



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

MÁSTER GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA
ATENCIÓN AL PARTO NORMAL
EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

TRABAJO FIN DE MASTER

AUTORA: CARMEN ARELLANO MORATA

TUTORA: M^a JOSÉ LÓPEZ MONTESINOS

UNIVERSIDAD DE MURCIA, JUNIO 2012

INDICE

RESUMEN	3
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVO	7
METODOLOGÍA	7
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	33

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer la adecuación de las prácticas sanitarias en la atención al parto normal en el Servicio Murciano de Salud, con las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Sistema Nacional de Salud.

MÉTODO: En 2011 se evaluó la atención al parto normal con 17 indicadores de calidad según las recomendaciones de la EAPN. Las unidades de estudio fueron las mujeres dadas de alta por parto normal en 2009, se excluyeron aquellos con duración del embarazo inferior a 37 semanas o superior a 42; los protocolos en vigor y, la entrevista a mujeres ingresadas por parto normal en periodo de estudio. El tamaño muestral: 180 casos para cada indicador, el muestreo realizado fue aleatorio, estratificado no proporcional por hospital. Para los indicadores por entrevista, se realizó un muestreo de conveniencia y en el caso de la tasa de cesáreas fue la totalidad del universo. La identificación de los casos: el CMBD de hospitalización y la obtención de los datos: la historia clínica, los protocolos y entrevista a las mujeres ingresadas en el momento de la auditoría. Para el análisis de los datos se calculó el valor de cada indicador para cada hospital junto con sus intervalos de confianza. El porcentaje global del SMS, se calculó ponderando por el total del universo de cada centro. Se obtuvo, además, la razón de variación entre el porcentaje máximo y mínimo de cada hospital.

RESULTADOS: Se evaluaron 32 protocolos, ninguno contenía las 11 recomendaciones de atención al parto y nacimiento. En 44,5% (95% IC, 37,5-51,8) de partos con inicio espontáneo tuvieron estimulación con oxitocina; los partos inducidos fueron 31,2% (95% IC, 24,5-38,0); el porcentaje de alumbramientos con manejo activo fue de 8,1 (95% IC, 4,1-12,1); 35,4% (95% IC, 28,2-42,2) de mujeres con parto eutócico le realizaron episiotomía; según manifestaron las mujeres 97,2% (95% IC, 94,8-99,6) parieron en posición de litotomía; la maniobra de Kristeller se les realizó al 33,3% (95% IC, 26,4-40,2).

CONCLUSIONES: Se han identificado cómo oportunidades de mejora, las prácticas que el porcentaje observado y el estándar de referencia son elevadas, y aquellas que presentan una gran variabilidad entre hospitales (razón de variación de 1,50 o más).

ABSTRAC

OBJECTIVES: To know the adaptation of health practices in natural childbirth care in the Health Service of Murcia, with the recommendations of the Strategy of natural childbirth care (EAPN) of the National Health System.

METHOD: In 2011 the natural childbirth care was evaluated with 17 quality indicators as recommended by the EAPN. The units of study were the women with certificate of discharge due to natural childbirth in 2009, excluding those with duration pregnancy less than 37 or more than 42 weeks; the protocols in place and interviewed women admitted for natural childbirth in the study period. Sample size: 180 cases for each indicator, the sampling was random, stratified not proportional by hospital. For indicators by interview, a convenience sample was made and in the case of the cesarean rate was all women who had a caesarian in the study year. The identification of cases: the minimum amount of basics data (CMBD) of hospitalization and data obtaining: the medical history, protocols and interviews with the women admitted at the time of the audit. For de data processing, the value for each indicator and hospital was calculated along with its confidence intervals outcome. The overall percentage of SMS was calculated weighted by all eligible woman of each center. Also obtained variation reason between the maximum and minimum rate for each hospital.

RESULTS: A total of 32 protocols were evaluated, none contained the 11 recommendations for birth care. In 44.5% (95% CI, 37,5-51,8) of births with spontaneous onset were stimulated with oxytocin. Induced labour were 31.2% (95% CI, 24,5-38,0), the percentage of labours with active management was 8.1 (95% CI, 4,1-12,1); in 35.4% (95% CI, 28,2-42,2) of women with natural childbirth_were made an episiotomy; as the women expressed, 97.2% (95% CI, 94,8-99,6) of women gave birth in the lithotomy position, the Kristeller maneuver was carried out at 33.3% (95% CI, 26,4-40,2).

DISCUSSION: has been identified as improvement opportunities, practices that the observed percentage and the reference standards are high, and those that are highly variable between hospitals (variation ratio of 1.50 or more).

JUSTIFICACIÓN

El Plan de Calidad del Sistema de Nacional de Salud (SNS) contempla afrontar el reto de la calidad orientando la asistencia hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica, y al mismo tiempo centrado en el modelo de atención en la persona usuaria, como base del desarrollo de las nuevas estrategias y garantía de mejores servicios.

Los ingresos por parto constituyen una proporción significativa de la actividad hospitalaria, representando el 14% de las hospitalizaciones y el 7%¹ de las estancias hospitalarias. Se trata del único componente de la atención hospitalaria que trabaja mayoritariamente con población sana y donde el ingreso se produce para atravesar una experiencia ligada a un evento biológicamente natural, que debe concluir en un acontecimiento feliz: el nacimiento de una hija o un hijo¹. Debido a esto, la atención al parto se puede considerar cómo el proceso asistencial con mayor proyección social.

La atención al parto en los servicios sanitarios, considerando su ubicación dentro del modelo sanitario de enfermedad, ha estado centrada hasta hace muy poco tiempo en la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal y postergando la atención al bienestar psicológico de las madres². Las prácticas obstétricas se han ido transformando a medida de los avances en la medicina, y ha ido aumentando la disponibilidad de recursos tecnológicos que posibilitan un mayor control sanitario sobre el desarrollo de proceso del parto y la vigilancia del feto³. Ejemplo de ello es, la disponibilidad de fármacos para borrar el cuello uterino ha incrementado el número de partos inducidos, realizándose intervenciones que podrían evitarse en partos totalmente normales, convirtiendo al parto de un proceso biológico a un proceso intervencionista.

Ahora bien, el período maternal es un tiempo vulnerable para la salud de las mujeres, y el contacto con el sistema sanitario debe suponer un elemento de apoyo en una etapa de gran incertidumbre y, tanto el entorno como las prácticas sanitarias, ejercen una influencia significativa en su vida. El sistema sanitario debe garantizar la seguridad en la atención sanitaria a las mujeres y sus bebés, y potenciar la calidad y la calidez en la misma⁴.

La evidencia científica disponible en la atención al parto^{5,6}, aporta información valiosa para la actualización de algunas de las prácticas actuales hacia otras más basadas en el conocimiento. De la revisión de buenas prácticas, se destaca la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se le apliquen. Esto mejora la salud integral de las mujeres, la relación entre profesionales y usuarias y la satisfacción en general⁷. En base a dicha evidencia científica durante 2007 se elaboró un documento de consenso sobre la atención al parto normal por todos los agentes implicados, sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales y de mujeres, personas expertas y representantes de las Comunidades Autónomas, todas ellas coordinadas por el Observatorio de Salud de las Mujeres dependiente de la Agencia de Calidad del SNS del entonces Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ahora Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).

Desde la aprobación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)¹ por el Consejo Interterritorial el 10 de octubre de 2007, se ha llevado a cabo numerosas acciones de coordinación e impulso en los Servicios de Salud que ha ido desarrollando y ampliando el contenido de la estrategia desde la gestación hasta el puerperio y, finalmente, se elaboró una estrategia global, incluida en el capítulo de Salud Reproductiva de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, aprobada en octubre de 2010⁸.

Tras un periodo relativamente suficiente de implantación, en 2011 el SNS llevó a cabo una evaluación con una serie de indicadores para valorar los progresos de la implantación de sus recomendaciones y con el fin de disponer de datos objetivos e identificar los puntos fuertes y las oportunidades de mejora. En esta evaluación participó el Servicio Murciano de Salud (SMS) con una muestra poco representativa para la obtención de resultados de la región, ya que el objetivo del estudio era facilitar datos globales a nivel nacional. Pero sin embargo, era de interés conocer la calidad de la atención del proceso del parto en las 6 maternidades del SMS, y para ello se realizó una evaluación siguiendo la misma metodología que en el SNS como punto de partida para la monitorización de la calidad de este proceso, que permitiera conocer los indicadores que están a niveles aceptables, y a la vez, identificar los problemas o aspectos a mejorar y plantear sucesivas mediciones⁹.

OBJETIVO

Analizar la adecuación de la atención al parto normal en las maternidades públicas del SMS, en relación a las recomendaciones e indicadores establecidos en la EAPN del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la Línea Estratégica de Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible¹.

Identificar las prácticas más relevantes cómo puntos fuertes o de mejora, y orientar los esfuerzos de cambio que se requieran para impulsar el proceso de mejora de la atención al parto normal.

METODOLOGIA

Durante los meses de julio a septiembre de 2011 se ha realizado un estudio observacional descriptivo para estimar el valor de los indicadores seleccionados, y obtener resultados globales para el SMS y desagregados por hospitales con maternidad.

Los indicadores manejados son los proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la evaluación de la EAPN y corresponde a indicadores de estructura y proceso (Anexo I). Se ha elaborado una ficha descriptiva para cada indicador con las siguientes características: nombre del indicador, numerador y denominador, excepciones, exclusiones específicas para cada uno, criterios, aclaraciones, fuentes de datos, estándar, observaciones y bibliografía.

La inclusión de los partos instrumentales y de la tasa de cesáreas no corresponde al objeto de la EAPN, ya que son procedimientos que se aplican en situaciones de complicaciones del parto, sin embargo debido a la interrelación existente, parece interesante disponer de estos datos ya que en la medida que se desarrolle la implantación de la EAPN, los partos instrumentales y las cesáreas deberían ser menos frecuentes.

Las unidades de estudio fueron las pacientes dadas de alta en 2009 con diagnóstico principal de parto vaginal. Fueron excluidos aquellos partos con una duración del embarazo

inferior a 37 semanas o superior a 42. Existían además criterios de exclusión específicos para algunos indicadores.

En los indicadores de estructura y aquellos cuya información se obtuvo mediante entrevista (posición materna en el expulsivo, realización de maniobra de Kristeller y contacto precoz madre-recién nacido), los datos se corresponden con la situación en 2011.

El tamaño muestral ha sido de 180 casos para cada uno de los indicadores de proceso, estratificado en 30 casos por hospital, salvo en la tasa de cesáreas, donde se ha estudiado la totalidad del universo.

El tipo de muestreo, en la mayor parte de los indicadores, ha sido un muestreo aleatorio estratificado no proporcional por hospital, en los indicadores donde la información se obtuvo mediante entrevista se ha realizado un muestreo de conveniencia hasta completar el tamaño muestral y en el caso de las cesáreas se ha valorado la totalidad del universo (nivel de confianza: 95%, proporción esperada: 50%, precisión para el total de hospitales del SMS:0,06).

La obtención de la información en el indicador de estructura se realizó mediante los protocolos de atención al parto y lactancia materna de los hospitales, y para los indicadores de proceso se utilizaron las historias clínicas y entrevista a las puérperas. Para la identificación de los casos se utilizó el Conjunto Mínimo de Base de Datos (CMBD).

Se solicitó a los hospitales que facilitaran todos los protocolos o procedimientos de los que disponían sobre la atención al parto y el nacimiento vigentes, entendiendo que la información requerida podía estar recogida en más de un documento, ya que el proceso implica a varios profesionales y servicios o unidades hospitalarias. A modo de orientación, se les proporcionó una lista de algunos de los documentos que sería necesario que facilitaran, según la organización documental de cada centro:

- 1°. Protocolo asistencial de atención al parto normal
- 2°. Protocolo de puerperio o atención maternal (en planta)
- 3°. Protocolo de lactancia (en caso de no estar incluido en el de puerperio)

4°. Protocolo de neonatología (o de pediatría en caso de no existir uno específico para neonatología)

5°. Protocolo de cesáreas

Los protocolos son considerados instrumentos básicos para vehicular los cambios que conlleva la implantación de las recomendaciones de la EAPN en los hospitales, de ahí la necesidad e importancia de la evaluación. Se valoró la presencia o no de las recomendaciones que se detallan en el Anexo II en al menos uno de los protocolos o procedimientos del hospital, la ausencia de una recomendación significaba el incumplimiento del indicador.

La encuesta a las mujeres puérperas ingresadas se realizó mediante una entrevista estructurada y con apoyo gráfico para facilitar la comprensión de las preguntas, teniendo en cuenta la diversidad de nacionalidades existente en nuestra zona. Se les hacía tres preguntas que permitían recoger información sobre la posición utilizada para dar a luz, si en el momento del expulsivo le ayudaron a empujar mediante la maniobra de Kristeller (presión con el brazo del personal sanitario sobre la barriga de la mujer) y si le colocaron a su bebé, nada más nacer, en contacto piel con piel sin interrupción al menos 1 hora. Las entrevistas se realizaron de forma consecutiva a las mujeres que tras su parto eran trasladadas a la planta de hospitalización y aceptaban a participar hasta completar el tamaño muestral, se excluyeron las mujeres con parto por cesárea.

Para el trabajo de campo se contó con la colaboración de un referente en cada hospital nombrado por la Dirección, el cual facilitó el espacio físico, claves para el acceso informático, la documentación necesaria para la evaluación de los indicadores y los contactos con los supervisores de las plantas de hospitalización.

Para el análisis de la información recogida, se ha realizado un análisis descriptivo, en el que se ofrece el valor de cada uno de los indicadores para cada hospital, junto con sus intervalos de confianza. El porcentaje global del SMS, ha sido obtenido aplicando las formulas para el muestreo estratificado no proporcional, es decir ponderando por el total del universo de cada centro. Y, se ha calculado además, la razón de variación entre el porcentaje máximo y mínimo de cada hospital.

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 y que han sido definidos por organismos cómo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el MSSSI.

Los resultados que aquí se presentan hacen referencia exclusivamente a las prácticas clínicas y desde un abordaje cuantitativo para conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones, utilizando los indicadores seleccionados, que conllevan la implantación de la EAPN. La metodología empleada es idéntica a la utilizada por el Sistema Nacional de Salud y nos permite establecer comparaciones con los resultados a nivel nacional (pendientes de publicar).

RESULTADOS

Para obtener 180 casos por indicador se han revisado 295 historias clínicas.

Se han valorado un total de 32 protocolos sobre las pautas de actuación en el proceso del parto normal y el puerperio inmediato y lactancia materna, el indicador revela el porcentaje de centros que, en sus protocolos, reúnen todas las recomendaciones.

Tabla 1

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO (% DE CENTROS QUE DISPONEN DE PROTOCOLO COMPLETO) ESTANDAR :100% (MSPSI)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	SNS
TOTAL DE PROTOCOLOS	4	3	9	3	6	7	32	ND
EXISTENCIA DE PROTOCOLO COMPLETO	0	0	0	0	0	0	0	ND
11 Recomendaciones ATENCIÓN AL PARTO NORMAL	0	0	0	0	0	0	0,0	15,5% (8,5-22,5)
10 Recomendaciones CONTACTO PRECOZ	1	0	0	0	0	0	16,7%	13,6% (7,0-20,2)
5 Recomendaciones LACTANCIA	1	0	1	0	0	1	50,0%	50,2% (40,8-60,1)

1=Si; 0=No; ND= Información No Disponible

Tabla 2

Recomendaciones atención al parto normal								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	SNS
EVITAR RASURADO RUTINARIO	1	1	1	1	1	1	100%	84,5%
EVITAR ENEMA RUTINARIO	1	1	1	0	1	1	83,3%	78,6%
PERMITIR ACOMPAÑANTE	1	1	1	1	1	1	100%	84,5%
POSIBILIDAD ELECCIÓN ACOMPAÑANTE	1	1	1	1	1	1	100%	87,4%
FACILITAR DEAMBULACIÓN EN DILATACIÓN	1	1	1	0	1	1	83,3%	72,8%
PERMITIR LÍQUIDOS EN DILATACIÓN	1	1	1	1	0	0	66,7%	71,85
EVITAR VÍA VENOSA PERIFÉRICA PROFILÁCTICA EN DILATACIÓN	0	0	0	0	0	0	0,0	31,1%
OFRECER ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS PARA DOLOR	1	1	1	1	1	1	100%	67,0%
PINZAMIENTO DE CORDÓN DESPUÉS DE CESAR EL LATIDO	1	0	1	0	1	0	50%	63,1%
ALOJAMIENTO CONJUNTO EN INGRESOS DEL NEONATO, EXCLUIDO INGRESO EN NEONATOLOGÍA	1	1	0	0	1	1	66,7%	ND
TENER EN CUENTA PLAN DE PARTO	0	0	1	0	0	0	16,7%	ND

1=Si; 0=No

ND= Información No Disponible

Tabla 3

Recomendaciones contacto precoz								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	SNS
INFORMAR VENTAJAS CONTACTO PIEL CON PIEL	1	0	1	1	1	1	83,3%	74.8%
RECIÉN NACIDO SOBRE ABDOMEN DE MADRE AL MENOS 70 MINUTOS	1	1	1	1	1	1	100%	67.0%
IDENTIFICACIÓN Y TEST DE APGAR COMO ÚNICOS PROCEDIMIENTOS EN RECIÉN NADIDO EN CONTACTO PIEL CON PIEL	1	1	0	1	1	0	66,7%	67.0%
POSTPONER PRÁCTICAS DE PROFILAXIS AL FINALIZAR EL CONTACTO PRECOZ	1	1	0	1	1	1	83,3%	59.2%
NO REALIZACIÓN RUTINARIA DE DETERMINADOS PROCEDIMIENTOS	1	1	1	1	1	1	100%	69.9%
CONTACTO PRECOZ MADRE-RN TAMBIÉN EN CESÁREAS	1	0	0	0	0	1	33,3%	47,6%
OFRECIMIENTO AL PADRE DE CONTACTO PRECOZ SI NO ES POSIBLE CON MADRE	1	0	0	0	1	0	33,3%	62,1%
ESTIMULAR MÉTODO MADRE-CANGURO	1	0	1	0	0	1	50%	74.8%
ERRADICACIÓN SALAS NIDO	1	1	1	1	1	1	100%	68,0%
TRABAJAR CON GRUPOS DE APOYO DE BUENAS PRÁCTICAS	1	0	0	0	0	0	16,7%	56.3%
INFORMAR VENTAJAS CONTACTO PIEL CON PIEL	1	0	1	1	1	1	83,3%	74,8%

1=Si; 0=No

Tabla 4

Recomendaciones atención a la lactancia								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	SNS
RESPETAR DECISIÓN INFORMADA DE LACTANCIA ARTIFICIAL	1	1	1	1	1	1	100%	75.7%
INFORMAR Y DESARROLLAR HABILIDADES DE LACTANCIA ARTIFICIAL SI ES LA ELEGIDA	1	1	1	1	1	0	83,3%	71.8%
FACILITAR LACTANCIA MATERNA, SU CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO	1	0	1	1	1	1	83,3%	75,7%
INICIO LACTANCIA MATERNA EN 2 PRIMERAS HORAS	1	1	1	1	1	1	100%	88,3%
TRABAJAR CON GRUPOS DE APOYO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LACTANCIA	1	0	1	1	0	0	50%	65,0%

1=Si; 0=No

Destacar que, en ninguno de los hospitales estudiados disponían del Protocolo de atención al Parto y Nacimiento completo, hay que tener en cuenta lo exigente del indicador global, requiere la inclusión de los 26 ítems observados (Tabla 1).

En cuanto a las recomendaciones de la atención al Parto Normal, la recomendación de evitar el uso de vía venosa periférica profiláctica en la dilatación, no se cumple en todos los hospitales (Tabla 2). Este dato muestra que sigue siendo una práctica generalizada en la mayoría de hospitales, conviene insistir 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.

En el Contacto Precoz (Tabla 3), los niveles de cumplimiento más bajo corresponden a la realización del contacto piel con piel en las cesáreas, y la inclusión de la recomendación de ofrecer al padre 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.

En relación a las recomendaciones sobre la atención a la lactancia materna los niveles de cumplimientos son buenos, resultando con mayor margen para la mejora la inclusión en los protocolos a los grupos de apoyo a la lactancia, cómo un recurso de colaboración a tener en cuenta por los profesionales (Tabla 4).

Otro dato a considerar por su influencia en los resultados es la importancia de la actualización de los protocolos, teniendo en cuenta la fecha de publicación en 2007 de la EAPN, sólo en 5 de los 32 protocolos valorados tenían fecha de edición o revisión posterior a 2008, y en 26 de ellos no constaba fecha.

Tabla 5

PARTOGRAMA CUMPLIMENTADO (% DE PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS URGENTES CON PARTOGRAMA CUMPLIMENTADO TOTALMENTE)								
ESTANDAR :100% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 52,1% (49,3-54,8)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de Variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	23,3 (8,2-38,5)	53,3 (35,5-71,2)	63,3 (46,1-80,6)	26,7 (10,8-42,5)	23,3 (8,2-38,5)	0,0 (0-0)	32,5 (25,7-39,3)	ENTRE 0 y 63,3
SUBINDICADORES								
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	96,7 (90,2-100)	100 (100-100)	96,7 (90,2-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	97,9 (95,8-100)	1,03
PULSO, TENSIÓN ARTERIAL Y TEMPERATURA	33,3 (16,5-50,2)	66,7 (49,8-83,5)	80,0 (65,7-94,3)	43,3 (25,6-61,1)	26,7 (10,8-42,5)	0,0 (0-0)	43,2 (35,9-50,4)	ENTRE 0 y 80,0
DINÁMICA UTERINA	93,3 (84,4-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	93,3 (84,4-100)	100 (100-100)	96,3 (93,5-99,0)	1,07
TACTOS VAGINALES	96,7 (90,2-100)	100 (100-100)	93,3 (84,4-100)	93,3 (84,4-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	97,2 (94,8-99,6)	1,07
ALTURA O DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN (PLANOS DE HODGE)	96,7 (90,2-100)	100 (100-100)	96,7 (90,2-100)	96,7 (90,2-100)	93,3 (84,4-100)	100 (100-100)	97,5 (95,2-99,8)	1,07
CAMBIOS DE POSICIÓN FETAL	70,0 (53,6-86,4)	93,3 (84,4-100)	90,0 (79,3-100)	53,3 (35,5-71,2)	100 (100-100)	86,7 (74,5-98,8)	79,0 (73,1-85,0)	1,88
MEDICAMENTOS UTILIZADOS	80,0 (65,7-94,3)	73,3 (57,5-89,2)	93,3 (84,4-100)	83,3 (70-96,7)	86,7 (74,5-98,8)	80,0 (65,7-94,3)	80,6 (74,8-86,4)	1,27
COLOR DE LAS AGUAS	90,0 (79,3-100)	93,3 (84,4-100)	90,0 (79,3-100)	90,0 (79,3-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	91,9 (87,9-95,9)	1,11

En cuanto a cumplimentar el partograma¹⁰, si bien de manera global el resultado parece deficiente (Tabla 5), el análisis, ítem a ítem, ofrece resultados diferentes: el cumplimiento es, en general, bueno con porcentajes por encima del 80%, y con sólo 2 ítem mejorables como el registro de las tres constantes (pulso, tensión arterial y temperatura) y de los cambios de posición fetal,

con unos porcentajes de 43,2% y 79% respectivamente. Es de señalar en este punto que, sin embargo, sí se ha observado una gran variabilidad de formatos y contenido de partogramas.

Tabla 6

REALIZACIÓN DE AMNIOTOMÍA (AMNIOREXIS ARTIFICIAL) (% DE PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS URGENTES EN GESTANTES DE 37 A 42 SEMANAS EN LOS QUE SE HA REALIZADO AMNIOTOMÍA)								
ESTANDAR : No establecido (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 46,6%(43,9-49,3)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de Variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	46,7 (28,8-64,5)	53,3 (35,5-71,2)	46,7 (28,8-64,5)	53,3 (35,5-71,2)	46,7 (28,8-64,5)	73,3 (57,5-89,2)	50,4 (43,1-57,7)	1,57

Tabla 7

ESTIMULACIÓN CON OXITOCINA (% DE PARTOS DE INICIO ESPONTÁNEO CON ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA DURANTE LA DILATACIÓN EN GESTANTES DE 37 A 42 SEMANAS)								
ESTANDAR : 5-10% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 53,3%(50,6-56,1)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de Variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	53,3 (35,5-71,2)	36,7 (19,4-53,9)	26,7 (10,8-42,5)	43,3 (25,6-61,1)	36,7 (19,4-53,9)	33,3 (16,5-50,2)	44,5 (37,3-51,8)	2,00

La realización de amniotomía (Tabla 6) y la estimulación con oxitocina (Tabla 7) muestran unas cifras superior a lo deseado, tanto la EAPN como la correspondiente Guía de práctica clínica, recomiendan no realizar amniotomía artificial rutinaria ni la administración de oxitocina en los partos de inicio espontáneo y que progresan de forma normal (Grado de recomendación A)¹¹.

Tabla 8

PARTOS INDUCIDOS (% DE PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS URGENTES EN LOS QUE SE HA INDUCIDO EL PARTO EN GESTANTES DE 37 A 42 SEMANAS)								
ESTANDAR : <10% (OMS)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 19,4%(17,2-21,5)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de Variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	36,7 (19,4-53,9)	30 (13,6-46,4)	20 (5,7-34,3)	23,3 (8,2-38,5)	30 (13,6-46,4)	20 (5,7-34,3)	31,2 (24,5-38,0)	1,83

Los resultados obtenidos de partos inducidos son superiores al estándar recomendado por la OMS¹² (Tabla 8) y es necesario reducir esos resultados, pero también se debe señalar que la obtención de esta información ha presentado dificultades debido a que se ha detectado en los registros una falta de clarificación de los términos de inducción y estimulación, y un posible sobre registro en la estimulación debido a la frecuente administración de oxitocina una vez iniciada la analgesia locoregional.

Tabla 9

USO DE ANALGESIA LOCOREGIONAL (EPIDURAL O RAQUIDEA) (% DE PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS URGENTES CON ANALGESIA LOCOREGIONAL EN GESTANTES DE 37 A 42 SEMANAS)								
ESTANDAR : 30-80% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 72,2%(69,8-74,7)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de Variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	70,0 (53,6-86,4)	76,7 (61,5-91,8)	46,7 (28,8-64,5)	83,3 (70-96,7)	56,7 (38,9-74,4)	60,0 (42,5-77,5)	67,9 (61,1-74,8)	1,79

En cuanto al uso de analgesia locoregional, llama la atención el amplio rango entre los hospitales desde el 46,7% a 83,3% (Tabla 9), esta variabilidad puede estar relacionada con aspectos de estructura del hospital como disponibilidad de anestésista en paritorio, y sujeta a la demanda de las mujeres no convenientemente informadas sobre el manejo del dolor.

Tabla 11

ALUMBRAMIENTO CON MANEJO ACTIVO (% DE ALUMBRAMIENTOS CON MANEJO ACTIVO EN PARTOS VAGINALES NORMALES EN GESTANTES DE 37 A 42 SEMANAS)								
ESTANDAR : >70% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 21,4%(19,1-23,6)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de Variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	10 (0-20,7)	6,7 (0-15,6)	6,7 (0-15,6)	16,7 (3,3-30,0)	0 (0-0)	0 (0-0)	8,1 (4,1-12,1)	ENTRE 0 y 16,7

Se recomienda el alumbramiento con manejo activo (Grado de recomendación A),¹¹ y los datos obtenidos (Tabla 11) se sitúan en un 8,1% e incluso, en algunos hospitales, presentan 0, confirmando que en la actualidad sigue siendo más habitual el manejo expectante de la placenta. Se ha de tener en cuenta la posible infra-notificación o defectos de registro que pudieran existir.

Tabla 12

EPISIOTOMÍAS EN PARTOS EUTÓCICOS (% DE EPISIOTOMÍAS EN PARTOS EUTÓCICOS) (1)								
ESTANDAR : <15% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 41,9% (39,2-44,7)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de Variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	29	30	30	179	
% (IC 95%)	30,0 (13,6-46,4)	40,0 (22,5-57,5)	46,7 (28,8-64,5)	20,7 (5,9-35,4)	83,3 (70-96,7)	30,0 (13,6-46,4)	35,4 (28,2-42,2)	4,03

(1) Partos eutócicos: partos vaginales menos los vaginales que hayan sido inducidos o instrumentados

En cuanto a las episiotomías en partos eutócicos (Tabla 12), las recomendaciones de la EAPN y de la correspondiente Guía de práctica clínica, señalan no realizarse de rutina en partos espontáneos (Grado de recomendación A)¹¹, así que encontramos gran margen para la mejora pero, además, lo destacable es la alta variabilidad con una razón de 4,03.

Tabla 13

PARTOS INSTRUMENTALES (% DE PARTOS VAGINALES CON INSTRUMENTACIÓN EN GESTANTES DE 37 A 42 SEMANAS)								
ESTANDAR : <15% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 19,5% (17,4-21,7)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de Variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	20 (5,7-34,3)	20 (5,7-34,3)	16,7 (3,3-30)	3,3 (0-9,8)	16,7 (3,3-30)	10 (0-20,7)	18,1 (12,5-23,7)	6,00

Tabla 14

USO DE VACUUM EXTRACTOR (% DE PARTOS VAGINALES CON USO DE VACUUM EXTRACTOR)								
ESTANDAR : =<7% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 10,2% (7,1-13,3)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	20 (5,7-34,3)	20 (5,7-34,3)	16,7 (3,3-30)	3,3 (0-9,8)	16,7 (3,3-30)	10 (0-20,7))	18,1 (12,5-23,7)	6,00

De los resultados de los partos instrumentales (Tabla 13) también destaca la variabilidad entre los hospitales más intervencionistas y otro menos, que necesitará un análisis de causas y conocer los factores contribuyentes. La recomendación de la evidencia disponible aconseja evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y, en este caso, el método recomendado como primera opción es el Vacuum¹³, en los datos obtenidos todos los partos instrumentales usaron el Vacuum (Tabla 14) y ninguno de ellos el Fórceps ni la Espátula.

Tabla 15

PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA (% DE PARTOS VAGINALES TRAS CESÁREA PREVIA)								
ESTANDAR : 60-80% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 44,2% (39,1-49,3)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	50 (32,1-67,9)	60 (42,5-77,5)	23,3 (8,2-38,5)	36,7 (19,4-53,9)	30,8 (5,7-55,9)	23,3 (8,2-38,5)	43,8 (36,2-51,4)	2,57

La prevalencia del parto vaginal tras cesárea anterior se sitúa en 43,8% (Tabla 15), sigue existiendo variabilidad entre hospitales que pone de manifiesto las diferentes pautas de actuación o de consenso en la indicación de cesáreas, y parece seguir siendo la práctica más habitual: la tendencia a realizar una cesárea tras una anterior.

Tabla 16

POSICIÓN MATERNA EN EL EXPULSIVO (% DE PARTOS VAGINALES EN LOS QUE SE HA MANTENIDO LA POSICIÓN DE LITOTOMÍA DURANTE TODO EL EXPULSIVO EN GESTANTES DE 37 A 42 SEMANAS)								
ESTANDAR : <30% (MSPSI)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 87,4% (85,6-89,3)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	100 (100-100)	93,3 (84,4-100)	96,7 (90,2-100)	90 (79,3-100)	90 (79,3-100)	96,7 (90,2-100)	97,2 (94,8-99,6)	1,11

La posición de litotomía, continúa siendo la posición habitual en el expulsivo con una frecuencia del 97,2% (Tabla 16). Teniendo en cuenta que tanto la Estrategia como la Guía de práctica clínica correspondiente 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.

Tabla 17

REALIZACIÓN DE LA MANIOBRA DE KRISTELLER (% DE PARTOS VAGINALES EN LOS QUE SE HA REALIZADO LA MANIOBRA DE KRISTELLER EN GESTANTES DE 37 A 42 SEMANAS) ESTANDAR : 0% (OMS) SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 26,1% (23,7-28,5)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	33,3 (16,5-50,2)	30 (13,6-46,4)	33,3 (16,5-50,2)	33,3 (16,5-50,2)	36,7 (19,4-53,9)	40,0 (22,5-57,5)	33,3 (26,4-40,2)	1,33

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 deseado, con un índice que llega hasta el 33,3% en los partos vaginales (Tabla 17). Esta práctica en una de cada tres mujeres, que se encuentra totalmente desaconsejada en la Guía de práctica clínica de atención al parto normal, evidencia los esfuerzos que deben realizarse para asegurar su completa desaparición.

Tabla 18

CONTACTO PRECOZ MADRE-RECIÉN NACIDO (% DE PARTOS VAGINALES EN LOS QUE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO HAN PERMANECIDO JUNTOS) ESTANDAR : $\geq 80\%$ (MSPSI) SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 50,2% (47,4-53,0)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de variación
TOTAL DE CASOS	30	30	30	30	30	30	180	
% (IC 95%)	36,7 (19,4-53,9)	76,7 (61,5-91,8)	13,3 (1,2-25,5)	76,7 (61,5-91,8)	90 (79,3-100)	80 (65,7-94,3)	49,2 (41,9-56,5)	6,75

El contacto piel con piel madre y criatura alcanza, en la práctica, un promedio de cumplimiento del 49,2% y debe señalarse su lejanía con el estándar (Tabla 18). También es llamativa la gran variabilidad entre hospitales con cifras de 13,3% a 90% que requiere análisis específicos en los centros aunque ya es sabido que las condiciones estructurales de los paritorios tienen una influencia directa con este indicador y los hospitales nuevos tienen a favor estas condiciones.

Tabla 19

TASA DE CESÁREAS (% DE CESÁREAS SOBRE PARTOS) ⁽¹⁾								
ESTANDAR : 15% (OMS)								
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: 22,0,2% (21,8-22,2)								
Hospitales	1	2	3	4	5	6	SMS	R. de variación
TOTAL DE CASOS	8204	3081	1822	671	693	1155	15626	
% (IC 95%)	20,8	20,7	28,8	23,5	26,7	26,4	22,5	1,39

(1) TOTAL DE PARTOS: GRD's 370 A 375 Y 650-652; CESÁREAS: GRD's 370-371 Y 650-651

La tasa de cesáreas alcanza un 23% (Tabla 19), el resultado supera la recomendación de la OMS de un 15%¹¹ y su limitación a los casos estrictamente necesarios. Sería necesario hacer un estudio sobre la adecuación de cesáreas, ya hay algo en marcha en la región, para poder interpretar mejor los resultados de cesáreas y conocer si las cesáreas que se realizan son las que hay que hacer o si realmente estamos por encima de lo recomendado.

DISCUSIÓN

Con este estudio se ha evaluado la calidad científico-técnica de la atención al proceso del parto en las maternidades del SMS, los indicadores de calidad utilizados están sustentados por la evidencia científica como buenas prácticas, y los resultados obtenidos nos describe el nivel aceptable o mejorable de aquellas prácticas que han sido consideradas como relevantes. Es la primera evaluación de calidad de la atención al parto normal que se realiza en el SMS, luego no disponemos de un estándar de referencia, pero si podremos posicionarnos con los resultados del SNS.

Por lo novedoso del estudio y de los indicadores utilizados, no se ha encontrado en la bibliografía consultada otros trabajos que aporten resultados que permitan en esta discusión mostrar diferencias o similitudes con los obtenidos en nuestra región. La evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal fue evaluada por el Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad en el Sistema Nacional de Salud, con la participación de todas las Comunidades Autónomas en 2011. Es de esperar, en un futuro publicaciones de estos resultados, a nivel nacional y de alguna Comunidad Autónoma participante.

Se ha encontrado, alguna iniciativa para evaluar la atención al parto normal como el estudio de L. Aceituno¹⁴ y Barber¹⁵ basados en las recomendaciones de la OMS pero los indicadores son poco comparables con los de nuestro estudio.

La evaluación del contenido de los protocolos ha puesto de manifiesto la necesidad de unificar y actualizar los mismos. La variedad de documentos valorados, hace patente la diversidad de equipos profesionales y espacios en los que es atendida la parturienta y, además, en poco tiempo, desde el protocolo de paritorio al de puerperio, neonatología, lactancia y cesárea. Probablemente esto no contribuya a la necesaria visión y actuación homogénea, unificada y consensuada a nivel de hospital; en coherencia con el enfoque que subyace a la EAPN, por lo tanto, cabría esperar un solo documento de atención al parto normal, entendido como un proceso único, aunque en él intervengan equipos de matronas, obstetricia, neonatología, enfermería de puerperio, etc. a veces juntos y otras de forma secuencial. Sin duda, hay que seguir insistiendo en el trabajo en equipo y en el trabajo por procesos.

En general, los documentos evaluados contenían la mayor parte de las recomendaciones aunque el resultado global de protocolo completo no cumpla debido a la exigencia del indicador. Analizando cada una de las recomendaciones, en 8 de las 26 recomendaciones totales tenemos resultados por debajo de los obtenidos en el SNS.

La metodología del estudio ha permitido completar resultados con indicadores de estructura y de proceso directamente relacionados, cómo ha sido en el caso del Contacto piel con piel. Esta recomendación ha estado presente en todos los protocolos evaluados y de formal literal cómo indica la OMS y la EAPN, sin embargo, en el indicador de proceso, cuyo obtención de la información ha sido por entrevista a las mujeres, el resultado ha sido de 49,2%, con una razón de variación de 6,75, frente al 50,2% del SNS, y teniendo en cuenta que en nuestro estudio se excluyeron los partos por cesárea a diferencia del SNS. Este dato demuestra como la práctica clínica parece alejada de lo recogido en los protocolos de atención al parto.

En esta misma línea de coherencia entre protocolos y práctica, hay otra recomendación presente en todos los documentos evaluados y es, ofrecer alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor. Ahora bien, no se ha encontrado constancia en las historias clínicas revisadas de que se les haya ofertado a las parturientas ninguna mediada de alivio para el dolor, ni el uso de ninguna de ellas a excepción de la analgesia epidural. Resultando el uso de analgesia locoregional al 67,9% de los partos estudiados, esta cifra es inferior al 72,2% obtenido en el SNS, y si tenemos en cuenta el amplio rango de referencia que propone el MSSSI (30-80%), podríamos decir que estamos en un cumplimiento aceptable. Sin embargo, hay que ser cautelosos con este resultado debido a la existencia de estudios que indican una clara asociación entre la analgesia epidural y la tasa global de partos instrumentales.^{11,15}

La OMS recomienda una cifra no superior al 10% de partos inducidos¹², en este estudio triplicamos ese porcentaje (31,2%) y estamos por encima del SNS (19,4%). En una encuesta que realizó la SEGO de Andalucía en 2003, se dan cifras de un 26% de partos inducidos¹⁶ y, si consideramos los resultados desagregados por hospitales, estamos próximos al 23,82% obtenidos en otro estudio.¹⁴ No se recogió en el estudio la indicación para la inducción.

La amniotomía y la estimulación con oxitocina son aplicadas casi en la mitad de los partos del estudio (50,4% y 44,5% respectivamente). Estas prácticas son utilizadas para acortar la duración de la primera etapa del parto, y hay estudios que demuestran que su uso implica aumentar el porcentaje de riesgo de pérdida del bienestar fetal y un aumento en el porcentaje de intervenciones,^{11,17} por lo que sería conveniente emprender acciones para minimizar la estimulación del trabajo de parto.

El alumbramiento con manejo activo ha sido uno de los resultados con mayor margen para la mejora con 8,1% frente a 21,4% del SNS y además, teniendo en cuenta que hay evidencia que demuestran que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la incidencia de hemorragias postparto¹⁸, hace más destacable este bajo resultado. Pero, es muy probable que en este indicador haya influido factores de confusión, cómo defectos de registro, que han desencadenado una infra-notificación del manejo activo de la placenta.

En cuanto a las episiotomías en partos eutócicos, el resultado global del SMS (35.4%) es inferior al resultado del SNS (41,9%), cifras que han disminuido con respecto al 54,8% del estudio en 2006 de Melchor.¹⁹ Una de las características de la tasa de episiotomias en España es su gran variabilidad entre las distintas provincias; el rango oscila entre el 0,8 y el 97,5%, según un estudio realizado en 2006²⁰, dónde Murcia tiene una tasa de episiotomías en partos no instrumentados de 48,9%. Aunque la cifra de nuestro estudio ha mejorado y es inferior, hay que tener en cuenta que se han excluidos los partos inducidos, considerando sólo los partos de inicio espontáneo, algo que no esta claro en el mencionado estudio.

La variabilidad en la tasa de episiotomías sigue presente entre los hospitales del SMS con cifras entre 20,7% a 83,3%. Una revisión de la Cochrane²¹, concluye que la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Por lo que se recomienda no practicar la episiotomía de rutina en el parto espontáneo⁹, en los registros de las historias consultadas no consta el motivo de la realización de la episiotomía, esto no permite valorar que tasa de episiotomías es la adecuada pero sin embargo, el hospital que ha alcanzado la cifra más baja puede ser considerado cómo referente de buena práctica.

La realización de la maniobra de Kristeller ha sido todo un descubrimiento, es una práctica que parecía erradicada y no consta en los registros clínicos su aplicación. Se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller¹¹ y el estándar establecido por la OMS es de 0¹² pero las mujeres entrevistadas dijeron que a 33,3% de ellas le realizaron esta maniobra, estando por encima del valor del SNS de 26,1%.

Los resultados presentados han sido producto de un modelo de análisis cuantitativo a través de indicadores de estructura (basados en análisis de contenidos de los protocolos) y de proceso (mediante explotación de datos y registros como la Historia Clínica y/o CMBD). A partir de ésta primera evaluación, es posible contar con un panorama descriptivo a nivel regional de la situación de la práctica clínica en la atención al parto normal.

La evaluación realizada, aun habiendo cumplido el objetivo inicial, evidencia algunas limitaciones en términos de:

Explotación de variables socio-demográficas de las mujeres existentes en las fuentes (rangos de edades; tipos de lugar de residencia rural o urbano, nivel educativo; 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 de las mujeres que se atiende.

Variables estructurales del hospital y profesionales: tamaño de hospitales, tipo de formación de los profesionales, nivel organizativo del hospital con presencia de formación de residentes, etc., con posterior análisis bivariantes

CONCLUSIONES

Los indicadores de proceso con bajo cumplimiento ponen de manifiesto determinadas prácticas asistenciales, aún con la existencia de protocolos completos y vigentes pero que no se cumplen, que explican hábitos de trabajo o determinada manera de hacer las cosas que, se aprenden de otros y se adoptan como referencia. Esta situación es la más resistente 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.

En cambio, otros resultados (por ejemplo, el contacto precoz o la posición materna durante el expulsivo), parecen 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 en este caso es estructural, aunque a veces modificaciones en el circuito interno del paritorio puede favorecer la liberación de espacios o la optimización de éstos. También puede ser necesario campañas de sensibilización que incidan en los niveles de gestión de los centros, entre los grupos profesionales, y también en las propias mujeres usuarias, que con una información más completa podrán demandar una mejora en estas condiciones “estructurales”.

Cómo conclusión, se han identificado oportunidades de mejora en la realización de amniotomía, estimulación con oxitocina, partos inducidos, alumbramiento con manejo activo, episiotomías en partos eutócicos, parto vaginal tras cesárea previa, contacto precoz madre-RN, posición materna en el expulsivo y maniobra de Kristeller y partograma cumplimentado.

Cómo primera medida del plan de intervención está en marcha la creación de grupos de trabajo, con el propósito de diseñar y desarrollar un protocolo de atención al parto normal único para todos los hospitales del SMS. Este protocolo deberá contener (como mínimos) las recomendaciones de la EAPN, insistiendo especialmente en aquellas que, como se ha visto en la evaluación, obtienen menores porcentajes de cumplimiento.

Igualmente, es necesario proporcionar al personal sanitario espacios de formación y aprendizaje sobre los protocolos y la EAPN, con objeto de poder incidir sobre los conocimientos, actitudes y, desde ahí transformar la práctica clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.[monografía de Internet}. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008;[acceso mayo de 2012}. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
2. Pelechano V, Matud MP. Concomitantes psicológicos del puerperio inmediato: la hospitalización posparto. Análisis y modificación de conducta 1991;17:163-80.
3. Maroto-Navarro G; Garcia-Calvente M M; Mateo-Rodriguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit[online]. 2004, vol.18, suppl.2, pp. 13-23. ISSN 0213-9111.
4. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia institucionales convencionales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 2007.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care. NICE 2007 Clinical Guideline 55
7. National Institute for Clinical Excellence Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman (NICE) 2003, 41. Clinical Guideline 6.
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011.[monografía de Internet}. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011;[accesomayode2012}.Disponible en:<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

9. Saturno PJ: Actividades para la Monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. Manual del Master en Gestión de la calidad de los Servicios de Salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad temática 19. Universidad de Murcia. 1999 Revisada en 2003
10. Uso del partograma. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para matronas y especialidad médica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2002.
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01
12. Declaración de Fortaleza. Organización Mundial de la Salud. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM
13. Althabe F. Extracción con ventosa versus fórceps para el parto vaginal asistido: Comentario de la BSR (última revisión: 14 de noviembre de 2002). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 14 Aceituno L, Segura MH, Sánchez MT, Ruiz E, Delgado L; González V, et al. Resultados de la atención perinatal en el año 2007. Evolución en el último decenio. Progresos de Obstetricia y Ginecología 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.
15. Barber MA, Plasencia W, Martín A, Eguiluz I, Ramírez O y García-Hernández JA. Análisis retrospectivo de los resultados perinatales en la última década. Clin Invest Gin Obst. 2006;33(2):46-52
16. Sociedad Andaluza Ginecología Obstetricia. Resultados de la asistencia al parto en Andalucía en el año 2003. Disponible en: <http://www.sego.es>

17. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley, Sons, Ltd.).
18. Abalos E. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
19. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. datos del año 2006. Publicado en Prog Obstet Ginecol. 2008;51:559-63. - vol.51 núm 09.
20. Maceira Rozas MC, Salgado Barreira A, Atienza Merino G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007 / 03.
21. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. Fundación Avedis Donabedian y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid, 1999.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control Calidad Asistencial 1991; 6: 65-74

Rabadán A, Ruíz C, Cruz V. Los protocolos como herramienta de mejora de la calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 1995; 10: 232.

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press; 1985.

Saura J, Saturno P. Protocolos clínicos ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Atención Primaria 1996; 18: 91-6.

Saturno PJ. Qué, Cómo y Cuándo monitorizar: marco conceptual y guía metodológica, Rev. Calidad Asistencia 1998;13:437-443.

Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf

Indicadores de Calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud. SECA 2011 Disponible en:
<http://www.medicosypacientes.com/files/prensa/adjuntos/indicadores%20de%20calidad.pdf>

Saura J, Saturno PJ, Gaona JM, Romero JR, González M y Grupo de Investigación. Factores que influyen en el uso de los protocolos clínicos, según la opinión de los coordinadores de los centros de salud. Aten Primaria 1999; 24 (8): 480-6.

Gascón Casanovas JJ, López Montesinos MJ, Gaona Ramón JM, Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ. Evaluación de la calidad de los denominados «protocolos clínicos» de atención primaria elaborados en la Comunidad Autónoma de Murcia. 1999;23:204-10.

Wolomby JJ and Tozin RR. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo: Comentario de la BSR (última revisión: 5 de enero de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Nardin JM. Cardiotocografía continua (CTG) como una forma de monitoreo electrónico (MEF) para la evaluación fetal durante el trabajo de parto: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de enero de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Hijona JJ., Carballo A., Torres JM. Actitud obstétrica en el alumbramiento. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil de Jaén. Disponible en: http://www.tokoginecologia.org/Toko/2011/Toko%20Web%20Julio-Agosto_2011.pdf#page=23 (visitado 3-6-2012)

Lavender Tina, Hart Anna, Smyth Rebecca MD. Efecto del uso de partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Shuqin Wei, Bi Lan Wo, Hairong Xu, Zhong-Cheng Luo, Chantal Roy, William D Fraser. Amniotomía y oxitocina precoz para la prevención o el tratamiento del retraso del período dilatante del trabajo de parto espontáneo comparadas con la atención habitual (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD006794. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 208. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf (visitado 6-6-2012).

World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Second edition. Geneva: World Health organization; 2006.

ANEXO I

Indicadores Estrategia de Atención al Parto Normal (2007) SNS

	Fuente	Nombre del indicador	
Estructura	Protocolos	Protocolo de atención al parto y nacimiento	Recomendaciones en atención al parto (11) Recomendaciones en lactancia materna (5) Recomendaciones en contacto precoz (10)
		Historias clínicas	Partograma cumplimentado Realización de amniorrexis artificial Estimulación con oxitocina Partos inducidos Uso de analgesia locoregional Alumbramiento con manejo activo Episiotomías en partos eutócicos Partos instrumentales Uso de fórceps Uso de espátulas Uso de vacuum extractor
Proceso	Encuesta	Posición materna en el expulsivo Realización de maniobra de Kristeller Contacto precoz madre-recién nacido	
	Historia clínica	Parto vaginal tras cesárea	
Resultado	CMBD	Tasa de cesáreas	

ANEXO II

Recomendaciones

Recomendaciones EN EL PARTO.	Recomendaciones en el CONTACTO PRECOZ MADRE-RECIÉN NACIDO	Recomendaciones en LACTANCIA
Evitar la práctica rutinaria del rasurado , o simplemente no se menciona la práctica de rasurado.	Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel.	Respetar la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial.
Desaconsejar la práctica rutinaria de enema , o simplemente no se menciona la practica de enema. (A)	Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre , se la seca y se cubre con una toalla seca, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre. (A)	Dar información adecuada y desarrollar habilidades sobre lactancia artificial a las madres que así lo decidan.
Permitir la presencia de un/a acompañante durante todo el proceso de forma ininterrumpida. (A)	Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre son su identificación y test de Apgar.	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.
Posibilitar la elección del/de la acompañante. (A)	Posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar el contacto precoz, (70 minutos), intentando realizar estos procedimientos en presencia de las madres y padres, y tras su consentimiento.	Iniciar la lactancia materna durante las 2 primeras horas de vida del recién nacido. (A)
Facilitar la deambulación en la dilatación. (A)	No realizar de forma rutinaria: aspiración de secreciones, lavado gástrico, paso de la sonda orogástrica, paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y paso de sonda rectal. (A)	Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas en lactancia. Ejemplo: grupos de madres.
Permitir la ingesta de líquidos durante la dilatación. (A)	El contacto precoz madre-RN también es recomendable en caso de cesáreas .(véase protocolo de cesáreas)	
Evitar el uso de vía venosa periférica profiláctica en la dilatación.	Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel.	
Ofrecer alternativas no farmacológicas para el manejo del dolor .	Estimular el método madre-canguro , el contacto piel con piel de madres y padres y la colaboración de éstos en sus cuidados.	
Realizar pinzamiento de cordón después de cesar el latido (a los 3 minutos del nacimiento). (B)	Favorecer la erradicación de las salas-nido en los hospitales.	
Alojamiento conjunto en ingresos del neonato (excluido ingreso de RN en neonatología.	Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas .	
Tener en cuenta el plan de parto.		