el 11%, como muestra el siguiente gráfico:



En este punto de especial importancia que señala la EAPN, no se ha conseguido identificar una gama de acciones innovadoras para el empoderamiento de las mujeres, como se esperaba. La mayoría de las respuestas no especifican (**56%**) y aluden en general a las actividades más habituales relacionadas con la información y la educación. No obstante en las respuestas se identifican cuatro actividades que se consideran de gran utilidad:

- Promover la toma de decisiones durante todo el proceso, facilitando la formación e información que cada mujer precise para ello en cada momento, buscando su implicación y protagonismo.
- Sistematizar una charla informativa en el último trimestre con la embarazada y la pareja para elaborar el Plan de Parto; conversar en la consulta de la matrona para resolver dudas y poder firmarlo; e incorporarlo a la historia clínica para que esté a disposición de todas/os los profesionales que atienden a la mujer en el parto.
- Facilitar la visita a la maternidad explicando los servicios y la organización: el equipo profesional, los espacios, la continuidad asistencial, etc.
- Ofrecer transparencia en la información relativa a indicadores de atención a la salud perinatal, de modo accesible en sitio Web institucional.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

Línea Estratégica 3

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

Recomendaciones EAPN:

- Desarrollar en sus aspectos teóricos y prácticos, la formación en conocimientos y habilidades de las y los profesionales de la medicina y la enfermería relacionados con lo recogido en la EAPN, tanto durante la formación de especialistas (EIR y MIR) como continuada.
- Facilitar la formación de formadores/as.
- Capacitar al personal sanitario para mejorar la comunicación con las mujeres, y compartir decisiones y responsabilidades.
- 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.

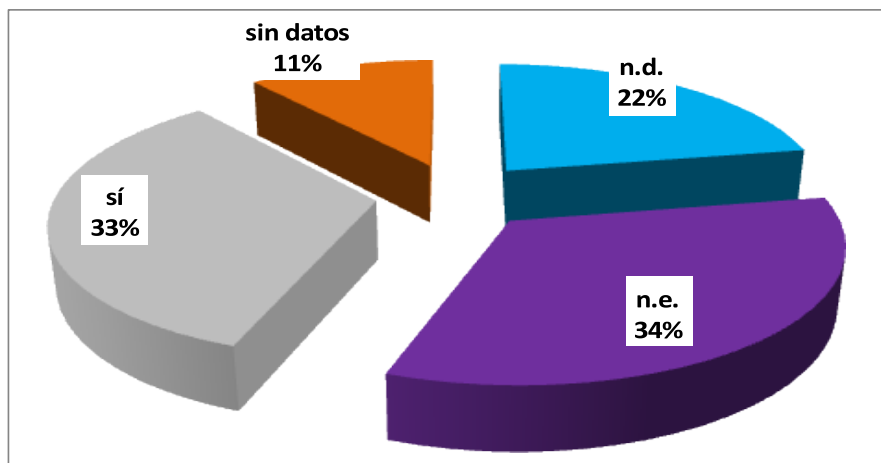
En este punto **se observa un gran esfuerzo realizado por todas las CCAA**, entendiendo que la formación de profesionales es la clave para mejorar la atención: actualizar conocimientos y abandonar las prácticas que se realizan de forma rutinaria. Por limitaciones en concreción de la temporalidad y la temática, más que datos de tipo cuantitativo, la información aportada por los cuestionarios resulta de gran interés en general.

En este punto también se observa una gran variabilidad entre CCAA, tanto en el **número de cursos** como de asistentes; así, en alguna CA se han realizado más de 140 cursos y en otra no se superan los 10. El número total de alumnos en una CA es de 3.523 mientras que otra CA presenta el mínimo de 259. Algunas CCAA no desagregan los datos por sexo, exigencia de debiera tenerse en cuenta en futuras evaluaciones.

En cuanto al **perfil profesional** de las personas asistentes a cursos de formación continuada en esta materia, son las matronas las que asisten en mayor número (el 40%), seguidas de pediatras (19%), de enfermería (14%), obstetras (13%), de médicos/as de familia (8%) y otros profesionales el 6% (fisioterapeutas, trabajadoras sociales y monitoras de lactancia). Estos porcentajes dan respuesta a dos de los cuatro **indicadores** que contempla la EAPN (Porcentaje de obstetras del SNS que han participado en cursos de actualización en atención al parto normal; y lo mismo referido al Porcentaje de matronas).

En relación con cursos de **formación continuada**, no ha sido posible cuantificar el número de cursos en esta materia como contempla el **indicador** de la EAPN, pero sí se ha obtenido información en cuanto al porcentaje y la duración en horas de los mismos: la mayoría oscilan entre 20 y 40 horas que representan el 80% (40% cada uno) y también cursos de 6h en un porcentaje inferior (20%).

En respuesta al último **indicador** que contempla la EAPN sobre la inclusión de las recomendaciones de la EAPN en el Programa de **formación de especialistas MIR y EIR** de ginecología y obstetricia, obtenemos información afirmativa en un 33% de los cuestionarios, como puede verse en el siguiente gráfico:

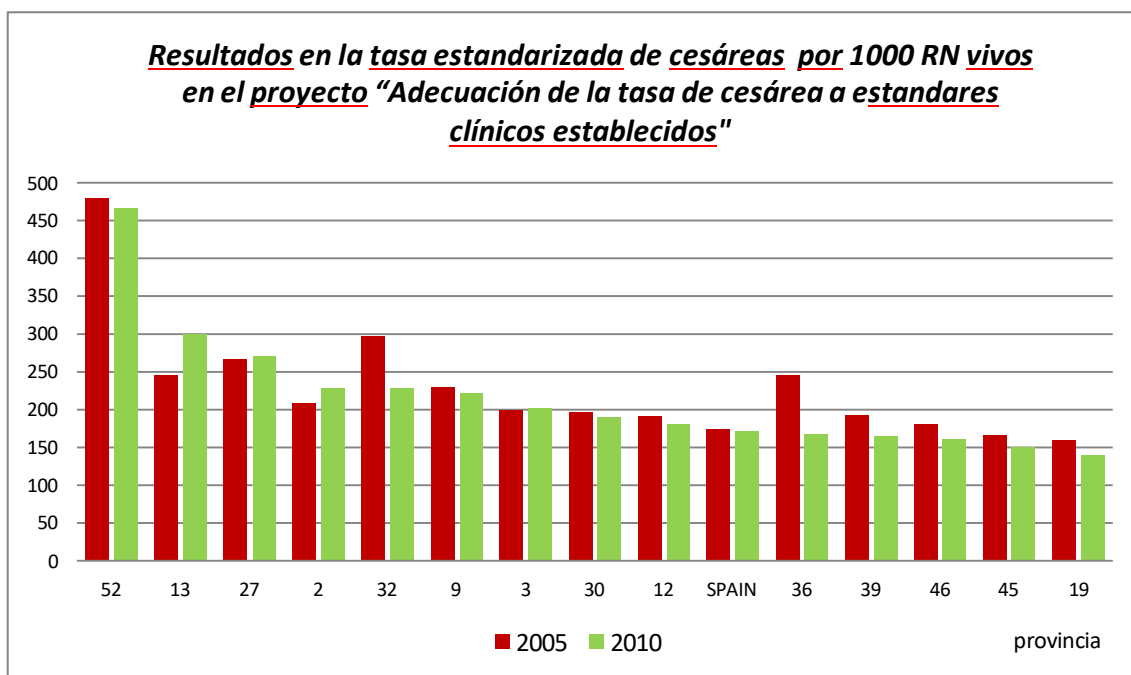


Es de destacar en este punto, el esfuerzo de **formación del Proyecto IHAN** (Iniciativa de Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), que convoca anualmente cursos para MIR de pediatría y de obstetricia de todas las CCAA, en los que colabora financieramente el MSSSI; además del esfuerzo que realizan en la formación y asesoramiento a hospitales y centros de salud para lograr los “10 pasos para una lactancia feliz” y otorgar el reconocimiento internacional IHAN, tras la evaluación externa según los criterios establecidos por la OMS y UNICEF.

En cuanto a cursos de **formación de formadores/as** hay que señalar la importancia del Programa Formativo de la EAPN que organiza el MSSSI compuesto por un Seminario Intensivo y Talleres Monográficos anuales en los que participan tres profesionales de cada una de las CCAA (matrona, obstetra y pediatra, preferentemente), para reproducir los conocimientos adquiridos en sus respectivos territorios y así multiplicar la acción formativa. En su desarrollo se han ido identificando y compartiendo buenas prácticas, como el proyecto de “Adecuación de la tasa de cesáreas”, el proyecto de “Unidades Neonatales con Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia”, la “Herramienta de transferencia para desarrollar la EAPN en población vulnerable”, además del proyecto IHAN antes citado. También se han abordado otras experiencias orientadas a respetar el proceso fisiológico y evitar la instrumentalización, como promover los métodos alternativos para el alivio del dolor, a conocer las técnicas de versión cefálica externa, las indicaciones de partos instrumentales y partos inducidos, la necesidad de protección del suelo pélvico y de aumentar el conocimiento sobre las consecuencias de prácticas desaconsejadas.

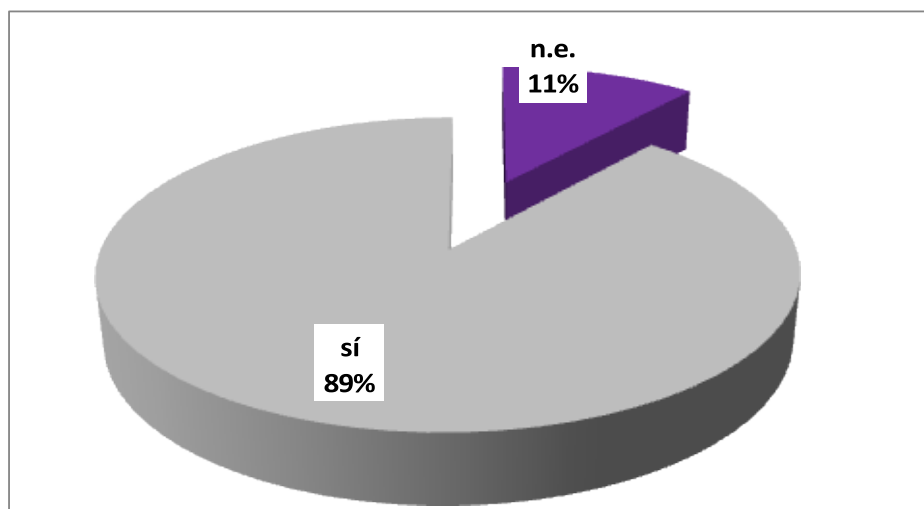
Como ejemplo, destacamos el impacto del proyecto **“Adecuación de la tasa de cesárea a estándares clínicos”** que venimos desarrollando en los últimos años. En el periodo 2010-2011 se realizó un estudio multicéntrico para analizar la adecuación de la indicación cesárea a estándares previamente definidos por un grupo de personas expertas. En la primera fase se incluyeron 41 hospitales públicos y está pendiente la realización de una segunda fase en el año 2013. Una de las principales conclusiones de este estudio ha sido el poner de manifiesto que la tasa de cesáreas disminuye cuando se realiza un registro, bien diario o bien semanal, de los procedimientos realizados con la revisión de cada uno de los casos a su adecuación al protocolo. Así, tras analizar las tasas de cesárea en las 14 provincias a las que pertenecían los hospitales

participantes en el proyecto, en 10 de ellas se ha evidenciado una disminución en este indicador, como muestra el siguiente gráfico:

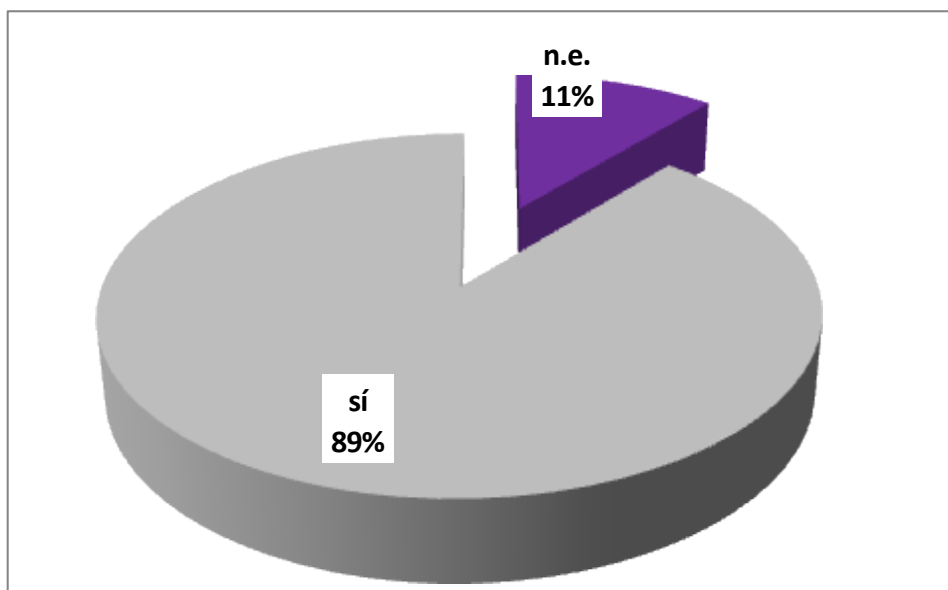


Las acciones de **formación práctica** dirigidas a profesionales para adquirir habilidades de atención al parto normal en las distintas posiciones maternas en el expulsivo, se han desarrollado en la totalidad de las CCAA (100%), mediante: cursos de anatomía para el movimiento y preparación al nacimiento; para trabajar la anatomía de la pelvis, su movilidad y la importancia de la posición y la deambulación en el trabajo de parto; de esfera dinámica; Talleres de posiciones en el parto; cursos de protección del suelo pélvico; cursos teóricos y prácticos de atención al parto en las distintas posiciones favoreciendo que la mujer adopte la posición que prefiera.

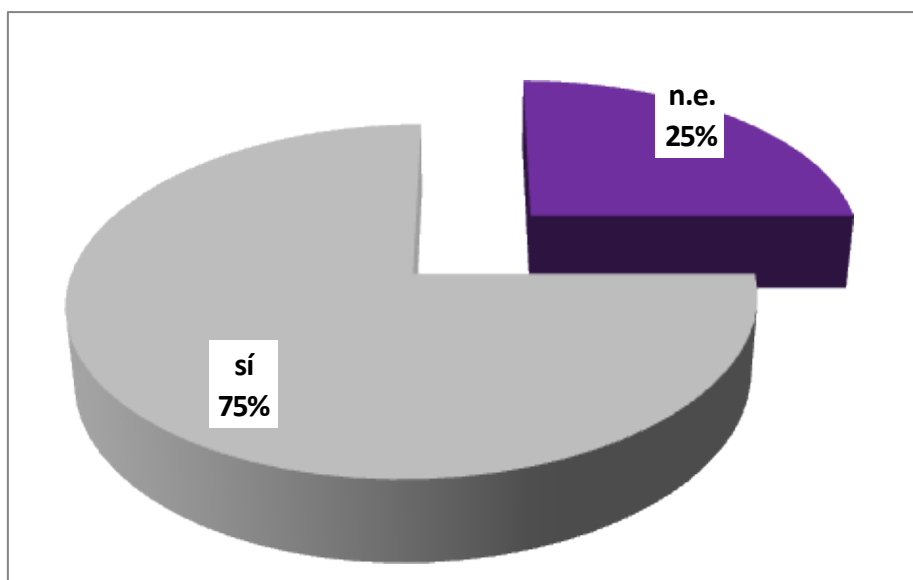
Se completa la anterior información con el siguiente gráfico, mostrando que la formación práctica de profesionales para adquirir habilidades en parto normal se ha realizado en el 89% mediante **estancias formativas de corta duración** en centros de referencia de buenas prácticas para la observación directa de la atención en las distintas posiciones.



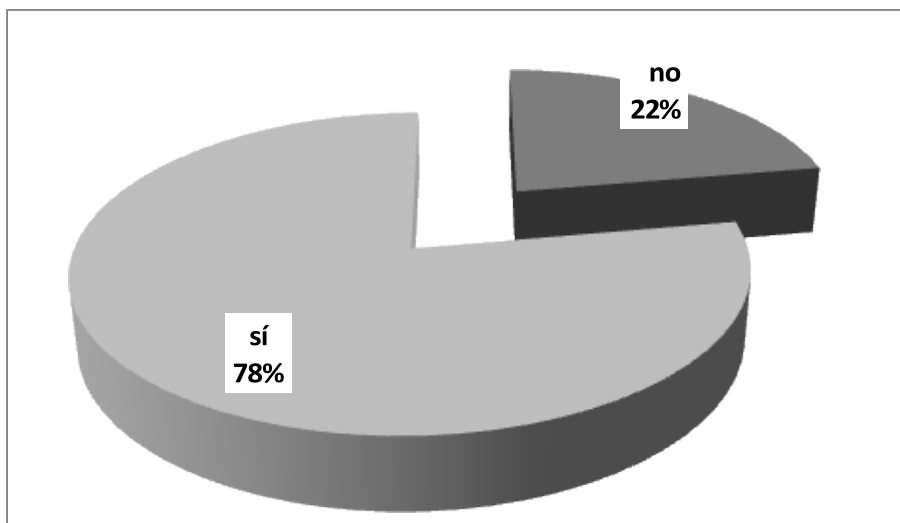
El aprendizaje mediante estancias formativas de corta duración conlleva en la mayoría de los casos desplazamiento y dedicación intensiva con la consiguiente inversión económica; pero es un esfuerzo que se rentabiliza ampliamente por el compromiso de los/as profesionales que se desplazan, transfiriendo los conocimientos y habilidades adquiridas a su equipo de trabajo de forma inmediata, y también en la puesta en práctica.



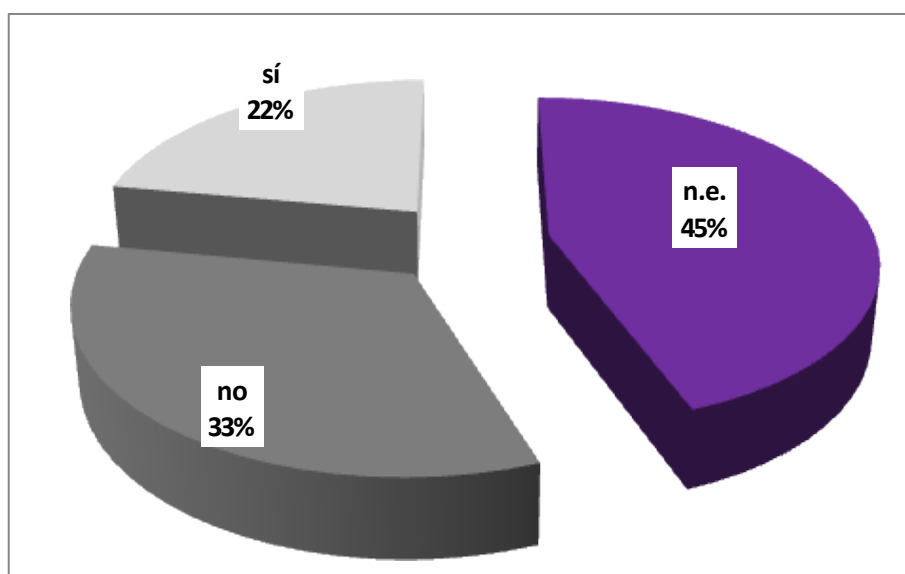
También resulta de interés el esfuerzo formativo dirigido al **personal sanitario auxiliar** que se realiza en la gran mayoría de las CCAA que han respondido a los cuestionarios, como muestra el siguiente gráfico:



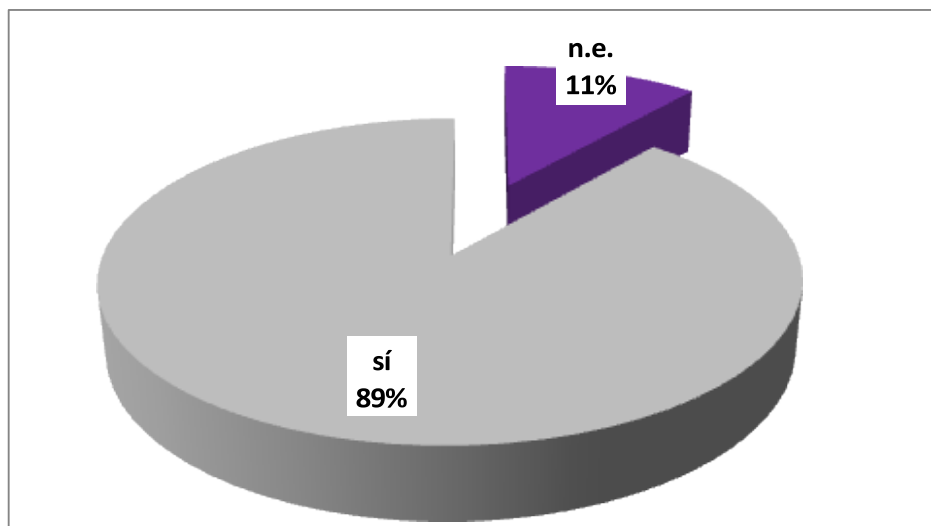
La pregunta sobre el diseño de modelos de formación por **equipos multidisciplinares** conjuntos, al parecer se ha entendido más bien como la participación de distintos grupos profesionales, -lo que no implica diseño multidisciplinar-, con el resultado afirmativo en el 78%, que mostramos en el siguiente gráfico:



En cuanto a los **instrumentos para mejorar la comunicación de profesionales** con las usuarias, se observa que son una minoría (**22%**) las CCAA que han tenido en cuenta esta necesidad. No lo especifican en el 45% y responden negativamente en un 33%. La comunicación profesional-usuaria es básica para instaurar la confianza entre ambos: permite la participación de las mujeres con la seguridad en sus propias capacidades y la colaboración en la toma de decisiones adecuadas. Este principal aspecto debiera ser considerado para impulsarlo y llevarlo a la práctica. Vemos el resultado de la consulta en el siguiente gráfico:



Mayor esfuerzo y dedicación se observa en la elaboración de **materiales formativos e informativos**, principalmente: Cuadernos de educación maternal de preparación al nacimiento, Plan de parto y nacimiento, y Folletos, Dípticos y DVDs de promoción de la lactancia materna, de hábitos saludables sobre alimentación y ejercicio físico, sobre los riesgos del consumo de alcohol y tabaco, y de implicación paterna. La gran mayoría de las CCAA (el 89%) afirma haber elaborado materiales que sirvan de base a las actividades informativas y formativas; no especificando el 11%, como muestra el siguiente gráfico:



Otro aspecto de interés recogido en los cuestionarios es la existencia de **encuesta a los profesionales** sobre sus necesidades formativas. Consideramos importante conocer la opinión y demanda formativa de los y las profesionales, así como las propuestas para contar con los distintos colectivos. La respuesta afirmativa en un **45%** hace referencia tanto a la demanda de formación para actualizar conocimientos y habilidades prácticas, como a las dificultades encontradas para asistir a dicha formación –horarios, desplazamiento, permisos y sustituciones, etc.-. Las y los profesionales encuentran muy útil, como metodología docente, **conocer buenas prácticas o prácticas innovadoras** de éxito, poder examinar su proceso, debatir las lecciones aprendidas, y configurar su propio abordaje.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

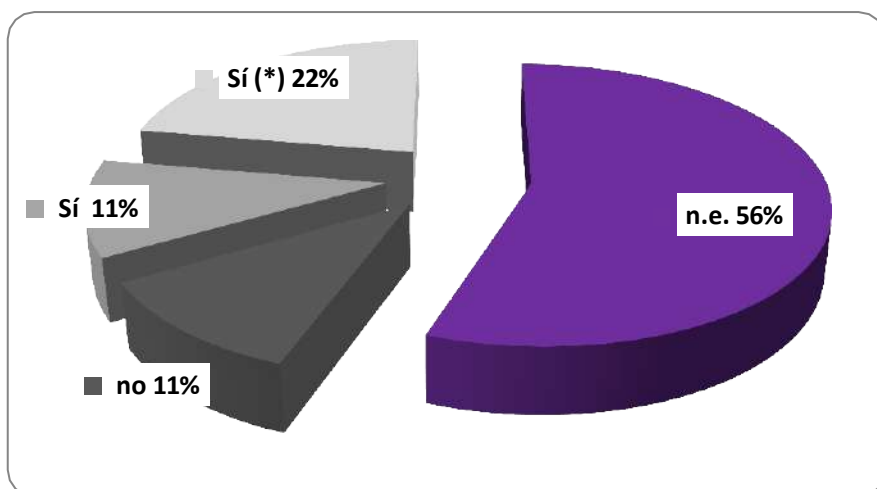
Línea Estratégica 4

"Investigación e innovación. Difusión de buenas prácticas"

Recomendaciones EAPN:

- 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 beneficios y riesgos de las intervenciones 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 y bebés.
- Identificar buenas prácticas, analizar los procesos, y difundirlas para su replicación en otros lugares.

Uno de los tres **indicadores** planteados por la EAPN en esta Línea Estratégica es la inclusión de los objetivos y recomendaciones de la EAPN en las **convocatorias de investigación**. Por las respuestas a esta pregunta del cuestionario, parece haberse entendido en un sentido más amplio ya que aluden generalmente a **acciones de investigación** sobre esta temática (**22%** que señalamos su representación con un asterisco), no tanto a su inclusión en las convocatorias de financiación de proyectos de investigación (**11%** que recogemos como "sí"), como muestra el siguiente gráfico:

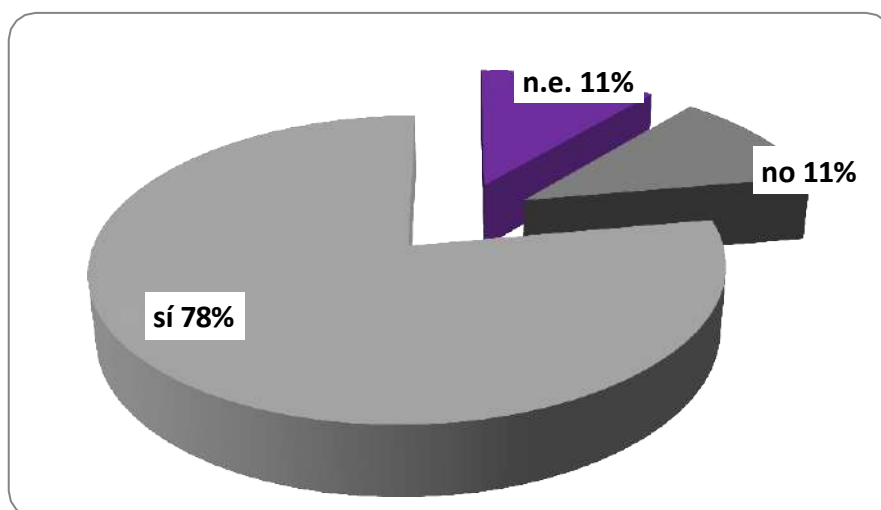


La temática que señalan estas acciones de investigación está referida a aspectos de mejora de las prácticas –idoneidad de las indicaciones sobre cesáreas, episiotomías, inducciones, ligadura del cordón, lactancia, prácticas rutinarias-, y también de mejora organizativa –registro único, partograma e historia clínica informatizadas, protocolos de actuación conjunta primaria y especializada-. Por otro lado, siendo uno de los objetivos específicos de la EAPN fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicios para la asistencia al parto, sería deseable contar con esta información en siguientes evaluaciones, incluyendo la referida a los proyectos FIS existentes sobre esta temática, ofreciendo así una mirada más general y completa.

En relación con la investigación, merece una mención especial **la investigación neonatal**. Emergen nuevos problemas derivados de la prematuridad, embarazos múltiples y de riesgos

derivados de las desigualdades socioeconómicas, que requieren investigaciones clínicas, epidemiológicas y experimentales como soporte científico para cualquier plan sanitario de intervención eficiente. Los planes de Salud Materno Infantil están basados en investigaciones de calidad, pero generalmente los datos no proceden de nuestro país. La investigación realizada en el área de neonatología y obstetricia, aunque ha crecido notablemente en los últimos años sigue siendo inferior a la desarrollada por otros países de nuestro entorno. Existe deficiencia de investigaciones clínicas de calidad, basadas en estudios de cohortes extensas y de ensayos clínicos no comerciales tanto farmacológicos como no farmacológicos. En nuestro país existe la capacidad para desarrollar estos estudios pero son escasas las estructuras de apoyo, los recursos disponibles y el tiempo protegido para los investigadores. La creación de la Red SAMID (Red de Salud Materno Infantil), financiada por el Instituto de Salud Carlos III (RETIC n.º RD08/0072), representa una gran oportunidad para potenciar la investigación en España y un notable reto al adquirir el compromiso de tener que justificar con resultados que tengan un impacto en la práctica clínica y de formar jóvenes investigadores que en un futuro puedan liderar grupos de investigación, para la difusión de buenas prácticas. Es deseable que en los próximos años se consolide la Red SAMID y sus grupos de investigación, que cuenten con el apoyo de las instituciones y se pueda llegar en un futuro a desarrollar un Instituto de Investigación Materno Infantil, similar a los que existen en EEUU, Gran Bretaña o Finlandia.

La **identificación de buenas prácticas para su difusión en el SNS** ha tenido una respuesta mayoritariamente afirmativa (**78%**) como se observa en el siguiente gráfico. Se considera una herramienta de gran utilidad porque facilita mejorar la calidad de la atención utilizando proyectos que han demostrado su eficacia rentabilizando los recursos ya empleados. Así, con la puesta en marcha de un sistema de recogida, análisis y difusión de buenas prácticas se da respuesta a otro de los **indicadores** que plantea la EAPN en esta Línea Estratégica.



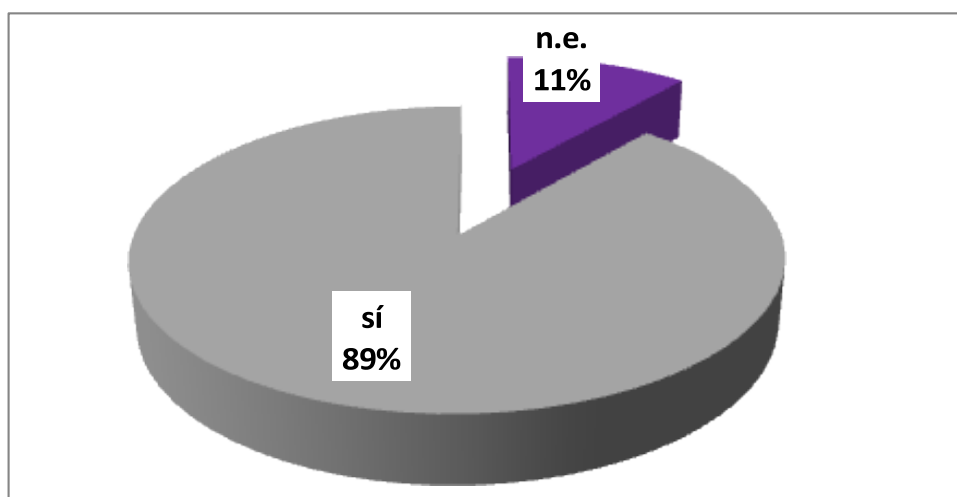
En este punto es de destacar la importancia de la tarea del **Grupo de Trabajo de BBPP** de la EAPN, -formado por personas integrantes de los Comités Institucional y Técnico-, encargado de identificar, evaluar e incluir todas las experiencias positivas en un catálogo que sirve de base del Buscador de BBPP que se encuentra a disposición general en la página Web del MSSSI:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/buscadorBBPP.do>

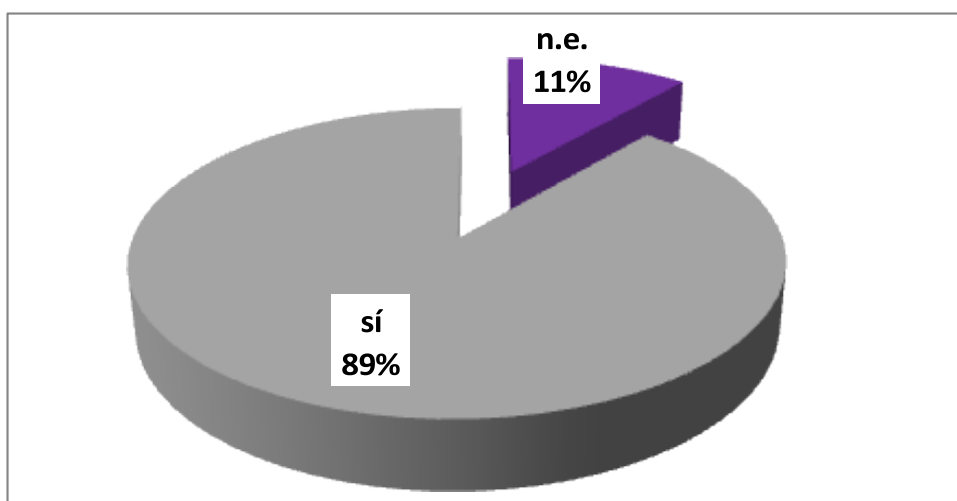
Cabe destacar el carácter innovador de la herramienta “Buscador de BBPP” en parto y reproductiva. Su puesta en marcha ha servido de modelo para contemplarlo como metodología común de las Estrategias del SNS, desarrollándose actualmente en Enfermedades Raras, Cardiopatía Isquémica y Violencia de género.

El tercer **Indicador** en este punto que plantea la EAPN es la elaboración la Guía de Práctica Clínica, discutida y consensuada en el seno del SNS. La Guía se finalizó en 2010 después de más de dos años de trabajo, por encargo del MSSSI a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS). En ella participaron como grupo de trabajo y como revisoras externas, diversas personas expertas de los diferentes sectores profesionales y también de usuarias, relacionados con la EAPN.

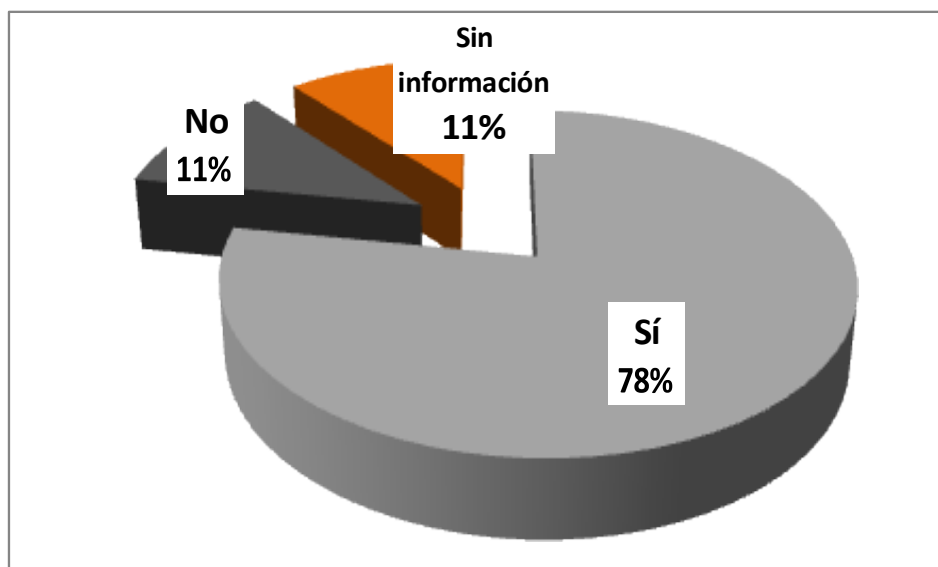
En cuanto a la **elaboración de protocolos, planes y programas** de atención al parto normal, la respuesta es mayoritariamente afirmativa, como muestra el siguiente gráfico.



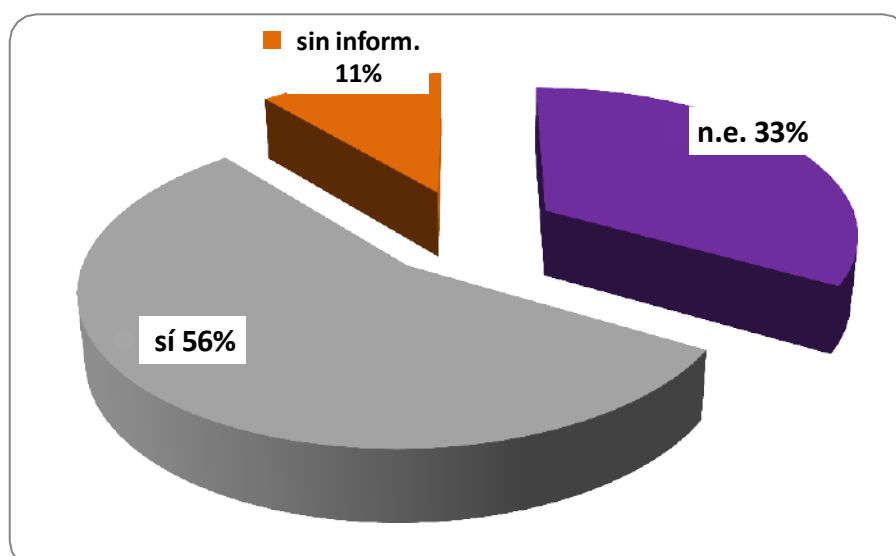
Esta información enlaza con la parte relacionada de los protocolos en el estudio de evaluación mostrado en capítulos anteriores. El esfuerzo de elaborar y/o actualizar protocolos es una necesidad puesta de manifiesto, ya que la existencia de protocolos (actualizados a partir de 2007) que recojan las recomendaciones de la EAPN sólo se encontraron cumplimentados en un 15,5% del total (Tabla página 29).



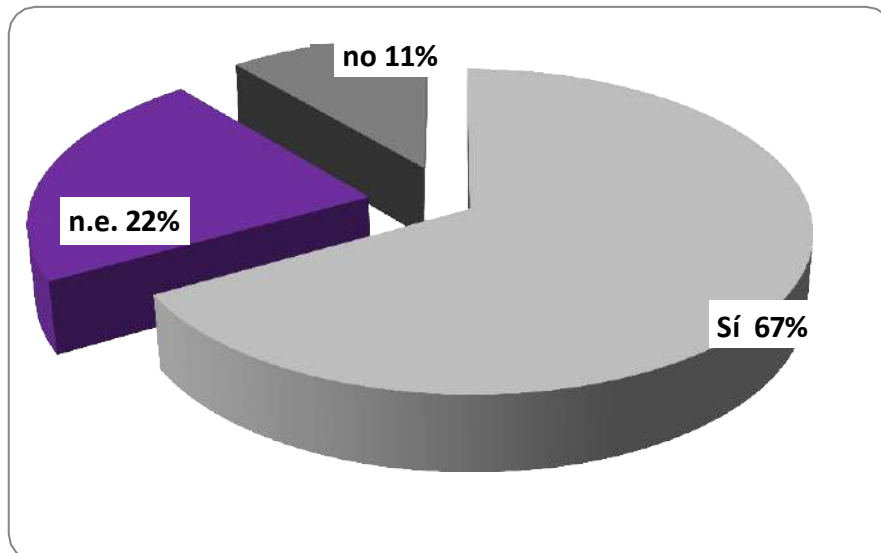
Se han realizado acciones para **mejorar los sistemas de recogida de información** en la gran mayoría de las CCAA que respondieron al cuestionario. No obstante es necesario intensificar el esfuerzo de cara a: utilizar un mismo modelo de partograma y cumplimentar el total de sus ítems; recoger en la Historia Clínica todas las prácticas realizadas y evitar así el infra-registro observado en el estudio al comparar los resultados con otras fuentes como el CMBD; utilizar indicadores comunes que permitan la monitorización y comparabilidad de los resultados; informatizar el registro para poder realizar una explotación estadística; establecer una política sanitaria favorecedora de la autoevaluación y de evaluaciones externas; y considerar el valor de la transparencia como elemento clave de calidad. La mayoría de CCAA (**78%**) respondió afirmativamente a esta pregunta, como puede verse en el siguiente gráfico:



En cuanto al diseño de **actividades innovadoras para la implantación de la EAPN**, refieren principalmente interés de mejorar y respetar los aspectos de la fisiología del parto normal y de prácticas novedosas sobre el alivio del dolor con técnicas no farmacológicas. Un tercio de las respuestas no especificaron, siendo afirmativas en el **56%**, como recoge el siguiente gráfico:



También se consideró de interés conocer las **acciones innovadoras que promuevan la corresponsabilidad paterna**. En su mayoría se potencia la participación del padre o pareja, con posible oferta de horarios, en los talleres de preparación al parto, en las consultas de seguimiento del embarazo y puerperio, e incluso se han desarrollado acciones específicas para destacar su importante papel de acompañamiento en el parto o en la crianza (ejemplo, la guía “Papás marcando estilo” o “Curso de paternidad”). El resultado lo muestra el siguiente gráfico:



En este punto, una de las acciones innovadoras que ha obtenido buenos resultados ha sido el trabajo grupal con las parejas de mujeres embarazadas, reuniendo a **grupos de hombres futuros padres**, lo que ha permitido abordar sus miedos, responder dudas y tratar los sesgos de roles tradicionales en un ambiente facilitador y cómodo para ellos; actividad que ha permitido la participación de las parejas más proactiva y de apoyo en el parto, así como en la convivencia y la crianza. Se considera una actividad complementaria a las que habitualmente se vienen desarrollando en las que participan las mujeres embarazadas.

También se planteó una pregunta para conocer **los principales obstáculos** para desarrollar la EAPN. Aunque no se han realizado estudios sistemáticos, de la información obtenida en el desarrollo de las diferentes actividades se han identificado dificultades en distintos ámbitos:

- Necesidades de formación de profesionales, observándose dificultades -especialmente en obstetras y anestesistas-para que asistan a cursos de formación continuada, lo que dificulta la unificación de criterios a la hora de implantar la EAPN. Es de señalar que, siendo la formación continuada voluntaria en la mayoría de los casos, las ausencias pueden tener origen en la falta de motivación, pero también, existiendo interés puede verse limitado al no facilitarse las condiciones necesarias para poder asistir a los cursos (permisos, horarios, sustituciones).
- En relación a los equipos profesionales, se señala que siguen existiendo muchas resistencias al cambio –manifiestas o no–; una irregular implicación de los distintos colectivos profesionales -en general mayor en matronas, enfermería y pediatría–; escasa

organización del trabajo en equipo; necesidades de compartir conocimientos y habilidades, y consensuar estándares y protocolos; dificultades para llegar a todos los profesionales; y conflictos para unificar criterios y gestionar equipos.

- Se concreta específicamente como mayor obstáculo, la organización del trabajo del equipo obstétrico, donde las matronas tienen dificultades para desempeñar sus competencias profesionales y trabajar con autonomía en el área de parto y preparto. Este patrón organizativo existente se transmite y asume fácilmente por los nuevos residentes de obstetricia, por lo que se precisa actuar para revertir la situación.
- Limitaciones estructurales y organizativas de los paritorios y plantas de hospitalización de maternidad, diferencias de dotación entre hospitales, barreras arquitectónicas.
- Escasa dotación presupuestaria; las respuestas valoran mucho los fondos habidos en el periodo 2006-2011 transferidos desde el MSSSI a las CCAA, para visibilizar la importancia de la EAPN y el desarrollo de proyectos de BBPP, que deberían continuar su implementación actualmente por parte de las CCAA. Resaltan como un importante obstáculo la falta de ese apoyo financiero en 2012.
- Necesidades de dotación de recursos humanos, especialmente de matronas.
- La lentitud del proceso para avanzar en el cambio de actitudes. Gran resistencia a modificar rutinas aprendidas.
- Irregular implicación de los equipos directivos de hospitales y unidades de gestión clínica según centros.
- Dificultades de registro y sistemas de información para la evaluación y la incentivación a la investigación. Protocolos no actualizados.
- Déficit de información de calidad entre la ciudadanía. La falta de información adecuada a las mujeres embarazadas –y la información parcial, sesgada o interesada que existe– representa uno de los principales obstáculos para el desarrollo de la EAPN.

Conclusión

- Llevar a la práctica las recomendaciones de la EAPN
- Incluir estas recomendaciones actualizando los protocolos

V. REFLEXIONES Y PROPUESTAS

Se presentan las reflexiones y propuestas que se pueden extraer de los resultados del estudio de evaluación de la Línea Estratégica 1 y de las respuestas a los cuestionarios de las Líneas Estratégicas 2, 3 y 4 de la EAPN con los principales aspectos que abren líneas de acción e investigaciones futuras, con el objetivo de insistir o reformular las recomendaciones así como matizar o incorporar propuestas adicionales para avanzar en los objetivos que señala la EAPN. Señalamos en apartados numerados los aspectos a destacar en un orden de desarrollo lógico.

En general, en relación con las recomendaciones de la EAPN, los estándares establecidos para el estudio y la información complementaria de los cuestionarios, **se observa un amplio margen de mejora** en todas las prácticas clínicas, líneas de intervención, sistemas de información y aspectos organizativos.

REFLEXIONES

I. Sobre los PROTOCOLOS

Son los instrumentos donde se plasma la política de los centros hospitalarios respecto al parto normal o de bajo riesgo, y constituyen una garantía para homogeneizar la atención, considerando la evidencia científica y el consenso de estándares clínicos, para así facilitar la toma de decisiones adecuadas de los y las profesionales.

Los protocolos, como la evidencia en que deben fundamentarse, no son permanentes y deben ser actualizados al mismo ritmo que ésta. Por ello son considerados el elemento básico para vehiculizar los cambios que conlleva la implementación de las recomendaciones de la EAPN en los centros hospitalarios. De ahí su importancia en la evaluación y las conclusiones que se desprenden de su análisis, que se sintetizan a continuación:

➔ Uno de los datos más relevantes es que el 5.8% de maternidades carecen de protocolo de atención al parto y nacimiento. Ello unido a aquellas (26%¹⁰) que no los han actualizado tras la aprobación de la EAPN, pone de manifiesto la necesidad de insistir en establecer *protocolos actualizados en la totalidad de los centros hospitalarios*.

➔ En cuanto a los centros hospitalarios que sí disponen de Protocolo, el estudio nos muestra un bajo nivel global de inclusión de las recomendaciones de la Estrategia. Tan sólo el 9% de los centros incorporan en sus protocolos *todos y cada uno* de los aspectos considerados en esta evaluación. Pese a ser muy baja esta cifra, teniendo en cuenta lo exigente del indicador global –requería la inclusión de la totalidad de los 26 ítems observados– podríamos hablar de un nivel de cumplimiento medio de la mayoría de los aspectos evaluados. Con porcentajes

¹⁰Del total de protocolos revisados, un 26% tienen fecha de redacción o última revisión con anterioridad a la puesta en marcha de la EAPN.

superiores al 80% (**nivel de cumplimiento alto**) se encuentra el caso de las recomendaciones relacionadas con:

- la lactancia en las 2 primeras horas de vida, y facilitar la conservación de la leche materna. Sería de interés contrastar este dato sobre lactancia inmediata con información que permita evaluar los resultados de esta inclusión en los protocolos. Así, sería especialmente relevante conocer el porcentaje de partos en que se da esta lactancia inmediata, su continuidad hasta los 6 meses y la posible prolongación a los 24 meses.
- permitir durante todo el proceso la presencia de la persona acompañante que la mujer haya elegido. Se considera especialmente relevante que exista un nivel de cumplimiento alto en este dato, por existir abundante evidencia que muestra los beneficios del acompañamiento desde las etapas más tempranas. Este apoyo continuo favorece el progreso fisiológico y una mayor satisfacción de las mujeres por la experiencia de parto, así como mejora los resultados de parto por su relación con el hecho de provocar menor uso de analgesia epidural, menor incidencia de partos instrumentales y de cesáreas.
- la eliminación del carácter rutinario del rasurado del periné en el 84,5% de los protocolos. Es importante la evitación rutinaria de esta práctica, junto con la del enema (que obtiene porcentajes menores de cumplimiento: un 78.6% de protocolos recomiendan eliminar su carácter rutinario), y que así se indique en los protocolos, por lo que implican de interferencia en el proceso fisiológico e intimidad de las mujeres durante el periodo de dilatación, además de las molestias y riesgo de colonización bacteriana de las erosiones cutáneas. También señalar el injustificado coste que conllevan estas prácticas, tanto en dedicación del personal sanitario como de material.

➔ Este mismo análisis permite identificar las recomendaciones de la Estrategia cuyo traslado a los protocolos hospitalarios es más deficitaria (**nivel de cumplimiento bajo**) y en las que coinciden la mayoría de centros:

- La recomendación de evitar el uso rutinario de vía venosa periférica, es recogida por apenas un 31% de los protocolos, la cifra más baja de todos los ítems analizados, lo que representa el indicador de menor cumplimiento de la EAPN. Este dato muestra que sigue siendo una práctica generalizada en la mayoría de hospitales por lo que conviene de nuevo insistir -junto con otras ya mencionadas- en su importancia en lo que respecta a la interferencia en el proceso fisiológico (deambulación, adopción de diferentes posturas, intimidad, baños de agua caliente) y el coste injustificado que conlleva.
- Por los resultados obtenidos, parece que hay un número considerable de hospitales que no definen correcta y claramente las condiciones del contacto precoz. Ello es especialmente evidente en el caso de las cesáreas, donde la recomendación de realizar también el piel con piel es recogida por menos del 50% de los protocolos. Por tanto, conviene insistir en la importancia de incluir en los protocolos la indicación de colocar inmediatamente tras el parto a la criatura recién nacida, piel con piel con su madre,

durante al menos 70 minutos, -también en casos de cesáreas-, como derecho básico del nacimiento.

- También es muy deficitaria la inclusión de la recomendación de ofrecer a la pareja la posibilidad de que haga el contacto piel con piel si el estado de salud de la madre no lo permite, cuestión que va ligada a la necesidad de incrementar los niveles de implicación de los hombres durante todo el proceso, no sólo como un hecho puntual en el parto. Resultaría de interés desarrollar distintos ejemplos de buena práctica en el SNS que faciliten la corresponsabilidad paterna desde el comienzo del embarazo y continúen en el puerperio y la crianza.

➔ En esta evaluación se ha hecho una revisión extensa del contenido de los protocolos (26 ítems) en los que se recogen la mayoría de prácticas asistenciales de la estrategia que de no ser así, solo podrían ser evaluadas a través de observación directa. La fase exploratoria previa al trabajo de campo mostró que el contenido de estos 26 ítems podía localizarse en un protocolo único o, con mayor frecuencia, en varios distintos que iban desde el protocolo de paritorio al de puerperio, neonatología, lactancia y cesárea. Ello hace patente la diversidad de documentos, de equipos profesionales y de espacios en los que es atendida la parturienta y además en poco tiempo; esto no contribuye a la necesaria visión y actuación homogénea, unificada y consensuada a nivel de centro. En coherencia con el enfoque que subyace a la EAPN, cabría esperar **un solo documento de atención al parto normal** entendido como un proceso único, aunque en él intervengan distintos equipos y profesionales de matronería, obstetricia, neonatología, enfermería, etc. a veces juntos y otras de forma secuencial. Sin duda, junto con una atención integral y unificada, hay que seguir insistiendo en el trabajo en equipo y en el trabajo por procesos.

➔ Con las limitaciones organizativas antes señaladas, en el estudio de regresión realizado se utilizaron las siguientes variables: Nivel de hospital, existencia de Servicio de neonatología, de Programa de formación MIR, de Sistema de acreditación de calidad, de Partograma informatizado y de Protocolo actualizado y completado. Se constata que, entre todas estas variables analizadas, es la existencia de Protocolo en los hospitales la que contribuye a una mejor calidad de las prácticas clínicas en la atención al parto normal. La presencia de protocolo completo se relaciona con un mejor cumplimiento de las recomendaciones:

- menor realización de amniorrexia, episiotomías, estimulación con oxitocina, partos inducidos, maniobra de Kristeller, cesáreas y partos en posición de litotomía.
- menor probabilidad de analgesia loco regional, y de desgarros II y IV sin episiotomía y con episiotomía.
- aumenta la probabilidad de parto vaginal tras cesárea y de manejo activo del alumbramiento.
- mayor contacto precoz madre-criatura y cumplimentación del partograma.

En partos instrumentales no se ha observado beneficio relacionado con el protocolo completo.

II. Sobre los RESULTADOS

Ofrecen la manera de aproximarnos más a lo que está pasando con las prácticas clínicas de atención al parto normal. En este caso, no se trata ya de saber si las recomendaciones de la estrategia se incorporan “formalmente” en los protocolos de atención, sino de dar un paso más y saber realmente si dichas recomendaciones se están siguiendo “en la práctica”. A ello van orientados los indicadores de resultado contemplados en esta evaluación, de cuyo análisis podemos extraer las siguientes conclusiones:

➔ Aunque los estándares establecidos para cada uno de los indicadores (nivel deseado de cumplimiento) pueda considerarse estricto en algunos de ellos, lo cierto es que salvo en el caso de los desgarros sin episiotomía (indicador nº 10) en ninguno de los restantes se logra alcanzar el estándar. Es decir, hay para todos ellos, **un amplio margen de mejora**.

➔ En cuanto a cumplimentar el PARTOGRAMA, si bien de manera global el resultado parece deficiente (la totalidad de los ítems analizados se cumplimentan en un 52.1% de los casos), el análisis ítem a ítem ofrece resultados diferentes: el cumplimentado de 6 de los 8 ítems es excelente -con porcentajes por encima del 90%, y sólo 2 ítems mejorables: el registro de las tres constantes (pulso-TA-temperatura) y de los cambios de posición fetal, con unos porcentajes de 76,7% y 72% respectivamente. Es de señalar en este punto que se ha observado una gran variabilidad de formatos y contenidos de partograma que convendría revisar y armonizar.

➔ El hecho de que se realicen AMNIOTOMIAS en un 46% de los casos, muestra una cifra muy superior a lo deseado. Tanto la EAPN como la correspondiente GPC recomiendan no realizar amniotomía artificial rutinaria. Por ello se entiende necesario profundizar en el estudio de la prevalencia de esta práctica que permita explicar los factores que influyen en este resultado y disponer de un estándar consensuado, que no ha sido posible para este estudio.

➔ También, y en mayor medida, el uso de oxitocina para la ESTIMULACION del parto es muy superior a lo deseado. Con un porcentaje del 53,3%, se sitúa a mucha distancia del estándar de excelencia (menos del 10%) así como de la recomendación de la EAPN y de la correspondiente GPC, que desaconsejan su uso de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que no mejora los resultados. Además, se debe considerar la alteración que produce en el proceso fisiológico y en la producción de oxitocina endógena, hormona fundamental y clave para el progreso adecuado de la dilatación, expulsivo, alumbramiento y el establecimiento de la lactancia y el vínculo. Es sin duda una práctica sobre la que hay que incidir en el desarrollo e implantación de la EAPN.

➔ En cuanto a los PARTOS INDUCIDOS, el porcentaje de los realizados (19,4%), aun superando el estándar, se sitúa algo más cerca de recomendaciones de la OMS¹¹, y sigue

¹¹ “La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%” (Organización Mundial de la Salud: “Tecnología apropiada para el parto”, Declaración de Fortaleza, Publicada en Lancet 1985; 2:436-437)

constituyendo un reto alcanzar dicho estándar. También se debe señalar que la obtención de esta información ha presentado dificultades debido a distintos usos del término "inducción" en las historias clínicas; aspecto a considerar para abordar una mayor homogeneidad en el SNS.

➔ En los dos puntos anteriores (Estimulación e Inducción) debe considerarse que la obtención de información ha presentado dificultades debido a la confusión de uso de los términos "inducción" y "estimulación" en las Historias Clínicas. Así, se ha comprobado que en algunas ocasiones se generaliza el término de "inducción" a la administración de oxitocina, cuando en realidad se trata de una estimulación. Las dificultades derivadas de estos distintos usos del término, han exigido verificar en cada Historia la fiabilidad de la terminología utilizada, primero, y la validación de las revisiones después, que ha obligado a repetir la evaluación de casos ya revisados. A pesar de esta importante tarea de verificación-validación, no puede descartarse la existencia de un cierto sesgo, ya que la administración de oxitocina en el parto puede realizarse en distintos momentos y no siempre hay correspondencia entre el término registrado y la finalidad con que se usa la oxitocina. A fin de minimizar el impacto de este sesgo, se han validado todos los resultados de este indicador, cruzándolos con el segundo indicador, en el que se pregunta por la inducción. Por ello, podemos afirmar que, aunque es posible el sesgo, los resultados pueden ser suficientemente fiables.

➔ El uso de la ANALGESIA EPIDURAL es de un 72,2%. Este resultado resulta difícil de valorar dado el amplio rango en que se ha situado el estándar como aceptable. Esta amplitud de rango se explica por la enorme variabilidad con la que nos encontramos respecto de esta práctica y por la ausencia de un estándar establecido. En cualquier caso, es un resultado bastante alto, que requiere ser estudiado en profundidad y que se explica no sólo por indicaciones clínicas, también por la oferta del servicio y la petición de las gestantes, hecho que puede sugerir:

- Falta de oferta y accesibilidad a otros métodos para el alivio del dolor (que pueden ser utilizados de forma combinada) más económicos y de fácil uso autónomo por las mujeres (inmersión en agua caliente, autoadministración de óxido nitroso, pelotas de masaje pélvico, etc.); o con apoyo profesional (técnicas de relajación, inyecciones de agua estéril en zona del sacro, acupuntura, moxibustión, administración parenteral de opioides, etc.); sin menospreciar el papel fundamental del acompañamiento adecuado.
- Escasa consideración o desconocimiento de los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural en el proceso (expulsivos más prolongados, aumento de partos instrumentales, relegación del papel activo de las mujeres y de fracaso de la lactancia materna).
- Ausencia de información sobre la propia capacidad de las mujeres para producir sustancias analgésicas de forma autógena (a nivel cerebral) cuando se dan condiciones de intimidad durante el proceso fisiológico del parto.
- Necesidad de informar a las mujeres embarazadas de todos estos aspectos con anterioridad al parto, conocer sus expectativas y consensuar el plan de parto.

- En general, ha de tenerse en cuenta que este indicador -al igual que el resto de los que dan cuenta de las prácticas clínicas de atención al parto- no puede valorarse únicamente de manera independiente, sino que se ha de tomar en cuenta su relación con el proceso de parto. Así, la solicitud de analgesia epidural y su uso, está muy ligada a cómo progresa dicho proceso, si se respetan o no el resto de recomendaciones incluidas en la Estrategia, especialmente si se recurre o no a otros procedimientos (generalmente dolorosos) que interrumpen el proceso normal de parto.

➔ Las EPISIOTOMÍAS en partos eutócicos se realizan en un 42% de los casos. Este resultado se sitúa muy por encima del estándar fijado (15%), de las recomendaciones de la EAPN y de la correspondiente GPC, que señalan no realizarse de rutina en partos espontáneos, considerando que:

- Se subestima los potenciales efectos adversos, como la disfunción del esfínter anal, incontinencia urinaria y dispareunia.
- La episiotomía se asocia -como se confirma a continuación- a una mayor prevalencia de desgarros de III y IV grado; los de mayor importancia y repercusión clínica.
- Se puede apreciar, por tanto, que se dispone de un gran margen de mejora para disminuir las episiotomías y acercarse al estándar deseado.

➔ Existe evidencia abundante que indica que la episiotomía aumenta la aparición de DESGARROS DE III Y IV GRADO. En el estudio realizado, se confirma dicha evidencia, siendo su prevalencia del 4.7% en partos con episiotomía frente al 1% de los partos sin episiotomía. La prevalencia total encontrada es de 2.4%.

➔ La prevalencia de PARTOS INSTRUMENTALES es de 19.5%, con tendencia a su disminución respecto a años anteriores. Se observa que, para cada una de las instrumentaciones se cumplen los estándares orientativos, y la distribución de éstas presenta una mejoría en cuanto a disminución del fórceps a favor de un aumento en el uso de la ventosa, situándose el índice en 1.6 ventosas por cada fórceps.

➔ La prevalencia del PARTO VAGINAL tras CESAREA ANTERIOR es de una frecuencia del 44,2%, que se sitúa alejada del estándar (60-80%). Resulta conveniente seguir insistiendo en el cumplimiento de las recomendaciones, mediante estrategias que difundan la evidencia disponible en este sentido e identifiquen los factores que están en la base dificultades a la hora de transformar lo que parece seguir siendo la práctica más habitual: la tendencia a realizar una cesárea tras una anterior.

➔ Mucha mayor prevalencia tiene el parto en posición de litotomía, que continúa siendo la posición habitual en el expulsivo con una frecuencia del 87.4%. Teniendo en cuenta que tanto la Estrategia como la correspondiente GPC recomiendan permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran y que les resulte más cómoda, este resultado se aleja enormemente de lo esperado y sólo puede explicarse por ser la posición más favorecedora para

el trabajo del profesional y no para la mujer en el parto. De nuevo, estamos ante uno de los indicadores que presentan mayores retos de mejora, para lo que sin duda habrá que contemplar estrategias que combinen la actualización de la formación de profesionales, y su adecuación a los estándares y recomendaciones de la EAPN, junto con otras más “estructurales” que tiendan a incentivar la modificación de los espacios hospitalarios donde se produce el parto, de manera que posibiliten la puesta en práctica de dichas recomendaciones.

➔ La MANIOBRA DE KRISTELLER, a pesar de la creencia de que apenas se practicaba en las maternidades actuales, continúa siendo una práctica más habitual de lo deseable, con un índice que llega hasta el 26% en los partos vaginales. El mantenimiento de esta práctica en una de cada cuatro mujeres, que está totalmente desaconsejada en la GPC de atención al parto normal, evidencia los esfuerzos que deben realizarse para asegurar su completa desaparición.

➔ El MANEJO ACTIVO del ALUMBRAMIENTO se sitúa en un 21.4%, confirmando que en la actualidad sigue siendo más habitual el manejo expectante. Se ha de tener en cuenta la posible Infra-notificación o defectos de registro que pudieran existir, así como las dificultades ya sugeridas a la hora de encontrar una definición compartida de esta práctica, que puede a su vez estar incidiendo en el sub-registro de la misma en las Historias Clínicas. También debe señalarse, como indica la propia Estrategia, que al no existir uniformidad de criterio, es necesario reforzar la evidencia investigando sobre el riesgo de sangrado correspondiente en partos no intervenidos, y en aquellos otros con manejo activo.

➔ El CONTACTO PRECOZ MADRE-CRIATURA RECIÉN NACIDA alcanza, en la práctica, un promedio de cumplimiento del 50% (cifra que incluye tanto los partos vaginales como las cesáreas) y debe señalarse su lejanía con el estándar. Teniendo en cuenta que para este indicador tenemos información complementaria (indicadores de estructura), se pone de manifiesto cómo en este caso, la práctica clínica parece alejada de lo recogido en los protocolos de atención al parto (el 67% de protocolos refieren el contacto madre-criatura). Si bien, como decíamos en el apartado específico de este informe, no se puede establecer una relación directa entre una cifra y otra, las recomendaciones relativas al contacto precoz parecen haberse incorporado con (relativa) mayor facilidad a los protocolos de atención y que está todavía lejos de verse reflejada en la práctica clínica.

➔ La TASA DE CESAREAS alcanza un 22,02%, una cifra alta que se mantiene invariable desde 2005. Conviene insistir en las recomendaciones de la EAPN y de la OMS respecto a su limitación a los casos estrictamente necesarios, cifra estimada inferior al 15%, y en la preocupación ante la dificultad existente para reducir esta tasa y adecuarla a estándares clínicos. La variabilidad existente entre centros y posibles factores no clínicos, son aspectos que requieren continuar siendo estudiados para mejorar este indicador universal de atención obstétrica que se evalúa en todos los centros.

III. Sobre el CRUCE DE VARIABLES de situación del análisis de regresión realizado en el estudio pueden extraerse algunas conclusiones:

➔ Los resultados del estudio no muestran, en general, grandes diferencias de práctica asistencial entre los distintos grupos de maternidades (4 estratos definidos en función del número anual de partos).

➔ Las maternidades pequeñas (hasta 600 partos), se adaptan más y mejor a las recomendaciones de tipo estructural u organizativo como posición en el expulsivo o contacto precoz, a la vez que muestran una tendencia a tener los protocolos más completos. En cambio, tienen más desgarros perineales de grado III y IV y realizan más cesáreas que el resto.

➔ Entre los otros (estrato 2, estrato 3 y estrato 4), el estrato 3 (entre 1.200 y 2.400 partos) es el que parece estar mejor posicionado ya que tiene mejores resultados en un mayor número de indicadores. Aunque con prudencia, podría extraerse de ello que éste es un estrato que se beneficia de un adecuado equilibrio entre:

- Un volumen de actividad suficiente para garantizar el necesario grado de dotación y de entreno de sus equipos profesionales, además de atender diversidad de procesos (desde alta a baja complejidad), y
- Una menor influencia de las repercusiones negativas de la complejidad organizativa y asistencial, más propia de las grandes maternidades.
- Por ejemplo, el estrato 3 tiene mucho mejor cumplimiento del contacto precoz y posición materna en el expulsivo, de la cumplimentación del partograma o de la inclusión de las recomendaciones de la EAPN en sus protocolos. En cambio, sus resultados asistenciales son similares o incluso mejores que en el estrato 4, como sucede con los desgarros perineales (1.6% en el estrato 3 frente a 6.4% en el estrato 4) o un menor porcentaje de partos inducidos (15.9% frente a 21.4%) o un 64.7% en anestesia locorregional en el estrato 3 frente a un 76.2% en el estrato 4.

➔ El posible refuerzo de la hipótesis de que la complejidad organizativa y asistencial tiene efectos en el incremento de la realización de algunos procedimientos, como inducciones, partos instrumentales, o la maniobra de Kristeller, están los resultados obtenidos para los hospitales con mayor volumen de partos atendidos (estrato 4).

➔ En contrapartida el mayor volumen parece tener también efectos positivos, como la tendencia a realizar menos cesáreas y más partos vaginales tras cesáreas. Puede que esto se explique porque los hospitales mayores cuentan con más recursos para atender este tipo de partos, ya que es preciso un control adecuado para prevenir las posibles complicaciones (y disponer de un equipo en el que esté presente personal de obstetricia, anestesia, neonatología y de quirófano).

➔ En cuanto a las características de los hospitales, la variable presencia o ausencia de formación MIR es la variable que presenta prácticamente siempre algún tipo de relación con el

cumplimiento de los indicadores. Y esta relación es siempre positiva, salvo para el cumplimiento del partograma. No puede establecerse una relación causal directa, ya que podrían estar influyendo otras variables –por ejemplo, que los hospitales docentes tengan una cultura organizativa que se alinee más con la actualización de conocimientos y habilidades- más que el propio personal médico interno residente cree un contexto en el que resulte más fácil incorporar prácticas basadas en la nueva evidencia y se eviten rutinas de trabajo adquiridas. No obstante, los resultados dejan en mejor posición a los hospitales con programa docente, a los que a menudo se estigmatiza con la repercusión de la docencia en los resultados asistenciales. Dada la importancia que tiene la capacitación y formación de los profesionales y su influencia directa en la mejora de la calidad de la atención parece conveniente seguir insistiendo en dicha formación.

➔ La tasa de cesáreas es menor en los centros o maternidades cuanto mejor son los resultados de sus indicadores. Esta tendencia (menor tasa de cesáreas) se relaciona estadísticamente con un buen resultado en hasta 7 de los 19 indicadores, lo que sin tener una relación causal o directa, sí apunta a que las “buenas prácticas” no se dan en aspectos aislados o se distribuyen de forma aleatoria, sino que identifican una línea de actuación de la organización (hospital o maternidad), que seguramente tendrá también mejores resultados en otros procesos distintos al parto. También, como es lógico, refuerza la conveniencia de insistir en que el parto ha de ser contemplado desde una óptica más integral, un proceso único en el que las condiciones en que se produce una fase repercute en las siguientes y en los resultados finales.

➔ La presencia de servicio de neonatología tiene poca relación con el cumplimiento de la mayoría de indicadores, salvo una influencia positiva en la posición en el expulsivo, el contacto precoz, el Kristeller y la realización de cesáreas, aunque es difícil identificar una relación causal.

➔ La existencia de acreditación por parte del hospital (ya sea EFQM, Joint-Comission o acreditación de la Comunidad) tiene menor relevancia y en todo caso, podría asociarse al hecho de que pasar una acreditación identifica a un hospital con interés por la mejora continua.

➔ En cualquier caso, los resultados de la evaluación en este sentido han de ser enriquecidos en próximos estudios, incorporando al análisis otros factores que, más allá de los manejados en esta investigación, contribuyan a explicar los indicadores aportados. Se hace, así, necesario seguir indagando desde una perspectiva más amplia, relativa a la influencia de las características de los centros hospitalarios (cultura organizativa, recursos, etc.), su relación con la EAPN (bajo la hipótesis de que aquellos que hayan participado activamente en su implementación tendrán probablemente resultados mejores), etc.

IV.-Sobre los ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y DE GESTIÓN

➔ Insistir en la necesidad de unificar y actualizar los protocolos de atención. Ello depende básicamente del interés que tengan los y las propias profesionales del centro y sobre todo, las personas responsables del servicio. Para lograr avanzar en esta línea, el reto sería que los “grupos de interés” de la EAPN actuaran de forma complementaria entre ellos en este tema:

- Las Comunidades Autónomas visibilizando el interés de que sus hospitales dispongan de un solo documento o PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL en el que se recoja la actuación durante todo el proceso, basada en el mejor conocimiento disponible, independientemente de quien intervenga y evaluando periódicamente la actualización de los protocolos (por ejemplo, a través de los responsables de la Estrategia en su Comunidad).
- Las Sociedades profesionales y el propio MSSSI, consensuando sus contenidos mínimos.
- Finalmente, los centros hospitalarios, participando activamente en este proceso de traslado a sus propios protocolos y generando vías para la incorporación de las recomendaciones contenidas en ellos a la práctica diaria. Resulta fundamental la coordinación territorial entre atención primaria y hospitalaria para asegurar la continuidad asistencial en el proceso de embarazo-parto-puerperio y lactancia, con criterios comunes que fomenten la EAPN.

➔ Contemplar que dicha unificación ha de integrar explícitamente (como mínimos) las recomendaciones de la EAPN, insistiendo especialmente en aquellas que, como se ha visto en la evaluación, obtienen menores porcentajes de cumplimiento. Para ello, sería fundamental indagar en los factores que están detrás, identificando las barreras y dificultades para un adecuado traslado de las recomendaciones de la EAPN a los protocolos hospitalarios.

➔ Paralelamente, la propuesta de un modelo unificado y actualizado de protocolo puede ser una oportunidad para que, a medio plazo, se avance en el consenso entre equipos de profesionales que atienden al parto (especialmente matronas y obstetras). Yendo más allá, para dotar de mayor integralidad al proceso de atención al parto normal, es fundamental insistir en la necesidad de articular mecanismos de participación e implicación de la diversidad de agentes (personal sanitario, personas usuarias, sociedades profesionales y asociaciones de usuarias...) que intervienen. La representación de dichos agentes y la activación de su papel como grupo de interés en la EAPN, puede sin duda facilitar o vehiculizar este proceso de consenso e integración.

➔ Conviene asimismo insistir no sólo en la conveniencia de disponer de un protocolo unificado y actualizado de actuación, sino también profundizar en su conocimiento y traslado a la práctica de sus recomendaciones por parte de los diferentes equipos de personal implicado en la atención. Para ello, es necesario proporcionar al personal sanitario espacios de formación y aprendizaje sobre los protocolos y la EAPN, con objeto de incidir sobre los conocimientos, actitudes y, desde ahí, transformar la práctica clínica. También puede ser útil identificar,

sistematizar y difundir buenas prácticas en este sentido, que permitan ilustrar a los y las profesionales el sentido y los beneficios del cambio en el modelo de atención al parto.

➔ En esta misma línea de dotar de homogeneidad e integralidad a los procesos de atención, la variabilidad en el formato y en los contenidos incluidos en el PARTOGRAMA, constituye un aspecto que dificulta su cumplimentado y comparabilidad. Dado que se trata de un documento específico donde se recogen los momentos principales del parto, del que disponen la mayoría de los centros, y siendo casi la única información que se registra durante la dilatación y el expulsivo, puede resultar un instrumento clave para avanzar en el cumplimiento de las recomendaciones de la estrategia en relación a estos procesos.

➔ Para ello, podría ser útil valorar la posibilidad de analizar los diferentes modelos de partograma que se están utilizando con el objetivo de realizar una propuesta consensuada que pueda satisfacer a todos los hospitales del SNS. En acuerdo con las asociaciones profesionales, este podría recoger las directrices básicas en cuanto a contenido y estructura que deberían de tener los partogramas de todas las maternidades. Esto favorecería el registro de epígrafes que en la actualidad no son constantes, como los referidos al alumbramiento. También podría ser un paso definitivo la orientación hacia un registro informatizado, ya que en la actualidad, el programa Gacela, que es uno de los observados más extendidos en enfermería, no contempla el paritorio y sus especificidades.

➔ Del mismo modo, el PLAN DE PARTO parece un proceso que no tiene la misma velocidad en todas las Comunidades y en general, las personas que han trabajado en la evaluación de la EAPN identifican que existe un desconocimiento generalizado de éste. La publicación del Plan de Parto y Nacimiento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011) viene sin duda a paliar este déficit, si bien habrá que considerar su difusión e implementación en los centros hospitalarios.

➔ Finalmente, cabe decir que la necesaria estandarización de los procesos no debe confundirse en ningún caso con la atención “impersonal”; para ello, será en todo caso necesario vigilar la capacidad de adaptación de los protocolos de atención a las necesidades específicas de cada usuaria. El conocimiento de la Estrategia por parte de las mujeres y la promoción de su participación en la toma de decisiones sobre el proceso de parto, constituye un factor clave en este sentido. Para una participación informada –que sin duda redundaría en una mejora de la calidad de atención al parto normal- es fundamental insistir en la difusión de la EAPN –a través de sus materiales de apoyo- a la ciudadanía.

V.-Sobre la PRÁCTICA ASISTENCIAL

➔ Las causas del bajo nivel de cumplimiento de los indicadores asistenciales propiamente dichos –indicadores de resultado- podemos pensar en atribuirlos, entre otros, a la *falta de conocimientos o actualización* de éstos por parte de sus profesionales. Dicha situación podría paliarse en gran medida con la actualización sistemática de los protocolos, aunque sería necesario indagar en los factores concretos que ayudan a explicar las dificultades que se observan, ya que también es frecuente que se dé la situación de protocolos completos y vigentes pero que no se cumplen, y en la que los hábitos de trabajo explican mejor las prácticas profesionales.

➔ Esta situación es la que en términos de evaluación se denomina problemas de “*actitud*” y significa que entre las y los profesionales hay una determinada manera de hacer las cosas, que se aprenden de los y las otras y que se adoptan como referencia, independientemente de los protocolos. Obviamente, estos son los más resistentes al cambio y requieren de la puesta en marcha de actuaciones coordinadas de sensibilización, formación, etc. Ir reduciendo el recurso a algunos procedimientos que la evidencia desaconseja realizar de manera rutinaria, supone un CAMBIO CULTURAL tanto a nivel de profesionales, como de usuarias y no resoluble únicamente con protocolos ni cambios organizativos.

➔ Un buen ejemplo de herramienta de utilidad para mejorar la práctica asistencial y el sistema de evaluación de resultados es la ACREDITACIÓN IHAN, para su difusión y promoción en los hospitales y centros de salud.

➔ Otros resultados (por ejemplo, el contacto precoz o la posición materna durante el expulsivo), pudieran estar relacionados con las condiciones estructurales de las maternidades que en ocasiones no disponen de espacio suficiente o de estancias adecuadas para posibilitar la puesta en práctica de estas recomendaciones. La solución puede ser estructural (obras, ampliación), aunque puede ser mejor valorada la posibilidad de buscar espacios alternativos cercanos al paritorio, o incluso modificarla organización del circuito interno del paritorio que favoreciera la liberación de espacios o la optimización de éstos. También es cierto que a una determinada configuración de los espacios subyace siempre una determinada forma de entender su uso; de ahí la importancia de la sensibilización de gestores, profesionales y de las propias mujeres usuarias, que con una información más completa podrán mejorar estas “condiciones estructurales-organizativas”.

➔ En todo caso, cabe destacar que la Guía de Práctica Clínica de atención al parto normal recomienda -con grado A- que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad. Para posteriores evaluaciones podría considerarse incluir un nuevo indicador (partos atendidos por matrona) que incluyera las mujeres cuyo diagnóstico de parto ha sido realizado por matrona y atendido durante todo el proceso.

➔ En definitiva, los resultados evidencian la necesidad de seguir profundizando en la información que nos permitan comprender por qué se obtienen estas cifras, especialmente en aquellos indicadores que muestran una práctica clínica muy alejada de las recomendaciones de la EAPN.

VI.-Sobre la DIFUSIÓN Y CONOCIMIENTO DE LA EAPN

➔ Partiendo del plano más general, es decir, la existencia y difusión de la EAPN, se ha comprobado un cierto grado de desconocimiento de su existencia entre las y los profesionales que han participado directa o indirectamente en la evaluación. Siendo como son las estrategias, recomendaciones básicas hechas desde la evidencia científica y a cargo de expertos en cada uno de los temas, sería deseable una mayor difusión de éstas entre este nivel asistencial. Sin embargo, sí parecen ser bien conocidas en el ámbito de la gestión asistencial.

➔ Ello apunta a que es presumible que el flujo de información entre el MSSSI y el nivel asistencial de base tenga *puntos débiles*. Por ello, se vuelve fundamental indagar en dichos puntos, e intensificar las acciones de difusión -en los distintos niveles en que ésta ha de producirse- para que las recomendaciones de la EAPN sean recogidas y tenidas en cuenta en todos los ámbitos: desde los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas, a los protocolos de los hospitales y de ahí a la práctica diaria de los y las profesionales.

➔ Además de las administraciones sanitarias resulta imprescindible el papel de las sociedades científicas y profesionales, como referencia técnica para los distintos colectivos y disciplinas, así como la tarea desarrollada por las organizaciones sociales y de mujeres. En ambos sectores sería deseable una mayor difusión de los objetivos y recomendaciones de la EAPN.

VII.-Sobre la COORDINACIÓN ENTRE AGENTES

➔ Las anteriores reflexiones nos llevan a la necesidad de reforzar las acciones de coordinación entre los diferentes “grupos de interés o stakeholders” en la atención al parto, que además de diferentes, probablemente cada uno de ellos pueda ser fuente de información en el proceso de parto y no siempre coincidente ni sincrónica. En el ámbito de la EAPN existen representantes autonómicos que tienen un rol esencial en el flujo desde el MSSSI y a las Comunidades Autónomas; asimismo, es fundamental el papel de las personas que representan a las Sociedades científicas y profesionales implicadas, generadoras de opinión, evidencia científica y recomendaciones. También son imprescindibles las asociaciones de usuarias aportando su experiencia y transmitiendo la información. Además algunas Comunidades cuentan con Agencia de Evaluación (Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS), que también pueden hacer recomendaciones.

➔ Aunque cada grupo pueda tener intereses diferenciados, sí coinciden en su interés por la atención al parto normal. Por lo tanto, en cualquier caso y para optimizar los recursos y

conseguir los máximos beneficios, podría ser útil insistir en la implicación y participación de todos los posibles agentes de interés en la elaboración, consenso, difusión y evaluación de la EAPN, definiendo su papel, compromiso y área de trabajo, en especial de los responsables de la Estrategia, ya que son esenciales para el éxito de ésta y de hecho tienen una posición privilegiada en su relación tanto con la Comunidad como con el Ministerio. Asimismo, se vuelve fundamental consensuar la relación entre dichos agentes, el sentido de la comunicación y las competencias.

VIII.-Sobre los SISTEMAS DE INFORMACIÓN

➔ Otro aspecto destacable lo constituye la fiabilidad de las fuentes de información en relación al proceso de parto. Desde hace mucho tiempo, el uso de la codificación de procedimientos y diagnósticos ha sido un puntal para la investigación y los estudios de evaluación. En el presente estudio se han comprobado algunos déficits en el registro y codificación de situaciones o procedimientos que se dan a lo largo del parto y en la propia codificación de parto normal. Esta situación dificulta el cálculo automático de la prevalencia de las situaciones más relevantes.

➔ Si bien hay que destacar que en el MSSSI se están realizando importantes esfuerzos en la mejora y homogeneización de los registros, no hay que dejar de considerar que las dificultades pueden también atribuirse a las prácticas de registro y codificación que pueden variar entre los centros. En la mayoría de ellos hay una unidad de codificación, lo cual reduce de forma importante la variabilidad intracentro pero en cambio, no son muchos los hospitales que codifican con la totalidad de la documentación sobre el episodio (HC), sino que la mayoría lo hacen con el informe de alta. Indudablemente, la cantidad y riqueza de información no es la misma en ambas fuentes de datos. A esta situación se añade la posibilidad de que pueda producirse variabilidad en el procedimiento de la codificación, bien por diferencias en la disponibilidad de la documentación clínica o bien por diferencias en la elección de diagnósticos. Sí existen consensos (normas de codificación) para el procedimiento de codificación de los desgarros vaginales y su grado, o para las episiotomías, pero éstos no se utilizan de forma sistemática generando subregistro, lo que deriva en una infravaloración de estas situaciones. En estos casos, se podría sugerir la creación de un grupo de trabajo con las personas responsables de codificación en las Comunidades donde se trataran y consensuaran aspectos como:

- Circunstancias que deben ser codificadas (necesariamente) en cualquier parto, elegidas a partir de todas aquellas variables de los indicadores que tienen un código asignado.
- Determinar si el informe de alta, en el caso de los partos, aporta información suficiente o es necesario recurrir a la documentación de la historia clínica.
- Identificar aquellos códigos que en la remisión anual del CMBD presentan mayor variabilidad entre hospitales.
- Consensuar las normas de codificación en aquellas circunstancias que pueda haber variabilidad.

➔ Se han explicitado los problemas encontrados a la hora de consensuar y establecer los estándares de resultado deseable en cuanto a práctica clínica con relación al parto normal. Estos problemas podrán ser en parte paliados cuando se disponga de series amplias de indicadores de atención al parto normal y se avance en la generación de evidencia científica, con base a la cual podrán establecerse estándares de referencia más ajustados.

➔ Finalmente, debemos señalar la importancia de **promover la cultura de la transparencia**. Recoger y analizar los datos comparándolos con los obtenidos por otros profesionales, por otros equipos, de otros centros y por otras regiones o Comunidades Autónomas, es la primera medida de autoevaluación observada que mejora los resultados de manera casi automática. Además de contemplar mecanismos de autoevaluación, es necesario establecer sistemas de información que registren las prácticas realizadas, muestren los resultados y faciliten la comparabilidad. La publicación EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT sobre la salud perinatal en Europa (www.europeristat.com) publicada el 27 de mayo de 2013 (justo al cierre de este informe) contiene la información referida al año 2010, y resulta de interés resumir lo que pone de manifiesto:

- Una gran variabilidad en la atención al parto en toda Europa, lo que denota la existencia de dificultades para que la evidencia científica logre guiar las decisiones clínicas.
- Que España es un país especialmente intervencionista: se encuentra entre los primeros en partos instrumentales, en inducciones, en episiotomías.
- Que se desconoce en las cesáreas practicadas, las que son de urgencia y las electivas-programadas.
- La ausencia de información estadística que existe en España (algunos datos sólo de la Comunidad Valenciana y de Cataluña) en comparación con la mayoría de indicadores que sí recogen de forma rutinaria los países de nuestro entorno.
- La necesidad de transparencia estadística también en la sanidad privada, que permita conocer otros indicadores además de las cesáreas.

IX.-Sobre los ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN

➔ A diferencia de estos aspectos generales que son de carácter organizativo, puede haber una línea de explicación de los resultados que tenga que ver con la falta de consenso entre profesionales y por tanto, habría que seguir insistiendo en el estímulo a la investigación para la generación de conocimiento y evidencia científica en aquellos aspectos del parto normal que reciben poca atención por parte de los equipos y centros de investigación. Probablemente la proliferación de estudios que aporten evidencia y su divulgación, sea una vía eficaz de consolidar el cambio entre las y los profesionales. Dicha investigación no puede limitarse al estudio de los efectos de una u otra práctica, sino que también ha de incentivarse el análisis causal cualitativo para hacer aflorar las causas que mantienen las prácticas actuales. Sólo conociendo las causas será posible actuar sobre ellas y conseguir su eliminación.

➔ Una de las necesidades detectadas por la propia EAPN es la investigación que muestre los beneficios del alumbramiento expectante (en procesos fisiológicos respetados en condiciones de intimidad), frente al alumbramiento activo (administración de oxitocina). La revisión actual de la evidencia dará luz a la controversia existente.

➔ También sería importante contar con mayor número y diversidad de estudios sobre los beneficios de la atención natural al parto normal y su impacto en salud (de la madre y criatura), en la satisfacción (de madres y de profesionales), y en la economía.

➔ Destacan las dificultades en la investigación neonatal. Emergen nuevos problemas derivados de la prematuridad, embarazos múltiples y de riesgo, y la investigación realizada en el área de neonatología y obstetricia, aunque ha crecido notablemente en los últimos años, sigue siendo inferior a la desarrollada por otros países de nuestro entorno. Existe sobre todo una deficiencia de investigaciones clínicas de calidad, basadas en estudios de cohortes extensas y de ensayos clínicos no comerciales tanto farmacológicos como no farmacológicos. En nuestro país existe la capacidad pero son escasas las estructuras de apoyo a la investigación. Es deseable que en los próximos años se consolide la Red SAMID (Red de Salud Materno Infantil) y sus grupos de investigación.

X.-Sobre la MEJORA DEL PROPIO PROCESO EVALUATIVO

➔ En el marco de las responsabilidades y compromisos de las instituciones públicas, en la búsqueda permanente de la mejora, la calidad y la equidad, la evaluación se concibe como fase constitutiva de la toma de decisiones fundamentadas, justificadas y racionales que contribuyen al uso eficiente de los recursos. En éste sentido, el presente informe constituye la primera etapa de un proceso de utilidad técnica, política y social puesto que persigue la mejora de la calidad, la rendición de cuentas, el uso eficiente de los recursos y la recopilación de información sistemática para actualización de la EAPN.

➔ Los resultados del estudio de evaluación que se presentan en éste informe han sido fundamentalmente producto de un modelo de análisis cuantitativo a través de indicadores de estructura (basados en análisis de contenidos de los protocolos) y de resultados (mediante de explotación de fuentes de datos y registros como la Historia Clínica y/o CMBD). Respondiendo de ésta manera a las necesidades prioritarias identificadas en el seno de los Comités Institucional y Técnico como parte fundamental para la medición de la situación respecto a las prácticas clínicas en el Sistema Nacional de Salud. A partir de ésta primera evaluación actualmente es posible tanto contar con un panorama descriptivo a nivel nacional de la situación de las variables íntimamente relacionadas con la práctica clínica en la atención al parto normal, como comenzar a delinear nuevas prioridades informativas y actualizar medidas y esfuerzos en documentos futuros. La recopilación de toda esta información ha posibilitado tener una noción clara sobre en qué conjunto de indicadores se ha avanzado en mayor o menor medida y sobre cuáles deben centrarse los esfuerzos por mejorar.

➔ Si bien no cabe duda de la relevancia de los datos brindados por éste primer modelo de evaluación y el conocimiento arrojado sobre los distintos grados de alcance de los estándares de la práctica clínica en la atención al parto normal, deben contemplarse nuevos enfoques, preguntas e interrogantes evaluativos con mayor profundidad que los meramente descriptivos. Se trata de ir más allá para evaluar no sólo *prácticas* –independientemente consideradas– sino intentar aproximarnos a una evaluación del cambio en el *modelo* de atención al parto. Por ello se ha incluido la información cualitativa procedente de los cuestionarios cumplimentados por las CCAA, complementaria al estudio de evaluación, como adelanto a la que deberá abordarse con una metodología específica en el siguiente proceso evaluativo.

➔ Respecto al enfoque y contexto de evaluación y aun habiendo cumplido el objetivo inicial descriptivo se evidencian algunas limitaciones que deberían superarse en diseños posteriores. En este sentido, se habrán de realizar esfuerzos en términos de:

- Representatividad de las Comunidades Autónomas y comparabilidad entre ellas.
- Explotación de variables socio-demográficas de las personas usuarias existentes en las fuentes que permitan indagar sobre posibles desigualdades sociales de acceso o utilización de los servicios sanitarios implicados en la atención al parto normal (rangos de edades; tipos de lugar de residencia –rural, urbano, semiurbano; nivel educativo; diversidad funcional; países de procedencia/tiempo de estancia en el país, estilos de vida...).
- Análisis y explotación de posibles relaciones entre los indicadores que se miden y los determinantes psicosociales y de género de las mujeres que se atiende.
- Ampliación de variables estructurales del propio centro sanitario y de los y las profesionales: tamaño de hospitales, tipo de formación de los profesionales, composición de los equipos, direcciones de los servicios y gerencias, existencia y calidad de los protocolos, acreditaciones...).
- Complementariedad con otras Bases de Datos (Hospitalarias, Urgencias, CMBD, Historias Clínicas y otras fuentes de datos y registros existentes) y homogeneidad entre diversas fuentes de información (categorías registradas, clasificaciones, codificación...).
- Tomar en consideración sistemas de evaluación de uso internacional y eficacia demostrada, como el que ofrece IHAN.

➔ Dado que ya se ha realizado una primera evaluación, deberán concretarse las siguientes etapas teniendo en cuenta las múltiples dimensiones interconectadas entre todas las líneas integradas en la EAPN y las etapas consecutivas que aporten información sobre procesos, resultados, impacto, diseño y estructura que posibiliten su adecuada actualización.

- 1. Mejorar la información, la educación para la maternidad y la participación activa de las mujeres, así como de sus parejas:** son aspectos claves para que la embarazada conozca los cambios y las etapas del proceso fisiológico-emocional, tenga una vivencia autónoma satisfactoria y sepa reconocer los signos de evolución -incluido los de inicio del verdadero trabajo de parto- para evitar ingresos precoces, la prolongación y complicaciones del proceso. Para ello es necesario reforzar las siguientes acciones:
 - ▶ Ofrecer la información adecuada a cada mujer desde el comienzo de la gestación. Aprovechar la especial receptividad y sensibilidad del momento, y la frecuentación de consultas, para reforzar sus capacidades y confianza. Empoderar a las mujeres impulsando la atención natural al parto normal (parto respetado).
 - ▶ Promover la educación para la maternidad y la corresponsabilidad paterna.
 - ▶ Visibilizar y compartir experiencias positivas de partos normales, y abordar miedos e incertidumbres.
 - ▶ Proporcionar asesoramiento para la elaboración del Plan de Parto y Nacimiento.
 - ▶ Promoverlos grupos de apoyo o grupos de soporte entre iguales.
 - ▶ Mejorar la comunicación entre profesionales y mujeres usuarias.
 - ▶ Identificar los indicadores de calidad que sean importantes para las propias mujeres.
 - ▶ Garantizar la coordinación y continuidad de la atención AP-hospital-AP.

- 2. Permitir el acompañamiento desde el ingreso en el hospital, de modo continuado durante todo el proceso, y por la persona elegida por la mujer** es especialmente importante para favorecer el parto normal y aliviar el dolor, y debe ofrecerse a la totalidad de mujeres de parto. Las propuestas de mejora, son:
 - ▶ Sensibilizar y concienciar a los y las profesionales de su importancia, y velar porque se facilite y se lleve realmente a la práctica.
 - ▶ Formar previamente a la persona que acompaña en el parto, para que sea el apoyo necesario de la mujer en este proceso.
 - ▶ Promover la libre elección de las mujeres.

- 3. Facilitar intimidad, libertad de movimientos y un ambiente acogedor** permaneciendo en el mismo lugar durante todo el proceso; poder deambular y adoptar distintas posiciones; ingerir líquidos y alimentos ligeros; y recibir las atenciones de la persona acompañante, son también aspectos importantes a mejorar, con las siguientes propuestas:
 - ▶ No interferir en el proceso fisiológico de cada mujer, evitando interrupciones innecesarias. Ofrecer confianza y seguridad ("*+ atención y - intervención*").
 - ▶ Desaconsejar la posición de litotomía y sugerir otras más favorecedoras.
 - ▶ Limitar el número de tactos vaginales a los imprescindibles; y de profesionales que atienden a la mujer en el parto.
 - ▶ Permitir utilizar objetos personales (música, fotos, ropa, etc.)

4. Mejorar la oferta de métodos alternativos para el manejo del dolor de acuerdo a la EAPN, que recomienda no realizar analgesia de rutina y ofrecer a las mujeres todos los métodos, no farmacológicos y farmacológicos existentes, potenciando:

- ▶ Informar a las mujeres durante la preparación a la maternidad, de los métodos alternativos para el alivio del dolor, y favorecer su utilización durante el parto: inmersión en agua caliente, acompañamiento adecuado, técnicas de relajación, masajes, pelotas pélvicas, estimulación nerviosa transcutánea, moxibustión, óxido nítrico, opioides, etc.
- ▶ Explicar a las mujeres la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas y la importancia del papel de la oxitocina endógena que se segrega en condiciones de intimidad en un parto fisiológico.
- ▶ Advertir a las mujeres de que la analgesia neuroaxial (epidural o combinada) es el método más eficaz para el alivio del dolor pero incrementa el riesgo de parto instrumental, las dificultades para el amamantamiento, alarga la segunda etapa del parto y puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre.
- ▶ Utilizar encuestas de calidad para conocer la opinión y vivencia de las mujeres que han hecho uso de la analgesia epidural y de aquellas otras que han utilizado métodos alternativos para el alivio del dolor.

5. Evitar instrumentalizar el parto normal y ofrecer una atención humanizada, orientada a las necesidades de la mujer y basada en la evidencia.

- ▶ No realizar prácticas rutinarias (rasurado, enema, toma de vía, amniorrexis, episiotomía, administración de oxitocina o de analgesia). Indicación selectiva.
- ▶ Facilitar la movilidad y la elección de posición en el expulsivo.
- ▶ Erradicar la maniobra de Kristeller.
- ▶ Circunscribir los partos inducidos y los partos instrumentales a los necesarios.
- ▶ Adecuar la realización de cesáreas a los estándares clínicos.
- ▶ Fomentar la atención al parto normal por las matronas; reconocer su papel, competencias y autonomía, formando parte del equipo obstétrico.
- ▶ Promover las prácticas docentes en modelos anatómicos simulados (maniquíes).

6. Mejorar las condiciones del nacimiento y la atención neonatal, informando a la madre de la importancia de las recomendaciones y contando con sus opiniones:

- ▶ Colocar piel con piel al recién nacido/a inmediatamente tras el parto y de forma ininterrumpida durante las dos primeras horas, hasta la instauración de la lactancia.
- ▶ No realizar ninguna maniobra ni prueba durante la primera hora, excepto el test de Apgar y la identificación segura del bebé.
- ▶ Garantizar la identidad inmediata y el registro individual del recién nacido/a, con apertura de historia al nacimiento incluyendo datos del parto.
- ▶ Promover la lactancia materna y ayudar a las madres ante posibles dificultades.

- ▶ Establecer una política institucional de Unidades Neonatales con Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia, que garantice que los niños/as hospitalizados puedan permanecer acompañados por su madre, padre o familiar durante las 24h del día.
- ▶ Facilitar habilidades para la madre y padre sobre el cuidado del bebé. Promover la corresponsabilidad paterna.
- ▶ Cuidar y respetar el nacimiento en su proceso fisiológico y natural como el primero de los derechos humanos, conociendo su repercusión a lo largo de la vida.

7. Continuar la formación de profesionales para actualizar conocimientos y habilidades prácticas, como elemento clave para modificar rutinas aprendidas y mejorar la calidad de la atención basándola en la evidencia científica:

- ▶ Incluir las recomendaciones de la EAPN en los contenidos de la formación MIR y EIR de especialidades de obstetricia-ginecología y pediatría, y en formación continuada.
- ▶ Continuar desarrollando el Programa de Formación de Formadores/as de la EAPN y compartiendo buenas prácticas: "Unidades Neonatales con Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia", "Adecuación de la tasa de cesáreas", "Proyecto IHAN", "Herramienta de transferibilidad en población vulnerable"; así como iniciar otras nuevas experiencias: "Indicación de inducción y estimulación", "Protección del suelo pélvico", etc.
- ▶ Promover actividades formativas en habilidades prácticas para atender las distintas posiciones en el expulsivo; formación conjunta y por equipos de profesionales, facilitándoles la asistencia.
- ▶ Incluir en los contenidos de la formación habilidades de comunicación para mejorar la escucha y estimular a las mujeres para que participen en las decisiones.

8. Promover la investigación, innovación y difusión de BBPP como garantía para mantener actualizado el cuerpo de conocimiento y como modelo de aprendizaje institucional compartiendo experiencias, pruebas y buenas prácticas.

- ▶ Promover la investigación obstétrica sobre parto normal. Actualizar el conocimiento sobre el manejo del alumbramiento y resolver la controversia sobre manejo activo o expectante en situación de normalidad.
- ▶ Potenciar la investigación y apoyo institucional a la Red SAMID (Red de Salud Materno Infantil) para la consolidación de sus grupos de investigación y la difusión de buenas prácticas.
- ▶ Identificar los obstáculos y las fortalezas para el desarrollo de la EAPN.
- ▶ Elaborar la Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna, completando así los instrumentos de acompañamiento a la EAPN en todo el proceso (actualmente se dispone de la GPC de Parto y la GPC de embarazo y puerperio).
- ▶ Incluir como prioridad la investigación sobre el proceso (embarazo, parto, nacimiento, puerperio, lactancia, crianza) en los Fondos de Investigación Sanitaria (FIS).

- ▶ Valorar la posibilidad de establecer la figura de coordinación como tutoría sobre las investigaciones en desarrollo en los diferentes hospitales, disponiendo de las aplicaciones informáticas, que faciliten compartir experiencias y sumar resultados. Creación de una Red de Investigación de atención al parto normal, en donde tendría cabida investigaciones básicas, clínicas, psicosociales y organizativas.

9. Mejorar los sistemas de registro e indicadores

- ▶ Actualización de los protocolos de acuerdo a las recomendaciones EAPN y considerar estas propuestas. Posibilidad de un único protocolo para todo el proceso y trabajar en equipo y por procesos.
- ▶ Fomentar la cumplimentación del partograma completo. Iniciar la experiencia piloto de partograma informatizado con volcado automático en historia clínica y resultado en CMBD.
- ▶ Recoger los datos en la historia clínica, con información que permita el seguimiento de la evolución del parto (sobre cómo empezó el proceso y como terminó).
- ▶ Actualizar los datos recogidos en la historia informatizada para poder medir indicadores de la fisiología del parto.
- ▶ Garantizar la identificación segura y el registro individual del recién nacido/a.
- ▶ Disponer de una herramienta común de auto monitorización de las prácticas que incluya los indicadores más adecuados para la evaluación de la Estrategia.
- ▶ Favorecer el registro y la monitorización de las prácticas con las herramientas de evaluación que ofrece la IHAN, introduciendo la acreditación IHAN y los indicadores de lactancia de la OMS, como indicadores de calidad asistencial.
- ▶ Impulsar el Grupo de Trabajo de Indicadores para que elabore propuestas de mejora considerando las deficiencias mostradas en el Informe.
- ▶ Promover la cultura de la transparencia. Recoger, analizar y comparar los datos a escala local, nacional e internacional (participar en el informe EuroPeristat).

10. Mejorar la coordinación

- ▶ Incrementar el papel de representación e implicación de las personas representantes de instituciones y entidades en el Comité Institucional y Técnico de la EAPN.
- ▶ Aumentar la implicación de gestores de las administraciones, gerentes de hospitales, direcciones médicas y de enfermería y jefaturas de los servicios.
- ▶ Promover la colaboración entre atención primaria y especializada para consensuar la aplicación de las recomendaciones de la EAPN en cada territorio y garantizar la continuidad asistencial desde el embarazo al puerperio y la crianza.
- ▶ Facilitar la información más relevante, que muestre la evolución de la atención al parto y nacimiento en cada Comunidad Autónoma.
- ▶ Desarrollar el alcance de la matrona gestora encargada de la coordinación de la asistencia que ofrecen el conjunto de matronas (A Primaria y A Hospitalaria).
- ▶ Fomentar los grupos de apoyo.

- ▶ Crear un grupo de trabajo multidisciplinar con apoyo institucional para la elaboración del “Protocolo de atención al parto normal” con el objetivo de adecuar y homogeneizar las propuestas contenidas en la EAPN que apoye su efectiva implantación en los centros hospitalarios del SNS.
- ▶ Establecer una política institucional que contemple de manera explícita estas propuestas y las recomendaciones de la EAPN, con la implicación de los equipos profesionales y directivos, que garantice el cumplimiento de estas propuestas y vele por su cumplimiento.

CONCLUSIÓN Y PROPUESTA FINAL:

Potenciar la implementación de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, desarrollando sus objetivos y recomendaciones para ofrecer una atención de calidad basada en la evidencia científica, en los derechos humanos y en la excelencia profesional. Y para ello se llama a la responsabilidad e implicación de todos los sectores y disciplinas profesionales, y de todos los niveles de las administraciones sanitarias.

VI. ANEXOS

ANEXO 1. Definición de indicadores

Indicador 1	PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL PARTO y NACIMIENTO
Justificación	La adecuada asistencia al parto normal se ve favorecida por la estandarización del proceso de acuerdo a la evidencia científica, así plasmada en los protocolos de cada centro por consenso del equipo profesional. Los protocolos, igual que la evidencia, no son permanentes y deben ser actualizados al mismo ritmo que ésta. Su objetivo es homogeneizar la atención al parto en el centro y facilitar la toma de decisiones de los/las profesionales.
Dimensión	Adecuación a las recomendaciones de la EAPN
Fórmula	$\frac{\text{Nº de centros que disponen de protocolo completo de atención al parto y nacimiento}}{\text{Nº de centros evaluados}} \times 100$
Explicación de términos	► Protocolo completo: Documento/s institucional/es en el que consten específicamente las siguientes recomendaciones de la "Estrategia de atención al parto normal" en el SNS: 1. Recomienda evitar la práctica rutinaria del rasurado o simplemente no se menciona la práctica de rasurado 2. Desaconseja la práctica rutinaria de enema o simplemente no se menciona la práctica de enema 3. Permite la presencia de una persona acompañante durante todo el proceso de modo ininterrumpido 4. Permite la libre elección de la persona acompañante 5. Durante la dilatación hace referencia a: a) facilitar la deambulación b) permitir la ingesta de líquidos c) evitar el uso de vía venosa periférica profiláctica 6. Menciona las alternativas NO farmacológicas para el manejo del dolor 7. Aconseja realizar pinzamiento de cordón después de cesar el latido 8. Respeta las fases del expulsivo y sus tiempos 9. Contacto precoz madre RN: (11 ítems) 10. Lactancia: (6 ítems) 11. Alojamiento conjunto madre-hijo siempre, salvo cuando exista justificación clínica para la separación y el RN ingrese en neonatos. Es decir, no se contempla (o se excluye) la posibilidad de existencia de un "nido" o "nursery". 12. Recomienda tener en cuenta el "Plan de parto"
Población	Todos los centros evaluados
Tipo	Estructura
Fuentes de datos	La información sobre los elementos de la estrategia puede encontrarse en 1 o más de los protocolos citados a continuación: 1. Protocolo de parto (elementos del 1 al 8, fundamentalmente) 2. Protocolo de puerperio o planta maternal (elementos del 9 al 12) 3. Protocolo de lactancia (en caso de no estar incluido en el de puerperio) 4. Protocolo de neonatología o pediatría (elementos del 9 al 12) 5. Protocolo de cesáreas (elemento 10 específico para cesáreas)
Estándar	100%
Comentarios	Nota: ▪ Sólo se considerará cumplido el indicador cuando el protocolo del centro incorpore todas las recomendaciones citadas. Bibliografía: ▪ Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud ▪ Recomendaciones Ottawa sobre expulsivo ▪ Revisión Cochrane de pinzamiento de cordón ▪ Recomendaciones AEP ▪ GPC sobre la atención al parto normal.

Indicador 2	PARTOGRAMA CUMPLIMENTADO
Justificación	El partograma es la representación gráfica de distintas variables relacionadas con el trabajo de parto. Éste permite ver y valorar la evolución del progreso del trabajo de parto, facilitando tomar decisiones clínicas más rápidamente.
Dimensión	Efectividad, seguimiento, continuidad asistencial
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos con hoja de partograma cumplimentada totalmente}}{\text{Nº total de partos vaginales y cesáreas intraparto o urgentes}} \times 100$
Explicación de términos	► Partograma cumplimentado totalmente: Registro de <u>todos</u> los apartados siguientes: ▪ FCF (registro cardiotocográfico continuo o con ventanas o bien registro manual) ▪ Determinación de pulso, TA y temperatura ▪ Control de la dinámica uterina, haciendo constar cada vez la frecuencia y calidad de las contracciones (registro cardiotocográfico) ▪ Constancia de la realización de tactos vaginales haciendo constar el progreso de la dilatación (en cm.) y las modificaciones del cuello ▪ Constancia de la altura de la presentación o descenso de la presentación, ya sea cabeza o nalgas (planos de Hodge) ▪ Constancia de los cambios de posición fetal ▪ Medicamentos utilizados ▪ Color de las aguas ► Parto vaginal: expulsión del feto por vía vaginal (instrumental o no) ► Cesárea intraparto: cesárea No programada o urgente
Población	Todos los partos atendidos (vaginales y cesáreas intraparto) durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas. ✓ Criterio de exclusión: ▪ Cesáreas programadas o electivas
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Numerador: Hoja de partograma Registro cardiotocográfico Documentación clínica
Estándar	100%
Comentarios	Nota: ▪ Sólo se considerará cumplido el indicador cuando la hoja de partograma contenga todos los parámetros citados en explicación de términos. Bibliografía: ▪ MHD-US AID. Best Practices. The partograph. An essential Tool for Decision-Making during Labor. US Agency for International Development 2002. ▪ Uso del partograma. OMS. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para matronas y especialidad médica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas. Ginebra: OMS; 2002.

Indicador 3	REALIZACIÓN DE AMNIOTOMIA (AMNIOREXIS ARTIFICIAL)
Justificación	En el parto normal es recomendable no interferir en el proceso normal de rotura espontánea de membranas. La rotura artificial de membranas puede producir efectos adversos y complicaciones como aumento del riesgo de infección o aparición de patrones anormales de la FCF.
Dimensión	Efectividad, alteración del proceso fisiológico
Fórmula	$\frac{\text{Nº de amniotomías (amniorrexis artificiales) realizadas en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales y cesáreas intraparto}} \times 100$
Explicación de términos	► Amniorrexis artificial: Rotura artificial de membranas (amniotomía) ► Parto vaginal: Expulsión del feto por vía vaginal (instrumental o espontáneo) ► Cesárea intraparto/urgente: Aquella que se realiza cuando ya se ha iniciado el trabajo de parto, no de modo programado cuya fecha de ingreso hubiera sido fijada previamente.
Población	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado (aunque acaben en cesárea, tanto cesárea intraparto/urgente como cesárea urgente), en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Numerador: Documentación clínica Hoja de partograma
Estándar (*)	No establecido La Estrategia de atención al parto normal recomienda <u>no realizar de forma rutinaria</u>. (*) La bibliografía consultada no permite establecer un estándar válido que constituya una tasa esperable de amniorrexis correctamente indicadas. En cualquier caso, resultados superiores al 20% hacen recomendable una revisión del protocolo o de su cumplimiento en el centro. Cuando se disponga de resultados de series amplias con manejo fisiológico del parto en base a evidencia (GPC), podrán tomarse como estándar orientativo.
Comentarios	Bibliografía: ► Estrategia de atención al parto normal en el SNS. ► Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, Biblioteca de salud reproductiva (BSR/OMS), ICAs y recomendaciones de la OMS. ► Smyth RMD, Allfred SK, Markham C. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i>, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. ► Guía NICE: Intrapartum care (http://www.nice.org.uk/CG055) ► GPC sobre la atención al parto normal.

Indicador 4	ESTIMULACIÓN CON OXITOCINA
Justificación	El uso de la oxitocina no ha demostrado beneficio en los partos normales. Existe, sin embargo, creciente evidencia respecto a los efectos adversos que produce la estimulación de la dinámica uterina de modo artificial y el subsiguiente bloqueo en la producción endógena de la oxitocina natural y hormonas acompañantes.
Dimensión	Efectividad, supresión de la oxitocina endógena, alteración del proceso fisiológico.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos de inicio espontáneo con administración de oxitocina durante la dilatación en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos con inicio espontáneo}} \times 100$
Explicación de términos	► Inicio espontáneo de parto: Parto en gestante que inicia dinámica uterina (contracciones) entre las 37 a 42 semanas de gestación y alcanza 3 cm de dilatación. ► Administración de oxitocina: Administración de cualquier oxitócico por vía ev. durante la dilatación. ► Periodo de dilatación: Espacio de tiempo que comienza cuando el cérvix está borrado (3-4 cm. de dilatación) y termina cuando la dilatación es completa (10 cm.)
Población	Todos los partos que presenten un inicio espontáneo de trabajo de parto, independientemente del resultado final (parto vaginal o cesárea). Quedan incluidos los partos de nalgas.
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Numerador: Documentación Clínica Hoja de administración de fármacos Registro tococardiográfico Partograma
Estándar	5-10 %
Comentarios	Se ha tenido que verificar en cada HC la fiabilidad de la terminología utilizada, ya que se ha observado confusión entre estimulación e inducción.

Indicador 5	PARTOS INDUCIDOS
Justificación	El procedimiento de inducción al parto está dirigido a desencadenar el trabajo de parto de forma artificial. Existen diferentes técnicas para inducir el trabajo de parto mediante el uso de sustancias farmacológicas. La inducción al parto no está exenta de riesgos, por lo que su uso debe estar justificado por la presencia de algún o algunos factores de riesgo y tras una evaluación ajustada entre el riesgo/beneficio según la técnica o procedimiento que se emplee para la inducción. La inducción es un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas en gestantes sin dinámica efectiva y que no está exento de riesgos, por lo que no está justificado su uso, salvo indicación obstétrica.
Dimensión	Seguridad, alteración del proceso fisiológico
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos inducidos en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales y cesáreas intraparto}} \times 100$
Explicación de términos	► Parto inducido: Procedimiento que incluye uno o más de los siguientes: ▪ Administración de oxitocina durante el periodo de dilatación ▪ Administración de Prostaglandinas + oxitocina ▪ Administración de Prostaglandinas ▪ Amniotomía (amniorrexia artificial) en gestante que no está de parto (acompañada o no de oxitocina)
Población	Todos los partos atendidos (vaginales y cesáreas intraparto) durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas. ✓ Criterio de exclusión: ▪ Cesáreas programadas o electivas
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador: Documentación Clínica (hoja de evolución, órdenes medicas...) Hoja de partograma Hoja de ingreso donde se registra si ingresa para inducción o no Registro tococardiográfico
Estándar	10 %
Comentarios	Es importante señalar la diferencia entre la administración de oxitocina para INDUCCIÓN, de la administrada tras el nacimiento para la EXPULSIÓN DE LA PLACENTA durante el alumbramiento.

Indicador 6	USO DE ANALGESIA LOCOREGIONAL (EPIDURAL O RAQUÍDEA)
Justificación	La analgesia epidural es el método de analgesia locoregional que consigue el más completo alivio del dolor durante el parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan este método tienen mayores riesgos, derivados de la propia técnica: necesidad de monitorización materna y fetal más estrecha, fiebre intraparto, sondaje vesical, hipotensión, periodos expulsivos de mayor duración, aumento de partos instrumentales, etc. En ocasiones, se usa la vía raquídea en vez de la epidural. Pueden ofrecerse alternativas de ayuda analgésica a la mujer que elige parto sin epidural. De todas maneras, la anestesia epidural debe estar disponible para todas las gestantes que lo solicitan.
Dimensión	Seguridad, consecuencias
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos con analgesia locoregional en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos (vaginales y cesáreas intraparto)}} \times 100$
Explicación de términos	► Analgesia LOCOREGIONAL: Todo procedimiento analgésico basado en analgesia locoregional, aunque finalice con anestesia general. Incluye la EPIDURAL y la RAQUÍDEA.
Población	Todos los partos (vaginal y cesáreas intraparto) atendidos durante el periodo revisado, en gestantes de 37 a 42 semanas. ✓ Criterio de exclusión: ▪ Cesáreas programadas
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador: Documentación clínica Partograma Hoja de anestesia
Estándar	No se ha establecido un estándar Se ha aceptado un amplio rango: 30 –80% La Estrategia de atención al parto normal recomienda informar a las mujeres de los riesgos y no realizar analgesia de rutina. Pone énfasis en informar a las mujeres sobre los distintos métodos alternativos para el alivio del dolor. Nota del equipo redactor: El rango es muy amplio ya que el resultado del indicador puede estar influido por numerosas variables. En cualquier caso, su utilidad reside en que todo hospital cuyo resultado esté fuera de este rango significa una sobre/infrautilización de la epidural y debiera hacer una reflexión sobre sus resultados, revisando el protocolo de actuación, el equipo de matronas o los recursos de anestesia.
Comentarios	Bibliografía: ▪ Estrategia de atención al parto normal en el SNS. ▪ Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, e ICAs . ▪ Guía NICE Intrapartum care (http://www.nice.org.uk/CG055) ▪ GPC sobre la atención al parto normal.

Indicador 7	ALUMBRAMIENTO CON MANEJO ACTIVO
Justificación	Aunque actualmente es más habitual el manejo expectante del alumbramiento que el activo, diversos estudios aportan resultados en los que se asocia la conducta activa con una reducción importante de aspectos como la hemorragia puerperal severa, las transfusiones y menor necesidad de uso adicional de oxitócicos en partos en el ámbito hospitalario. No se ha estudiado este aspecto en partos que transcurren en condiciones totalmente fisiológicas.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de alumbramientos con manejo activo en partos normales en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales de 37 a 42 semanas}} \times 100$
Explicación de términos	✓ Manejo activo: También registrado, en ocasiones, como alumbramiento dirigido .
Población	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Numerador: Documentación Clínica Partograma Hoja de parto
Estándar	Superior al 70% (GPC)
Comentarios	Nota: La Estrategia de atención al parto normal recoge dos recomendaciones: 1. No pinzar el cordón con latido como práctica habitual. 2. Realizar una investigación sobre el riesgo de sangrado en partos seguidos en condiciones fisiológicas no intervenidos y en aquellos con manejo activo, que aporte conocimiento útil para elaborar las oportunas recomendaciones; dado que no existe uniformidad respecto al alumbramiento expectante o activo como práctica en el SNS. Bibliografía: ▪ GPC sobre la atención al parto normal. ▪ Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, ICAs, comentarios de la Biblioteca de salud reproductiva (BSR/OMS) y recomendaciones de la OMS.

Indicador 8	EPISIOTOMÍAS EN PARTOS EUTÓCICOS
Justificación	La episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente y que presenta una amplia variabilidad en el territorio español. Existe evidencia consistente de que la episiotomía rutinaria no aporta beneficios y sí tiene complicaciones a corto y largo plazo.
Dimensión	Efectividad, consecuencias
Fórmula	$\frac{\text{Nº de episiotomías en partos eutócicos}}{\text{Nº total de partos eutócicos}} \times 100$
Explicación de términos	► Parto Eutócico: Parto vaginal en presentación cefálica y a término (37-42 semanas) de inicio espontáneo o inducido y que NO ha requerido instrumentación ni manipulación fetal.
Población	Todos los partos eutócicos
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador: Documentación clínica Partograma Hoja de parto
Estándar	Inferior al 15%
Comentarios	Bibliografía: ▪ Estrategia de atención al parto normal en el SNS. ▪ Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), y recomendaciones de la OMS. ▪ GPC sobre la atención al parto normal.

Indicador 9	DESGARROS PERINEALES DE III Y IV GRADO <u>CON EPISIOTOMÍA</u>
Justificación	Una incidencia excesiva de desgarros perineales severos (GIII y GIV) puede implicar deficiencias en la asistencia al parto. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el uso indiscriminado de la episiotomía aumenta los riesgos y la morbilidad del parto y, más concretamente, aumenta el riesgo de desgarros perineales severos (GIII y GIV).
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de desgarros de grado III y IV en partos con episiotomía en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales con episiotomía en gestantes de 37 a 42 semanas}} \times 100$
Explicación de términos	► Desgarro de grado III: Afectación del periné, incluyendo esfínter anal ► Desgarro de grado IV: Lesión de grado III con afectación de la mucosa rectal
Población	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador y denominador: Documentación Clínica Partograma
Estándar	1 - 5 %
Comentarios	Nota: - Hay un porcentaje de desgarros que se diagnostican en el puerperio precoz o tardío que no podrán ser identificados (falsos negativos). Bibliografía: - GPC sobre la atención al parto normal.

Indicador 10	DESGARROS PERINEALES DE III Y IV GRADO <u>SIN EPISIOTOMÍA</u>
Justificación	Una incidencia excesiva de desgarros perineales severos (GIII y GIV) puede implicar deficiencias en la asistencia al parto. Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el uso indiscriminado de la episiotomía aumenta los riesgos y la morbilidad del parto y, más concretamente, aumenta el riesgo de desgarros perineales severos (GIII y GIV).
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de desgarros de grado III y IV en partos sin episiotomía en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales sin episiotomía en gestantes de 37 a 42 semanas}} \times 100$
Explicación de términos	► Desgarro de grado III: Afectación del periné, incluyendo esfínter anal ► Desgarro de grado IV: Lesión de grado III con afectación de la mucosa rectal
Población	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador y denominador: Documentación clínica Partograma
Estándar	0.5% a 3%
Comentarios	Nota: Hay un porcentaje de desgarros que se diagnostican en el puerperio precoz o tardío que no podrán ser identificados.

Indicador 11	PARTOS INSTRUMENTALES
Justificación	La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías, la producción de desgarros, el dolor en el puerperio, el riesgo de lesiones del periné con secuelas a largo plazo y reduce las tasas de duración de lactancia materna.
Dimensión	Seguridad, efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos instrumentales en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
Explicación de términos	► Parto instrumental: Aquél que incluye el uso de fórceps, espátulas o ventosa.
Población	Todos los partos vaginales durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador: Documentación clínica Partograma
Estándar	Inferior al 15%
Comentarios	Bibliografía: ▪ Estrategia de atención al parto normal en el SNS. ▪ Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs. ▪ Aceituno-Velasco, L. Tasa de partos instrumentales en España. Progresos de Obstetricia y Ginecología, Volume 52, Issue 10, October 2009, Pages 609-615

Indicador 12	USO DE FÓRCEPS
Justificación	La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías y reduce las tasas de duración de lactancia materna, asociado a las dificultades de inicio de la lactancia por mayor separación madre-RN, estrés de RN por parto complicado e incomodidad materna por cicatrices o dolor.
Dimensión	Seguridad, efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos con fórceps en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
Explicación de términos	
Población	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador: CMBD nacional
Estándar	5%
Comentarios	Bibliografía: ▪ Estrategia de atención al parto normal en el SNS. ▪ Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs.

Indicador 13	USO DE ESPÁTULAS
Justificación	La realización de un parto instrumental (fórceps, ventosa o espátula) se debe restringir a las indicaciones estrictamente necesarias, ya que se trata de procedimientos que pueden producir lesiones inmediatas y secuelas tardías. Su uso aumenta la realización de episiotomías y reduce las tasas de duración de lactancia materna, asociado a las dificultades de inicio de la lactancia por mayor separación madre-RN, estrés de RN por parto complicado e incomodidad materna por cicatrices o dolor.
Dimensión	Seguridad, efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos con espátulas en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
Explicación de términos	
Población	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador: Documentación clínica Partograma
Estándar	5%
Comentarios	Bibliografía: ▪ Estrategia de atención al parto normal en el SNS. ▪ Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs.

Indicador 14	USO DE VACUUM EXTRACTOR
Justificación	El uso de ventosa extractora reduce la probabilidad de morbilidad materna comparada con el uso de fórceps; por ello, siempre que se cumplan las condiciones de aplicación (indicación obstétrica) es el método recomendado como primera opción en parto asistido.
Dimensión	Seguridad, efectividad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos con vacuum en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
Explicación de términos	
Población	Todos los partos vaginales atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador: Documentación clínica Partograma
Estándar	Igual o inferior al 7 %
Comentarios	Bibliografía: ▪ Estrategia de atención al parto normal en el SNS. ▪ Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, comentarios de la RHL de la OMS e ICAs.

Indicador 15	PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA
Justificación	En la mayoría de los casos, es posible que una mujer tenga un parto vaginal tras una cesárea. Existen amplias diferencias entre centros respecto a la práctica de permitir el inicio espontáneo de parto en estas mujeres.
Dimensión	Seguridad , efectividad, satisfacción
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos por vía vaginal tras cesárea previa}}{\text{Nº total de partos tras cesárea previa}} \times 100$
Explicación de términos	► Cesárea previa: cesárea en <u>cualquier</u> parto anterior al actual (no es necesario que sea el inmediatamente anterior).
Población	Todos los partos (vaginales o cesáreas), atendidos durante el periodo evaluado y que han tenido <u>una y sólo una cesárea</u> previa. ✓ Criterio de exclusión: ▪ Partos con más de 1 cesárea previa (la existencia de 2 cesáreas previas es indicación de cesárea electiva) ▪ Partos sin ninguna cesárea previa
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador: Documentación clínica Partograma Hoja de ingreso
Estándar	60% - 80%
Comentarios	Bibliografía: 1. Cunningham FG, Bangdiwala S, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, King T, Spencer Lukacz E, McCullough LB, Nicholson W, Petit N, Probstfield JL, Viguera AC, Wong CA, Zimet SC. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. March 8–10, 2010. Obstetrics & Gynecology. 2010; 115(6):1279–1295 2. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetrics & Gynecology 116(2 Pt 1):450-63, 2010 Aug 116(2 Pt 1):450-63, 2010 Aug 3. Birth after previous caesarean birth. Green Top Guidelines nº 45. RCOG 4. EURO-PERISTAT Project (2004). European Perinatal Health Report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies

Indicador 16	POSICIÓN MATERNA EN EL EXPULSIVO
Justificación	Durante el expulsivo es recomendable que la mujer adopte la posición que espontáneamente elija y le resulte más cómoda. La posición vertical o lateral puede facilitar un acortamiento en la duración del expulsivo, además de una reducción del número de partos asistidos y de episiotomías con respecto a la posición habitual de litotomía, pero aumentan los desgarros de grado II y la pérdida de sangre. La posición no parece afectar al uso de analgesia, cesáreas, necesidad de transfusión o alumbramiento manual.
Dimensión	Satisfacción, seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos vaginales en los que ha mantenido la posición de litotomía durante todo el expulsivo en gestantes de 37 a 42 semanas}}{100} \times \text{Nº total de partos vaginales}$
Explicación de términos	► Posición de litotomía: Colocación de la parturienta en posición de decúbito dorsal y con las EEII en estribos o perneras.
Población	Todos los partos vaginales, instrumentados o no, atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Numerador: Pregunta directa a las pacientes que estén ingresadas en sala de maternidad el día/s de la evaluación.
Estándar	Inferior al 30%
Comentarios	Nota: - No se excluyen los partos vaginales instrumentados, ya que con anterioridad a la indicación de instrumentación también pueden adoptarse posiciones alternativas y, en el caso de uso de ventosa, no están desaconsejadas posiciones distintas a la dorsal. - El revisor mostrará una imagen gráfica de la posición para facilitar la comprensión de la encuesta. Bibliografía: - Estrategia de atención al parto normal en el SNS. - Revisiones sistemáticas de Cochrane Database y recomendaciones de la OMS - GPC sobre la atención al parto normal.

Indicador 17	REALIZACIÓN DE LA MANIOBRA DE KRISTELLER
Justificación	La maniobra de Kristeller está contraindicada por sus riesgos potenciales. En caso de necesidad de acelerar la salida del bebé, se deben utilizar los procedimientos que indica la GPC. Es importante recoger la utilización de esta maniobra en los partos de cada maternidad.
Dimensión	Seguridad, satisfacción
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos vaginales en los que se ha realizado la maniobra de Kristeller en gestantes de 37 a 42 semanas}}{\text{Nº total de partos vaginales}} \times 100$
Explicación de términos	► Maniobra de Kristeller: Presión y empuje sobre el fondo uterino durante el expulsivo, ejercido con el brazo por matrona, auxiliar o ginecólogo, para contribuir a la salida del bebé.
Población	Todos los partos vaginales, instrumentados o no, y atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Numerador: Pregunta directa a las pacientes que estén ingresadas en sala de maternidad el día/s de la evaluación
Estándar	0%
Comentarios	Nota: - El revisor mostrará una imagen gráfica de la maniobra para facilitar la comprensión de la encuestada. Bibliografía: - Estrategia de atención al parto normal en el SNS. - Revisiones sistemáticas de Cochrane Database y recomendaciones de la OMS. - GPC sobre la atención al parto normal.

Indicador 18	CONTACTO PRECOZ MADRE-RECIEN NACIDO
Justificación	Se denomina contacto piel con piel precoz al contacto piel con piel del recién nacido con su madre inmediato tras el parto. El recién nacido se coloca en decúbito prono sobre el abdomen materno y poco a poco se desplazará, reptando, hasta llegar al pecho. El contacto precoz piel-piel entre la madre (y, en su defecto, el padre) genera beneficios en la maduración psicomotora y emocional de la criatura y contribuye positivamente a mantener una dinámica hormonal y de comunicación madre-recién nacido positiva para ambos, facilitando el agarre temprano y el inicio de la lactancia materna exclusiva. No se han encontrado evidencias que desaconsejen esta práctica.
Dimensión	Satisfacción
Fórmula	$\frac{\text{Nº de partos (incluye cesáreas) en los que la madre y el recién nacido han permanecido juntos}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$
Explicación de términos	► Permanecer juntos: Colocación de la criatura recién nacida sobre el abdomen de la madre al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel.
Población	Todos los partos -vaginales, instrumentados o no, y las cesáreas- atendidos durante el periodo evaluado en gestantes de 37 a 42 semanas.
Tipo	Proceso
Fuentes de datos	Numerador: Pregunta directa a las pacientes que estén ingresadas en sala de maternidad el día/s de la evaluación
Estándar	Igual o superior al 80%
Comentarios	Nota: - El revisor mostrará una imagen gráfica de la posición para facilitar la comprensión de la encuestada. Bibliografía: - Estrategia de atención al parto normal en el SNS. - Revisiones sistemáticas de Cochrane Database y recomendaciones de la OMS - GPC sobre la atención al parto normal.

Indicador 19	TASA DE CESÁREAS
Justificación	La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbilidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y el recién nacido. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España, la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.
Dimensión	Seguridad, eficiencia
Fórmula	$\frac{\text{Nº de cesáreas}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$
Explicación de términos	
Población	Todos los partos atendidos (vaginales y cesáreas) durante el periodo evaluado.
Tipo	Resultado
Fuentes de datos	Numerador y denominador: CMBD
Estándar	15% (OMS)
Comentarios	Bibliografía: ▪ Estrategia de atención al parto normal en el SNS. ▪ Revisiones sistemáticas de Cochrane Database, meta-análisis y artículos incluidos en Medline, AHRQ y BVS. ▪ Proyecto de adecuación de las tasas de cesárea a estándares clínicos.

ANEXO 2. Lecturas recomendadas

Documentos disponibles en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

- Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS. Serie SANIDAD 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Guía de Clínica sobre la Atención al Parto Normal (versión resumida, documento completo y guía dirigida a mujeres embarazadas). Serie GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. Año 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
 - Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Serie INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
 - Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Serie SANIDAD 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
 - IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Serie INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
 - Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Serie SANIDAD 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
 - Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencias. Serie INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática. Año 2007. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias avalia-t Nº 2007 / 03.
 - Plan de Parto y Nacimiento. Grupo de Trabajo de la Estrategia de Atención al Parto Normal. Cuaderno 2011:
 - Pastillas CDP contra el dolor del parto. Díptico 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Buscador de Buenas Prácticas:
<http://www.msc.es/organizacion/buscadorBBPP.do>
- Portal Estadístico del SNS. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

ANEXO 3. Listado de participantes

COORDINACIÓN GENERAL

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Secretaría General de Sanidad y Consumo:

- Pilar Farjas Abadía, Secretaría General

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación:

- M. Mercedes Vinuesa, Directora General

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología:

- Elena Andradas Aragonés, Subdirectora General
- Sagrario Mateu Sanchís, Jefa de servicio

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación:

- Mari Santos Ichaso Hernández, Subdirectora adjunta
- M^a Ángeles Gogorcena Aoiz, Jefa de área

Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS:

- Cristina Alfaro Allona, Consejera técnica

Coordinación de las Estrategias de Atención al Parto y de Salud Reproductiva

Subdirección General de Calidad y Cohesión (Observatorio de Salud de las Mujeres)

- Sonia García de San José, Subdirectora General
- Isabel Espiga López, Jefa de servicio y coordinadora institucional de ambas Estrategias

COMITÉ INSTITUCIONAL

Andalucía:	Francisco José Pérez Ramos
Aragón:	Ana Olga Martínez Arantegui
Asturias:	M ^a . Carmen García González y Julio Bruno Bárcena
Baleares:	Esther Mato Fondo y Eusebi Castaño Riera
Canarias:	Victoria Moreno Portela
Cantabria:	M ^a . Teresa Gil Urquiza
Cataluña:	Ramón Escuriet Peiró y Dolors Costa Sampere
Castilla-La Mancha:	Fuencisla Martín Jurdado y Consuelo Rodríguez Díaz
Castilla y León:	Ana Álvarez Requejo
Extremadura:	Pedro Santos Redondo
Galicia:	M ^a . Dolores Martínez Romero
La Rioja:	Blanca Hernández Vallejo y Adolfo Cestafe Martínez
Madrid:	Concepción Nicolás Bueno
Murcia:	José Fernández-Rufete Gómez y Nieves Muñoz Rodríguez
Navarra:	Victoria Goñi Yanguas
País Vasco:	Adelina Pérez Alonso
C. Valenciana:	Carmen Barona Vilar
INGESA:	Asunción Ruiz de la Sierra-Martín Gil y José Julián Díaz Mengizo

COMITÉ TÉCNICO

Asociación Enfermería Comunitaria:	Santiago de la Huerza Moreno y Esther Garín Razquin
Asociación Española de Matronas:	M ^a . Ángeles Rodríguez Rozalen y Rosa Plata Quintanilla
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria:	Javier Soriano Faura
Asociación Española Pediatría Social:	José Antonio Díaz Huertas
Comité de la Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría:	Marta Díaz Gómez y Susana Ares Segura
Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME):	Cristina Martínez Bueno y Silvia Corchs Cutura
Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia (IHAN):	Jesús Martín Calama y Beatriz Flores Antón
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO):	Ángel Aguarón de la Cruz
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC):	Lorenzo Arribas Mir
Sociedad Española de Medicina Perinatal (SEGO):	Alfredo Perales Marín
Sociedad Española de Neonatología:	Manuel Sánchez Luna
Sociedad Española de Médicos Generalistas y de Familia (SEMG):	María Victoria Burgos Díaz
Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN):	María García Franco
Asociación El Parto es Nuestro (EPEN):	Ángela Elisabeth Müller y Adela Recio Alcaide
Asociación Vía Láctea:	M ^a . Carmen Tejero Lainez
Asociación La Liga de la Leche:	Adelina García Roldán
Asociación Prematura:	Mónica Virchez Figueroa
Asociación Umamanita:	Jillian Cassidy
Centro de Estudios de Género y Masculinidades:	Erick Pescador Albiach
Comité Español de Representantes Minusválidos (CERMI):	Ana Peláez Narváez
Plataforma Pro Derechos del Nacimiento:	Ángeles Hinojosa Sánchez y Susana Olalla Calderón
Red Activas (Red por la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos):	Casilda Velasco Juez y Diana Sojo Guttero
Personas Expertas:	
- Carmen Rosa Pallás Alonso, Pediatra	
- Charo Quintana Pantaleón, Obstetra	
- Blanca Herrera Cabrerizo, Matrona	
- Josefa Aguayo Maldonado, Pediatra	
- Longinos Aceituno Velasco, Obstetra	
- Manuel Fillol Crespo, Obstetra	
- Ibone Olza Fernández, Psiquiatra infantil	
- Pilar de la Cuerva Barrao, Obstetra	
- África Caño Aguilar, Obstetra	



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD