



Estrategia

para la

Atención al Parto Normal



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

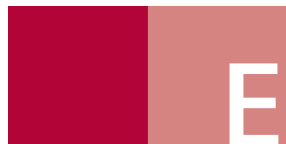
CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública



SERVICIO  
CANTABRO  
DE SALUD

SCS





para la

# Estrategia Atención al Parto Normal



## ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

### Edita

*Dirección General de Salud Pública  
Consejería de Sanidad  
Gobierno de Cantabria*

### Depósito Legal

*SA-1.093-2007*

# P RÓLOGO

Procurar la atención al parto y al nacimiento, respetando la fisiología de estos procesos, sus aspectos emocionales y sociales y el protagonismo de las mujeres, es un objetivo de salud prioritario.

Constituye también un reto singular porque la evolución progresiva desde la asistencia tradicional, con fuerte arraigo entre determinados colectivos, hasta la que actualmente proponen organizaciones internacionales como la OMS, asociaciones científicas de profesionales (la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia o la Federación de Asociaciones de Matronas de España) o el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, y que reclaman tantas organizaciones de mujeres, no resulta sencillo.

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, consciente del avance imparable hacia este modelo y de las dificultades que se plantean, pretende facilitararlo con la elaboración de esta *Estrategia para la Atención al Parto Normal* en el Servicio Cántabro de Salud y con la puesta en marcha de las medidas en ella contenidas.

Este documento, la Estrategia, se inspira en un referente clave y en el que nuestra Comunidad ha tenido una participación relevante, como es la *Estrategia para la Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud*, que fue aprobada por el Consejo Interterritorial el 10 de octubre de 2007. Por ello, nuestro objetivo es el impulso decidido a través de la Dirección General de Salud Pública y dentro del nuevo *Plan de Salud de la Mujer* (2008-2011).

Confío en que gracias al interés de la sociedad en su conjunto, de las mujeres en particular y al compromiso de los profesionales sanitarios, podamos conseguir nuestro objetivo.

Luis M<sup>a</sup> Truán Silva  
Consejero de Sanidad





# ÍNDICE

Introducción .....	7
Análisis de la situación en Cantabria .....	11
Objetivos de la Estrategia .....	21
Bases en las que se fundamenta .....	23
Líneas Estratégicas .....	25
1 Establecer un marco de actuación común para la atención al parto .....	25
2 Sensibilización y actualización del personal sanitario .....	27
3 Adecuación de los recursos humanos y materiales para la atención al parto .....	32
4 Participación de las mujeres .....	33
5 Investigación e innovación .....	36
Financiación .....	37
Cronograma .....	39
Bibliografía .....	41



# INTRODUCCIÓN

En España estamos asistiendo a un proceso, ya realizado en otros países de nuestro entorno, de cambio paradigmático de la asistencia al parto y al nacimiento. Múltiples factores científicos y sociales de diversa naturaleza están impulsando este tránsito del antiguo modelo de atención a uno nuevo, caracterizado por el respeto a la fisiología del parto, al protagonismo de la mujer y al ejercicio de su autonomía, y por una atención sanitaria personalizada y basada en la evidencia científica actualmente disponible. Entre estos factores podríamos citar:

- La mayor comprensión de la importancia de atender los aspectos emocionales y sociales de un acontecimiento de la trascendencia del parto y del nacimiento para mejorar el bienestar de la madre y del recién nacido, favorecer el establecimiento de un vínculo estrecho entre ellos e incrementar la autoconfianza de la madre, tan necesaria para la crianza y el amamantamiento.
- El desarrollo del conocimiento científico de la fisiología del parto y de las necesidades básicas de la madre y el hijo o hija durante el parto y tras el nacimiento.
- El auge de la Medicina basada en la evidencia que está poniendo de manifiesto que el uso inapropiado de la tecnología en el parto, lejos de aumentar la seguridad, ocasiona yatrogenia, incrementa la tasa de cesáreas y partos instrumentales e interfiere en el establecimiento del vínculo materno-filial.
- La preocupación social, expresada en particular por grupos de mujeres organizadas en torno a la defensa de la maternidad consciente, sobre la actual deshumanización de la atención al parto y nacimiento, la injustificada medicalización de los partos normales y el escaso protagonismo de la mujer y su pareja en todo el proceso.

Este cambio de paradigma no está resultando fácil. Muchos son los retos que las y los profesionales sanitarios, los servicios de salud, las mujeres y la sociedad en su conjunto deben afrontar para realizarlo.

Los profesionales han de transitar:

- Desde una concepción presidida por el énfasis en el riesgo potencial de todo parto hacia una actitud de confianza en la capacidad de una mujer sana de gestar, parir o amamantar, al mismo tiempo que se mantiene una sabia vigilancia.
- Desde un papel profesional protagonista, de activo intervencionismo, a un ejercicio profesional centrado en las necesidades de la mujer, respetuoso con la evolución espontánea del parto y que individualiza y basa en la evidencia y en el consentimiento informado todas sus actuaciones.
- Desde la idea de que la dirección médica de todos los partos aumentaba la seguridad de los mismos, hacia el criterio de que debe respetarse la evolución fisiológica de los partos normales y que la intervención debe obedecer a estrictas indicaciones clínicas.
- Desde la práctica rutinaria de la episiotomía, por considerar que prevenía futuros problemas del suelo pélvico, al reconocimiento de que, lejos de ello, constituye un factor de riesgo por lo que debe realizarse sólo cuando es estrictamente necesaria.
- Desde la consideración de la analgesia epidural como la mejor respuesta a las molestias del parto, a la idea de que evitar la amniorraxis y la administración innecesaria de oxitocina, permitir libertad de movimientos y proporcionar apoyo emocional continuo junto con el uso de técnicas de relajación, masajes, inmersión en agua caliente, etc., en un ambiente que proporcione seguridad y privacidad, ofrecen suficiente alivio a muchas mujeres.

Por su parte, los sistemas sanitarios deben afrontar grandes cambios profesionales, organizativos y de infraestructuras para responder a las exigencias del nuevo modelo de atención al parto y al nacimiento. El más importante de los cuales, sin duda, consiste en ayudar a sus profesionales a realizar la transformación de la cultura profesional actualmente imperante. Para ello, es imprescindible el liderazgo institucional y la puesta en marcha de un amplio proceso de identificación y resolución de los problemas y dificultades existentes para la adopción del nuevo modelo de atención al parto y al nacimiento. Entre las medidas para impulsar este cambio, han de ocupar un lugar preeminente actuaciones programadas y sistemáticas de sensibilización, formación y capacitación de todos los profesionales implicados.

Las mujeres y la sociedad en su conjunto deben también afrontar una importante evolución:

- De la confianza en que la ciencia médica puede afrontar con éxito cualquier riesgo o complicación en el embarazo y el parto, a la aceptación de que la mejor atención no puede reducir la mortalidad perinatal, ni siquiera la materna a cero.
- De la consentida enajenación de las responsabilidades en la propia salud que se depositan en el sistema de expertos, al ejercicio de la autonomía y la participación en los cuidados de la salud.
- De la actitud pasiva de algunas mujeres, como objeto de cuidados, a la actitud protagonista como sujeto autónomo y corresponsable con los profesionales sanitarios de las decisiones compartidas sobre la mejor atención a su parto y al nacimiento de su criatura.
- De la mujer a la que "hacen parir", a la mujer que pare, que hace saber que tipo de atención desea, que adopta decisiones informadas y que asume plenamente ser la protagonista de su propio parto, colaborando en todo momento con el equipo sanitario a su servicio y exigiendo de éste una atención de calidad humana y científica.

Esta Estrategia es un instrumento fundamental, pero sólo el decidido impulso de los profesionales y de la ciudadanía podrá hacer realidad el nuevo modelo de atención al parto propugnado por la ciencia y reclamado por amplios sectores de la sociedad. Las futuras madres y padres, sus hijos e hijas y todos los profesionales que tenemos el privilegio de atenderles seremos los principales beneficiarios de este cambio en la atención al parto y al nacimiento.



# A NÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN CANTABRIA

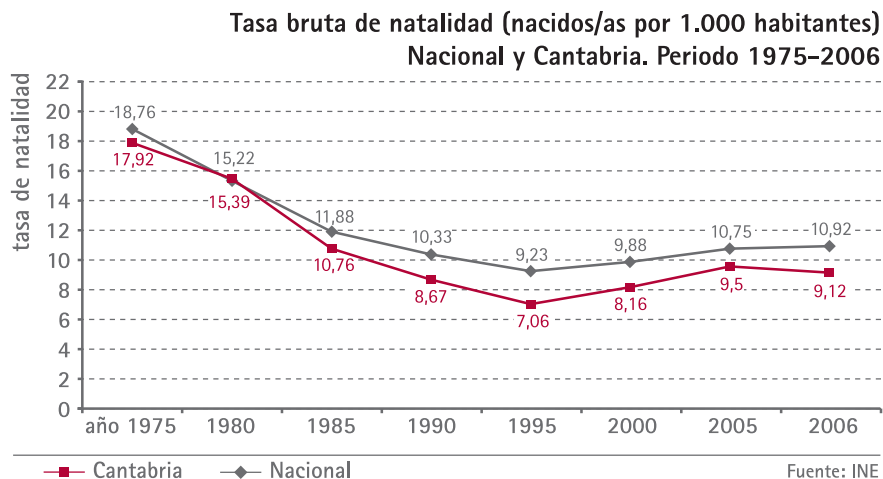
## → INDICADORES DEMOGRÁFICOS

La **población objetivo** a la que va dirigida la estrategia corresponde a las mujeres en edad fértil (15 y 44 años) de Cantabria, que ascienden en el año 2005 a 118.452 mujeres.

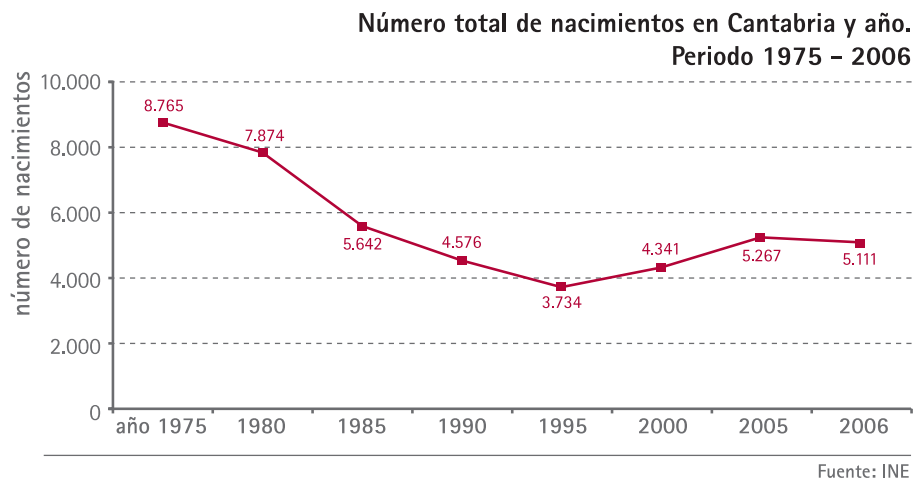
MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE CANTABRIA POR GRUPOS DE EDAD • <i>Periodo 1995-2005</i>							
AÑO	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	Total años
1995	20.370	20.383	20.256	19.086	20.079	18.071	118.245
1996	19.756	20.757	19.968	19.272	20.124	18.340	118.217
1997	18.984	20.918	19.812	19.609	19.811	18.870	118.004
1998	17.957	20.911	19.962	19.778	19.527	19.344	117.479
1999	16.796	20.766	20.044	19.957	19.288	19.715	116.566
2000	15.767	20.356	20.215	20.016	19.064	20.101	115.519
2001	15.305	20.188	21.584	21.004	20.661	20.408	119.150
2002	14.480	19.369	21.829	21.190	20.832	20.589	118.289
2003	13.743	18.435	21.925	21.385	21.044	20.662	117.194
2004	13.657	18.391	22.377	21.718	21.307	21.496	118.946
2005	13.153	17.584	22.369	22.298	21.482	21.566	118.452

Fuente: Proyección de la población en Cantabria para el periodo 1995-2005. Instituto de Demografía para el Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboración propia.

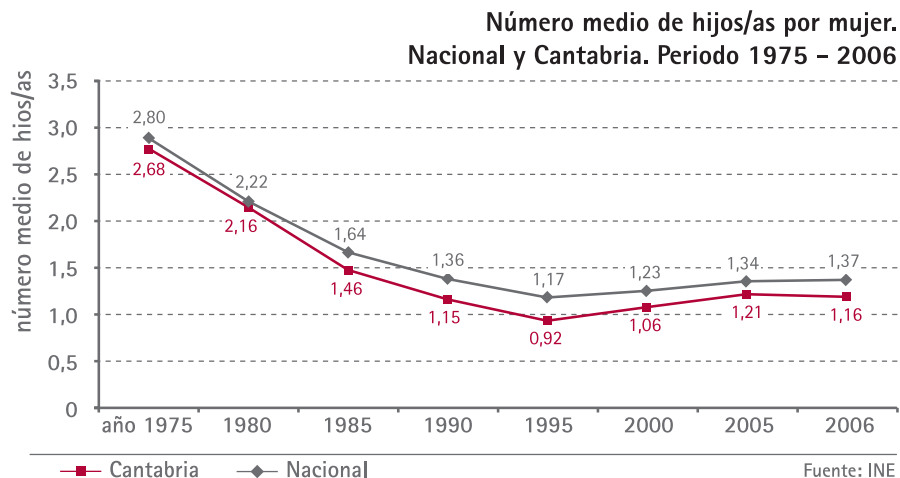
Cantabria tiene una **tasa de natalidad** decreciente, que se encuentra por debajo de la media nacional.



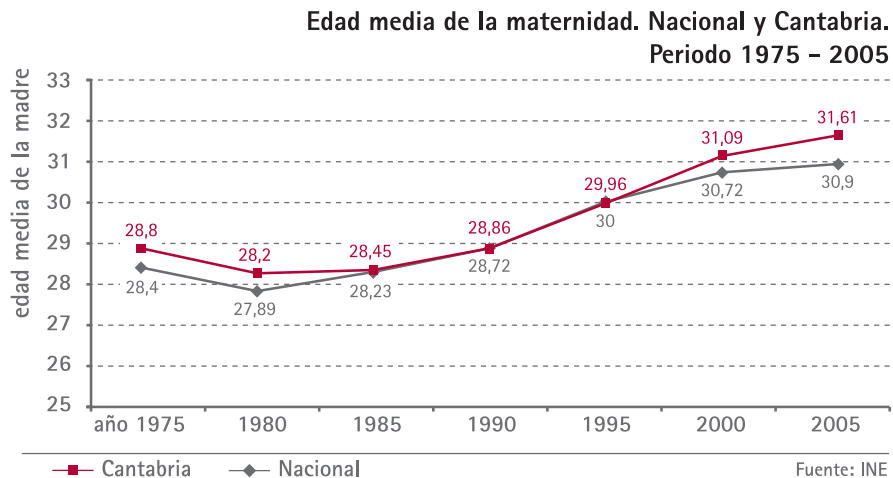
El **número de nacimientos** en Cantabria se ha reducido a casi la mitad en los últimos treinta años.



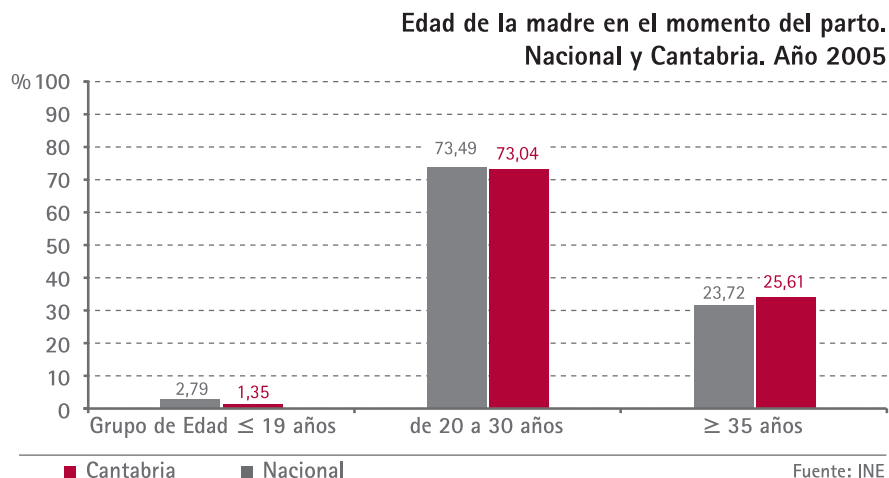
El número de hijos/as por mujer se ha reducido en Cantabria a la mitad en los últimos treinta años. En la actualidad es de 1,16 hijos por mujer; inferior a media nacional.



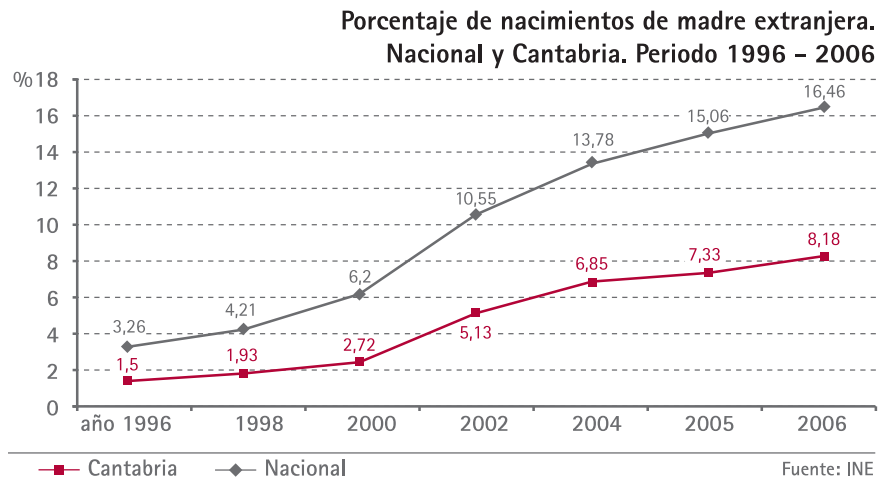
En Cantabria la edad media de la madre al nacimiento del primer hijo/a se ha incrementado en los últimos años. En la actualidad se encuentra en torno a los 31 años, un año más que la media nacional.



Cantabria se caracteriza por un bajo número de **embarazos en adolescentes**, la mitad de la media nacional, y por un incremento de **gestaciones en mujeres de edad igual o superior a los 35 años**.

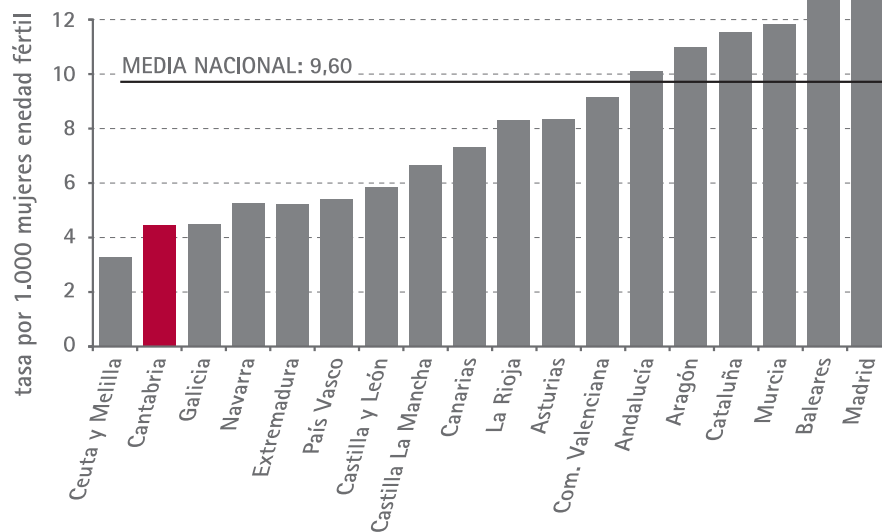


**El porcentaje de nacimientos de madres extranjeras se ha incrementado de forma muy importante en Cantabria**, representando en la actualidad el 8.18% de todos los nacimientos de nuestra Comunidad. Este incremento está contribuyendo al ligero aumento de la natalidad que se ha producido en los últimos años.



La baja tasa de interrupciones voluntarias del embarazo y de gestaciones en adolescentes en Cantabria, parece indicar que **un número importante de los embarazos de nuestra Comunidad son planificados y deseados**.

**Interrupciones voluntarias del embarazo según Comunidad Autónoma. Año 2005**



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo

## → INDICADORES DE ATENCIÓN SANITARIA AL PARTO Y AL NACIMIENTO

### Centros sanitarios

En nuestra Comunidad hay dos hospitales públicos con maternidad: el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) y el Hospital de Laredo. El HUMV es un hospital considerado, de acuerdo al volumen de partos asistidos, de Nivel 4 (más de 2.400 partos al año), que atiende los nacimientos del Área Sanitaria de Santander, Torrelavega y Reinosa, y los partos con complicaciones del Área de Laredo. El Hospital de Laredo es un hospital, de Nivel 1 (menos de 600 partos al año), que asiste los partos del Área de Salud de Laredo.

Existe también una clínica privada con maternidad (Clínica Mompía).

El 75% de los partos de nuestra Comunidad tienen lugar en el HUMV, el 11% en el Hospital de Laredo y el 15% en la Clínica Mompía. Por lo tanto, el 86% de los partos de Cantabria se producen en hospitales públicos del Servicio Cántabro de Salud (SCS).

La atención al parto supone una actividad muy importante de la asistencia hospitalaria del SCS, de tal manera que la atención al parto vaginal sin complicaciones es el primer GRD tanto del HUMV como del Hospital de Laredo. Además, la atención al parto vaginal con complicaciones y la cesárea se encuentran dentro de los siete primeros GRD de estos hospitales.

GRD Global Año 2006	HUMV	Hospital de Laredo
1º	<b>Parto vaginal sin complicaciones</b>	<b>Parto vaginal sin complicaciones</b>
2º	<b>Parto vaginal con complicaciones</b>	Trast. Respiratorios exc. infecciones, bronquitis, asma con cc mayor
3º	No agrupable	Edema pulmonar & insuficiencia cardiaca
4º	Trast. Respiratorios exc. infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	Sustitución de cadera excepto complicaciones
5º	Insuficiencia cardiaca & Shock	Sustitución de articulación mayor de cadera & reimplante miembro inferior
6º	Bronquitis & Asma edad < 18 sin cc	<b>Cesárea sin complicaciones</b>
7º	<b>Cesárea con complicaciones</b>	Aborto con dilatación & legrado, aspiración o histerectomía

En las mujeres las dos primeras causas de ingreso hospitalario están relacionadas con la atención al parto.

GRD Mujer Año 2006	HUMV	Hospital de Laredo
1º	<b>Parto vaginal sin complicaciones</b>	<b>Parto vaginal sin complicaciones</b>
2º	<b>Parto vaginal con complicaciones</b>	<b>Cesárea sin complicaciones</b>

## Principales indicadores perinatales

Indicador Año 2006	HUMV	Hospital de Laredo	Clínica Mompía
Nº de partos	3.712	524	714
% Cesáreas	24,59%	28,05%	48%
% Partos instrumentales	14,93%	10,87%	30,64%
% Partos con inicio inducido	17,42%	25,95%	50,70%
% Episiotomías (en partos no instrumentales)	54,24%	39,8%	80%
% Partos con enema	2,60%	4,40%	0,5%
% Partos con rasurado perineal	0%	1,10%	1%
% Partos con presencia de acompañante elegido	100%	100%	100%
% Partos con anestesia epidural en mujeres que la desean	100%	100%	97%
% Partos pretermino (<37 semanas)	10,20%	1,10%	4,20%
% R.N < 2.500 gr.	9,19%	3,20%	3,29%
Mortalidad Perinatal	3,69‰	2‰	*

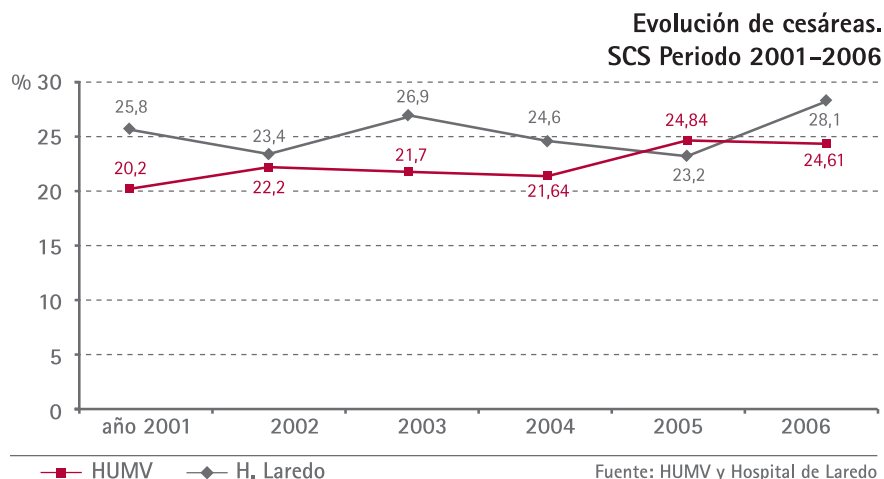
\* Los recién nacidos con patología son trasladados a la Unidad de Cuidados Neonatales del HUMV por lo que no se dispone de datos exactos de la mortalidad perinatal de esta Clínica.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos facilitados por el HUMV, el Hospital de Laredo y la Clínica Mompía. Año 2006

## Evolución del porcentaje de cesáreas

La OMS incluye la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal. Recomienda una tasa general de cesárea de 15%, basada en el número de mujeres en quienes se prevén complicaciones durante el trabajo de parto y el parto. Cifras superiores se consideran indicativas de un uso excesivo.

En Cantabria, al igual que en España, la tasa de cesáreas es creciente, se encuentra por encima de los valores recomendados y presenta una considerable variabilidad entre centros.



Se han identificado algunos factores que podrían influir en la elevación de esta tasa como el aumento de la edad materna, el incremento de las gestaciones múltiples, la práctica de medicina defensiva y estilos de ejercicio profesional que conducen a un incremento de los partos inducidos y a la utilización de cesárea electiva. Un factor importante que, hasta ahora, no se ha tenido en cuenta y que conviene señalar, es la medicalización innecesaria que puede interferir en la fisiología del parto e incrementar, por esta razón, el número de cesáreas.

### Transformación de las prácticas asistenciales de atención al parto y al nacimiento

En los últimos años, las maternidades del SCS vienen introduciendo en sus prácticas asistenciales cambios que reflejan un compromiso por la mejora de atención al parto y al nacimiento y que pretenden aumentar el protagonismo y la satisfacción de las mujeres, favorecer el establecimiento del vínculo materno-filial y contribuir a la instauración de la lactancia materna.

El **Hospital de Laredo** dispone desde el año 2000 de una *Vía Clínica de Asistencia al Parto Eutócico*, para mejorar la atención a este proceso. Más recientemente, esta Vía ha sufrido una revisión para

## → ASPECTOS A DESTACAR DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

- La maternidad y el nacimiento son temas especialmente sensibles para nuestra Comunidad. La baja natalidad y el progresivo retraso en la edad media de la madre al nacimiento del primer hijo, indican que son muchas las parejas que planifican sus embarazos y que, por lo tanto, quieren también participar en la toma de decisiones en cuanto a los cuidados y la atención que van a recibir por parte de los servicios sanitarios durante este importante proceso.
- Cantabria al igual que el resto de España, presenta un número creciente de nacimientos de madres extranjeras, que ha contribuido al ligero aumento de la natalidad que estamos observando en los últimos años y que requiere de un esfuerzo de atención a la interculturalidad por parte de los servicios de salud.
- El 86% de los partos de Cantabria son atendidos por el SCS, lo que indica la confianza que deposita la población de Cantabria en estos servicios.
- La atención al parto y nacimiento supone una actividad muy importante de los servicios sanitarios públicos. La atención al parto vaginal sin complicaciones es el primer GRD tanto del HUMV como del H. de Laredo y es el único servicio especializado dirigido a población sana en el que el ingreso se produce para atender una experiencia ligada a un evento biológicamente natural y de singular significación: el nacimiento de un hijo o hija.
- La atención al parto en nuestra Comunidad, como en el resto de España, sigue un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y enfermería especializados y muestra indicadores de medicalización importante (elevada tasa de cesáreas, administración de oxitocina, episiotomías, etc.). Sin embargo, las prácticas asistenciales en las maternidades del SCS se están modificando, lo que nos hace pensar que estamos en condiciones de generar un cambio en la atención al parto y al nacimiento.

adaptarla a los criterios contenidos en la Declaración de Fortaleza de la OMS. Este Hospital emprendió además la difícil tarea de acreditarse como *Hospital Amigo de los Niños*, galardón de UNICEF que finalmente ha recibido en el año 2007.

El **HUMV** puso en marcha en el año 2005 la *Vía Clínica del Parto* para mejorar la asistencia al parto y al nacimiento, enfatizando la atención basada en la evidencia científica y el respeto a la autonomía e intimidad de la gestante.

La Vía Clínica del Parto se aplicó, en un principio, sólo a las gestantes con un embarazo sin complicaciones, un parto eutócico y un recién nacido sano, pero ante los buenos resultados y la satisfacción de las madres y profesionales, a partir de junio de 2006, se amplió a:

- Partos instrumentales con forceps en III o IV plano sin complicaciones
- Partos instrumentales con ventosa en III o IV plano sin complicaciones
- Partos vaginales con cesárea anterior

En junio de 2007 se da un paso más, realizándose una nueva ampliación de la Vía, con el proyecto de *Asistencia al Parto Normal con Mínima Intervención (Parto Natural)*.



# OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA

## → OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la atención al parto y al nacimiento en el SCS, ofreciendo una asistencia respetuosa con la fisiología, personalizada, basada en la evidencia científica y sensible con los aspectos emocionales y sociales de este singular proceso.

## → OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y sus familias, y en las relaciones de pareja.
- Contribuir a la adopción de prácticas basadas en el mejor conocimiento disponible en la actualidad:
  - Promover el uso de la tecnología apropiada a cada parto, desterrando el uso rutinario de determinadas prácticas asistenciales como la amniorrexis, la infusión de oxitocina, la monitorización continua, la episiotomía, etc., que sólo se realizarán bajo indicaciones precisas.
  - Desterrar prácticas consideradas innecesarias como el enema y el rasurado del periné, o perjudiciales como la posición de litotomía dorsal en el expulsivo o la separación del recién nacido sano de su madre.
  - Introducir nuevas prácticas como la ingesta de líquidos, la deambulación, la libre elección de la posición en el expulsivo y el contacto piel con piel durante la primera hora de vida.
- Incorporar la participación de las mujeres en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, para que puedan ser protagonistas y responsables de su parto.
- Sensibilizar a las mujeres y sus parejas sobre sus derechos en relación al proceso de atención al parto y nacimiento.

- Sensibilizar al personal sanitario relacionado con la atención al parto y al nacimiento para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
- Reconocer el papel central de las matronas en la atención al parto normal.
- Promover el desarrollo de investigación orientada a mejorar las prácticas en la atención al parto y al nacimiento y en los procesos de innovación aplicados, así como su impacto en la salud de las mujeres y sus criaturas.

# BASES EN LAS QUE SE FUNDAMENTA

- Prácticas basadas en la evidencia científica: Revisión de la Cochrane Database sobre rasurado del periné, enema durante el parto, episiotomía, prácticas durante el periodo de dilatación, manejo de dolor durante el parto, acompañamiento durante el parto, parto y posparto, posición materna durante el período expulsivo, alumbramiento, partos instrumentales, cesáreas, contacto piel con piel.
- Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento:
  - Tecnología apropiada para el parto. Declaración de Fortaleza. 1985
  - Cuidados en el embarazo normal: Guía Práctica. 1999.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Intrapartum Care. 2007.
- Estrategia para la Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud. 2007, en el que han colaborado todas las Comunidades Autónomas.
- Protocolo de Atención al Parto Normal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) 2007.
- Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) 2007.
- Vía Clínica de Atención al Parto Eutócico. Hospital de Laredo (Última modificación. 2005)
- Vía Clínica de Atención al Parto HUMV. (Última modificación. 2006)
- Proyecto de asistencia al parto normal con mínima intervención (parto natural) del HUMV. 2007.

## → NORMATIVA

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Artículos 3 y 8).
- Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (Titulo III. Capitulo I: Derechos de los ciudadanos en relación a la salud y la asistencia sanitaria).
- Decreto 23/2007, de 1 de marzo Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario en Cantabria.



# LÍNEAS ESTRATÉGICAS

## 1 ESTABLECER UN MARCO DE ACTUACIÓN COMÚN PARA LA ATENCIÓN AL PARTO EN EL SCS

### → ACTUACIONES

#### 1.1 Elaboración de un Protocolo común de Atención al Parto Normal

Para asegurar la equidad en la atención al parto y al nacimiento en el SCS, se establecerá un protocolo común de actuación para todas las maternidades públicas de nuestra Comunidad, que estará basado en la evidencia científica disponible en el momento actual y en el respeto a la autonomía de la mujer.

#### Bases en las que se debe fundamentar

- Revisión de la Cochrane Database.
- Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento (1985, 1999).
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Intrapartum Care. 2007.
- Estrategia para la Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud. 2007.
- Protocolo de atención al parto normal de la SEGO 2007.
- Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) 2007.
- Vía Clínica de Atención al Parto Eutócico. Hospital de Laredo. Última modificación 2005.
- Vía Clínica de Atención al Parto HUMV. Última modificación 2006.
- Proyecto de asistencia al parto normal con mínima intervención (parto natural) del HUMV. 2007.
- Normativa legal vigente.

## Edición y difusión del Protocolo

- Publicación para su posterior difusión entre los y las profesionales.
- PDF para su inclusión en la página web de la Consejería de Sanidad y del SCS.

### 1.2 Adecuación de los sistemas de registro para valorar el cambio asistencial

Adecuación de los sistemas informáticos o de codificación de las diferentes Gerencias implicadas que permita la evaluación del cambio asistencial.

#### → INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Existencia de un Protocolo común de atención al parto normal en el SCS, publicado y disponible a nivel de la ciudadanía en la página web de la Consejería de Sanidad y del SCS.
- Existencia de indicadores codificados de atención natural al parto normal.

## **2** SENSIBILIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

### → ACTUACIONES

#### 2.1 Programa de sensibilización y actualización sobre la atención natural al parto normal

##### Objetivos

- Promover la incorporación de prácticas basadas en la evidencia científica en la atención al parto y al nacimiento en el SCS, dirigidas a mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de las mujeres, manteniendo los niveles de seguridad actuales.
- Disminuir la medicalización innecesaria y el número de cesáreas y partos instrumentales.
- Incorporar la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones en la atención al parto.
- Capacitar al personal sanitario relacionado con la atención al parto para hacer posible el cambio en la atención al parto normal.
- Potenciar el papel de la matrona como generadora del cambio en la atención al parto.

##### Profesionales a quien va dirigido

- Matronas de Atención Especializada y Atención Primaria.
- EIR (Matrona).
- Personal de enfermería y auxiliar de enfermería relacionado con la atención al parto y al nacimiento.
- Obstetras relacionados con la atención al parto.
- MIR Obstetricia y Ginecología.
- Pediatras relacionados con la atención al parto y al nacimiento.
- MIR Pediatría.



## 2.2 Programa de estancias cortas en centros de otras Comunidades que desarrollen ejemplos de innovación y buenas practicas en la atención al parto normal

### Objetivos Generales

- Conocer los procedimientos para la implantación de la atención no medicalizada al parto normal en centros del SNS de otras comunidades.
- Identificar experiencias que puedan ser aplicadas en los centros de nuestra Comunidad, dirigidas a mejorar la atención al parto y al nacimiento y la satisfacción de las mujeres.
- Dar a conocer esas experiencias a otros profesionales del propio equipo o de otros Equipos de Salud (Formación de Formadores).

### Objetivos Específicos

- Recabar la política explícita y/o los protocolos de atención no medicalizada al parto normal del centro sanitario donde se ha realizado la estancia corta.
- Disponer de los documentos del centro donde ha realizado la estancia corta, dirigidos a la sensibilización e información de las mujeres en relación al parto no medicalizado.
- Establecer contacto con profesionales de otros centros sanitarios que puedan transmitir sus experiencias en nuestra Comunidad a través de jornadas/foros.
- Atender y presenciar partos naturales.
- Elaboración de un informe donde se recojan los aspectos más destacados de la estancia en el Centro, que deberá constar entre otros de los siguientes puntos.
  - Lugar donde se ha realizado la estancia.
  - Fechas y duración.
  - Memoria de los partos con atención natural que se han presenciado o asistido y de las sesiones a las que se ha acudido relacionadas con la atención no medicalizada al parto.
  - Planes de parto elaborados.
  - Cumplimiento o no de los objetivos esperados.
  - Aspectos que va a introducir en su práctica habitual para mejorar información y atención a las mujeres en relación a la atención al parto natural.

## Estimación del personal susceptible de formación específica

Centro	Ginecólogos/as	Matronas	Pediatras
HUMV	34	36	26
H. Sierrallana	9	1	-
H. Laredo	9	9	4
Gerencia AP Santander-Laredo	-	26	
Gerencia AP Torrelavega-Reinosa	-	8	
Personal sanitario en formación (MIR/EIR)	12	15	16
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>95</b>	<b>46</b>

Fuente: Subdirección de Asistencia Sanitaria. SCS. Diciembre 2007

En esta tabla se incluyen los profesionales que están más relacionados con la atención al parto y nacimiento, y que, por lo tanto, pueden precisar una sensibilización específica en relación a la atención no medicalizada al parto normal. Hay que tener en cuenta que no todos los ginecólogos/as y pediatras de atención especializada atienden estos procesos y que, por contra, hay profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, no recogidos en la tabla, que serían susceptibles también de recibir formación.

### Temas a desarrollar en el Programa

- La evolución de la obstetricia a través de la historia. Papel de las matronas y obstetras en el siglo XXI. Necesidad de un cambio.
- El embarazo y el parto como situaciones fisiológicas y saludables. Fisiología del parto normal. Factores que favorecen y que interfieren la fisiología del parto.
- Atención al parto normal según la evidencia científica. Recomendaciones de la OMS.
- Retos de la atención al parto normal en el entorno hospitalario: la humanización y la utilización de la tecnología adecuada.
- Pensar en la mujer, pensar en el bebé: necesidades básicas de la madre y su hijo/a durante el parto y el nacimiento.

- Tratamiento del dolor durante el parto: métodos farmacológicos y no farmacológicos.
- Importancia de la libertad de movimiento y de posturas de la madre durante el parto. Ventajas de la posición vertical en el expulsivo.
- Recibiendo al recién nacido: importancia del contacto piel con piel, de la no separación y del inicio precoz de la lactancia.
- La matrona responsable natural de la atención al parto normal. Partos respetados, conocimientos, competencias y habilidades de las matronas y auxiliares de enfermería.
- ¿Cómo humanizar la atención al parto de riesgo?
- Unidades neonatales abiertas.
- Preparación para el parto y el nacimiento durante el embarazo. Otra preparación maternal es necesaria.
- Indicadores para medir el cambio en la atención al parto normal.
- Aspectos legales de la atención al parto normal.
- Presentación de la experiencia de otros centros.

Acreditación de los cursos por el Programa de Formación Continuada



### Profesionales a quien va dirigido

- Matronas, obstetras y pediatras relacionados con la atención al parto y nacimiento.

### Centros donde se realizará la estancia corta

- Los centros sanitarios donde se realizarán las estancias cortas serán centros conocidos, a nivel del Sistema Nacional de Salud, como ejemplo de buenas prácticas en la atención al parto y al nacimiento.

### Tiempo de estancia

- A determinar según las características del centro receptor: 3-5 días ó 35-40 horas presenciales.

Acreditación de las estancias por la Unidad Docente de la Gerencia correspondiente.

## **2.3 Realización de Jornadas/Foros de debate sobre parto natural, a cargo de profesionales tanto nacionales como extranjeros, expertos en este tipo de asistencia.**

### → INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Cursos de formación realizados en esta materia.
- Jornadas o foros de debate realizados.
- % de obstetras del SCS que han participado en cursos de actualización en atención al parto normal.
- % de matronas del SCS que han participado en cursos de actualización en atención al parto normal.
- % de obstetras que han realizado estancias cortas en centros de otras comunidades.
- % de matronas que han realizado estancias cortas en centros de otras comunidades.



## **3** ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES PARA LA ATENCIÓN AL PARTO

### → ACTUACIONES

**3.1 Adecuación del número de matronas, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria, para cumplimiento de la ratio adecuada.**

**3.2 Incorporación en los Planes Funcionales de los hospitales con maternidad de la necesaria adaptación de las Áreas de Partos y Unidades Neonatales a los nuevos cambios asistenciales.**

### → INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Ratio de matrona de Atención Primaria por mujeres entre 14–65 años.
- Ratio de matrona de Área de Partos por número de partos.
- Número de salas de partos que reúnen las condiciones necesarias para la atención al parto normal con mínima intervención.

## 4 PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN LA TOMA DE DECISIONES

Para que las mujeres puedan participar y tomar decisiones en este proceso tan importante de sus vidas tienen que estar bien informadas. Este acceso a la información es, además, un derecho respaldado por el marco legal vigente (Ley 41/2002, de autonomía del paciente). La información proporcionada debe ser de calidad: completa y científica, adaptada a las circunstancias y necesidades de cada mujer, comprensible, oportuna, empática y respetuosa.

Deberemos, además, promover la participación de las mujeres procedentes de otros países, arbitrando mecanismos para remover las barreras idiomáticas y culturales que supongan un obstáculo al ejercicio de su derecho a la toma de decisiones. De la misma forma, debe garantizarse la participación de las mujeres con discapacidades físicas, psíquicas, intelectuales o sensoriales.

### → ACTUACIONES

#### 4.1 Información a la gestante y a su pareja durante el embarazo sobre la asistencia al parto que le puede ofrecer su maternidad.

- Inclusión de este aspecto dentro de la Educación Sanitaria en el nuevo *“Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio”*.
- Elaboración de una Guía de Educación Maternal para matronas de Atención Primaria, basada en la necesidad de sensibilizar, preparar y aumentar la confianza de las gestantes en su capacidad para desempeñar el papel activo y protagonista que les corresponde durante el embarazo, en el parto y en la crianza.
- Inclusión en el futuro Programa de Educación Maternal del SCS, de información sobre las ventajas de la atención no medicalizada al parto normal y preparación de la gestante para un parto fisiológico.
- Asesoramiento a las gestantes y sus parejas en la elaboración del *Plan de Parto*.

#### **4.2 Elaboración de una nueva "Cartilla de Salud del Embarazo".**

Esta nueva Cartilla pretende ser un documento ajustado a las recomendaciones actuales de vigilancia del embarazo y servir de vehículo de información sobre aspectos esenciales de la atención prenatal. Incluirá, además, un *Plan de Parto* en el que la mujer pueda expresar, de forma anticipada si lo desea, sus preferencias en relación a la atención que le gustaría recibir durante su parto.

#### **4.3 Elaboración de la Guía "Cuidados de salud durante el parto y el nacimiento".**

Esta Guía, que se entregará a las gestantes en las consultas prenatales, contendrá información sobre el proceso del parto y sobre las diferentes opciones de asistencia que le ofrecen las maternidades de nuestra Comunidad.

#### **4.4 Elaboración de un vídeo de divulgación.**

Para dar a conocer a la mujer y su pareja el hospital que ha elegido para su parto se elaborará un vídeo que proporcionará información útil sobre sus instalaciones, las posibilidades de atención al parto que ofrece y el equipo de profesionales de que dispone. Se difundirá en las consultas prenatales, en los cursos de Educación Maternal y a través de las páginas web de la Consejería y del SCS.

#### **4.5 Publicación anual en las páginas web de la Consejería de Sanidad y del SCS de los indicadores asistenciales sensibles para medir el cambio en la atención al parto, para facilitar su conocimiento por profesionales y ciudadanía.**

#### **4.6 Realización de Jornadas/Foros de debate sobre parto natural.**

De carácter divulgativo, dirigidos tanto a las mujeres como a la población en general.

#### **4.7 Encuesta de satisfacción entre las mujeres.**

Para valorar el cambio en la asistencia al parto y el grado de mejora percibida por las mujeres que han parido en hospitales del SCS, se realizará una encuesta de satisfacción, de periodicidad bienal, en las dos maternidades públicas.

## → INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Número de gestantes que han recibido información adecuada sobre la atención natural al parto.
- Número de Planes de Parto elaborados.
- Existencia de una "Guía de Educación Maternal para matronas de Atención Primaria" publicada y difundida.
- Publicación y difusión de la nueva "Cartilla de Salud del Embarazo".
- Existencia de una guía de "Cuidados de salud durante el parto y el nacimiento" publicada y difundida.
- Existencia de un vídeo de información sobre las maternidades del SCS elaborado, colgado en las páginas web de la Consejería de Sanidad y el SCS y difundido.
- Indicadores asistenciales sensibles al cambio en la atención al parto disponibles en las páginas web de la Consejería de Sanidad y del SCS.
- Encuesta de satisfacción realizada.



## 5 INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

### → ACTUACIONES

- 5.1 Promover la investigación sobre la fisiología del parto normal, del nacimiento y lactancia y el vínculo maternofilial.
- 5.2 Impulsar la investigación en los aspectos psicosociales de la atención al parto y el impacto del nuevo modelo asistencial en el bienestar de madres e hijos.
- 5.3 Incorporar la temática relacionada con el parto y el nacimiento a los objetivos de investigación en salud y género del IFIMAV.

### → INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Estudios de impacto o investigación realizados.

# F INANCIACIÓN

La Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad dedicará, a través del "Plan de Salud para las Mujeres", la dotación presupuestaria suficiente para el desarrollo de la estrategia.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de un convenio de colaboración con la Consejería de Sanidad, financiará también la implantación de esta estrategia.





# C RONOGRAMA

Actuación	ene-jul 2008	ago-dic 2008	ene-jul 2009	ago-dic 2009	ene-jul 2010	ago-dic 2010
Elaboración Protocolo Atención Parto Normal	■					
Edición/difusión		■				
Elaboración sistemas registros		■				
Programa sensibilización profesionales		■	■	■		
Estancias cortas centros externos	■	■	■	■	■	■
Jornadas/Foros	■	■	■	■	■	■
Adecuación de recursos humanos y materiales			■	■	■	■
Inclusión Protocolo de Atención Embarazo	■					
Guía Educación Maternal matronas AP			■	■		
Inclusión Programa de Educación Maternal					■	■
Nueva Cartilla Salud Embarazo	■					
Guía cuidados salud parto y nacimiento			■			
Vídeo divulgativo				■		
Indicadores en páginas web			■		■	
Encuesta satisfacción mujeres				■		
Investigación			■	■	■	■





# BIBLIOGRAFÍA

- 1 ABALOS E. *Conducta en el alumbramiento: Comentario de la BSR* (última revisión: 7 de julio de 2004). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 9, Update Software Ltd, Oxford, 2006.
- 2 ALFIREVIC Z et al. *Cardiotocografía continua como forma de monitorización para evaluación fetal durante el trabajo de parto*. Biblioteca Cochrane Plus. 2007.
- 3 ALMUDENA González: *Nuevas perspectivas en la atención al parto de bajo riesgo*. Seminario Internacional Complutense. Carta de Madrid.
- 4 AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON OBSTETRICAL ANESTHESIA. *Practice guidelines for obstetrical anesthesia*. *Anesthesiology* 1999; 90:600-611.
- 5 ANIM-SOMUAH M, Smyth R, Howell C. *Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: [www.update-software.com](http://www.update-software.com) (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 6 BASEVI V., Lavender T. *Routine perineal shaving on admission in labour* (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 7 BOEHMFH. *Intrapartum fetal heart rate monitoring*. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999, 26:623-639.
- 8 BRANGER B et al. *Le masque et le streptococo A en maternité*. *J Gynecol Biol Reprod* 2006, 35: 297-300.
- 9 BROWNRIDGE P. *Epidural and subarachnoid analgesia for elective cesarean section*. *Anaesthesia* 1981; 36:70.
- 10 BUCKLIN BA, Chestnut DH, Hawkins JL. *Intrathecal opioids versus epidural local anesthetics for labor analgesia: a meta-analysis*. *Reg Anesth Pain Med* 2002; 27:23-30.
- 11 CARARACH.V. *Perfil de atención al parto. ¿Cómo es el parto en España al inicio del siglo XXI?* Ponencia en el XXVIII Congreso Español de Ginecología y Obstetricia: La Coruña. En *Prog Obstet Ginecol* 2005; 48 Supl 1:387-391.
- 12 CARROLI G, Belizan J. *Episiotomy for vaginal birth* (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from [www.rhlibrary.com](http://www.rhlibrary.com). (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 13 COLLINS RE, Baxandall ML, Srikantharajah id, ET AL. *Combined spinal epidural (CSE) analgesia technique and outcome of 300 mothers*. *Int J Obstet An* 1994; 3:75-81.
- 14 COTTER A, Ness A, Tolosa J. *Administración profiláctica de ocitocina para el alumbramiento* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en [www.rhlibrary.com](http://www.rhlibrary.com) (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- 15 CUERVO LG, Rodríguez MN, Delgado MB. *Enemas during labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, Issue 3. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- 16 CUNNINGHAM FG et al. *Valoración intraparto*. En Cunningham FG et al. *Obstetricia de Williams*. McGraw Hill; México, 2006: 443-471.
- 17 DE LA FUENTE. P. *Nuevas perspectivas en la atención al parto de bajo riesgo*. Seminario Internacional Complutense. Carta de Madrid.
- 18 *Declaración de Barcelona sobre derechos de la madre y el recién nacido*. 2001.
- 19 DOMINGUEZ E, Aceituno L. *El parto y su ambiente psíquico: humanización*. XXIX Congreso Español de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol*, 2007; 50 (supl 1): 301-307.
- 20 EISENACH JC, Weikopf RB. *Combined Spinal-Epidural analgesia in Obstetrics*. *Anesthesiology* 1999; 91:299-302.
- 21 ESTEBAN Altirriba J. *Dirección Médica del Parto*. 1968; Ed Jims. Barcelona.
- 22 FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. *Iniciativa Parto Normal*. Documento de consenso. 2007.
- 23 FERNANDEZ DEL CASTILLO I. *La revolución del nacimiento*. Ed Granica S.A, Barcelona. 2006.
- 24 FORADADA CM. *Parir en els postres dies*. Variaciones sobre un mateix tema. *Annals de Medicina* 2002; 85:36-43.
- 25 GALLO M *Posición materna y parto* (I). *Clin Invest Gin Obst* 1983, 10,211-220.
- 26 GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocol per a l'assistència natural al part natural*. 2007.
- 27 GERBER S et al. *Pronostic maternal et neonatal lors d'une deuxième phase d'accouchement prolongé*. *J Gynecol Biol Reprod* 1999; 28: 145-150.
- 28 GUPTA JK, Hofmeyr GJ. *Posición en el período expulsivo del trabajo del parto de las mujeres sin anestesia peridural* (Revisión Cochrane traducida). En *La Biblioteca de Salud Reproductiva*, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en [www.rhlibrary.com](http://www.rhlibrary.com) (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 29 HARTMANN C et al. *Outcomes of routines episiotomy: a systematic review*. *JAMA* 2005; 293:214-218.
- 30 HERRERA B, Galvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basada en la evidencia. *Prog Obstet Ginecol* 2004, 47(9): 414-422.
- 31 HODNETT ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth* (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Available from [www.rhlibrary.com](http://www.rhlibrary.com) (Reprinted from The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 32 HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. *Vía Clínica de Atención al Parto*. 2005. Disponible en: [www.humv.es](http://www.humv.es)
- 33 HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. *Proyecto de Asistencia al Parto Normal con Mínima Intervención (Parto Natural)*. 2007. Disponible en: [www.humv.es](http://www.humv.es)

- 34 LAUZON L, Hodnett ED. *Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term* (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford Update Software.
- 35 LIAO J, Buhimschi C, Norwitz E.: *Parto normal: mecanismo y duración*. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 2005; 32: 145-164.
- 36 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estrategia para la Atención al Parto Normal*. 2007. Disponible en: [www.msc.es](http://www.msc.es)
- 37 MOORE ER, Anderson GC, Bergman N. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858. CD003519.pub2.
- 38 MUÑOZ R: *Reforma de Atención Primaria*. Asesoría Técnica de Enfermería. Subdirección General de Atención Primaria. Insalud. Madrid. 1990.
- 39 NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth*. Clinical Guideline. 2007.
- 40 NAVARRO G.M., Sánchez Muros S., García Calvente M. *Atención al embarazo, parto y postparto en España*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, Diciembre de 2006.
- 41 NESS A,Goldberg J, Berghella V. *Anomalías del primer y Segundo estadio del parto*. *Obstet Gynecol Clin N Am*,2005; 32: 201-220.
- 42 NIKODEM C et al. *Inmersión en agua para el embarazo trabajo de parto y parto*. *Cochrane Plus* 2007, 1 Oxford: Update Software Ltd.
- 43 OCU. *Venir al mundo en España*. Encuesta Compra Maestra.1997 (nº 200).
- 44 OMS. *Recomendaciones generales sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé*. 1999.
- 45 OMS. *Recomendaciones sobre el nacimiento*. Tecnología apropiada para el parto. Declaración de Fortaleza. 1985.
- 46 PARANT O et al. *Episiotomie*. *Encycl Med Chir*.Técnicas quirúrgicas-Gynecologie, 2001, 41,897,1-6.
- 47 PASCUAL M *Evolución de la atención al parto y su impacto en el suelo pélvico*. *Suelo pélvico*, 2005, 1,2:62-64.
- 48 PRACTICE BULLETIN NUMBER ACOG 49. *Dystocia and augmentation of labor*. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1445-53.
- 49 PRENDIVILLE WJ, Elbourne D, McDonald S. *Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en [www.rhlibrary.com](http://www.rhlibrary.com) (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 50 RACINET C et al. *L´acouchement en position acroupie*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999, 28:263-270.
- 51 RACINET C. *Positions maternelles pour l´acouchement*. *Gynecologie Obstetrique Fertilité* 2005; 33: 533-538.
- 52 RAWAL N. *Combined spinal-epidural anaesthesia*. En Van Zundert & Ostheimer (eds). "Pain Relief and Anesthesia in obstetrics". Nueva York: Churchill Livingstone 1996; 413-26.

- 53 SÁNCHEZ Perruca I: *Evolución de la formación de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica* (Matrona) y sus actividades en Atención primaria. Revista Metas. N° 33 marzo 2001.
- 54 SÁNCHEZ Rodríguez A, Gómez López A, Pérez Valverde MC, Martínez Bienvenido E. *Pinzamiento tardío vs. Pinzamiento precoz del cordón umbilical*. Medicina naturista, 2006, N 10: 620-637.
- 55 SCOTT J. *Episiotomía y traumatismo vaginal*. Obstet Gynecol Clin N Am, 2005; 32, 307-32.
- 56 SEGO. *Monitorización fetal intraparto*. Protocolo. Prog Obstet Ginecol 2005, 48(4): 207-216.
- 57 SEGO. *Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología*. 2005.
- 58 SMITH CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. *Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: [www.update-software.com](http://www.update-software.com) (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 59 SONTHEIMER D et al. *Transporte de tipo canguro en lugar de transporte en incubadora*. Pediatrics (Ed Esp) 2004,(4); 225-229.
- 60 TAYRAC R et al. *Episiotomie et prevention des lésions pelvi-perineales*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2006, 35: 1S24-1S31.
- 61 THACKER SB, Stroup D, Chang M. *Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2, 2001. Oxford: Update Software.
- 62 USANDIZAGA JA. *Futuro de la atención médica del parto*. En Herruzo A et al. Dirección Médica del parto. Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Salud; 2003, Granada: 27,559-579.
- 63 VENDITELLI F; Gallot D. *Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie?* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006; 35: 1S12-1S23.
- 64 VISWANATHAN M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Thorp J Jr. *The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. Evidence Report/ Technology Assessment No. 112*. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-bases Practice Center) AHRQ Publication. No. 05-009-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.
- 65 WHO Department of Reproductive Health and Research. *Care in normal Birth; a practical guide*. Ginebra. 1999
- 66 WHO *Recommendations for the Preventions of Postpartum Haemorrhage*. 2007. WHO/MPS/07.06.





GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública



SERVICIO  
CANTABRO  
DE SALUD

SCS