



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Silvia Lusardi

El cuidado del parto normal, según la perspectiva de la humanización del parto, en el Hospital de área Centenario (HC), Neuquén, en los años 2011-2012

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Lusardi, Silvia. (2013). El cuidado del parto normal, según la perspectiva de la humanización del parto, en el Hospital de área Centenario (HC), Neuquén, en los años 2011-2012 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034772_Lusardi.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
8va. COHORTE (2005- 2007)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

“El cuidado del parto normal, según la perspectiva de la humanización del parto, en el hospital de área de Centenario (HC), Neuquén, en los años 2011-2012”.

MAESTRANDA:

Silvia Lusardi

DIRECTOR:

Dr. Leonardo Federico

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
8va. COHORTE (2005- 2007)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO:

“El cuidado del parto normal, según la perspectiva de la humanización del parto, en el hospital de área de Centenario (HC), Neuquén, en los años 2011-2012”

MAESTRANDA:

Silvia Lusardi

DIRECTOR:

Dr. Leonardo Federico

INTEGRANTES DEL JURADO:

Lic. Susana Checa.

Mgr. Osvaldo Santiago.

Mgr. Carlos Ventura.

FECHA DE APROBACIÓN

5 de diciembre del 2013.

CALIFICACIÓN

7 (siete)

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de estadística y directivo del hospital “Dr. Natalio Burd” de la ciudad de Centenario, de la provincia del Neuquén, por su apoyo y colaboración en la búsqueda de datos y realización de las entrevistas; y a la buena predisposición de las usuarias del servicio y a los profesionales de la salud del servicio de Tocoginecología quienes respondieron abiertamente a todas las preguntas.

A la Comisión Asesora en Investigaciones Biomédicas en Seres Humanos (CAIBSH) dependiente de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, por permitirme realizar el presente trabajo en esa provincia.

Y a todos los que hicieron posibles que este trabajo llegue a ser presentado.

RESUMEN

La humanización del trabajo de parto y parto normal es un tema presente en la agenda de muchos países, aunque su puesta en práctica es compleja. En el actual estudio se evalúa el cuidado del trabajo de parto y parto normal desde una perspectiva de humanización en el servicio de Tocoginecología del hospital Centenario, Neuquén, en los años 2011-2012. Para ello se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo a través del análisis de las prácticas registradas en las historias clínicas del servicio, en función de su calidad técnico científica, según recomendaciones de la OMS; y con abordaje cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales de la salud y usuarias del servicio, con el propósito de analizar las percepciones sobre el componente relacional del cuidado durante el proceso del parto. Se observó, tanto en el análisis sobre las historias clínicas como en las entrevistas a los informantes clave, que aún cuando las prácticas recomendadas por la OMS se realizan comúnmente en forma rutinaria en un alto porcentaje de los casos evaluados, por otro lado, también es habitual el apelo a prácticas desaconsejadas y/o para las cuales no hay evidencias científicas consistentes que garanticen su uso seguro. En tal sentido, no se puede concluir que el cuidado del trabajo de parto y parto normal, en el hospital Centenario, cumpla satisfactoriamente con los criterios para un cuidado humanizado, según la guía de la OMS, no obstante pueden sugerirse en pos de la humanización, encuentros periódicos de análisis y reflexión sobre las prácticas siguiendo las recomendaciones de la OMS.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención en salud, parto humanizado, satisfacción del consumidor, trabajo de parto.

ABSTRACT

The humanization of labor and normal delivery is an issue on the agenda of many countries, although putting it into practice is complex. The current study assesses the care of labor and normal delivery from a perspective of humanization in the Obstetrics Service at Centenario Hospital, Neuquén, in the 2011-2012 period. To do this, a qualitative-quantitative approach was used through: the analysis of practices recorded in the service's medical records in terms of technical-scientific quality, according to WHO recommendations, semi-structured interviews aimed at health professionals and users of this service, in order to analyze the perceptions of the relational component of care during the delivery process. It was observed on both the analysis of medical records and the interviews to key informants that even when the WHO recommended practices are routinely performed in a high percentage of the assessed cases, it is common to use not recommended practices and for which there is no consistent scientific evidence that guarantee its safe use. For that reason, it cannot be concluded that care in normal labor and normal delivery, at Hospital Centenario, does not meet adequately the criteria for a humanized care according to the guidelines outlined in WHO guide. Nevertheless, there are things that can be made in pursuit of humanization, such as regularly held analysis and discussion meetings to deal with practices, based on WHO recommendations.

KEYWORDS: Healthcare quality, humanized delivery, user satisfaction, labor.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1	Recomendaciones del parto normal de la OMS y su registro en las historias clínicas del hospital Centenario.....	49
----------	---	----

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1	Registro de las prácticas recomendadas como útiles, en las historias clínicas del hospital Centenario. Año 2011.....	42
Tabla 2	Registro de las prácticas perjudiciales según la guía de la OMS, en las historias clínicas del hospital Centenario. Año 2011.....	44
Tabla 3	Registro de aquellas prácticas de las que no existen una clara evidencia para fomentarlas según las recomendaciones de la OMS, en las historias clínicas del servicio. Año 2011.....	46
Tabla 4	Registro de las prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente según las recomendaciones de la OMS, en las historias clínicas del hospital Centenario. Año 2011.....	47
Tabla 5	Registro de las prácticas obstétricas según las categorías de la OMS, en las historias clínicas obstétricas del hospital Centenario. Año 2011.....	50

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS.

- HC:** Hospital “Dr. Natalio Burd,” de la localidad de Centenario, provincia del Neuquén.
- HHH:** Hospital “Dr. Horacio Heller” de la ciudad de Neuquén.
- HPN:** Hospital Provincial “Dr. Castro Rendón”, de la ciudad de Neuquén.
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PHPN:** Programa de Humanización del Parto Normal, programa Nacional del Gobierno de Brasil.
- RS:** Localidad de Rincón de los Sauces, provincia del Neuquén.
- SPCH:** Localidad de San Patricio del Chañar, provincia del Neuquén.
- hc:** historia clínica

CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN.....	11
2 ACTUALIZACIÓN DEL ESTADO DEL ARTE.....	16
3 MARCO TEORICO.....	25
4 OBJETIVOS.....	32
4.1. <i>Objetivo General.....</i>	<i>32</i>
4.2. <i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>32</i>
5 METODOLOGÍA.....	33
5.1. <i>Prácticas recomendadas por la OMS para el cuidado humanizado del trabajo de parto y parto normal.....</i>	<i>33</i>
5.2. <i>Análisis de la calidad del cuidado del trabajo de parto normal, desde la perspectiva de las usuarias y trabajadores de la salud del servicio de Tocoginecología del HC.....</i>	<i>37</i>
5.3. <i>Análisis conjunta de la calidad técnico-científico de las prácticas (registradas en historias clínicas obstétricas), con el componente relacional-vincular de dichas prácticas.....</i>	<i>40</i>
5.4. <i>Consideraciones Éticas.....</i>	<i>40</i>
6 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
6.1. <i>Registro de prácticas recomendadas por la OMS, en las historias clínicas del hospital Centenario. Año 2011.....</i>	<i>41</i>
6.1.1. <i>Registro de aquellas prácticas recomendadas como útiles por la OMS y que integran la categoría A de dichas recomendaciones.....</i>	<i>41</i>
6.1.2. <i>Registro de las prácticas perjudiciales según la guía de la OMS, en las historias clínicas del hospital Centenario. Año 2011.....</i>	<i>44</i>
6.1.3. <i>Registro de aquellas prácticas de las que no existen una clara evidencia para fomentarlas según las recomendaciones de la OMS, en las historias clínicas del servicio. Año 2011.....</i>	<i>45</i>
6.1.4. <i>Registro de las prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente según</i>	

las recomendaciones de la OMS, en las historias clínicas del hospital Centenario. Año 2011.....	47
6.2. Análisis de entrevistas.....	58
6.2.1. Análisis entrevistas a trabajadores de salud.....	58
6.2.2. Análisis de entrevistas de usuarias.....	64
6.3. Contraposición de datos de la calidad técnico-científico de las prácticas (registradas en historias clínicas obstétricas), con el componente relacional-vincular de dichas prácticas.....	68
7 CONSIDERACIONES FINALES.....	72
BIBLIOGRAFIA.....	75
GLOSARIO.....	87
APÉNDICES.....	89
ANEXOS.....	95

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. *Descripción del problema:*

El actual cuidado del trabajo de parto y parto normal, tanto en Argentina como en el mundo, se encuentra impregnado del modelo biomédico y curativo, alejado de la visión humanista y holística del cuidado.

Esta realidad es el resultado de la evolución en el tiempo de estas prácticas, desde inicios del siglo pasado, cuando el parto era domiciliario-pasando por los años cuarenta que dan inicio a la creciente hospitalización de los mismos- hasta llegar a fines de 1900, con más de la mitad de los partos realizados en instituciones con personal preparado para recibirlos, descendiendo así la morbimortalidad materna y neonatal, si bien este objetivo se logró, fue a expensas de la incorporación en los hospitales, de personas sin patología, separándolas del resto de la familia.

En el siglo XX también se experimentó un incremento de la tecnología pero también así, del parto por cesárea. A su vez las madres y sus familias fueron adoptando una posición pasiva con respecto a las decisiones sobre el trabajo de parto y parto, dominando de esta manera, el saber de los profesionales de salud; revalorizando lo técnico sobre las necesidades y sentimientos de las parturientas y sus familias (1).

En respuesta a estos procesos evolutivos de atención, y en especial a la medicalización e instrumentación rutinaria del parto, Brasil se destaca por sus numerosas publicaciones a favor del cuidado del parto humanizado. En este país, a pesar de las mejoras en la calidad de la información, de la ampliación del acceso a los servicios médicos, que derivaron en la estabilidad en el número de muertes maternas y neonatales -mas no en su descenso- es que la mirada fue puesta en la humanización más allá de los logros tecnológicos y las políticas sociales de inclusión.

En el año 1985, en Fortaleza, Brasil, se reunieron representantes de la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para realizar una revisión de la literatura al respecto, centrándose en el análisis y valoración de la evidencia científica relacionada con las tecnologías adecuadas para el cuidado del trabajo de parto y parto normal, dando así origen al documento que establece las recomendaciones a seguir en el parto normal (2).

En el año 1996, a favor de un modelo de atención del parto más humanizado y lo menos invasivo posible, la OMS publicó una actualización de aquellas recomendaciones, que constituyeron su primera y única guía para la atención del parto normal (3).

En nuestro país, comienzan a incorporarse cambios en la atención de la madre durante su trabajo de parto y parto, en la Maternidad Ramón Sardá de Buenos Aires, a través de su jefe de Neonatología Miguel Larguía, que desde el año 1970, lleva a cabo distintas acciones como, creación de una residencia para madres de niños internados, el acompañamiento de un familiar en la sala de partos; permitir el ingreso de hermanos y abuelos de niños internados, entre otras. Estas acciones, quedaron plasmadas en el llamado programa Sardá y luego en el Proyecto Maternidades Centradas en la Familia (4).

En el Año 2002, nace la Red Argentina para la Humanización del Parto y el Nacimiento (REARHUPAN), conformada por una red de grupos y personas de diferentes profesiones y oficios y que actualmente forma parte de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) (5). En este año se sanciona la ley 25673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el cual tiene como objetivo que la población en general pueda adoptar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva libres de discriminación, coacciones o violencia (6)

En el año 2004, se promulga la Ley 25.929 de los Derechos en el Nacimiento y que abarca el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, y se publica la Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de promocionar la realización del parto no medicalizado, basado en el uso de tecnología apropiada y centrada en el cuidado (7,8).

En el año 2009, se promulga la ley 26485, Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, inclusive la Decisión sobre la vida reproductiva, número de embarazos, en conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (9).

En la provincia de Neuquén, la Subsecretaría de Salud, presenta un protocolo provincial de atención del parto normal, publicado en el año 1994 y que se actualiza en los años 1997 y 2012, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia, y a la madre como protagonista absoluta (10).

Es importante recordar que en esta provincia, predomina el subsector público de salud, con una organización sanitaria basada en una regionalización integrada por un nivel central jerarquizado, un nivel intermedio zonal, y una red de servicios estructurados por niveles de complejidad creciente, con predominio de la atención ambulatoria y accesible, a cargo de profesionales con régimen de dedicación exclusiva, y cuya atención se encuentra fundamentada en la Atención Primaria de la Salud, primordialmente para el grupo materno-infantil. (11)

Centenario es una ciudad de 40.000 hab. aproximadamente, ubicada a 20 Km de la ciudad capital de Neuquén, cuyo principal producción es la fruticultura y la explotación del petróleo. El hospital Dr. Natalio Burd de esta ciudad, pertenece a la red de servicios de la Subsecretaría de Salud de Neuquén, es cabecera de la segmento norte de la zona Sanitaria I, tendiendo a su cargo la asistencia sanitaria del área del actual hospital y referente zonal del hospital de área San Patricio del Chañar, Centro de Salud Añelo y hospital de área Rincón de los Sauces; y a su vez el hospital Centenario tiene como referente de siguiente nivel de complejidad al Hospital Provincial Neuquén (HPN)).

El hospital Centenario -en el cual trabajé como médico de planta durante el período 2004-2009- y donde se llevó a cabo el presente trabajo de investigación, es un hospital general, de mediano riesgo según el Programa Nacional de Garantía de la Calidad en la Atención Médica, orientado al paciente agudo (menos de 30 días de internación), cambiando de edificio y de complejidad (IV a VI) en el año 2005. Medicina General es la especialidad integradora de la institución; contando además con las siguientes especialidades y disciplinas: Clínica Médica, Pediatría y Neonatología, Toco ginecología, Cirugía general, Anestesiología, Salud Mental (Psicología y Psiquiatría), Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Salud Laboral, Rehabilitación, Odontología, Kinesiología, Farmacia, Servicio social, Nutrición y Fonoaudiología, Laboratorio con actividades de hemoterapia y Diagnóstico por imágenes (Radiología y Ecografía) (Anexo A)

El servicio de guardia general, recibe a toda la población del área, siendo una guardia a cargo de médicos Generalistas con formación de residencia, en caso de la embarazada, se

recepciona y luego interconsulta al médico Tocoginecólogo que se encuentra en el servicio de maternidad para la internación; estos últimos, son quienes internan a las parturientas y las acompañan durante el trabajo de parto y el parto. En caso de derivaciones de embarazadas y parturientas de otras localidades del área de programa al hospital, las reciben directamente el médico Tocoginecólogo del servicio de maternidad, quien en caso de requerirlo, solicita la colaboración de otro médico Tocoginecólogo que está de pasiva; todos los días del año hay un médico Tocoginecólogo de guardia activa y otro de pasiva en el servicio de maternidad.

El cuidado del trabajo de parto y parto, en este hospital neuquino, no era diferente al de los hospitales del resto del país, en términos generales, caracterizándose por responder entonces a un modelo de atención médico hegemónico, con rutinas que adecuaban el trabajo de parto a un modo de funcionamiento y dinámica hospitalarios.

1.2 Pregunta:

En función a lo hasta aquí expresado, surge la siguiente pregunta ¿Cuál es la calidad del cuidado del parto normal en el servicio de Tocoginecología del Hospital Centenario, en los 2011-2012, desde la perspectiva de la humanización del parto normal?

Es pertinente aclarar que para realizar este trabajo se eligieron los años 2011-2012 por dos puntos importantes, por un lado que en el año 2005, se realizó la mudanza al nuevo edificio, con un aumento de la complejidad hospitalaria (del nivel IV pasa al nivel VI), el nivel VI son hospitales cabeceras zonales, con atención primaria para su área programática, atención ambulatoria y de internación de las cuatro especialidades básicas, críticas, odontología, y recibe derivaciones de los establecimientos de su Zona Sanitaria. En cambio el Nivel III o IV son hospitales locales, con atención primaria para su área programática, atención ambulatoria y de internación de medicina general, odontología (11) (ver anexo A). Por otra parte en este período de tiempo se produjo una permanencia laboral de los trabajadores de salud, tanto de Tocoginecólogos como de Enfermeros, estos últimos rotaban años previos en distintos servicios del hospital (pediatría, clínica médica, guardia general), con el fin de mantener las prácticas de su formación actualizadas. El personal médico del servicio actualmente son en su totalidad especialistas en Tocoginecología, años previos, al ingresar como trabajadores full time de la provincia y al no vivir en la ciudad de Centenario,

solicitaban, en breve tiempo, el pase a otras ciudades. A partir del año 2011, esta situación de los trabajadores de salud, especialmente del servicio de Tocoginecología, se estabiliza. Estas características son importantes para el trabajo ya que tanto las instalaciones, la complejidad y el recurso humano son parte de la calidad del cuidado del parto.

En Argentina, la humanización del parto, inició su camino hace más de 40 años, en la Maternidad Sardá de Buenos Aires, llegando a publicarse por parte del Ministerio de la Nación, la Guía de Maternidades Centradas en las Familias, junto a un trabajo constante en varias provincias argentinas; en Neuquén se incorpora en las actualizaciones de los protocolos provinciales de atención del parto normal en el año 2012, a través de revisiones de las prácticas y del cuidado del parto. Es evidente que constituye un tema de gran interés para toda la población. En la ciudad de Centenario, no se encuentran estudios similares efectuados, esta situación fue la que generó el interés por desarrollar este estudio, en el que se analiza la situación del proceso del parto normal desde la humanización del parto, según la guía de la OMS.

En función de lo anteriormente expuesto, la hipótesis de este estudio sobre la cual se trabajó, fue que el cuidado del trabajo de parto normal y parto normal, en el servicio de Tocoginecología del hospital Centenario, en los años 2011 al 2012, no responde satisfactoriamente a los criterios para un cuidado humanizado (según las pautas establecidas por la Guía del cuidado del parto normal de la OMS del año 1996).

2. ACTUALIZACIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

Para este estudio se realizó una actualización bibliográfica sobre el parto humanizado, haciendo foco en la evaluación de la calidad del cuidado brindado a las usuarias del sistema de salud durante su trabajo de parto, apelando a las bases de datos LILACS y Scielo y haciendo un recorte temporal en la última década (2000-2011). Se priorizaron las publicaciones de Argentina y Brasil, por ser este último un país pionero en América Latina en lo que respecta al desarrollo de investigaciones sobre humanización de las prácticas obstétricas, en general y de la relación parturienta-equipo de salud, en particular. Se encontraron 2 artículos sobre género y derecho de las mujeres, especialmente durante el trabajo de parto, de 2 países latinoamericanos (Uruguay y Chile) que fueron difundidos y motivaron otros trabajos en Argentina, por ello también fueron incorporados en esta investigación. Se utilizaron las siguientes palabras-clave y/o cadenas de texto -en español y portugués-: “calidad de atención en salud”, “parto humanizado”, “satisfacción del usuario/consumidor”; “parto normal” basadas en el índice de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) coordinado por BIREME, encontrándose 345 trabajos, de los cuales se eligieron 73 por su pertinencia con los objetivos planteados en este trabajo. Se encontró que el 70 % son trabajos realizados en Brasil, donde la metodología predominante de trabajo son las entrevistas semiestructuradas.

Dentro de los trabajos seleccionados de habla portuguesa, se encontraron:

- El concepto de humanización, aplicado al trabajo de parto y parto:

El concepto de humanización de la atención, considera básicamente la desmedicalización de la práctica, y en el caso del trabajo de parto y parto, la autonomía y los derechos de la mujer (12).

Por otra parte, aún cuando se habla desde hace años sobre la humanización de la asistencia del parto, se percibe el desconocimiento de su concepto, por parte de las usuarias ya que sus requerimientos pasan por conseguir una cama y poder ser solo atendidas; mientras que los trabajadores de la salud, consideran que la humanización se basa en la buena relación médico paciente y una práctica informada a las usuarias, no llevan esta teoría a la práctica (13).

Otros autores describen que debido a la evolución medicalizada del parto, con una visión de acontecimiento patológico no como un proceso normal, se requiere de cambios en el paradigma técnico-científico, con la incorporación del tema de humanización en la atención en la formación de pre y pos grado profesional, con revalorización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como así también de sus derechos como usuarias del sistema de salud, incluyendo también en esta revalorización el rol de las enfermeras y parteras en la asistencia obstétrica (14-15).

Suely Ferreira Deslandes, refiere que no es posible denominar con exactitud el concepto de humanización, de esta manera reflexiona sobre los modelos de atención que podrían ser considerados deshumanizantes, y que llevan a condiciones de trabajo que son desfavorables para la salud de los propios profesionales, como así también a barreras en el acceso de los usuarios a los sistemas de salud. Este modelo técnico médico dirigido a la enfermedad, no a los sentimientos de aquellas personas que consultan por distintos padecimientos, es responsable de una violencia simbólica (16).

- El parto humanizado y sus resultados en la madre y el hijo:

En un estudio de una maternidad brasilera en la cual se lleva a delante el programa de humanización del parto, se evidenció que la aplicación de las medidas humanizadoras podrían resultar protocolos técnicos de atención si no se las aplican, considerando las diferencias individuales de las usuarias, provocando consecuencias igual o peor que el modelo higienista actual, en la salud de la madre y el recién nacido (17).

En un estudio realizado por Guimarães, se considera que el modelo actual de atención humanizada, aumenta el número de partos normales, disminuyendo así las infecciones puerperales secundarias a los partos por cesáreas (18).

Algunos autores evidenciaron que las mujeres padecen durante el trabajo de parto y parto una vulnerabilidad individual, por el desconocimiento sobre su cuerpo, el proceso del parto y sus derechos como usuaria y mujer, junto a una vulnerabilidad programática debido a la organización del servicio y el trato de los profesionales. Es fundamental trabajar con el rescate de la libertad de elección femenina frente al proceso de parto y la transformación en las relaciones interpersonales y profesionales, acompañándolas a las parturientas no solo con el apoyo físico sino también emocional, como la incorporación del acompañante elegido por ella, durante el trabajo de parto y parto, la utilización de métodos no invasivos para el dolor, el contacto piel a piel con el recién nacido, como también el reconocimiento de un mismo

profesional que lleve adelante el proceso de parto, han demostrado beneficios en el resultado de la salud de la madre y el recién nacido (19-21).

Por otra parte, otros estudios demuestran que la incorporación de gran cantidad de nueva tecnología a la asistencia del trabajo de parto y parto normal, con un abuso desmedido de su utilización, llevó a fuertes críticas del modelo actual de atención, ya que no se encontraron resultados beneficiosos en la aplicación de las mismas, tanto en la salud de la madre como del recién nacido (22-23).

Otros autores como Goncalves y Pacheco Oliveira, relatan los resultados positivos que vivieron aquellas mujeres que son atendidas en las casas de parto en Brasil, bajo un cuidado humanizado y ambientado para la asistencia de un parto normal considerando a las parturientas como protagonistas del proceso, controlando sus propios cuerpos, la experiencia del dolor vivido como sentimiento mixto de dolor y placer, y por último, la satisfacción de haber tenido la asistencia que deseaban, con resultados maternos y del recién nacido también esperados para los profesionales como para las familias (24-25).

Como se encuentra descrito en otros trabajos, la implementación de un modelo humanístico de atención, terminaría con la violencia simbólica, promoviendo en la parturienta confianza en sí misma y en el equipo, facilitando e incentivando el parto normal como así también la libertad en la práctica de la sexualidad (26-28).

- Desde el punto de vista de los gestores, el parto humanizado y el bienestar madre-hijo es posible si se cumple con una buena relación entre profesionales y usuarias, con la valorización de los derechos de los pacientes, la bidireccionalidad del poder entre profesionales y usuarios, la desmedicalización de la atención de la madre e hijo, como también la consideración de las diferencias socioculturales de las gestantes y la evaluación de los profesionales de la salud en sus prácticas (29,30).
- Otros autores refuerzan la importancia de la opinión de las gestantes, quienes valorizan el acompañamiento de los profesionales durante el trabajo de parto y parto, porque a través de tal compañía se obtuvo disminución del dolor en el parto y menor uso de analgésicos durante el mismo (31-33)

Por otra parte autores como Alvarado y Paiva, relatan que las mujeres se quejan del trato deshumanizado que reciben de los trabajadores de la salud, que las hace sentir solas y

angustiadas ante el proceso del parto; además que las usuarias no ejercitan sus derechos de ser asistidas colocándose en situación de sometimiento, además se pudo corroborar que las instituciones de salud en las cuales se realizaron estos estudios, no contemplan el trabajo en grupo, acciones de educación y la formación permanente del personal, que favorecerían la asistencia cotidiana (37,38).

- El parto humanizado y sus implicancias a nivel de los profesionales de salud:

Como lo dejan demostrado los estudios de Muniz y Magallanes de Nacimiento, el trabajo que lleva adelante enfermería sobre la importancia de la desmedicalización del parto y el empleo de métodos no invasivos para el dolor, muestra que la enfermera obstétrica es el agente estratégico en el estímulo del parto normal, potenciada por su práctica humanística. El concepto de atención humanizada del parto contiene un conjunto de conocimientos y prácticas, que tienen en cuenta el respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos; como también la formación de profesionales que realizan prácticas basadas en la evidencia en ambientes con instalaciones adecuadas. La característica de no invasivo, se refiere a que cuando se establece un vínculo entre trabajador de salud y usuaria, ambos comparten la decisiones sobre el cuidado de la salud, y así los procedimientos que abordan el cuerpo no son percibidos como invasivos (39,40),

Para llevar adelante las prácticas de cuidado humanizado, se requiere actualización de hábitos de enfermería y cambios del servicio en el cual trabajan, surgiendo así la necesidad de la formación de trabajadores para afrontar ese cuidado. En un estudio realizado en la maternidad Alexander Fleming, surgió la necesidad de capacitar a enfermeras en el cuidado de gestantes y parturientas, y cuya capacitación podría realizarse en la Facultad de Enfermería de Universidad del Estado de Río de Janeiro. Por otra parte las enfermeras producen acciones educativas para que las mujeres sean protagonistas de su vida reproductiva como sujeto de derechos capaz de luchar en defensa de la discriminación. Pero todavía siguen existiendo barreras personales e institucionales de los trabajadores de la salud, que se encuentran inmersos en el paradigma médico hegemónico centrado en los procedimientos que dificultan la práctica humanizadora (41-51).

Se encontraron trabajos que relatan la influencia positiva que representa el acompañante durante el parto, tanto para el trabajador de salud como para las usuarias. Además, para seguir obteniendo resultados positivos en la salud de la madre y el hijo, se requiere de cambios en las maternidades como en las actitudes de los profesionales, a favor de

prácticas que valoricen la autonomía de las embarazadas. En otros estudios, un gran número de personas anhelan algunas características fisiológicas del proceso de parto, que contrastan con las prácticas hospitalarias, pero que los mismos usuarios construyeron formas para superarlas, reafirmando su participación, aun cuando estén en propiedad ajena. En un estudio realizado para conocer necesidades de las adolescentes acerca de la atención recibida, se identificó que éstas solicitan solamente satisfacer sus necesidades afectivas (atención, afecto y comprensión) y de conocimiento, que pueden ser realizadas por la enfermera, como personal más entrenado para brindarlo. (52-55).

- La evaluación del programa de Humanización del Parto Normal (PHPN) y las dificultades en su implementación:

Se pudo observar en ellos que existen todavía varias dificultades para lograr que dicho programa se instale en las instituciones donde se realizan partos, debido principalmente, a la persistencia del modelo médico hegemónico, a factores institucionales y organizacionales, a las estructuras físicas y a posturas individuales de los profesionales quienes oponen barreras. Muy importante fueron para estas evaluaciones las incorporaciones a ellas de usuarias que dieron su opinión sobre su desconocimiento de este programa y de sus derechos como usuarias del sistema de salud (1,56-62).

En Argentina se encontraron trabajos que dan cuenta de la evolución histórica de la atención del parto y el nacimiento de la maternidad centrada en la familia.

- Con respecto a Maternidades Centradas en la Familia:

Los trabajos publicados por el Dr. Miguel Larguía, Jefe de División Neonatología-Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, son los que dan cuenta de los intentos sobre un cambio de paradigma del cuidado del trabajo de parto, parto y puerperio. A fines de los años 70, se comenzó con los primeros pasos. Los objetivos de este nuevo modelo de cuidado se basan en maternidades centradas en la familia, junto a movimientos sociales, personas de diferentes profesiones y oficios, comprometidos a trabajar por la humanización del parto y el nacimiento (5). Consecutivamente se publica la Guía para transformar Maternidades Tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, en la cual se establece el marco legal internacional y de la Argentina. Para llevarlo a cabo se requiere de cambios de estructura edilicia y de algunas prácticas del equipo de salud, creación de residencias para madres de recién nacidos con internaciones prolongadas, decoración hogareña, inclusión de la

comunidad en servicio de voluntariado, adhesión a los diez principios del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, y al Hospital Amigo de la Madre y el Niño (promoción de lactancia materna) (63).

Contempla, además la utilización de prácticas basadas en la evidencia según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2,3); la Planificación Familiar y educación para la salud en el marco de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva Nacional (6), siempre en pos de un trato humanizado, que evite un abuso en la medicalización de los procesos naturales y la discriminación de género, donde los derechos de la parturienta como usuaria de un servicio de salud y protagonista en este proceso de maternidad, sean respetados; tratando de revertir el concepto binomio madre-hijo, el cual persiste hasta nuestros días, por el cual los recién nacidos/as cobraron identidad y las mujeres siguieron siendo vista principalmente por su capacidad reproductiva, perdiendo su ser de individuo; como también así, poder decidir sobre los procedimientos que se realizarán sobre su cuerpo (7,9, 64).

Además la posibilidad de visitas programadas de abuelos y hermanos, y de la construcción de salas únicas de trabajo de parto, parto y recuperación; junto a la incorporación de mujeres entrenadas para ofrecer contención afectiva a las parturientas en trabajo de parto y parto, produciendo resultados positivos, disminuyendo el número de cesáreas, acortamiento del trabajo de parto y menos complicaciones neonatales (65-67).

Sumando a lo anterior, se da a conocer la guía de Maternidades Seguras Centradas en las Familias, la evaluación permanente para lograr la transformación de las maternidades tradicionales en este nuevo modelo, que refuerza el protagonismo del cuidado de la embarazada, madre y recién nacido, estimula la protección de los derechos de la mujer y recién nacido, promulgando la participación de la familia en ese cuidado, promueve además, las prácticas seguras y aprobadas, y la lactancia materna (68).

Por otra parte, un estudio realizado en el hospital Materno Infantil Ramón Sardá mediante el cual se intentó revelar las dificultades que imposibiliten la transformación del modelo de atención actual hacia uno más acorde con Maternidad Centrada en la Familia. Las interferencias que se encontraron son ajenas a la institución, como ser un hospital sin área programática-red perinatal a cargo, con presupuesto escaso para las necesidades de la maternidad, priorizando solo las urgencias; y el personal principalmente con la falta de

enfermería y poca ingerencia sobre la remuneración del recurso humano. Con respecto a la planta física, disconformidad de los usuarios sobre sala de espera, consultorios e higiene del lugar. En la participación de la familia, durante la estadía en la sala de partos, la usuaria se separa del resto de la familia. Referido a la internación conjunta madre-hijo, y la residencia de madres, los horarios de visitas son restringidos y coincidentes a los horarios laborales. Con respecto a la relación con el Equipo de Salud, se encontró poca información, maltrato verbal mayoritariamente a cargo de enfermería y camilleros, con escasa privacidad. Por último detectaron que las usuarias no eran indagadas sobre problemas personales o sentimientos, por parte del equipo de salud, con poco trabajo en educación para la salud en los espacios de salas de esperas con los medios audiovisuales disponibles (4).

A fines de 2008, la Organización Panamericana de la Salud publicó una experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, que relata las enseñanzas aprendidas en la implementación del modelo de Maternidades Centradas en la Familia en el Servicio de Terapia Intensiva, con resultados semejantes a los encontrados con el anterior estudio: financiamiento insuficiente, déficit de los recursos humanos capacitado para llevar adelante el modelo, necesidad de cambiar la hegemonía médica, con resistencias para la implementación del modelo de Maternidades Centradas en las Familias en muchos sectores del hospital, ausencias de salas únicas de trabajo de parto, parto y recuperación (69)

- Así mismo en San Miguel de Tucumán, se realizó un estudio que analizó las dificultades en la implementación de las Maternidades Centradas en las Familias en una maternidad de esta ciudad, destacando la inaceptabilidad en la toma de decisiones compartidas entre equipo de salud y la familia, escasa capacitación y conocimiento en el personal de salud del hospital sobre el modelo de una Maternidad Centrada en la Familia, mantenimiento de los temas partidos por sector, no intervenciones integrales, además de la ausencia de un espacio de discusión sobre el nuevo modelo de atención. Y por último la incorporación del hombre en el acontecimiento que representa la maternidad, para formar parte del mismo (70).

- Derechos humanos, desigualdades de género y medicalización en el parto: la discusión de qué beneficios ofrece la medicalización, principalmente durante el trabajo de parto y parto y la relación dominante del modelo médico hegemónico que presenta sobre los procesos reproductivos de las mujeres. (71).

En la Argentina en mediados del siglo XX, la autora relata el surgimiento de una modalidad de parto sin dolor que va adquiriendo adeptos hasta que cuestiones política lo censuraron, silenciándolo por varios años. Por otra parte, plantea el interrogante y la discusión sobre el lugar que ocupan las demandas por las políticas de sexualidad y reproducción en la Argentina de hoy. (72).

Por otra parte, a pesar de legislaciones promulgadas por el Ministerio de la Nación Argentina, la práctica médica perinatólogica actual presenta dificultades alcanzar estos objetivos enunciados por la Legislación actual. Se legisla, pero no se cumple. (73).

Otros autores cuestionan el trato deshumanizado, mecánico, rutinario del modelo de atención basado exclusivamente en lo biológico, donde la expresión de dolor y de angustia, no se considera parte del proceso de cuidado. Un modelo de atención que invisibiliza una violencia simbólica, en una sociedad con dominio patriarcal, desigualdad de género y dificultades para considerar los derechos de las mujeres. (74-76)

- Sistema de salud neuquino, sus comienzos y sus resultados en el tiempo, afectando la atención materna y neonatal actual:

En la provincia de Neuquén, se desarrolló un nuevo sistema de salud regionalizado integrado. A partir del año 1970, con predominio del subsector público, con áreas programáticas bajo la responsabilidad de cada institución de salud, un nivel central jerarquizado, tecnificado; un nivel intermedio zonal, también tecnificado, y una red de servicios con niveles de complejidad creciente con atención ambulatoria incluyendo visitas programadas a zona rural con médico, enfermera, agente sanitario y odontólogo, y donde los profesionales poseen dedicación exclusiva, y con desarrollo hasta la actualidad de capacitación de recurso humano según necesidades de la población (Enfermería, residencia de Medicina General, Clínica Médica, Pediatría, Cirugía y Tocoginecología). En la elaboración de la regionalización general del sistema de salud neuquino se priorizaron problemas para su inmediata resolución, uno de ellos fue la alta mortalidad infantil. En el año 1977 se comenzó a implementar la historia clínica perinatal del Centro Latino Americano de Perinatología, durante 1979 y 1990, se llevó adelante el diagnóstico de Situación Perinatal (SIP 79/80), se realizó la regionalización perinatal (1984), la creación de normas de atención obstétrica,

neonatal y pediátrica, con mejoras de las unidades de terapia intensivas obstétricas, neonatales y pediátricas como también la norma de control del embarazo de bajo riesgo como así también del la guía de manejo del trabajo de parto y parto normal, y la norma del control de las patologías prevalentes en el embarazo. Además se creó el sistema único de registros para el subsector privado y público. Los resultados obtenidos fueron positivos ya que la mortalidad infantil registrada en la provincia del Neuquén fue de 7,4 % en 2008, mientras que en Argentina fue de 12, 5 %, y que la mortalidad infantil disminuyó un 93,8 %, entre 1970 y 2008, junto a la disminución del relativo de las muertes por causas reducibles, y de las enfermedades inmunoprevenibles (11).

3. MARCO TEORICO.

3.1. *Conceptual:*

Con respecto al cuidado médico, es pertinente primero describir el trabajo en salud para luego tener una mejor interpretación del cuidado. Emerson Merhy, describe este trabajo como el trabajo vivo en acto, o sea como el trabajo que se produce en el momento de relacionarse el trabajador de salud-usuario; pudiendo definir a las tecnologías que se utilizan durante ese proceso de trabajo, como: blandas (en el caso de las tecnologías de relaciones del tipo producción de vínculo), blanda duras (como en el caso de saberes, como la clínica médica, la epidemiología), y duras (como en el caso de equipamientos tecnológicos del tipo máquinas). Caracterizándose este trabajo productor de servicios de salud, por el hecho de que tanto la producción de estos como su consumo, acontecen en el mismo momento, mediante esta particular relación “intercesora”. En esta lógica de trabajo vivo se constituye el concepto de cuidado, donde se produce un encuentro entre el agente productor con sus herramientas (conocimientos, equipos), y el agente usuario, tornándolo, en parte, objeto de la acción del productor pero sin dejar de ser también un agente que en acto, pone sus conocimientos y representaciones, expresadas como un modo de sentir y elaborar necesidades de salud, en ese momento del trabajo (77).

El cuidado al que se hace referencia en este trabajo, es al cuidado del trabajo de parto y parto normal:

Definimos parto normal como: comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (OMS. Asistencia del Parto Normal: una guía práctica. Ginebra; 1996 pag. 7)

El trabajo de parto se divide en tres fases o períodos que se definen así:

- Primer período de dilatación: es el comienzo del trabajo de parto, se caracteriza por contracciones regulares, que pueden ser dolorosas o no, reblandecimiento y centralización del cuello y borramiento y/o dilatación del cuello uterino.

- Segundo período del trabajo de parto, período expulsivo: comienza con la sensación de la mujer, de presión en el recto, ya sea por la bolsa de las aguas o por la presentación usualmente de la dilatación completa, aunque a veces la mujer siente la necesidad de pujo antes que ésta se complete.
- El tercer período es el alumbramiento: se produce la separación de la placenta y la expulsión de la misma (8)

Este estudio evalúa la calidad del cuidado del parto normal según prácticas que hacen a la perspectiva de la humanización, entendida ésta, como asistencia dedicada a las necesidades de las mujeres y de sus familias, transformando el espacio hospitalario en un ambiente confortable, adoptando conductas hospitalarias que cambien el acostumbrado aislamiento a la cual es sometida la mujer; implicando además la actuación del profesional respetando los aspectos de su fisiología, no interviniendo innecesariamente, reconociendo los aspectos sociales y culturales del parto y nacimiento, y ofreciendo el necesario soporte emocional de la mujer y su familia facilitando la formación de lazos afectivos familiares y vínculos madre-hijo (12-14).

El término humanización se puede expresar en dos sentidos, en el sentido técnico la humanización, refiere a una asistencia basada en evidencias científicas, con utilización de tecnología apropiada y cimentada en el modelo de la desmedicalización de la atención del parto y nacimiento; el parto pasa a ser un proceso natural, siendo la parturienta única protagonista del mismo. Con respecto al sentido ético-político, la humanización fue asociada a una asistencia basada en los derechos de las mujeres, de los niño/as y de las familias, estimulando las prácticas que llevan a la autonomía, a la libertad de la elección, a la equidad y del rechazo a la violencia de género e institucional (15).

Por lo tanto, se adoptan aquí, como prácticas representativas de la humanización de la asistencia obstétrica del trabajo de parto y parto normal, a las categorías de la Guía de la Organización Mundial de la Salud sobre parto normal: A-Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas; B-Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser Eliminadas; C-Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios

clarifiquen el tema; D-Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente (Ver Anexo B).

Para que se lleve a cabo este cuidado basado en la humanización de prácticas obstétricas, se requiere de reformas en el modelo médico hegemónico tradicional de asistencia del parto, desmedicalizándolo e involucrando a los trabajadores a una pérdida de poder, renunciando a prácticas rutinarias que adaptan el trabajo de parto a un modo de labor hospitalario y adoptando otras que privilegian el acompañamiento de su ideología (78).

Desde el medioevo a la actualidad la supremacía médica ha sido intransigente con otros tipos de saberes declarándose como la única fuente para curar. Entre los siglos XVII y XVIII, la práctica de la obstetricia exigía una formación universitaria, y se promulgaron leyes que impedían la práctica de la medicina a las personas sin formación universitaria. En la Modernidad, con el capitalismo industrial del siglo XIX la práctica médica apoya la función materna y continúa con la medicalización de todos los procesos de la mujer. El modelo médico hegemónico, llamado también tecnocrático subraya la disociación entre mente y cuerpo, mientras el cuerpo masculino es una máquina perfecta, el cuerpo femenino se veía como imperfecto; atendiendo las dolencias con un distanciamiento médico, no interesando la opinión ni sentimientos del usuario; el diagnóstico y tratamiento se realiza desde afuera hacia adentro promoviendo un abordaje intervencionista; la organización jerárquica y estandarización de la atención, la autoridad y responsabilidad sólo por parte del médico, sobrevalorando la tecnología: con intervenciones agresivas con resultados a corto plazo, considerando la muerte como fracaso. En este contexto, el parto es definido como un proceso normatizado, con posibilidades de complicarse, aplicándose así la perspectiva de riesgos y la intervención médico-tecnológica.

El modelo humanista de atención al parto surge en respuesta a los excesos del modelo tecnocrático, quien utiliza los resultados de la medicina basada en evidencias, y no la comodidad médica, revalorando a los equipos para brindar información sobre prácticas que las mujeres puedan vivenciar el parto con confianza (71).

En la Argentina se dieron a partir de los años 1950 en la atención del parto, se asentaron en un contexto de cambios sociales y culturales que afectaron los roles y relaciones de género. Nace el parto sin dolor, parto psicoprofiláctico y sin violencia, donde las mujeres se consideraron en un rol más activo, ya no como enfermas. En algunos casos, los padres fueron requeridos a ocupar un lugar más cercano en el nacimiento de sus hijos. Los equipos de psicoprofilaxis obstétrica de los hospitales públicos, promovieron el derecho de la mujer a ser valorada, respetada y a parir en un contexto digno; pero durante el gobierno del proceso militar, los servicios de psicoprofilaxis obstétrica se cerraron. Por otra parte, desde el 2004, Argentina tiene la ley de parto humanizado (ley 25.929) que reconoce los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, pero su aplicación sigue siendo dificultosa y la dominancia del modelo médico hegemónico sigue imponiéndose (72).

El 95% de los nacimientos en Argentina están institucionalizados, lugares donde se trabaja con la enfermedad y la muerte, principalmente; este personal no está preparado para la atención y acompañamiento de los partos normales, ya que tiempo para calmar y curar no es el mismo que el tiempo para acompañar y respetar el trabajo de parto y parto. Las nuevas normativas sobre organización y funcionamiento de servicios de maternidad, aprobadas por Resolución Ministerial N° 348/03 del Ministerio de Salud, recomiendan que las pacientes deban ser atendidas en salas TPR (Trabajo de Parto, Parto, Recuperación inmediata) considerando al parto como un acontecimiento normal, desarrollando todo el proceso del trabajo de parto y parto en ese lugar hasta que se van de alta; pero en muy pocos lugares se cumple (73).

Los resultados de un encuentro entre un trabajador de salud y usuario, relacionados a prácticas en salud, pueden ser evaluados por las dos partes intervinientes; en el caso del usuario se realiza a través de la satisfacción del usuario, entendida esta como una evaluación personal basada en la comparación entre una experiencia vivida y un ideal del servicio, y en cuyo proceso se encuentran determinantes que dependen del trabajador de salud, del usuario y de los recursos intervinientes. Considerando usuarios a toda persona que utiliza un servicio. Los aportes de satisfacción de los usuarios, con respecto al cuidado recibido, es un instrumento entre otros, muy utilizado para la evaluación de calidad de servicios (56-62).

El reconocimiento del usuario como sujeto de derecho es muy difícil de incorporar en la práctica médica, es por ello que se abren cuestionamientos sobre las Maternidades

Centradas en la Familia; ya que en esta última, se encuentra el derecho como ser humano a ser atendido con buen trato, y buena calidad científica a través de prácticas de calidad técnico científica comprobada. Para la llevar adelante la maternidad sin riesgo es importante recurrir a los acuerdos internacionales de derechos humanos, documentos que sostienen el derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona, el compromiso de los gobiernos de asegurar a las mujeres la atención de la salud sexual y reproductiva, el derecho a los servicios de la salud, los beneficios de los adelantos científicos y el derecho a la igualdad sin discriminación de ningún tipo y en especial de género (67,70).

Cuando se habla de género, se habla de comportamientos de la sociedad que están establecidos y cedidos a través de factores culturales, a la salud reproductiva y a la maternidad, y al condicionamiento que prestan los servicios de salud; con respecto a factores psicológicos el género se construye a través de propiedades y funciones en la sociedad creando la masculinidad y femineidad, como norma social, estas representaciones a lo largo de generaciones, elabora socialmente los aspectos emocionales, con distintas exigencias acerca de la maternidad, que cuando no pueden desempeñarse se experimenta como una falta. El actual modelo de atención en salud, donde las mujeres son beneficiarias de los servicios de salud con responsabilidad sobre su salud reproductiva, sin incorporación masculina alguna, requiere de cambios en el cuidado de salud de la embarazada y su entorno familiar, esa nueva propuesta de cambio se encuentra en las Maternidades Centradas en las Familias. Con respecto al espacio social, la cultura marca el género, y éste a la percepción de todos lo demás, es la lógica de cómo debe ser lo masculino y lo femenino. El varón demostrar fuerza a través de su cuerpo y frialdad en sus emociones, aquellos que se comportan en forma distinta, expresando sus afectos, se sienten obligados socialmente para ajustarse a las normas, y deben ocultar sus sentimientos; entonces la mujer se limitó a la maternidad y la función del padre se relacionó a la sustento y al amparo de los hijos, lo que representó su separación de las funciones de cuidado y crianza (70)

Para interpretar las relaciones entre salud y género, es importante visualizar la vida social, sus actores y sus relaciones, afirmando que el género es una construcción social e histórica con base relacional que otorga poder, fundadas en diferencias anatómicas entre hombres y mujeres. No es posible hablar de género sin considerar los roles y las prácticas de los sujetos y sin considerar otras relaciones de desigualdad como las relaciones de clase, de edad; por ello

las relación de poder dominante y dominado, con respecto al género está en constante disputa. (74).

El sometimiento de la mujer parturienta al personal de salud durante la atención de partos demuestra la invisibilización de lo que las mujeres sienten, opinan y saben, de esta manera no se aplican en la práctica, todos los consensos internacionales sobre derechos humanos, en los cuales se encuentran los derechos reproductivos, que considera el derecho a la información, y a ser atendida en los servicios de salud sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica. De esta manera se hace evidente la violencia simbólica (invisible) que ella misma se genera y sostiene a lo largo del tiempo, adherida a una imagen depreciada de la mujer. Actualmente en pos de cambiar este dominio patriarcal, lo masculino no es tan preciso, constituyéndose el fin del patriarcado (fin de la autoridad, la ley) y encontrando un aumento de padres que crían a sus hijos/as, y cuya libertad en la elección de este rol es la meritoria; confirmando este cambio, se vislumbra la necesidad del varón de ocupar espacios que le eran exclusivos para mujeres. Por otra parte, el modelo médico imperante, sigue imponiendo una visión androcéntrico a las prácticas que invisibiliza antiguos saberes femeninos acerca de la salud. (75)

Los dispositivos de control social, establecidos por los discursos de género, las prácticas del modelo médico tecnocrático y la medicalización, son dispositivos que ejercen con autoridad y dominancia, el saber y el poder médico sobre aspectos de la vida, categorizándolos en términos de normal / patológico. Los técnicos que ejercen control social evitan cuestionar sus prácticas, pensándolas entonces como naturales, simples procedimientos apropiados para lo que está socialmente legitimado, consiguiendo así enmascarar las violencias de sus prácticas. Este mecanismo de control social durante la atención medicalizada del parto se caracteriza por la homogenización en el cuidado despojando a las mujeres de sus identidades particulares; patologizando a la parturienta, tratándola como una mujer enferma, poniendo acento en los posibles riesgos y no en su salud; fragmentando a la mujer, atendiendo sus procesos físicos y fisiológicos aislados de los factores emocionales, ambientales, culturales y sociales; tratando a la mujer como parte de la naturaleza, concibiéndola con falta de racionalidad; y que a través de la contaminación y la culpabilidad se le recuerda todo el tiempo a la mujer que ella no pertenece al sistema médico y que ellas se responsabilizan de las dificultades que puedan producirse durante el parto. (76).

3.2. Metodológico:

En este estudio se trabajó con algunos conceptos que aportaron herramientas para llevarlo a la práctica, como fueron la evaluación y la calidad en salud.

La evaluación presenta gran diversidad de conceptos por un lado, debido al estado inicial en que se encuentra como disciplina científica y por otro lado, a las distintas formaciones intelectuales y posiciones sociales que los autores ocupan en la sociedad. En este estudio se elige la definición de Contandriopoulos quien considera a la evaluación como un juicio sobre una intervención o sobre partes de la misma, con el objetivo de otorgar datos para las tomas de decisiones (79).

Para llevar a la práctica la evaluación, es fundamental delimitar el objeto a ser evaluado, según los niveles de la realidad que se quieren estudiar, que en este caso son acciones de promoción, prevención y cura que se desarrollan en un servicio.

Por otra parte es imprescindible también tener en cuenta los atributos del objeto que se va a estudiar, considerando en este caso la adecuación de las acciones al conocimiento técnico científico vigente, y a las características relacionales entre agentes del sistema de salud y los usuarios. Siendo utilizados los diseños de estudios cuantitativos y cualitativos, para el análisis, aunque se considera relevante para el proceso de investigación todas las técnicas posibles. (80).

El objeto de estudio, en este caso, es la calidad del cuidado del parto normal, definiendo calidad en salud, según Donabedian, como el producto de dos factores: uno sería la tecnología derivada de la ciencia, y el otro sería la aplicación de esa tecnología en la práctica, afectada sobre todo, por las relaciones interpersonales de los distintos actores intervinientes en el proceso del cuidado (81).

En este trabajo, los componentes de la calidad que se evaluaron fueron la dimensión técnico científica como las relaciones entre trabajadores y usuarios; considerando el proceso en el cual se produce ese cuidado de salud, o sea el desarrollo del trabajo de parto y parto, teniendo en cuenta a los elementos constitutivos de las prácticas propiamente dichas y lo concerniente con todo lo que media la relación profesional-usuario, no incluyendo a los recursos humanos ni instalaciones (82).

4. OBJETIVOS.

4.1. Objetivo General:

Evaluar la calidad del cuidado del parto normal, en el hospital de área de Centenario (HC), Neuquén, según las perspectivas de cuidado de parto normal de la OMS, en los años 2011 y 2012.

4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar qué prácticas de las recomendadas por la OMS para el cuidado del trabajo de parto y parto normal, se registran en las historias clínicas del servicio Tocoginecología del HC.
- Analizar la calidad del cuidado del trabajo de parto normal, desde las perspectivas de las usuarias y trabajadores de la salud del servicio.
- Analizar conjuntamente, la calidad técnico-científico de las prácticas (registradas en historias clínicas obstétricas), con el componente relacional-vincular de dichas prácticas (en base a las entrevistas realizadas a trabajadores y usuarias del servicio).

5- METODOLOGIA

En el presente estudio descriptivo de corte transversal, se realiza la evaluación de la calidad de la atención y el cuidado durante el trabajo de parto y parto normal, en el Servicio de Tocoginecología del hospital Centenario, poniendo el foco tanto en aspectos relacionados con la calidad técnico-científica de las prácticas de los profesionales de la salud involucrados en estos procesos, como en aquellos aspectos que hacen a la calidad del vínculo que se establece entre estos y las usuarias del servicio. Para ello, se efectúa por un lado, un análisis de los registros que dichos profesionales realizaran respecto de las prácticas referidas (durante el transcurso del año 2011), adoptando como parámetro de referencia a las recomendaciones de la OMS para la atención y el cuidado humanizados del trabajo de parto y parto normal (Ver Anexo B); y por otro, se realizan entrevistas semiestructuradas a trabajadores y usuarias del servicio durante el año 2012.

A continuación se especifica la metodología a la que se apeló para dar cuenta de los objetivos específicos del estudio:

5.1. Prácticas recomendadas por la OMS para el cuidado humanizado del trabajo de parto y parto normal.

Se realiza un análisis descriptivo de corte transversal, con abordaje cuantitativo, de los atributos seleccionados de dichas prácticas, mediante los programas Excel y epi-info 6.

Población de estudio: la población universo fueron todas las parturientas que tuvieron su parto en el hospital Centenario, durante el año 2011; la población objetivo: fueron las puérperas (Ver glosario) que tuvieron parto normal de bajo riesgo realizado en el hospital durante el mismo período. Se incluyeron aquellas parturientas con residencia en otras localidades; mientras que fueron excluidas aquellas puérperas de cesáreas, con parto de alto riesgo o que hayan parido en otra institución. La unidad de análisis es cada caso de parto normal.

Fuentes de datos: se trabajó sobre una fuente secundaria: las historias clínicas de las usuarias del servicio de obstetricia del hospital Centenario (Ver anexo C).

Se aclara que se ha utilizado la totalidad de su contenido relacionado al momento del parto, como hoja de historia clínica obstétrica, indicaciones médicas, hojas de procedimientos de enfermería, hojas de interconsultas y derivaciones.

Colecta de datos: se seleccionaron en el libro de partos todas las historias clínicas de las usuarias que hayan tenido parto normal desde el 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2011, constituyendo un total de 427 historias clínicas. De ellas se escogió aleatoriamente, en cada mes del año, cada 2 historias clínicas una, hasta completar 9 historias clínicas por mes. Se seleccionaron así 108 historias clínicas, pero 6 de ellas fueron excluidas por haber sido partos que cursaron con situaciones que requirieron un seguimiento diferenciado durante el trabajo de parto: 2 historias clínicas de parto gemelar, 3 historias clínicas de usuarias que habían padecido preclampsia (Ver glosario), y 1 historia clínica de parto pretérmino. Quedando así la muestra representada por 102 historias clínicas.

Variables: son las prácticas obstétricas basadas en las recomendaciones de la OMS, las cuales se agruparon en 4 categorías. Son variables dicotómicas (se registró, no se registró).

5.1.1. Categoría A de la OMS: Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas:

a- Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.

b- Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto.

c- Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.

d- Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada.

e- Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.

f- Métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación.

g- Monitorización fetal con auscultación intermitente (Ver glosario)

- h- Libertad de posición y movimientos durante todo el parto.
- i- Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS (Ver glosario).
- j- Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo, y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.
- k- Examen sistemático de la placenta y las membranas.

No se tuvieron en cuenta en este estudio, algunas prácticas que recomienda la OMS, y que tienen que ver con normas establecidas institucionales que no se registran habitualmente en las historias clínicas como: uso de guantes y materiales descartables durante el trabajo de parto, las condiciones estériles al cortar el cordón, y la prevención de la hipotermia al bebé. O bien en el caso de la práctica de utilización profiláctica de oxitocina en el tercer período del estadio del parto, en mujeres con riesgo de hemorragias posparto, porque no se pudo establecer a través de esta fuente de datos, el registro de quién de las parturientas tuvo riesgo de hemorragia. Por otra parte, no fueron analizadas en esta instancia del estudio, aquellas recomendaciones que tienen que ver con la información que ofrece el trabajador de salud a las usuarias, pero sí fueron consideradas durante la realización de entrevistas.

5.1.2. Categoría B de la OMS: Prácticas claramente perjudiciales e ineficaces que deben ser eliminadas:

- a- Uso rutinario del enema.
- b- Uso rutinario del rasurado púbico.
- c- Infusión intravenosa de rutina en el parto.
- d- Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
- e- Examen rectal.
- f- Uso de pelvimetrías mediante rayos X (Ver glosario).
- g- Administración de oxitócicos (Ver glosario) antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
- h- uso rutinario de la posición de litotomía con o sin estribos (Ver glosario).
- i- Uso de tabletas orales de ergometrina (Ver glosario) en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.

j- Uso de ergometrina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto.

No se estudiaron las prácticas que se relacionan con maniobras rutinarias de los profesionales de la salud que no son registradas habitualmente en la historia clínica, esfuerzos de pujos prolongados y masajes para la distensión del periné durante segundo estadio del trabajo de parto, el lavaje y revisión uterina rutinaria después del parto.

5.1.3. Categoría C de la OMS: Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema:

a- Amniotomía (Ver glosario) precoz de rutina en la primera fase del parto.

b- Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.

c- Pinzamiento temprano del cordón umbilical.

No se estudiaron en esta investigación aquellas prácticas que se relacionan con destrezas de los profesionales de la salud que no se registraron en las historias clínicas, como los métodos no farmacológicos de alivio del dolor con hierbas y estimulación de nervios, la presión en el fondo uterino durante el trabajo de parto y las maniobras relacionadas a la protección del periné en el momento del parto, la manipulación activa del feto en el momento del parto y la estimulación del pezón para aumentar las contracciones uterinas en el tercer estadio del trabajo de parto.

5.1.4. Categoría D de la OMS: Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente:

a- Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.

b- Control del dolor con agentes sistémicos.

c- Control del dolor con analgesia epidural (Ver glosario)

d- Monitorización fetal electrónica (Ver glosario).

e- Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.

f- Estimulación con oxitocina.

h- Cateterización de la vejiga (Ver glosario).

l- Uso liberal o sistemático de la episiotomía (Ver glosario).

No se analizaron las prácticas que se relacionan con las destrezas de los profesionales de la salud y normas institucionales, ya que no se registraron en las historias clínicas, como el uso de máscaras y elementos estériles, estímulo de pujo cuando se diagnostica dilatación completa antes de que la mujer sienta el pujo involuntario.

Estas variables fueron estudiadas según el registro de las mismas en las historias clínicas del hospital Centenario, considerando la posibilidad que si se registraron fueron efectivizadas, y si no se registraron fue porque se llevaron a cabo en la práctica cotidiana pero no se registraron, o bien porque no se efectivizaron.

5.2. Análisis de la calidad del cuidado del trabajo de parto normal, desde la perspectiva de las usuarias y trabajadores de la salud del servicio de Tocoginecología.

El análisis del cuidado del trabajo de parto y parto se realiza a través de un abordaje cualitativo, descriptivo de corte transversal.

Población objetivo: por un lado, se entrevistó a los trabajadores de la salud (médicos y enfermeros del servicio de tocoginecología) que se encontraban trabajando entre los meses de octubre-noviembre del año 2012 en el servicio, independientemente del tiempo de antigüedad en el mismo, y por otra parte, a las usuarias que se encontraban internadas cursando el posparto normal de bajo riesgo que realizaron en dicho servicio durante el mismo periodo octubre-noviembre del año 2012.

Fuente de datos: se apeló a una fuente primaria: entrevistas con preguntas guía, y además ofreciendo la posibilidad de responder más abiertamente en función de las inquietudes y/o necesidades de los entrevistados.

Instrumento: Las preguntas formuladas fueron diferentes para cada grupo entrevistado.

Se realizó una serie de preguntas para los trabajadores de la salud, (confeccionadas por la investigadora, basadas en prácticas recomendadas por la OMS para la atención del parto y

parto), se realizaron preguntas sobre el conocimiento de las recomendaciones de la OMS sobre el parto normal u otras normas o recomendaciones provinciales o nacionales, así como sobre encuentros de formación y/o actualización sobre estos temas, y también sobre su concepción sobre cuidado, atención, y calidad del cuidado (Ver Apéndice A)

En la guía elaborada para a las usuarias (confeccionadas por la investigadora basada en algunas prácticas útiles recomendadas por la OMS y en las relaciones con el personal de salud), especialmente orientadas a aquellas prácticas que a menudo no son registradas en las historias clínicas, y en la opinión de calidad del cuidado recibido (Ver Apéndice B).

Previamente a la salida a campo, se realizó una prueba piloto con estos instrumentos, entrevistando a mujeres que cursaban su puerperio inmediato en la institución durante el mes de septiembre del 2012; y a trabajadores de salud del servicio de Tocoginecología de otra institución de la misma provincia y de la misma complejidad. Estas entrevistas fueron realizadas por la investigadora junto a trabajadores del servicio de estadística que luego participaron como entrevistadores durante el trabajo de campo. Tras la realización de esta prueba piloto, se realizaron correcciones y/o modificaciones en las preguntas, quedando así establecido el formulario definitivo.

Recolección de datos: las entrevistas se realizaron durante los meses de octubre-noviembre del año 2012, a 4 profesionales sobre un total de 6 trabajadores a cargo del servicio, todos ellos médicos Tocoginecólogos, que se encuentran activos en el servicio, donde 1 de ellos se encontró de licencia ordinaria obligatoria y otro con licencia por maternidad. Todos los profesionales a cargo del cuidado del parto y parto del servicio, son médicos formados en Tocoginecología, y enfermeros profesionales generales.

En el caso de las usuarias, las entrevistas fueron realizadas durante su internación, por parte de la investigadora y una trabajadora del servicio de estadística, quién también acompañó durante la prueba piloto. Durante los meses de octubre-noviembre, hubo 41 partos normales, de los cuales 7 fueron de alto riesgo, entrevistándose 17 usuarias en ese período, limitando las entrevistas por efecto de saturación. Se realizaron las entrevistas días alternos para que no coincidieran los mismos profesionales en la atención.

Las entrevistas fueron analizadas a través del análisis del contenido temático, en procura de descubrir las unidades de sentido que componen la comunicación y cuya

presencia, o frecuencia de aparición, puede ser significativa en función del objetivo analítico priorizado. Para ello, primero se llevó a cabo una lectura exhaustiva del material recopilado y el ordenamiento de los datos; luego el análisis propiamente dicho, identificando frases o fragmentos significativos en tanto núcleos de sentido presentes en las diversas clases del esquema clasificatorio adoptado (ejes categoriales); para establecer luego una articulación con los conceptos y categorías teóricas del marco referencial adoptado a fin de avanzar en la interpretación (83).

El análisis del contenido de las entrevistas se realizó teniendo como base los siguientes ejes categoriales:

5.2.1. Trabajadores de la salud.

A-Los conocimientos técnico-científicos de los trabajadores de salud, sobre el parto.

B-Concepción del cuidado.

C-Percepción sobre la calidad del cuidado brindado a las parturientas.

5.2.2. Usuarias:

A- Percepción de la utilidad de las prácticas realizadas.

B- Percepción de la calidad del cuidado brindado durante el trabajo de parto y parto.

Variables de estudio en trabajadores de salud:

1-Conocimiento sobre alguna legislación sobre cuidado del trabajo de parto y parto.

2- Resultados del trabajo de parto y parto con acompañante.

3- Reclamos sobre prácticas realizadas.

4- Conocimiento sobre concepto cuidado.

5- Existencia de diferencias entre cuidado y atención.

6- Existencia de espacios de discusión.

7- Cuidado actual brindado de trabajo de parto y parto.

8- Cambios a realizar durante el cuidado del trabajo de parto.

Variables de estudio en las usuarias, referente al proceso de trabajo de parto y parto:

1-Comunicación médico-usuaria durante el embarazo.

2-Comunicación médico-usuaria durante el cuidado del trabajo de parto y parto.

3-Trato recibido.

4- Percepción de incomodidad.

- 5- Percepción de invasión.
- 6- Elección del acompañante.
- 7- Uso de técnicas de relajación.
- 8- Posición cómoda.
- 9- Lactancia materna inmediata.
- 10- Relación enfermera-usuaria.
- 11- Relación médico-usuaria.
- 12- Cambios a realizarse.
- 13- Vuelta al servicio.
- 14- Modificación de alguna práctica.

5.3. Análisis conjunta de la calidad técnico-científico de las prácticas (registradas en historias clínicas obstétricas), con el componente relacional-vincular de dichas prácticas (en base a las entrevistas realizadas a trabajadores y usuarias del servicio).

En este sentido se realizó el análisis contraponiendo los resultados encontrados en las prácticas obstétricas registradas, y los resultados de las entrevistas realizadas a las usuarias y trabajadores de salud, teniendo como referencia el marco teórico y el estado actual del conocimiento sobre la problemática.

5.4. Aspectos Éticos:

Para realizar esta investigación en la ciudad de Centenario en la provincia de Neuquén, se solicitó autorización a la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos, del Área de Bioética dependiente de la Subsecretaría de Salud de la provincia de Neuquén, obteniéndose respuesta favorable (Ver Apéndice C); por otro lado, se confeccionó un consentimiento informado para cada entrevista de los trabajadores de salud como de las usuarias (Ver Apéndice D).

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

6.1. Registro de prácticas recomendadas por la OMS, en las historias clínicas del servicio de Tocoginecología del HC.

Para dar cuenta del registro de aquellas prácticas recomendadas por la OMS para el cuidado del trabajo de parto y parto normal, en las historias clínicas del servicio Tocoginecología del HC, se adoptan las categorías establecidas por un grupo de expertos científicos de la OMS, en las cuales cada práctica se encuentra agrupada según el tipo de recomendación:

Categoría A: prácticas útiles

Categoría B: prácticas perjudiciales, no recomendadas;

Categoría C: prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas;

Categoría D: prácticas de uso frecuente en forma inadecuada.

6.1.1. Registro de las prácticas consideradas como útiles por la OMS, y que integran la categoría A:

Valoración del riesgo del embarazo; seguimiento del bienestar físico; ofrecimiento de líquidos, proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada; respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto; métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor; monitorización fetal con auscultación intermitente; libertad de posición y movimientos durante el trabajo de parto; seguimiento cuidadoso del progreso del parto; contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia; examen sistemático de la placenta y las membranas.

Tabla 1: Registro de las prácticas recomendadas como útiles, en las historias clínicas del hospital Centenario. Año 2011.

Categoría A de la guía del cuidado del parto normal de la Organización Mundial de la Salud.	Se registró	No se registró	Total
Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud	99	3	102
Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto.	100	2	102
Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.	62	40	102
Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada.	102	0	102
Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.	84	18	102
Métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor	1	101	102
Monitorización fetal con auscultación intermitente.	100	2	102
Libertad de posición y movimientos durante el trabajo de parto.	16	86	102
Seguimiento cuidadoso del progreso del parto.	84	18	102
Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo, y apoyo al inicio de la lactancia	102	0	102
Examen sistemático de la placenta y las membranas.	102	0	102
Total	852	270	102

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de historias clínicas del hospital Centenario.

La evaluación prenatal, se utiliza para definir dónde y quién llevará a adelante el trabajo de parto y el parto, en este caso si bien en 99 casos están registrados, en sólo 3 casos estos datos no se registraron.

En esta práctica es importante aclarar que se consideró el monitoreo del bienestar físico, no así el bienestar emocional de la usuaria ya que no es la historia clínica el registro donde se pueda hallar este tipo de práctica.

En el caso del ofrecimiento de líquidos, se encontró que en 5 casos estaba indicado por el médico nada por boca, en 57 casos se encontró descripta en la hoja de indicaciones médicas la indicación de dieta líquida; mientras en 40 casos no se encontró registro del aporte de líquidos.

En este estudio los partos se realizaron en el lugar más cercano al domicilio de la parturienta, salvo en 4 casos donde las parturientas fueron derivadas de San Patricio del Chañar para mayor complejidad al hospital Centenario, en los cuales 2 de ellos con diagnóstico de hipertensión uterina sin sufrimiento fetal, 1 caso de posible macrosomía, y en el cuarto caso por elección de la usuaria. Los 4 culminaron como parto normal sin complicaciones.

En el caso de la elección del acompañante durante el trabajo de parto y parto, en 84 casos se encontraron registros (en 9 casos de ellos nadie los acompañó, mientras que en otros 50 casos fue la pareja en 20 de los casos fue un familiar y en 5 de ellos otra persona no familiar), este tipo de registro no deja constancia si el acompañante fue elegido o no por la usuaria.

La práctica relacionada a métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, sólo se encontró en el registro de las prácticas de enfermería 1 consejo de técnicas de relajación.

Con respecto a la libertad de posiciones o movimientos durante el trabajo de parto, se encontraron datos en las indicaciones médicas como en los registros de enfermería, solo en 16 casos, de los cuales en 3 tenían indicación precisa de reposo por ruptura de membranas y 13 de deambular.

En el caso del monitoreo cuidadoso del progreso del trabajo de parto, se encontraron registrados en 84 historias clínicas, considerando la hoja de control de trabajo de parto, y solo en un caso se encontró completo el gráfico de partograma.

6.1.2. Registro de las prácticas consideradas perjudiciales por la OMS, y que integran la categoría B: Uso rutinario del enema; uso rutinario del rasurado púbico; infusión intravenosa de rutina en el parto; inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina; examen rectal; uso de pelvimetrías mediante rayos X; administración de oxitócicos antes del nacimiento; posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto; uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia; uso de ergonovina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto.

Tabla 2: Registro de las prácticas perjudiciales según la guía de la OMS, en las historias clínicas

Categoría B de la guía del cuidado del parto normal de la Organización Mundial de la Salud.	Se registró	No se registró	Total
Uso rutinario del enema.	0	102	102
Uso rutinario del rasurado púbico.	0	102	102
Infusión intravenosa de rutina en el parto.	88	14	102
Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.	88	14	102
Examen rectal.	0	102	102
Uso de pelvimetrías mediante rayos X.	0	102	102
Administración de oxitócicos antes del nacimiento.	60	42	102
Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto.	76	26	102
Uso de tabletas orales de ergonovina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.	1	101	102
Uso de ergonovina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto.	14	88	102
Total	327	693	102

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de historias clínicas del hospital Centenario

En el caso de las prácticas como el uso rutinario del enema, el rasurado púbico, y la pelvimetrías mediante rayos X, no se encontraron registros, son procedimientos en los que interviene siempre personal de enfermería como sucede con los casos de cateterización e infusión endovenosa, y si no fueron registradas por este personal, puede decirse que no fueron realizadas, ya que los registros en enfermería son muy valorizados porque constituyen una herramienta básica e indispensable para dar cuenta de sus actos profesionales y del material usado para luego reponerlo.

El examen rectal era una práctica realizada hace muchos años por parte del médico, para evaluar el progreso del parto, no encontrándose registros, debido a que en la actualidad fue reemplazado por el examen vaginal.

En el caso de la administración de oxitócicos durante el período de dilatación, se encontraron registrados en 60 historias clínicas, y dentro de ellas en las hojas de enfermería.

Tanto la administración de ergometrina vía oral como la vía parenteral se encontraron registradas en las hojas de enfermería.

6.1.3. Registro de las prácticas de las cuales que no existen una clara evidencia para fomentarlas según las recomendaciones de la OMS y que integran la categoría C:
Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto, administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto y pinzamiento precoz del cordón umbilical

Tabla 3: Registro de aquellas prácticas de las que no existen una clara evidencia para fomentarlas según las recomendaciones de la OMS, en las historias clínicas del servicio. Año 2011.

Categoría C: de la guía del cuidado del parto normal de la Organización Mundial de la Salud	Se registró	No se registró	Total
Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.	62	40	102
Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto	93	9	102
Pinzamiento precoz del cordón umbilical.	Precoz	6	102
	No precoz	91	
	Total	97	
Total	252	54	102

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de historias clínicas del hospital Centenario

La amniotomía precoz de rutina fue encontrada en 62 historias clínicas, hallados en los datos en las hojas de enfermería.

En el caso de las prácticas de administración de oxitocina de rutina se encontraron 93 casos, no encontrando registro alguno sobre la tracción controlada del cordón ya que se trata de una destreza a cargo del profesional de salud la cual no se deja por escrito.

Es importante aclarar con respecto a la práctica pinzamiento precoz, que existe registro del pinzamiento del cordón en 97 casos, de las cuales se registró como precoz en 6 casos y 91 como no precoz.

6.1.4. Registro de prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente según las recomendaciones de la OMS y que integran la categoría D:

Restricción de líquidos y alimentos durante el parto; control del dolor con agentes sistémicos; control del dolor con analgesia epidural; monitorización fetal electrónica; cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto; cateterización de la vejiga; uso liberal o sistemático de la episiotomía.

Tabla 4: Registro de las prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente según las recomendaciones de la OMS, en las historias clínicas del hospital Centenario. Año 2011.

Categoría D de la guía del cuidado del parto normal de la Organización Mundial de la Salud	Se registró	No se registró	Total
Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.	6	96	102
Control del dolor con agentes sistémicos.	0	102	102
Control del dolor con analgesia epidural.	0	102	102
Monitorización fetal electrónica.	3	99	102
Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente	2	100	102
Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto.	93	9	102
Cateterización de la vejiga.	3	99	102
Uso liberal o sistemático de la episiotomía.	28	74	102
Total	135	681	102

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de historias clínicas del hospital Centenario

En la restricción de líquidos y alimentos sólo se encontraron en 6 casos registrados en las indicaciones médicas.

El control del dolor con agentes sistémicos y el control del dolor con analgesia epidural son prácticas no registradas en las indicaciones médicas ni en las hojas de

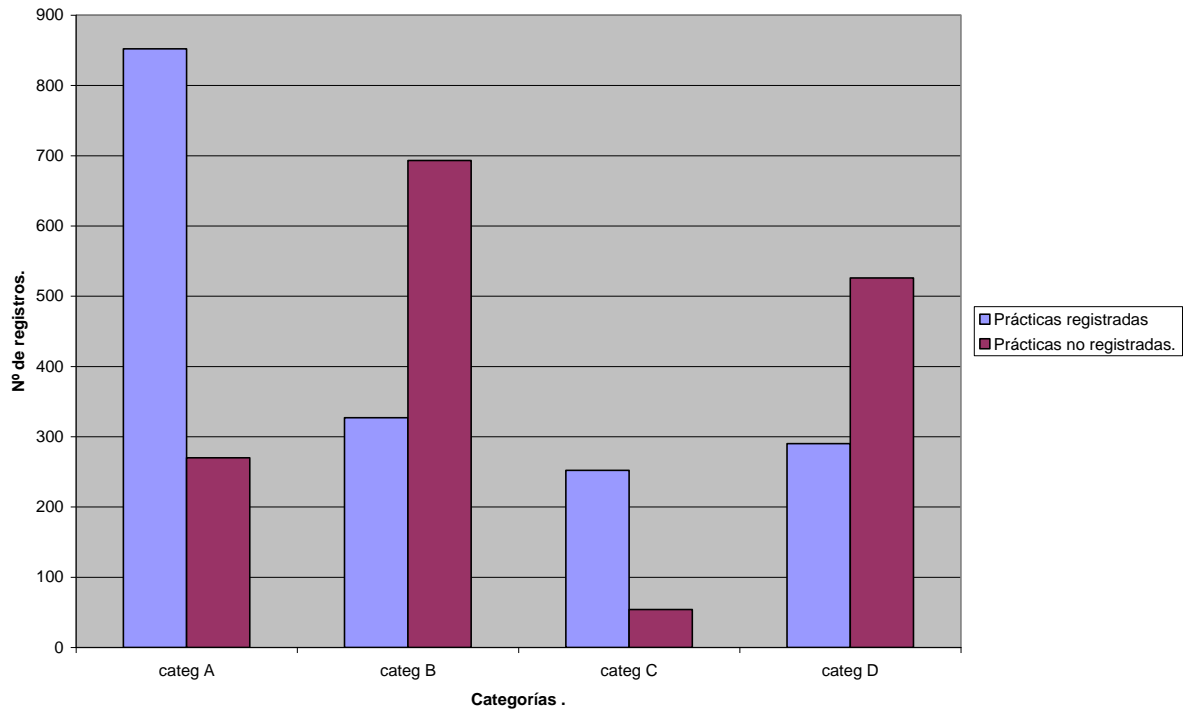
enfermería, dato importante de considerar ya que enfermería es el personal que realiza la medicación vía parenteral y la asistencia en la anestesia epidural posteriormente, y si no lo registraron es que no se realizaron.

En el caso de más de una persona que realiza tacto vaginal durante un trabajo de parto se registraron en 2 casos coincidentemente al horario de cambio de guardia, ya que comenzó los controles un profesional y terminó el parto otro personal.

El cambio de lugar cuando comienza la segunda etapa del parto se encontró registrado por enfermería en 93 casos, dato seguro ya que el cambio de lugar conlleva a cambio de personal de enfermería que hace hoja de recepción, también es una práctica que si no está registrada es porque no se realizó, como sucede con la cateterización de vejiga.

En este caso el uso de la episiotomía se encuentra registrado en 28 casos, y se puede afirmar que si enfermería no lo registró, no se realizó ya dicho personal de salud, debe ser el responsable de reponer hilo de sutura y anestesia que se requiere para la sutura de la episiotomía.

Figura 1: Registro de las prácticas obstétricas según categorías de la OMS, en las historias clínicas del hospital Centenario.



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de historias clínicas del hospital Centenario

En este gráfico puede verse la distribución total de las categorías de la OMS, según fueron registradas o no, pero habla de un total de registros, mostrando que las categorías C y las categoría A, son las más registradas en relación al total de registros de cada categoría. No diferencia la cantidad de veces que una práctica se registra, ni las prácticas de las cuales no tienen ningún registro.

Entonces, como lo expresado hasta aquí, la distribución de las prácticas registradas es muy diferente como se ve en la siguiente tabla que resume lo analizado con respecto a los registros en las historias clínicas (Ver Tabla 5).

Tabla 5: Registro de las prácticas obstétricas según las categorías de la OMS, en las historias clínicas obstétricas del hospital Centenario. Año 2011

Categorías OMS	Prácticas recomendadas	Prácticas registradas	Total historias clínicas	%
Categoría A	Contacto madre-hijo	102	102	100%
	Examen sistemático de placenta	102	102	100%
	Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno	102	102	100%
	Monitorización fetal intermitente	100	102	98%
	Seguimiento bienestar físico	100	102	98%
	Valoración de riesgo	99	102	97%
	Respeto a la valoración del acompañante	84	102	82%
	Seguimiento cuidadoso del progreso del parto	84	102	82%
	Ofrecimiento de líquidos	62	102	61%
	Libertad de movimiento durante el parto	16	102	16%
	Método no invasivo para el dolor	1	102	1%
Categoría B	Infusión endovenosa	88	102	86%
	Inserción cánula endovenosa	88	102	86%
	Posición rutinaria litotomía	76	102	74%
	Administración oxitocina	60	102	59%
	Uso parenteral de ergonovina	14	102	14%
	Uso de tabletas orales de ergonovina	1	102	1%
	Uso rutinario de enema	0	102	0%
	Uso rutinario de rasurado	0	102	0%

Continuación	Tabla 5			
	Examen rectal	0	102	0%
	Uso de pelvimetría por Rx	0	102	0%
Categoría C	Pinzamiento precoz del cordón	97	102	95%
	Administración de rutina de oxitocina en tercer estadio del trabajo de parto.	93	102	91%
	Amniotomía precoz	62	102	61%
Categoría D	Cambio de lugar al comienzo en segundo período del trabajo de parto	93	102	91%
	Uso rutinario de episiotomía	28	102	27%
	Restricción de líquidos	6	102	6%
	Monitoreo electrónico	3	102	3%
	Cateterización de vejiga	3	102	3%
	Exámenes vaginales	2	102	2%
	Control del dolor con analgésicos sistémicos	0	102	0%
	Control del dolor con epidural	0	102	0%

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de historias clínicas del hospital Centenario

La tabla 5, muestran cómo se registraron las prácticas según las categorías descritas por la OMS, en las historias clínicas del hospital Centenario durante el año 2011. Es aquí donde especialmente se puede hablar de las prácticas útiles de las cuales se registran 9 de las 11 evaluadas, y a su vez en más de la mitad de las historias clínicas analizadas, presentaron registros de prácticas de esta categoría; en el caso de la categoría B, en cambio sólo 4 prácticas de las 10 evaluadas, se registraron en más de la mitad de las historias clínicas, a su vez en la categoría C, las 3 prácticas evaluadas son registradas en más de la mitad de las historias clínicas, pero en una de ellas el registro favorece la no realización rutinaria de esa práctica, y por último la categoría D, si bien se analizaron 8 prácticas que se usan de rutina en

forma inadecuada, sólo 1 de ellas se registra en más de la mitad de las historias clínicas y 1 en un cuarto de ellas.

Es importante aclarar que este tipo de registro constituye una fuente de datos secundaria, por ello dificulta la obtención de la información específica que se requiere; a su vez se encontró la información incompleta de cada práctica debido a que principalmente los médicos no las completan, probablemente por el tiempo que les demanda la cantidad de registros, o bien también debido a su formación académica donde las prácticas obligadas a ser registradas son aquellas que contienen datos estadísticos o que pueden llevar a cuestiones legales, pero no así con aquellas relacionadas con destrezas y habilidades y aquellas que tienen que ver con la relación médico-usuarios. Diferente sucedió con el sector enfermería, cuyos trabajadores registran la anotación de lo hecho o no hecho, para dar cuenta de sus actos al médico como al usuario, considerando entonces que aquellas prácticas en las cuales intervino enfermería, se registró y se hizo en un alto porcentaje de los casos.

Con respecto a los registros de las prácticas útiles y recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, si bien son las prácticas que más registros tienen, se comprobó que los métodos no invasivos para el dolor y la libertad de deambular durante el trabajo de parto, son las prácticas que se encuentran en menos de la mitad de las historias clínicas evaluadas.

Con respecto a los métodos no invasivos para el dolor; fue estudiado por muchos investigadores que el dolor en la mujer durante el trabajo de parto y parto produce angustia, y pérdida de control sobre la situación, llevando al profesional a tomar decisiones rápidas para acelerar el trabajo de parto y la vía del parto (17). El dolor durante el trabajo de parto es percibido para los profesionales de la salud como un sufrimiento de difícil resolución, agravado por el modelo de asistencia actual, que presenta ausencia de apoyo emocional, y a la vez brinda una excesiva medicalización del trabajo del parto, aumentando así la intensidad del proceso doloroso del parto (8).

Por otra parte está estudiado que para aliviar este sufrimiento, las técnicas más efectivas son aquellas que estimulan la participación activa de la mujer, permanencia del acompañante y de los profesionales junto a la parturienta, con apoyo físico y emocional junto

a la deambulaci3n, los cambios de posici3n, uso de agua para relajaci3n y masajes (33). Adem3s, el uso de estas t3cnicas no invasivas se consideran, beneficiosos para las mujeres, ya que se sienten refortalecidas para la toma de sus propias decisiones significando el reconocimiento de sus derechos de elecci3n (40).

La libertad de posiciones durante el trabajo de parto es otra pr3ctica no registrada en la mayoría de las historias clínicas, aunque se conoce con certeza los beneficios de las distintas posiciones durante el primer perío do del trabajo de parto, la posici3n supina es la que predomina en el transcurso de la asistencia en este perío do, dado que el uso excesivo de vías intravenosas, impide que las mujeres puedan adoptar libertad en los movimientos, y las posiciones m3s c3modas. Adem3s como fue descripto previamente, esta limitaci3n impide en la parturienta, la posibilidad de disminuir el dolor, como as3 tambi3n de sentirse activa y protagonista absoluta durante este proceso de parto (7,8)

Por otra parte, dentro de las pr3cticas ú tiles registradas en las mayorías de las historias clínicas, se encontraron:

El acompañante durante el trabajo de parto y parto, como refiere De Souza Pinto y Brüg gemann, es una pr3ctica reivindicada por la medicina basada en la evidencia, ya que proporciona a la mujer seguridad, confianza, comodidad, contribuyendo a disminuir el miedo y el dolor del trabajo de parto, y adem3s disminuye el n ú mero de ces3reas, la duraci3n del trabajo de parto, y estimula el amamantamiento (40). La incorporaci3n del acompañante durante este proceso de parto, produjo incomodidad a los profesionales que llevaban a cabo el seguimiento del trabajo de parto y parto, pero lo fueron aceptando al evidenciar los beneficios sobre la duraci3n y los resultados obtenidos (21,53).

Adem3s es pertinente recalcar que es un derecho de la mujer que se permita el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, aunque muchas veces no es el pap3 del beb3 el elegido, porque no reconoci3 su paternidad o bien porque considera la parturienta o la misma pareja, que otra mujer de la familia podr3a dar mejor respuesta en este momento, ya que es cosa de mujeres; situaci3n fuertemente arraigadas a las diferencias de g3nero implantadas desde hace d3cadas en la sociedad (7,70).

Las otras prácticas recomendadas como la valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud, y brindar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada; son dos prácticas que evalúan los riesgos y complicaciones que podría tener cada embarazo para decidir el lugar donde se realizará el parto. En la provincia de Neuquén existe un sistema de salud regionalizado de asistencia, con tres niveles de atención según complejidad requerida, que incluye también la atención del parto. Es a través del mismo que las mujeres deben y pueden parir en el lugar que se encuentren más seguras, y en el nivel de asistencia menor, competente para un manejo adecuado del parto, en una maternidad pequeña o bien en una maternidad de un hospital regional (3,11).

Por otra parte se encontraron también como prácticas útiles, el seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto, la monitorización fetal con auscultación intermitente y el seguimiento cuidadoso del progreso del parto. El control del progreso del trabajo de parto es muy importante, ya que se considera aquí también, el bienestar materno y fetal, generalmente graficado a través del partograma, esta evaluación tiene en cuenta la dilatación cervical, número de contracciones, estado de las membranas, la auscultación intermitente y la posición de la parturienta. Se ha comprobado que su uso disminuye el trabajo de parto prolongado, el número de intervenciones, la cesárea, complicaciones intraparto, considerándose una tecnología apropiada y una garantía legal (3, 8).

En el examen metódico de la placenta y las membranas, es de importancia reconocer su integridad, examinando ambas caras de placenta y observar si no hay cotiledones aberrantes. Si la placenta no se encuentra completa pudieron haber quedado restos en el interior del útero lo que demanda de maniobras determinadas para su extracción; si no es diagnosticado en el momento puede producir sangrado importante, produciéndose una retención placentaria (Ver glosario) (3,8).

Con respecto al contacto inmediato piel con piel de la madre e hijo junto al apoyo al inicio de la lactancia, se corroboró en muchos estudios que la constante compañía del recién nacido con su madre, beneficia el vínculo temprano y el comienzo de la lactancia, y además

propicia la interacción madre-hijo a través del contacto piel a piel, abrigados madre e hijo con un lienzo o tela, que permita mantener la temperatura del bebé (3,8,68).

La otra práctica que también está registrada fue el ofrecimiento de líquidos por vía oral durante el parto, ya que el parto requiere una gran cantidad de energía y esta fuente debe estar provista para lograr el bienestar materno y fetal. Una restricción de líquidos puede conducir a una deshidratación y cetosis, pudiendo evitarse con el aporte de líquidos orales durante el parto (3, 8). La única condición válida para limitar los líquidos a una parturienta durante un trabajo de parto normal, es si ella lo desea, ya que se comprobó que es infrecuente la aspiración de contenido gástrico durante una anestesia general, si se requiere de urgencia (68).

Con respecto a las prácticas perjudiciales evaluadas, que tienen registros en más de la mayoría de las historias clínicas se encontraron:

El uso rutinario de colocación de cánula e infusión intravenosa de rutina, con soluciones glucosadas ha sido evaluada en muchos trabajos, el aumento de los niveles de glucosa en la sangre materna pudiendo producir hiperinsulinismo fetal con hipoglucemia neonatal; y a su vez el uso de soluciones endovenosas no salinas pueden llevar a la hiponatremia de la madre y al recién nacido (3,8). Por otra parte, se produce una intervención a un proceso natural, interfiriendo con la evolución normal, y el libre movimiento de la parturienta para adquirir una posición más cómoda y así disminuir el dolor (como se constató previamente) (68). A su vez se realiza una invasión en los derechos de las mujeres a un parto natural respetando el tiempo biológico evitando prácticas invasivas y la administración de fármacos que no estén justificados para resguardar la salud de la madre y el recién nacido (7).

La colocación de oxitocina durante el trabajo de parto, también es una práctica perjudicial y que no debería realizarse ya que es una técnica que si bien es ampliamente adoptada, no se constataron beneficios para la mujer ni para el recién nacido, a su vez, las mujeres experimentaron más dolor con su uso. Esta práctica debe reservarse en caso de una duración anormal del trabajo de parto (3,68).

A su vez se realiza una invasión en los derechos de las mujeres a un parto natural respetando el tiempo biológico evitando prácticas invasivas y la administración de fármacos que no estén justificados para preservar la salud de la madre y el recién nacido (7)

Con respecto a la posición de litotomía, los trabajos han demostrado una frecuencia menor de alteraciones del latido cardiaco fetal en las posiciones verticales, a su vez las mujeres refirieron las posturas verticales porque producían menos dolor durante la fase de dilatación como para el expulsivo, por ello la parturienta puede adoptar la posición más cómoda, y los profesionales de la salud deberían apoyar su elección, evitando mucho tiempo la posición supina; por otra parte estos mismos trabajadores de la salud, los cuales están adaptados al modelo asistencialista actual, con una atención dirigida a las patologías o a los órganos y no a los sujetos, deberá, aprender la asistencia en otras posiciones (3,8, 63,68).

Y por otra parte, es importante en este punto también considerar a los derechos de la mujer, no pudiendo elegir la posición para parir más cómoda, como tampoco elegir el cuidado más adecuado junto con el profesional que la asiste y acompaña en este proceso, considerando que cada mujer es un ser diferente y por lo tanto debe ser asistida en forma singular (67).

Las prácticas perjudiciales que se encontraron registradas en menos de un cuarto de historias clínicas evaluadas como el uso de ergonovina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto, el uso de tabletas orales de ergonovina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia, o que no tuvieron ningún registro fueron el uso rutinario del enema, el uso rutinario del rasurado púbico, el examen rectal y el uso de pelvimetrías mediante rayos X, es importante referirlas ya que son prácticas invasivas y sin evidencia científica (3,68)

Con respecto a aquellas prácticas que no tienen evidencia científica suficiente para ser recomendadas, y que a su vez se registraron en la mayoría de las historias clínicas.

Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto: según la Guía de Maternidad Segura Centrada en la Familia, durante el alumbramiento, se da un sangrado proveniente del útero que puede ser riesgoso para la madre, porque puede dar una hemorragia importante, siendo esta una de las principales causas de mortalidad materna; pudiendo suceder en partos complicados como aquellos normales. Para evitarla se recomienda aplicar en forma profiláctica a la oxitocina 10 UI de oxitocina inmediatamente después de la salida del hombro anterior o luego del

nacimiento, la oxitocina se administra por vía endovenosa o intramuscular, esta es una práctica recomendada con el mejor nivel de evidencia, junto también a la tracción suave del cordón umbilical y masaje del fondo uterino (68). En cambio, en la Guía de Maternidad Centrada en la Familia, la oxitocina debería usarse en forma profiláctica en el tercer período del trabajo de parto en las mujeres con alto riesgo de hemorragia, y teniendo en cuenta la elevada (8).

La práctica de pinzamiento precoz del cordón umbilical, el clampeo y ligadura del cordón umbilical debe realizarse cuando el mismo deje de latir, (uno a tres minutos) y con el recién nacido por debajo de la placenta no más de 20 cm. El cordón umbilical puede ser clampeado inmediatamente luego del parto o más tardíamente, no hubo diferencias clínicamente ni en la morbilidad neonatal entre las dos prácticas, aunque el clampeo precoz estaría indicado en: madres Rh negativas sensibilizadas, con circular de cordón ajustada al cuello, sufrimiento fetal agudo con asfixia al nacer, partos pretérminos, mientras que el tardío se considera una práctica fisiológica (3,8). Luego del nacimiento, durante el retraso del clampeo del cordón umbilical de 3 minutos, el recién nacido puede colocarlo al pecho materno, junto con al acompañante que se encuentre en la sala de parto, estimulando el contacto madre-hijo y a la lactancia materna (68).

Mientras que la práctica de amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto, no existe evidencia que tiene beneficios en la disminución en la duración del trabajo de parto, pudiendo producir aumento de la frecuencia cardíaca fetal e infecciones, además del aumento de dolor en las parturientas (3, 68).

Con respecto a las prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente, se registró una que superó la mitad de las historias clínicas evaluadas.

El cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto, está adaptado a las instalaciones y la organización de las maternidades actuales que se ajustó al modelo médico tradicional, con asistencia del trabajo de parto, parto y la recuperación o puerperio, en lugares diferentes, aislando a la mujer embarazada de su grupo familiar, no teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres ni la de sus familias, realizando complejos traslados en camilla de los sectores de parto, a los de parto y luego a recuperación, utilizando una mayor cantidad de recursos humanos: enfermeras, camilleros, mucamas y además el trabajo de parto y parto son considerados como un evento quirúrgico, con mayor

utilización de medicamentos y procedimientos invasivos. Larguía, pionero en el proyecto de la Maternidad Centrada en la Familia en la Argentina, describe la necesidad actual de las maternidades en ser redefinidas como instituciones al servicio de las mujeres embarazadas, hijos y en la familia, no perdiendo el objetivo de la institucionalización de todos los partos. Desde hace años existen propuestas de reunión de las funciones asistenciales en una sola sala con ambientación familiar, en la cual la gestante realizará su trabajo de parto, parto y recuperación, salas las cuales no se resignan a ninguno de los progresos médicos-tecnológicos apropiados para garantizar el bienestar materno-neonatal, privilegiando la intimidad y el respecto de la parturienta y su familia (4,7,9,63).

Con respecto al uso liberal o sistemático de la episiotomía, se evidenció en menos de un cuarto de las historias clínicas evaluadas, considerando por la ciencia a través de varios estudios comparativos, que la aplicación de esta práctica en forma restringida tiene beneficios, menor riesgo de trauma perineal posterior, menor necesidad de suturas y menores complicaciones en la cicatrización del periné, pero si se realiza de rutina puede producir complicaciones (8, 68).

Por último las restantes prácticas de esta categoría no presentaron registros o bien los registros no superaron el diez por ciento de las historias clínicas evaluadas: la cateterización de la vejiga, el exámenes vaginales repetidos o frecuentes, (especialmente si los realiza más de un asistente), monitorización fetal electrónica, control del dolor con analgesia epidural, y control del dolor con agentes sistémicos, la restricción de líquidos y alimentos durante el parto.

6.2. Análisis de la calidad del cuidado del trabajo de parto normal, desde la perspectiva de las usuarias y trabajadores de la salud del servicio de Tocoginecología del HC.

En este punto se hace un análisis de contenidos de aquellas entrevistas realizadas a trabajadores de salud y a usuarias.

6.2.1. Trabajadores de la salud:

A- Los conocimientos técnico-científicos de los trabajadores de salud, sobre el parto:

Los trabajadores de salud de este servicio, consideraron beneficiosos los resultados del proceso del parto, cuando está presente un acompañante elegido por la parturienta; por otra parte comentaron que conocen la Guía de Maternidades Centradas en la Familia, pero las que más comentan en el servicio, son las guías provinciales del parto de bajo riesgo; siendo sólo dos los trabajadores que decían las recomendaciones de la OMS, pero que no las recordaban. Y por último, muy importante recalcar que todos, tanto enfermeros como médicos tocoginecólogos, expresaron la necesidad de espacios de encuentros periódicos de reflexión y actualización de las prácticas cotidianas de todos los trabajadores del servicio

C: *“Las mujeres que tienen buena contención en el trabajo de parto y parto, con un familiar que ella quiera, cambia la evolución del parto.”* (Tocoginecóloga. 8 años en el servicio).

P: *“Si la paciente elige quien la acompaña está todo bien, pero a veces vienen las parejas por su voluntad, muy violentas y ellas no les pueden decir nada, y si uno no se da cuenta, ellas la pasan mal, antes que esa situación, prefiero que se queden solas en el parto.”* (Licenciada en Enfermería. 2 años en el servicio).

R: *“Estoy leyendo sobre Las Maternidades Centradas en la Familia que está en Argentina”* (Tocoginecóloga. 1 mes en el servicio).

G: *“Leí algo sobre la OMS, si me acuerdo que en Argentina está trabajando sobre ley del parto humanizado, y en Neuquén, están las normas de atención del parto normal, que son las que más hablamos.”* (...) *“No hay espacios de discusión, ni entre los enfermeros, ni con los médicos, hay discusiones de casos particulares”* (Licenciado en Enfermería. 6 años en el servicio).

En Argentina, recientemente se publican las recomendaciones basadas en la evidencia para la asistencia del trabajo de parto y parto más humanizado, a través de la guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia; quien incorpora las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En la localidad de Centenario, el

servicio de Tocoginecología no presenta un conocimiento profundo sobre las recomendaciones de la OMS, tanto los trabajadores de la salud más jóvenes, ni los más antiguos en el servicio, pero sí conocen la Guía de atención de las Maternidades Centradas en la Familia y la guía provincial sobre el cuidado del parto normal actualizadas en el año 2012, las cuales también se basaron para su elaboración, en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (8,10).

Por último es importante recalcar que en este servicio no existen espacios de discusión y actualización de prácticas obstétricas en el tiempo que se realizaron las entrevistas.

Con respecto a lo expresado por los profesionales, coincidentemente con algunas evidencias, están integrando a los acompañantes durante el trabajo de parto y parto, aunque fue dificultoso al inicio, creando ansiedad y malestar para los profesionales, al asistir el parto con personas ajenas al equipo de trabajo, pero que fue superándose al ver los beneficios en la madre como en el recién nacido (21). En esta instancia ningún trabajador de la salud, ni médico, ni enfermera expresó conocer la ley nacional del nacimiento quien explicita claramente el derecho de la parturienta de elegir el acompañante durante el proceso del parto (7).

Diversos estudios, como el descripto por Zanon, mostraron además que la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal, depende del cambio de asistencia hacia madres y recién nacidos como así también, de la formación y capacitación de médicos y no médicos (obstétricas y enfermeras obstétricas) para promocionar una maternidad segura. Para eso los profesionales de la salud deben tener conocimientos para asistir tanto a embarazadas, parturientas como recién nacidos según normas; la Organización Mundial de la Salud, expresa que las normas de asistencia necesitan revisión periódica, para evitar el uso de prácticas no recomendadas por la evidencia y que son utilizadas cotidianamente por desconocimiento. Por otra parte, se revelan en estos estudios, que los principales obstáculos para la puesta en prácticas de estas recomendaciones en la asistencia del trabajo de parto y parto, fueron la resistencia al cambio de paradigma desde el servicio de maternidad, como por dificultades en las instalaciones y la organización de las mismas, y también a la falta de trabajo en equipo, con distanciamiento entre médicos y no médicos (41).

B- Concepción del cuidado:

El cuidado en salud lo definieron los enfermeros, como la aplicación de los conocimientos técnicos-científicos en la práctica, más la contención anímica de la paciente durante el proceso de esa atención. Pero también lo definieron como sinónimos de atención, principalmente desde el sector médico.

R: *“Para mí, el cuidado y la atención no tienen diferencias”* (Tocoginecología 1m en el servicio)

Desde la parte médica algunos consideran por los conceptos de atención y cuidado, son iguales, no hay diferencias en la práctica, son sinónimos.

F: *“Pienso que el cuidado es acompañamiento y contención de una paciente, lo hago mientras estoy haciendo los controles a una paciente, sería la práctica médica más la contención”*. (Tocoginecología. 8 años en el servicio).

Para otros médicos del servicio de más años de trabajo en el hospital, refiere que es un componente a la práctica cotidiana del médico, que puede o no estar, o sea, se puede agregar a las prácticas técnicas diarias el componente de contención, no está incluido en el trabajo diario del médico.

S: *“El cuidado es estar más cerca de la paciente, es contenerla, y atención es realizar las prácticas, no son diferentes, se complementan”* (Licenciada en Enfermería. 4 años en el servicio).

C: *“El cuidado siempre contiene la atención que realizo todos los días, no puedo separar los procedimientos que realizo, de la contención, de la preocupación por el que sufre porque está con una patología y pienso en su bienestar, yo no estoy de acuerdo en que son dos cosas, para mí, el cuidado es mi trabajo cotidiano (...)”* (Licenciada en enfermería. 5 años en el servicio)

Enfermería, a través de distintas expresiones, aclara que el cuidado es parte del trabajo, incluye la interrelación escucha-contención de la persona que está enferma, en el

mismo momento que se realiza controles técnicos propios de la profesión, que siempre están ensamblados.

En el hospital Centenario, el concepto de cuidado fue heterogéneo y evidente una diferencia entre médicos y enfermeros.

Está demostrado en muchos estudios que el cuidado por parte médico, es la relación directa a la aplicación de prácticas, en el modelo médico tradicional, hegemónico, biologicista basado en la enfermedad, no en el enfermo. Es así, que estas actitudes están presentes desde la formación de pregrado. Además se puede constatar a través de la opinión, en varios trabajos, de los usuarios de las instituciones de salud, que refieren recibir un trato frío, no individualizado, generalmente del personal médico (30).

A su vez otros trabajos relatan el desconocimiento sobre el concepto y la práctica del cuidado por parte de profesionales médicos, ya que existe una diferencia marcada de poder en la asistencia profesional-usuario, sin considerar sus necesidades emocionales, culturales y sociales (15).

El cuidado en enfermería fue motivo de muchos trabajos, uno de ellos a cargo de Troncoso y Suazo, quienes describieron el significado del cuidado de enfermería en los pacientes, y se puede objetivar que el cuidado para ellos se compone de preocupación, afecto, cariño, ánimo, buen trato y atención acertada, procesos que realizan los estudiantes de enfermería pero no tan habitual por los enfermeros ya formados. Aún así los enfermeros tienen en su formación una visión holística y humanista de la asistencia diaria, es eje de la formación en escuelas de enfermería (51).

C-Percepción sobre la calidad del cuidado brindado a las parturientas.

Desde la percepción de los trabajadores de la salud, ese cuidado brindado a las pacientes en el servicio, es muy bueno ya que se realizan las prácticas que la guía provincial establecen, mientras que otros refirieron que es de muy buena calidad porque se acompañan a las pacientes en todo el proceso del trabajo de parto; otros hablan de que la calidad de atención brindada es muy buena porque hay mucho compromiso con los pacientes; pero todos

coinciden que hay una muy buena calidad de atención porque no tienen quejas escritas ni verbales hacia sus prácticas.

F: *“La calidad de atención del parto es muy buena, porque se acompaña a la paciente en todas las etapas que conlleva al parto, tanto en la educación como el acompañamiento (...) no tuvo quejas nunca de un paciente”* (Licenciada en Enfermería, 6 años en el servicio).

V: *“La atención es muy buena, porque hay mucho compromiso con el paciente, se ve mucho en los enfermeros más antiguos del servicio y esto contagia, la misma actitud. (...) yo siempre les pregunto a los pacientes si tiene algo que decir de mi trabajo, nunca se quejaron”* (Licenciado en enfermería 4 años en el servicio).

F: *“Si, es de buena calidad porque se lleva a la prácticas las normas establecidas por la institución, además no tenemos quejas.”* (Tocoginecología. 8 años en el servicio).

En el hospital de Centenario, los trabajadores de salud percibieron que brindan una muy buena calidad de cuidado a las usuarias, por el acompañamiento en todas sus etapas desde el ingreso a la terminación del parto, por las prácticas actualizadas aplicadas junto a un apoyo anímico personal, además porque no se registraron quejas hacia a ellos en forma ni verbal ni escritas.

Es importante resaltar que habitualmente las entrevistas o encuestas estén dirigidas a los usuarios, pero según Donabedian, la calidad de atención en salud contiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de la atención; y que a su vez la búsqueda práctica de la experiencia de cada día, que extrae las opiniones expresadas por usuarios, trabajadores y administradores, son de importancia crucial a la hora de construir conceptos a trabajar en pos de una mejor calidad de atención en salud (82). Así también lo señala Aguirre, conocer la calidad con que se otorga la atención médica, es el primer paso para mejorar la prestación del servicio y es una necesidad inherente al acto médico mismo (84).

Es entonces indiscutible que la satisfacción enunciada desde los profesionales, tiene gran importancia en la construcción de mejoras en la calidad de asistencia de un servicio. En

este punto, Delgado Gallego, realizó un estudio que redefinió con los representantes de las instituciones, un servicio de salud de buena calidad, es importante aquí destacar que los profesionales valorizaron la estructura de la institución, principalmente la accesibilidad organizativa y de información como así la disponibilidad de recursos; con respecto al nivel técnico de atención, optaron por la resolutivez y la cualificación técnica del personal; y por último sobre la humanización de la asistencia, distinguieron las relaciones cordiales como trato amable y cálido, y la comunicación clara, con una buena recepción en la comunicación e información para los usuarios (55). Teniendo en cuenta el trabajo previamente descripto, puede decirse que los profesionales médicos entrevistados, del hospital Centenario, priorizaron puntos del nivel técnico de atención, mientras que los Licenciados en Enfermería revalorizaron las relaciones amables con las usuarias junto a el cuidado, para definir la calidad brindada del servicio en el cual trabajan.

Otros estudios comprobaron, que los profesionales presentan una asimetría en las relaciones entre ellos y las usuarias, donde la mujer cede la responsabilidad de decisión sobre los procedimientos a llevarse adelante durante su asistencia, al profesional. Esta situación de poder unilateral, se da en las mujeres por la falta de conocimientos sobre sus derechos, de poder decidir sobre su cuerpo y las intervenciones que sobre ellas se realizan (16, 19).

6.2.2. Usuaris:

A- Percepción de la utilidad de las prácticas realizadas.

Las usuarias expresaron que aceptaron muy bien estas prácticas brindadas por los trabajadores de la salud, como la posibilidad de deambular libremente durante el segundo estadio del trabajo de parto, prender a su bebé al pecho inmediatamente después del nacimiento; como también todas ellas expresaron que pudieron elegir a sus acompañantes; pero sólo algunas practicaron técnicas respiratorias, quienes se sintieron con menor dolor y mucho mejor. Y por último la atención del parto de aquellas embarazadas que no vivían en Centenario pero que debieron realizarse el parto en este hospital por ser área de programa, ya que no tenían lugar de internación en lugar de origen, se sintieron muy cómodas.

F: *” Me controlé en Vista Alegre, y allá no hay hospital, por eso me tuve que venir acá (...) yo siempre me atendí allá, en Vista Alegre, mi doctor es el de allá, después me sigo viendo allá, acá vine solo a tener familia, pero no puedo quejarme de nada, mire que yo no conozco mucho a los de acá, pero me sentí muy bien siempre. (Usuaría, Vista Alegre Sur. 27 años).*

M: *”Yo pude andar, caminar por el pasillo del hospital, porque me faltaba un poco, entonces me sentía mejor caminando, hasta que llegó la hora de ir a la sala de parto” (Usuaría. Centenario 24 años).*

S: *”Me lo mostraron, me lo pusieron en mi pecho, se lo llevaron para cambiarlo, y después cuando llegamos a la sala, le dí el pecho” (Usuaría. Centenario. 34 años)*

T: *”Yo respiraba como me explicaba la enfermera, me ayudó mucho cuando tenía dolor” (Usuaría. 27 años).*

M: *”Me acompañó en el parto, mi pareja, la elegí yo, y él también quiso.” (Usuaría. 24 años).*

H: *”En el parto entró mi hermana porque yo la acompañé en el suyo, si no venía me iba a enojar, yo quería que mi mamá también esté, pero dejaban a 1 sola.”(Usuaría. Centenario. 20 años).*

A través de las preguntas a las usuarias sobre cómo vivenciaron las prácticas recomendadas por la organización Mundial de la Salud, respondieron muy entusiasmadas y satisfechas aún cuando no conocían el lugar ni el doctor, fue una buena experiencia, o bien que les permitieron deambular y buscar la posición más cómoda durante el trabajo de parto, o bien que pudiera amamantar inmediatamente después del parto a su bebé, como lograr realizar métodos no invasivos para el dolor con una buena técnica de respiración y a demás la posibilidad de elegir al acompañante de su proceso de parto. Estas prácticas reconocidas como útiles fueron aceptadas y vivenciadas como positivas por todas las entrevistadas.

La guía de la atención del parto normal de la OMS, fue una decisión para oponerse a la elevada mortalidad materna y perinatal. Desde entonces los gobiernos y la sociedad civil se esforzaron para divulgar e insistir que sean cumplidas, logrando una disminución en la

mortalidad materno-perinatal. Después del nacimiento de las recomendaciones, se realizaron evaluaciones a las aplicaciones de esas recomendaciones en muchos países entre ellos, por ejemplo, Brasil, dando como resultado una distribución heterogénea y parcial (61). En Argentina estas recomendaciones enunciadas a nivel mundial en el año 1996, fueron adaptadas después del año 2000, a través de la guía para la Atención del parto normal en Maternidades Centrada en la Familia, en la cual no solo se encuentran estas recomendaciones si no que además incluyen a la familia en todo el proceso de atención perinatal (8).

En estudios realizados por Delgado Gallego, los usuarios estiman, sugieren y aprecian el nivel técnico de atención, tanto como la capacidad resolutoria de los servicios y la capacidad y calidad técnica del personal de salud en todo el proceso de atención. Estos hallazgos estarían contrapuestos a las opiniones de los expertos que refieren que estos puntos no eran analizados por los usuarios ya que no se creían capacitados para evaluar el nivel técnico de la atención; debido a ello las evaluaciones del servicio realizadas por los usuarios, casi no están presentes, centrándose más en la evaluación de la relación médico-paciente, dejando así temas importantes. Por tanto se debe profundizar en estos temas (55).

Si bien las mujeres entrevistadas adoptaron las prácticas útiles y recomendadas, no fue por una previa información sobre los beneficios de las mismas, y ellas poder optar, si no que en la mayoría de veces, las mujeres acataron las decisiones de los profesionales porque ellos son quienes saben (19).

B- Percepción de las usuarias sobre la calidad del cuidado brindado por el servicio de Tocoginecología del hospital Centenario.

Las usuarias percibieron que la atención brindada por los trabajadores de salud del servicio, fue muy buena en general; hablaron sobre el acompañamiento durante todo el proceso de parto, sugiriendo que no hay necesidad de cambiar nada en este servicio, ya que todas se sintieron muy cómodas no vivenciando ninguna situación indeseada, y todas ellas volverían a tener su próximo parto en este servicio aún si tuvieran obra social.

E: " *Me sentí muy cómoda, tanto los enfermeros como los médicos, nunca me dejaron sola (...) los enfermeros son bárbaros, compañeros, contestan a las preguntas, hablamos mucho (...) volvería a este hospital, nunca quise ir a otro lugar, aunque tuviera obra social.*" (Usuaría. 28 años).

P: " *El trato fue bueno, agradable, la atención de los médicos fue buena, rebíen (...) no quisiera cambiar ninguna situación que viví, ya que no tengo nada para quejarme, volvería al hospital porque es buena la atención.*" (Usuaría. 30 años).

En Centenario, las usuarias respondieron que se encontraron acompañadas, cómodas y muy contenidas por médicos y enfermeros, que no cambiarían nada de la atención y que además volverían a tener sus próximos partos en este servicio.

Actualmente la atención del trabajo de parto y parto, se considerada como un evento de riesgo a complicaciones constante, por ello se transformó en un proceso intervencionista dentro de un modelo médico higienista, favorecido por avances tecnológicos que ayudan a los trabajadores de salud a resolver distintas situaciones biológicas y condicionan el acercamiento con los usuarios, pero muestra un gran problema en relación al cuidado, por ello no es suficiente la evaluación de un resultado técnico para hablar de calidad del cuidado, y se recurre a las usuarias para completar esta evaluación (23).

En algunos estudios, como el realizado por Delgado Gallego, la calidad de atención, es definida por los actores que la vivencian, tanto para los trabajadores, gestores como los usuarios, priorizan la comunicación y el trato junto a la calidad técnico del personal, para identificar la calidad de atención. Además este estudio demostró, que los usuarios tienden a elegir el nivel técnico de atención y a la humanización de la asistencia. Por otra parte, los usuarios aprecian mucho el trato cordial del encuentro con profesionales de la salud, llegando a constituir para ellos el mejor medio para su curación (55).

Otros trabajos refieren que una buena calidad de atención debe contener, una adecuada recepción e información, atención de enfermería y médica apropiada; además de la alimentación e instalaciones con tecnología y equipamiento médico propicio para cada

necesidad, siendo los usuarios quienes privilegian la atención médica y de enfermería junto a un buen trato y comunicación (59)

Coincidentemente, Sampaio refiere en su estudio sobre necesidades y expectativas de las adolescentes acerca la atención recibida, que ellas sólo requirieron para dar cuenta de una buena calidad de atención, cubrir sus necesidades afectivas con cariño, escucha, ternura, comprensión y aprendizaje (52).

Por otra parte, según Gomes, la evaluación positiva de atención recibida está, muchas veces, relacionada a experiencias previas de una asistencia con mal trato por parte de profesionales, con la cual hace obligatoria la comparación con la atención actual, no pudiendo ser objetiva de la asistencia vivida en el presente (32).

Y por último, muchos estudios dan cuenta que la satisfacción positiva de la asistencia en salud, se relaciona al temor por parte del usuario que sus quejas pueden producir una imposibilidad de ser atendida en un futuro en el servicio o bien porque se encuentra actualmente siendo asistida en el mismo (19).

6.3. Análisis conjunto entre la calidad técnico-científica de las prácticas (registradas en historias clínicas obstétricas), y el componente relacional-vincular de dichas prácticas (en base a las entrevistas realizadas a trabajadores y usuarias del servicio).

El presente estudio evalúa el proceso de parto, teniendo en cuenta los componentes técnico-científicos y su aplicación en la práctica, como las relaciones interpersonales que se dan durante dicho proceso según una perspectiva de humanización. Según los resultados hallados fueron:

De las prácticas que se encontraron registradas en la mayoría de las historias clínicas, 9 de 11 fueron útiles y recomendadas, 4 de 8 fueron perjudiciales y sólo 1 fue de uso inadecuado, por su parte en las entrevistas los trabajadores de la salud reconocieron la guía de las Maternidades Centradas en las Familias, y aplicar en el trabajo cotidiano a la guía provincial de control del trabajo de parto y parto normal.

Además del análisis conjunto del registro de las prácticas recomendadas por la OMS en las historias clínicas, con aquellas aplicadas según relato de las usuarias entrevistadas; se pudo encontrar que en la totalidad de las historias clínicas analizadas se incluyó el contacto temprano piel a piel madre-hijo con estimulación a la lactancia materna, al igual que el respeto a la elección del acompañante y además de propiciar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada. Coincidentemente todas las usuarias entrevistadas vivenciaron de forma positiva estas prácticas durante el proceso de trabajo de parto. En contrapartida a lo expresado, la libertad en el movimiento durante el segundo estadio del trabajo de parto se encontró registrada en solo 16 historias clínicas, y los métodos no invasivos para el dolor sólo se registraron en una sola historia clínica; en cambio, de 17 entrevistas realizadas sólo en una se evidenció que tuvo restricción de movimiento por ruptura de bolsa, y a su vez en 2 de 17 se constató que no se realizó ningún método para alivio del dolor.

De esta manera, se realizó también el análisis conjunto del componente relacional que complementa a la evaluación de la calidad de ese cuidado del parto. Se encontraron que de 21 prácticas evaluadas como perjudiciales, sin aval científico suficiente y de uso frecuentemente inadecuado, sólo 7 se registraron en más del 50% de las historias clínicas, siendo estas prácticas muy intervencionistas, que invaden tanto la intimidad y como la libertad de movimiento de la gestante. Por parte de las usuarias estas prácticas no fueron expresadas como problema a la hora de considerar la calidad de cuidado brindado por los trabajadores de salud del servicio de Tocoginecología; como tampoco expresado por los mismos trabajadores con respecto a la calidad del cuidado brindado, ya que ambos actores refirieron que este servicio brinda una buena calidad del cuidado del trabajo de parto y parto.

La utilización, en la mayoría de los partos de técnicas intervencionistas, con uso abusivo de tecnología aplicada sin justificada evidencia científica, causan en muchas ocasiones, aumento de índices de morbimortalidad materna e neonatal, caracterizándose también por dificultar el acceso a los servicios de salud de calidad y a las acciones educativas de prevención y promoción (12,21).

Para dar a conocer la información actualizada sobre técnicas recomendadas por organizaciones científicas, las entidades de salud a nivel provincial, nacional e internacional, publican los protocolos que se encuentran en la actualidad, en el caso de la guía provincial de atención del parto normal como la guía nacional de Maternidades Centradas en la Familia, las

cuales están basadas en las guía de recomendaciones para la atención del parto normal de la OMS (3,8,68).

Además, es pertinente que las mujeres al ingresar para ser atendidas en las instituciones de salud, deberían conocer su derecho de ser informadas sobre intervenciones médicas que pudieren realizarles y poder decidir si existieren alternativas; a ser tratadas con respeto a su cultura e intimidad; a un parto natural considerando los tiempos biológico y psicológico, impidiendo prácticas invasivas y provisión de medicación que no sea necesaria; y además permitirle protagonista durante el parto; ser comunicada sobre el avance del parto; a estar acompañada por quien ella elegida; a ser informada sobre los beneficios de la lactancia materna y de permitir la internación conjunta; y además de recibir información sobre el cuidado de ella y su recién nacido. Con este conocimiento sobre sus derechos las mujeres tendrían herramientas para elegir y también para exigir, debate importante ante la implementación de modelos de asistencia más humanizados (7,8,63,67).

Muchos estudios dan cuenta que para un buen desenvolvimiento del trabajo de parto, es prioritario, el respeto a los derechos a la privacidad, a la seguridad con una asistencia eficaz y humana, con apoyo familiar durante el parto, transformando el nacimiento en un momento especial; conceptualizando a la humanización del parto como un movimiento que defiende el respeto a las singularidades de las mujeres, colocándola como protagonista, buscando una adecuada asistencia según la cultura, creencias y valores (75,76)

Como relata Gribosky, en sus estudios, la humanización del proceso del parto considera como base las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud sobre la atención del parto normal, además considera que humanizar el parto implica respetar el cuerpo, el medio social, la cultura de cada mujer en particular; además para llevar adelante la humanización en la asistencia del parto, es de crucial importancia rescatar la autonomía de la usuaria parturienta para transformar esas relaciones interpersonales entre trabajadores de la salud y usuarias (19).

Hay evidencias científicas suficientes para que se realicen modificaciones en el modelo médico tradicional de asistencia del parto, desmedicalizándolo a través de la pérdida de poder por parte de los trabajadores de salud sobre el proceso de parto, dando lugar a la participación protagónica de la mujer sobre el mismo (29, 74).

Para llevar adelante el cambio de modelo de atención actual al modelo humanístico, se debe considerar al cuidado como el principal factor. En las entrevistas a los trabajadores de salud hubo diferentes repuestas en el momento de diferenciar el concepto de cuidado con el de atención, esta dificultad conceptual en general es llevada a la práctica, entonces se revaloriza el cuidado definiéndolo, según Merhy, como trabajo vivo en salud, momento donde se encuentran interactuando el trabajador de la salud (con sus saberes tecnológicos) con el usuario; espacio intercesor en que éste no debería quedar reducido a la condición de objeto-receptor pasivo de la acción de aquel, sino constituirse también en un agente con sus propias representaciones, sentimientos y necesidades puestas en juego (77).

Los trabajadores de salud, que se encuentran a cargo del cuidado del parto, son importantes participantes a la hora de llevar la teoría a la práctica el cuidado de un parto más humanizado, otorgando el lugar principal a la mujer y a sus acompañantes, como actores que conocen sus derechos y pueden decidir sobre su cuerpo. Siendo primordial trabajar temas de prevención y promoción previo al momento del trabajo de parto con las embarazadas, a través de espacios de encuentros entre el personal de salud y las mujeres, incorporando conceptos técnicos del trabajo de parto, aquellos relacionados con métodos no invasivos para disminuir el dolor y mejorar la progresión del parto, y además los derechos que tienen como gestante a la hora de parir (4,48,62,71).

7. CONSIDERACIONES FINALES.

Los resultados del estudio realizado en el servicio de Tocoginecología, del hospital Dr. Natalio Burd, de la localidad de Centenario, en el período 2011-2012, arrojaron que se registran la mayoría de las prácticas útiles, recomendadas por la OMS, en las historias clínicas de dicho servicio; y además, que los resultados de las entrevistas efectuadas a trabajadores de la salud y usuarios, demostraron que los trabajadores de la salud, reconocen a la guía de las Maternidades Centrada en la Familia y a la norma provincial de cuidado de parto normal; como así también que las usuarias vivenciaron positivamente las prácticas útiles como métodos no invasivos para el dolor, la elección de un acompañante, posiciones libre durante el trabajo de parto, el incentivo para la lactancia materna. Todos los trabajadores de la salud y las usuarias, coincidieron en la buena calidad del cuidado del trabajo de parto y parto en el servicio de Tocoginecología del hospital Centenario

Por otra parte, se pudo constatar también con este estudio, que la mitad de las prácticas perjudiciales y la totalidad de las prácticas sin suficiente aval científico, se registraron en más de la mitad de las historias clínicas. Además, en las entrevistas con trabajadores de salud y usuarias, hubo heterogeneidad con respecto al concepto de cuidado, ya que el personal médico consideró atención y cuidado como conceptos iguales, sin poder diferenciarlos, mientras personal de enfermería reconoció el cuidado como parte del proceso de asistencia, incluyendo a la atención técnica específica y las relaciones vinculares que se establecen entre trabajadores y usuarias.

Así también se pudo ver que la mayoría de los procedimientos intervencionistas aplicados, están formando parte de un modelo hegemónico con un distanciamiento entre lo sentido por las usuarias y lo realizado y decidido unilateralmente por los profesionales de la salud; confirmando la necesidad de cambio de paradigma para lograr una asistencia más humanizada; parte de este proceso de cambio lleva la necesidad de trabajar el concepto de cuidado en todo los trabajadores de la salud.

Es importante también aclarar en este punto, que las mujeres no tienen amplio conocimiento de sus derechos a la hora de exigirlos, tanto como mujer, como usuaria de un servicio y como parturienta, por ejemplo, decidir sobre los procedimientos que se realiza sobre su cuerpo, la libertad de movimientos durante el trabajo de parto y parto. Como también

por parte de los profesionales, se pudo ver la dificultad de informar y compartir la decisión del tratamiento conjunto con las usuarias.

Contextualizando el trabajo de parto y parto, en este estudio realizado en una ciudad de Neuquén, provincia pionera en el sistema de regionalización basado en niveles de atención, principalmente en la atención primaria de la salud como estandarte del cuidado, se permite ver que las tecnologías superan en ocasiones lo esperado para un cuidado integral de un parto normal, donde el modelo biomédico sigue dominando situaciones del ciclo vital de las personas, no respondiendo a uno de los bastiones de la atención primaria, como es tecnología apropiada.

Entonces con lo expresado hasta el momento, no se puede concluir que el cuidado del trabajo de parto y parto normal, en el hospital Centenario, cumpla satisfactoriamente con todos los criterios para un cuidado humanizado, según la guía de la OMS, pero con los resultados hallados del estudio, puede sugerirse a favor de un trato más humanizado durante el proceso del parto lo siguiente:

Con respecto al personal:

- Apertura de espacios de encuentros de discusión y actualización de prácticas, periódicos entre los profesionales médicos y enfermería, en las mismas instalaciones del servicio, favoreciendo así el conocimiento técnico-científico y relacional entre trabajadores, a favor de mejorar la calidad del cuidado. Lugar donde incorporaría auditoría de historias clínicas mensuales a cargo de los mismos trabajadores de la salud con el objetivo de incentivar las prácticas recomendadas como útiles y evitar las perjudiciales.
- Incorporación al servicio de obstétricas universitarias, para el seguimiento y realización de los partos normales, acompañadas por médicos Tocoginecólogos en forma activa durante las 8 hs. del día y luego en forma de pasiva.
- Incorporación de personal voluntario para acompañamiento de las madres durante el trabajo de parto o parto y puerperio, en caso de no tener acompañamiento de otra persona, siempre si lo quiere la usuaria. Este personal voluntario pueden ser madres con experiencia y formadas por personal de enfermería para algunos cuidados específicos.

En las instalaciones:

- Si fuera posible ambientar tres espacios con una cama cada uno con el recurso necesario para la atención de los tres períodos del trabajo de parto incluido el tiempo de recuperación, se podría realizar en las actuales dos salas de partos y la sala de parto. Dejaría así el espacio para tres parturientas cada una con su acompañante hasta la recuperación posterior al nacimiento.
- Dos habitaciones ambientadas con baño y cocina, para aquellos familiares que acompañen a las madres que son derivadas de otras localidades, para parir. Podría dar lugar en el actual edificio contiguo al hospital, edificado para un jardín maternal y cuyos beneficiarios serían los hijos de los trabajadores del mismo hospital.

Con respecto a prevención y promoción:

- Difusión a través de folletos, afiches y de videos cortos, para ser vistos en las habitaciones o salas de espera, que hablen sobre los derechos de las mujeres sobre el parto humanizado, no a la violencia de género y a la discriminación, también con los cuidados durante el embarazo y el derecho a la planificación familiar, como también promoción de la lactancia materna.
- Establecer encuentros con embarazadas, con equipo interdisciplinario no solo en el hospital sino en instituciones barriales y centros de salud, en los cuales se incluyen las madres voluntarias, lugar de encuentro para trabajar sobre el reconocimiento del cuerpo, los miedos, los mitos, la promoción de la lactancia y los derechos como mujer.
- Promover la incorporación al programa de Maternidades Seguras Centradas en la Familia y al programa El Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Rattner D. Humanización en la atención del nacimiento y parto; breve referencial teórico. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2009; 13(1):595-602.
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre el nacimiento. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985; 2:436-437.
3. Organización Mundial de la Salud. Asistencia del Parto Normal: una guía práctica. [Internet]. Ginebra; 1996 [citado el 20 de febrero 2012]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
4. Larguía M, Lomuto C, Tortosa G, Naddeo S, González MA. Detección de interferencias y evaluación cuali-cuantitativa de actividades para transformar el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá en una Maternidad centrada en la familia. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá [Internet] 2003[citado 30 de agosto 2013], 22 (2): 53-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91222203>.
5. Red Argentina para la Humanización del Parto y el Nacimiento (REARHUPAN), Documento Fundacional [Internet]. Buenos Aires; 2002 [citado 24 de octubre 2011]. Disponible en <http://www.tobinatal.com.ar/humanizacion/docfundacional.html>.
6. Poder Legislativo Nacional. Ministerio de Salud de la Nación Argentina Ley 25673; Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. [Internet]. Buenos Aires; 2002. [citado 2 de julio del 2011]. Disponible en: www.msal.gov.ar/saludsexual/ley.php
7. Poder Legislativo Nacional. Ley 25929; Ministerio de Salud de la Nación Argentina Derechos en el Nacimiento. [Internet]. Buenos Aires; 2004. [citado el 20 de Abril del 2011]. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf.
8. Ministerio de Salud. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en las Familias. Argentina [Internet]; Buenos Aires; 2006. [citado el 6 de del 2012]; Disponible en: www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/maternidades.pdf

9. Poder Legislativo Nacional. Ley 26485; Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales Ministerio de Salud de la Nación Argentina. [Internet]; Buenos Aires; 2009. [citado el 2 de julio del 2011]. Disponible en: www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000.../norma.htm
10. Subsecretaría de Salud del Neuquén. Guía de práctica clínica; manejo del trabajo de parto de bajo riesgo en el Sistema de Salud de la provincia del Neuquén. [Internet]. Neuquén; 2012. [citado marzo 2013]. Disponible en: [http://www.saludneuquén.gov.ar/images/archivo/Programas_prov/GUÍA_ATENCIÓN_INTEGRAL DEL EMBARAZO/ contenidos de la guía/Guía20Parto20Bajo20Riesgo1.pdf](http://www.saludneuquén.gov.ar/images/archivo/Programas_prov/GUÍA_ATENCIÓN_INTEGRAL_DEL_EMBARAZO/contenidos_de_la_guía/Guía20Parto20Bajo20Riesgo1.pdf)
11. Ministerio de Salud de la Nación - Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Regionalización Perinatal en la Provincia del Neuquén. [Internet]. Buenos Aires; 2011. [citado 10 de agosto 2012]. Disponible en: www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view...id...
12. Pires Moura F, Crizostomo C, Sampaio N, Magalhães Mendonça R, Dias de Araújo O, Santiago da Rocha S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal Brasileira en enfermagem. [internet]. 2007 [citado el 20 de febrero del 2012]; 60(4):452-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018>.
13. Días M. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. [Tesis Doctoral]. Brasil: Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
14. Seibert S, Barbosa J, Santos J, Vargens O. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. Revista de Enfermagem [internet]. 2005 [citado el 16 de agosto 2012]; 13(2): 245-251. Disponible en: www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf
15. Figueiredo Pereira A, Vasconcelos Moura M, Olveira Souza I, Tyrrel M, Moreira M. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições.

- Acta paulista de enfermagem [internet]. 2007 [citado el 16 de abril del 2012]; 20(2):205-15. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613013>.
16. Ferreira Deslandes S. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet]. 2005[citado el 16 de febrero del 2012]; 10(3):615-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300018>
17. Tornquist S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2003. [citado el 17 de febrero del 2012]; 19(2):419-27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>
18. Guimarães T, Couto Machado C, Oliveira A. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2007[citado el 23 de febrero del 2012]; 15(4):536-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400003>.
19. Griboski R, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento *Texto & Contexto - Enfermagem* [internet]. 2006 [citado el 12 de julio del 2011]; 15(1):107-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100013>.
20. Dornfeld, D. A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e Nascimento [Tesis de Maestría]. Brasil: Porto Alegre; 2011.
21. De Souza Pinto C, Komura Hoga L. Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales. *Ciencia y enfermería* [internet]. 2004[citado el 16 de abril del 2012]; 10(1):57-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532004000100007>.
22. Vasconcelos M, Araújo C, Flores P, Peclat V, Muniz P. de A, Braga M. Necessidades e expectativas da parturiente no parto humanizado: a qualidade da asistencia. *Revista de enfermagem* 2002; 10(3):187-193.

23. Suppo de Souza Rugolo L.M, Bottino J, Marchioni Scudeler S, Bentlin M, Trindade C, Perosa G, Rugolo J. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [internet]. 2004[citado el 16 de febrero del 2012]; 4(4):423-33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000400012>
24. Gonçalves R, Azevedo Aguiar C, Barbosa Merighi M, Pinto de Jesús M. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [internet]. 2011[citado el 17 de febrero del 2012]; 45(1):62-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100009>
25. Zuleyce M, Pacheco de Oliveira L, Moreira Faria Madeira A. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [internet]. 2002[citado el 17 de abril del 2012]; 36(2):133-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342002000200005>
26. Carraro T, Knobel R, Radünz V, Könzgen Meincke S, Cezarotto Fiewski M, Frello A, Da Silva Martins M, Vasconcellos Lopes C, Berton A. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto & contexto – enfermagem* [internet]. 2006[citado el 17 de enero del 2012]; 15(nº especial):95-104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500011>
27. Davim R, Torres G. de V, Dantas J. da Costa. Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Revista eletrônica enfermagem* [internet]. 2008 [citado el 17 de abril del 2012]; 10(1):100-109. Disponible en: <http://portal.revista.bus.br/Transf.php?xsl=xsl/titles.xsl&xml=>
28. Calça A. O parto humanizado na visão da mulher-parturiente [Monografia de Especialização]. Brasil: Curitiba; 2001.
29. Silva, L; Barbieri, M, Fustinoni, S. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo humanizado *Revista Brasileira Enfermagem* [internet]. 2011 [citado el 17 de abril del 2012]; 64(1):60-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100009>

30. Oliveira Queiroz M, Salete M, Bessa J, Feitas Marques J, Mota Cavalcante A, Peixoto Moreira K. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto & Contexto enfermagem* [internet]. 2007 [citado el 17 de febrero del 2012];16(3):479-89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300014>
31. Saturnino A, Rodrigues D, Guedes F, Gilves F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto *Revista Rene* [internet]. 2010 [citado 27 de febrero del 2012]; 11 n° especial: 32-41. Disponible en: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4726>
32. Gomes M. A. S. M. Aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias. [Tesis de Maestría]. Brasil: Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
33. Bastos Dias. M, Ferreira Deslandes S. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da asistencia. *Cadernos de Saúde Pública* [internet]. 2006 [citado el 10 de julio del 2011]; 22(12):2647-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>
34. Manrique. J. L, Altuna I. M. R, Cotell. E. G. K. E, Suárez P, Malacchia. L, Menna J. L, Rauch G, Brun P, Videla A, Gómez Lusycsin A, Díaz Spezzi N, Camargo. S, Avila H, Blasco J. Encuesta de satisfacción de los usuarios de un hospital público: medida de la calidad de la atención médica. *Revista Argentina Cir* 1994; 67(6):189-95.
35. Días da Silva Lima M, Dourado Ramos D, Borba Rosa R, Nauderer T, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários *Acta paulista de enfermagem* [internet]. 2007 [citado el 17 de noviembre del 2011]; 20(1):12-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100003>.
36. Felisberto E, Samico I, Isabella Fonte. Qualidade na atenção à saúde: uma experiência de avaliação - à procura da satisfação do usuário. *Revista IMIP* 1999; 13(2):128-37.

37. Alvarado J. El parto humanizado y los derechos de la mujer embarazada. Carta med. A.I.S. Bolivia 1994; 8(1):19-22.
38. Paiva S, Gomes E. Atención hospitalaria: evaluación de la satisfacción de los pacientes durante su período de internación. Revista Latino-Americana de Enfermagem [internet]. 2007[citado el 17 de noviembre del 2011]; 15(5):973-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500014>
39. Muniz da Costa O. As enfermeiras obstétrcias frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. Revista de Enfermagem 2010; 8(2):194-197.
40. Magalhães do Nascimento N, Progianti J, Novoa N, Rocha de Oliveira, T, Muniz da Costa Vargens O. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. Escola Anna Nery [internet]. 2010 [citado el 26 de noviembre del 2011]; 14(3):456-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300004>
41. Zanon Narchi N. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. Saúde e Sociedade [internet]. 2010 [citado el 26 de septiembre del 2011]; 19 (1):147-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100012>
42. Nagahama E, Santiago S. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Acta paulista de enfermagem [internet]. 2008 [citado el 10 de julio del 2011]; 21(4):609-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800014>.
43. Porfirio A. A atualização do habitus da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004) [Tesis de Maestría]. Brasil: Universidad de Rio de Janeiro; 2011.
44. Claro de Castro J, Clapis M. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Revista Latino-Americana de

- Enfermagem [internet]. 2005. [citado el 17 de abril del 2012]; 13(6):960-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600007>
45. Progianti J, Mouta R. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. Revista enfermagem. UERJ [internet]. 2009[citado el 16 de noviembre del 2011]; 17(2):165-169. Disponible en: <http://portal.revista.bus.br/Transf.php?xsl=xsl/titles.xml&xml=>
46. Wrobel L, Ribeiro S. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. Acta sci. Health sci. [internet]. 2006 [13 de abril del 2012]; 28(1):17-22. Disponible en: <http://portal.revista.bus.br/Transf.php?xsl=xsl/titles.xml&xml=>
47. Silveira I, Fernandes A. Partejar e humanização do cuidado de enfermagem. Revista. RENE. [internet]. 2006[citado el 16 de febrero del 2012]; 7(2):48-56. Disponible en: <http://portal.revista.bus.br/Transf.php?xsl=xsl/titles.xml&xml=>
48. Moura C, Sampaio Lopes G, Santos T, Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. Revista de enfermagem UERJ. 2009; 17(2):182-187.
49. Peixoto K, Araújo M, Fernandes A, Braga, Marques J, Queiroz M. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida. Cogitare enferm 2009; 14(4):720-8.
50. Beal Gotardo G, Silva I. REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA OBSTÉTRICA À LUZ DE UM MODELO DE RELACIONAMENTO HUMANO. Cienc Cuid Saude 2007; 6(2):245-251.
51. Troncoso M, Suazo SV. Cuidado humanizado: um desafio para enfermeiras nos serviços hospitalares; Acta Paul Enferm [internet]. 2007 [citado el 17 de abril del 2012]; 20(4):499-503. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
52. Sampaio A, de Vasconcelos Silva, Ferreira Moura E. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿Norma, Deseo o Realidad? Revista Chilena de obstetricia y Ginecología. [internet]. 2008[citado el 16 de febrero del 2012]; 73(3):185-191. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008>

53. Brüggemann O, Duarte Osis M, Parpinelli M. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Revista de Saúde Pública* [internet]. 2007 [citado el 20 de febrero del 2012]; 41(1):44-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>
54. Basso J, Monticelli M. Las expectativas de participación de mujeres embarazadas y sus acompañantes para realizar un parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [internet] 2010[citado el 25 de septiembre del 2011]; 18 (3):390-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300014>
55. Delgado-Gallego M, María L, Vázquez-Navarrete M, Moraes-Vanderlei, L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública* [internet] 2010 [citado el 11 de abril del 2012]; 12(4):533-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642010000400001>.
56. Almeida C, Tanaka O. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista de Saúde Pública* [internet] 2009[citado el 16 de marzo del 2012]; 43(1):98-104. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100013>
57. Nagahama I, Santiago S. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. *Acta paul. enferm.* [internet]. 2008[citado el 16 de marzo del 2012]; 21(4):609-615. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400012>
58. Araújo Moraes S Teixeira de. Humanização da assistência materno-neonatal: uma contribuição à sua implantação [Tesis Doctoral]. Brasil: Universidad de São Paulo; 2005.
59. Kotaka F, Pacheco M, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública* [internet]. 1997. [citado el 10 de julio del 2012]; 31(2):171-7. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n1/2188.pdf

60. Rocha J, Novaes P. Una reflexión a los 23 años de las recomendaciones de la OMS para el parto normal. FEMINA. [internet]. 2010[citado el 23 de febrero 2012]; 38(3):119-26.
Disponible en:
www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=0001478pid=501007203201200120000200024&long=en.
61. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes técnico-institucionais; Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Revista Brasileira Saude Materno-Infantil [internet]. 2002 [citado el 12 de enero del 2012]. ; 2(1):69-71. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a11.pdf
62. Dos Reis A, Patrício Z. Aplicación de acciones preconizadas por el Ministerio de Salud para el parto humanizado en un hospital de Santa Catarina. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10(sup):221-30.
63. Larguía M. Proyecto de Maternidades Centradas en la Familia. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. [Internet]. 2000.[citado 20 de septiembre del 2013];19 (4): 190-192. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219408>.
64. Yañez S. De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. INCIHUSA – CONICET, Argentina. [Internet]. 2013. [Citado el 20 de septiembre del 2013]; 37, (1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA.2013.v37.n1.42568.
65. CLAP (OPS/OMS) y col. Metas a lograr en la atención materno-perinatal en Latinoamérica y el Caribe. Revista del Hosp. Mat. Inf. "R. Sardá". [Internet]. Argentina; 2004. [citado el 20 de septiembre del 2013]; 22(4):47-50. Disponible en: www.Redalyc.org/articulo.oa?id=91222402.
66. Larguía M, Lomuto C, González A. Guía para la Transformación de Maternidades Convencionales en Maternidades Centradas en la Familia. Buenos Aires, Ed. FUN. [Internet]. 2007. [citado el 10 de septiembre del 2013]. Disponible en: www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/maternidades.pdf

67. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Secretaría de Derechos Humanos. Derechos humanos de las mujeres en la Argentina: el camino hacia la igualdad, participación social y política, trabajo y salud [Internet]. Buenos Aires; 2012. [citado el 3 de septiembre del 2013]. Disponible en: www.derhuman.jus.gov.ar/publicaciones/pdfs/Mujeres.pdf.
68. Larguía M, González M, Solana C, Basualdo M, Pietrantonio E, Bianculli P, Esandi M. Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Conceptualización e Implementación del Modelo [Internet]. 2011[citado el 23 de septiembre del 2013]. Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf
69. Uriburu G, Mercer R, Romero M, Zamberlin M, Herrero B. Caso de buena práctica: Experiencia de desarrollo del modelo de atención de Maternidad Centrada en la Familia en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2008 [citado el 30 de agosto del 2013]. Disponible en: www.publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub63.pdf
70. Mohedano M. Maternidad Centrada en la Familia. Encuentro de derechos y evidencia científica ¿Es posible su implementación? Factores obstaculizadores y facilitadores. [Tesis Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social]. San Miguel de Tucumán: 2006.
71. Magnone N. Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización [Tesis de Maestría en Sociología]. Uruguay: Facultad de Ciencias Sociales; 2010.
72. Felitti K. NUEVAS FORMAS DE ATENCIÓN DEL PARTO EN LA ARGENTINA DE LOS AÑOS SESENTA Y SETENTA: DEBATES Y EXPERIENCIAS. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras. [Internet]. 2010 [citado el 30 de septiembre del 2013]. Disponible en: www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/FelittiKarina.pdf
73. Grieco A. PARIR Y NACER EN EL AÑO 2008 ¿HACIA DONDE VAMOS?. Revista de Medicina y Sociedad. [Internet]. Argentina; 2008. [citado el 20 de Agosto del 2013]; **28**

(2) . Disponible en:

www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/20_junio2008/art_parir.htm

74. Grimberg M. Mesa Redonda Sobre Géneros Y Salud Organizada y coordinada por el Área de Géneros. Equipo de Educación Popular - Pañuelos en Rebeldía II CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS. U.P.M.P.M [Internet]. Argentina; 2003. [citado el 28 de Agosto del 2013]; Disponible en: www.panuelosenrebeldia.com.ar/content/view/187/254/
75. SADLER M. “ASÍ ME NACIERON A MI HIJA” Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. [Tesis para obtener el título de Antropóloga Social]. [Internet].Chile: Facultad de Ciencias Sociales de Santiago; 2003. [citado el 18 de Agosto del 2013]; Disponible en: [_www.pasa.cl/.../Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos](http://www.pasa.cl/.../Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos).
76. Lorenzo C. Feminismos, estudios de género y sexualidades. Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho. Instituto de Investigaciones Gino Germani VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. [Internet]. Buenos Aires: FSOC-UBA; 2013. [citado el 18 de septiembre del 2013]; Disponible en: jornadasjovenesiigg.sociales.uba.ar/files/2013/10/eje8_lorenzo.pdf
77. Merhy, E.E. Salud, Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
78. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires. Lugar; 2009.
79. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Avargues M. L'evaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. Revue Epidemiologie et Santé Publique 2000; 48:517-539.
80. Vieira da Silva L. Avaliação da qualidade de programas e ações de Vigilância Sanitária. Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador EDUFBA 2009:219-237.

81. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003.
82. Donabedian A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine 1990; 114(11):1115-8.
83. Souza Minayo MC. Investigación social: teoría, método y creatividad. -2da. Ed.- Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012.
84. Aguirre H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México. [Internet].1990 [citado el 23 de diciembre del 2011]; 32:170-180. Disponible en: www.Redalyc.org/articulo.oa?id=10632208

GLOSARIO

Amniotomía: Ruptura del membranas que cubre el feto y contiene líquido amniótico.

Analgesia epidural: Técnica anestésica regional que consiste en la inyección de anestésicos locales en el espacio epidural, adyacente a la médula espinal.

Cateterización de vejiga: El cateterismo vesical o uretral es la introducción de una sonda, a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos.

Episiotomía: Incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el perineo.

Ergometrina: Es un fármaco que se utiliza para la prevención y tratamiento de la hemorragia uterina posparto o posaborto debido a la atonía o subinvolución uterinas.

Monitoreo fetal intermitente: Es un procedimiento no invasivo por medio del cual se obtiene información acerca de la frecuencia cardiaca fetal a través de la pared abdominal materna por medio de un estetoscopio de Pinard, en forma intermitente durante el trabajo de parto y parto normal.

Monitoreo fetal electrónico: Es un procedimiento no invasivo por medio del cual se obtiene información acerca de la frecuencia cardiaca fetal y la actividad uterina a través de la pared abdominal materna por medio de dos electrodos, registrándose en un papel especial de gráfica

Oxitocina: Es una hormona que se libera en grandes cantidades tras la distensión del cérvix uterino y la vagina durante el parto, así como en respuesta a la estimulación del pezón por la succión del bebé, facilitando por tanto el parto y la lactancia.

Partograma: es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados curso del trabajo de parto.

Pelvimetría por Rx: Exploración radiográfica utilizada para determinar las dimensiones de los huesos de la pelvis en una mujer embarazada, se realiza cuando existen dudas sobre el paso de la cabeza con seguridad a través de la pelvis durante el parto

Posición de litotomía: Posición que adopta el paciente en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas, y los muslos en abducción y rotación externa.

Puerperio: Período de tiempo que media entre la expulsión del feto y placenta, y el retorno del organismo femenino a las condiciones normales previas al embarazo.

Preeclampsia: Es el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la 20a semana de gestación.

Retención placentaria: Persistencia de un fragmento de placenta en la cavidad uterina, después del parto; puede provocar hemorragias e infección.

APÉNDICES

APÉNDICE A-	Entrevista al personal de salud.....	90
APÉNDICE B-	Entrevista a usuarias.....	91
APÉNDICE C-	Comité de Bioética de la provincia de Neuquén.....	92
APÉNDICE D-	Consentimiento Informado.....	93

Entrevista al personal de salud a todos los Tocoginecólogos/as y al 50% de las Enfermeras/ as que participan del cuidado del trabajo de parto y parto del servicio de Tocoginecología, del hospital Dr. Natalio Burd, de la localidad de Centenario, Neuquén.

Encuesta N° Sexo: Edad: Tiempo en el servicio: Profesión:

1-¿Observan diferencias entre los partos de mujeres que están acompañadas, de aquellas que no están acompañadas?

2-¿Utiliza algún tipo de guía como referencia para la atención del parto normal?

3-¿Conoce recomendaciones a nivel de la provincia de Neuquén sobre este tema?, ¿podría comentarme sobre su contenido y su implementación en la práctica cotidiana?

4-¿Cuáles serían los reclamos más frecuentes respecto de los resultados de las prácticas realizadas habitualmente?

5-¿A qué remite para Ud. la idea de cuidado durante el trabajo de parto y parto normal?

6-¿Encuentra diferencias entre las nociones de atención y cuidado?

7-¿Hay espacios y/o momentos de encuentro entre los trabajadores del servicio para la discusión y/o reflexión sobre las prácticas de trabajo desarrolladas?

8-¿Cómo podría describir una buena calidad del cuidado del trabajo de parto y parto normal?

10-Para usted, ¿Qué nivel de cuidado ofrece este servicio de Tocoginecología y por qué?

11- Como trabajador de salud, ¿encuentra cosas que merecerían ser cambiadas durante el cuidado del trabajo de parto y parto normal?

Entrevistas a usuarias del servicio de Tocoginecología del hospital Dr. Natalio Burd, de la localidad de Centenario, Neuquén.

Entrevista N°

Edad:

N° de partos previos al actual.

1-¿Cuáles eran los temas que más hablaban con su médico, con respecto al trabajo de parto y parto?

2-¿Cómo se sintió tratada durante el ingreso a la maternidad durante el parto y parto?

3-¿Considera que las preguntas que realizó durante el trabajo de parto y parto, fueron respondidas de un modo satisfactorio?

4-¿Alguna situación durante el trabajo de parto y parto la hizo sentir incómoda?, ¿porqué?

5-¿Se sintió invadida en su intimidad, en algún momento durante el trabajo de parto o parto, por el personal de salud?

6-¿Quién la acompañó durante el trabajo de parto sin considerar al personal de salud? y a esta persona acompañante. ¿Quién la eligió para estar en ese momento?

7-¿Utilizó alguna estrategia y/o práctica especial durante el trabajo de parto y parto para relajarse?

8-¿Cuáles fueron las posiciones en las que se sentía más cómoda durante el trabajo de parto?

9- ¿Pudo amamantar a su bebé, recién nacido?

10-¿Cómo fue su relación con el personal de enfermería?

11-¿Y con el/los médico/s que la atendieron?

12-¿Usted cambiaría alguna situación que vivió durante el trabajo de parto o parto, si es así, cuál y porqué?

14-¿Volvería a este servicio de Tocoginecología? ¿Por qué?

15-¿Considera que el Servicio debería modificar alguna práctica de las observadas durante el trabajo de parto?

Referencia: CAIBSH – E/ RESP. ESTUDIO “Evaluación de la calidad del cuidado del parto normal, desde la perspectiva de la humanización del parto,…” RIS N°12.00.12.-

Neuquén, 20 de julio de 2012.

A la Sra. Investigadora principal

Dra. SILVIA LUSARDI

S/ DESPACHO

Nos dirigimos a UD. y por su intermedio a la Sra. Subsecretaria de Salud Dra. Cecilia Tamburini para informarle que esta Comisión, en reunión del 30 de agosto de 2012, ha decidido aprobar el **Protocolo “Evaluación de la calidad del cuidado del parto normal, desde la perspectiva de la humanización del parto, en el hospital de área de Centenario (HC), Neuquén, durante el período 2011 al 2012”**.

Quedamos a su disposición para cualquier consulta que nos desee realizar.

Sin más la saludamos a usted muy atentamente.

**Comisión Asesora en Investigación
Biomédica en Seres Humanos, CAIBSH.
Área de Bioética – DPCG.
Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén
NOTA N°148/2012.-**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El título de este estudio es “Evaluación de la calidad del cuidado del parto normal, desde la perspectiva de la humanización del parto, en el hospital de área de Centenario (HC), Neuquén, en el período 2011 al 2012”

A través de este estudio se evalúa la calidad del cuidado del parto normal, considerando los procedimientos médicos que se llevan a cabo durante el cuidado del mismo y comparándolos con los enunciados por la Organización Mundial de la Salud, a través de análisis de Historias Clínicas de mujeres que realizaron su parto normal en este servicio durante el año 2011; como así también evalúa la relación profesional-paciente durante el trabajo de parto y parto, y la percepción de la calidad de ese cuidado, realizando entrevistas a las mamás que han tenido su hijo por parto normal en el servicio de Tocoginecología del Hospital Centenario y que permanecen todavía internadas cumpliendo sus 48hs posparto; y a los profesionales médicos y enfermeros que se encuentran a cargo del cuidado del trabajo de parto y parto. Se invita a participar en forma voluntaria a esta investigación respondiendo a la entrevista como mamá reciente o profesional de este servicio de Tocoginecología. Puede tomarse el tiempo necesario antes de la toma de una decisión para responder; y consultar si así lo desea con su familia, amigos y médico de cabecera y/o de su confianza.

En este estudio se incluyen a todas las mamás que tengan su bebé por parto normal en este servicio, durante el mes de septiembre del corriente año, a todos los profesionales de salud que realizan partos en este mismo servicio y que se encuentren en actividad en este período de tiempo. (Aproximadamente de 40 púérperas y 20 trabajadores de la salud).

Se deja explícito el derecho que tiene de participar voluntariamente en este trabajo de investigación y de retirarse del mismo en el momento que así lo desee, sin dar explicaciones y sin afectar la ulterior atención médica adecuada, ni la relación con el resto del servicio.

Se informa a todos los participantes de esta investigación de que se garantizará su derecho a la confidencialidad en el transcurso de la misma, a través del anonimato de los entrevistados y el uso de pseudónimos en el caso del análisis de los contenidos de las entrevistas.

Este estudio no es financiado por ninguna empresa, y es patrocinado por la Universidad Nacional de Lanús, en el ámbito de la formación médica en la investigación, no recibiendo remuneración por este estudio.

Los resultados del estudio se enviarán por CD y una copia por escrito al Director del Hospital y a los trabajadores de salud del servicio de Tocoginecología. Y a cada mujer que

realizó voluntariamente las entrevistas, por escrito cuando regresan al control del puerperio o control de su bebé, a través del servicio de estadística, y si no regresan a este servicio se localizarán en sus domicilios.

Para obtener más información en relación al estudio; contactarse con el investigador, Silvia Lusardi, (03462- 15525217), o al Comité de Ética de Investigación y de la CAIBSH. Ant. Argentina y Colón – Edif. CAM 1 – Neuquén CP (8300) – Tel: 4495590 int. 7550 – areabioetica@yahoo.com.ar

Fecha:

Firma entrevistadora

Firma entrevistado

ANEXO

ANEXO A-	Características del Hospital Dr. Natalio Burd, Centenario, Neuquén.....	96
ANEXO B-	Guía práctica para el cuidado del parto normal de la OMS.....	98 4
ANEXO C-	Historia clínica Materno Perinatal.....	149

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL DR. NATALIO BURD

El Hospital Dr. Natalio Burd ubicado en la zona Oeste de la Ciudad de Centenario, perteneciente a la red de Servicios de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, inauguró nuevo edificio y cambió de complejidad (IV a VI) en el año 2005.

Es cabecera de la franja norte de la zona Sanitaria I, siendo en consecuencia responsable de la asistencia sanitaria del área programa del actual hospital y referente zonal de los siguientes establecimientos: Hospital de Área San Patricio del Chañar, Centro de Salud Añelo y Hospital de Área Rincón de los Sauces.

Como parte de la red pública provincial este hospital tiene como referente de siguiente nivel de complejidad al Hospital Provincial Neuquén (HPN)). Con ese mismo criterio de pertenencia a la red pública este hospital es requerido para descomprimir a otros establecimientos cercanos en situaciones de excepción.

Es un Hospital General de mediano riesgo según las taxonomías sanitarias modernas (PNGCAM. Programa Nacional de Garantía de la Calidad en la Atención Médica), Medicina General es la especialidad integradora de la organización, buscando aportar visión integral y continuidad al proceso de atención, contribuyendo con la atención y seguimiento personalizado de pacientes y familias.

Cuenta con las siguientes especialidades y disciplinas: Medicina general, Clínica Médica, Pediatría y Neonatología, Toco ginecología, Cirugía general, Anestesiología, Salud Mental (Psicología y Psiquiatría), Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Salud Laboral, Rehabilitación, Odontología, Kinesiología, Farmacia, Servicio social, Nutrición y Fonoaudiología, Laboratorio con actividades de hemoterapia y Diagnóstico por imágenes (Radiología y Ecografía).

La atención ambulatoria cuenta con atención por consultorio externo, visitas programadas y atención de la emergencia (Servicio de Guardia Permanente).

La atención en internación por cuidados progresivos, dispone de dos sectores de internación: uno destinado a pacientes adultos que requieran internación en Clínica Médica, Cirugía, Ginecología y otras especialidades en planta alta; y otro sector, planta baja, destinado a materno-infancia que incluye madres y niños desde recién nacidos hasta 14 años de edad.

El uso de las unidades de internación es flexible evitando derechos de propiedad rígidos y tiene un perfil claramente orientado al paciente agudo (menos de 30 días de internación),

promoviendo estancias cortas con alto giro de cama. Se encuentran dos servicios terciarizados, el servicio de limpieza y servicio de cocina. (74-5)

CUIDADOS EN EL PARTO

NORMAL:

UNA GUÍA PRÁCTICA

Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Ginebra. 1996

Departamento de Investigación y Salud Reproductiva

CUIDADOS EN EL PARTO

NORMAL:

UNA GUÍA PRÁCTICA

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Preámbulo

1.2 Antecedentes

1.3 Enfoque de los riesgos en los cuidados durante embarazo

1.4 Definición de Parto Normal

1.5 Objetivos en el cuidado del Parto Normal, tareas del personal sanitario

1.6 El personal sanitario en el Parto Normal

2. ASPECTOS GENERALES DEL CUIDADO DURANTE EL PARTO

2.1 Evaluación del bienestar materno durante el parto

2.2 Procedimientos de rutina

2.3 Alimentación

2.4 Lugar del parto

2.5 Apoyo en el parto

2.6 Dolor durante el parto

2.6.1 Métodos no-farmacológicos de alivio del dolor

2.6.2 Métodos farmacológicos de alivio del dolor

- 2.7 Monitorización fetal durante el parto
 - 2.7.1 Evaluación del líquido amniótico
 - 2.7.2 Monitorización del latido cardíaco fetal
 - 2.7.3 Análisis de sangre del cuero cabelludo del feto
 - 2.7.4 Comparación entre auscultación y monitorización electrónica fetal
- 2.8 Limpieza
- 3. CUIDADOS DURANTE LA PRIMERA FASE DEL PARTO
 - 3.1 Evaluación del comienzo del parto
 - 3.2 Posición y movimientos durante la fase de dilatación
 - 3.3 Examen vaginal
 - 3.4 Seguimiento del progreso del parto
 - 3.5 Prevención del parto prolongado
 - 3.5.1 Amniotomía temprana
 - 3.5.2 Infusión intravenosa de oxitocina
 - 3.5.3 Administración intramuscular de oxitocina
- 4. CUIDADOS DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO
 - 4.1 Revisión de la fisiología
 - 4.2 El comienzo de la segunda fase del parto
 - 4.3 El comienzo de los pujos maternos durante la segunda fase del parto
 - 4.4 El proceso del pujo durante la segunda fase del parto
 - 4.5 Duración de la segunda fase del parto
 - 4.6 Postura materna durante la segunda fase del parto
 - 4.7 Cuidados del periné
 - 4.7.1 “Protegiendo el periné” durante el nacimiento
 - 4.7.2 Desgarros perineales y episiotomía
- 5. CUIDADOS DURANTE LA TERCERA FASE DEL PARTO
 - 5.1 Antecedentes
 - 5.2 Uso profiláctico de oxiócicos
 - 5.3 Tracción controlada del cordón
 - 5.4 Manejo activo frente a manejo expectante de la tercera fase del parto
 - 5.5 Momento de pinzar el cordón
 - 5.6 Cuidados inmediatos del recién nacido
 - 5.7 Cuidados de la madre inmediatamente después del alumbramiento de la placenta
- 6. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN EL PARTO NORMAL

- 6.1 Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas
- 6.2 Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas
- 6.3 Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- 6.4 Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PREÁMBULO

A pesar del considerable debate y estudios realizados a lo largo de muchos años, el concepto de “normalidad” en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado. En las últimas décadas se ha observado una rápida expansión en el desarrollo y uso de un abanico de prácticas diseñadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos, y, en ocasiones, para racionalizar los protocolos de trabajo en el parto institucionalizado. En los países desarrollados, en donde estas prácticas se han generalizado, se está empezando a cuestionar el valor de estos grados tan altos de intervencionismo. Al mismo tiempo, los países en desarrollo están intentando que toda mujer tenga la posibilidad de un parto seguro. La adopción, sin consulta previa, de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, además, con frecuencia pobremente evaluadas, constituye un riesgo que corren muchos de los que tratan de mejorar los servicios de maternidad. Después de establecer una definición elaborada de “Parto Normal”, este estudio identifica las prácticas más comunes empleadas durante el parto e intenta establecer algunos criterios de buena práctica para un parto y nacimiento sin complicaciones. El informe trata temas de la atención en un parto normal independiente del lugar o nivel de atención. Las recomendaciones acerca de aquellas intervenciones que deberían ser utilizadas para favorecer el proceso del parto normal, no son específicas para un país o una región. Para este tipo de partos, existen grandes diferencias en todo el mundo en cuanto al lugar y nivel de atención, la sofisticación de los servicios disponibles y la categoría del personal sanitario. El objetivo de este informe es simplemente examinar la evidencia a favor o en contra de algunas de las prácticas más comunes y establecer recomendaciones, basándose en la evidencia más razonada disponible, para emplearlas en la atención al parto normal. En 1985, en una reunión de la OMS para la Región Europea, la Oficina Regional de América, junto con la Organización Panamericana de la Salud que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, se establecieron una serie de recomendaciones

basadas en una serie de prácticas similares (WHO 1985). A pesar de esto, y del rápido incremento de la importancia del uso de la medicina basada en la evidencia o pruebas, muchas de estas prácticas siguen siendo comunes, sin la debida consideración de su valor para las mujeres o sus recién nacidos. Esta es la primera vez que una reunión en la que participaban expertos en nacimientos procedentes de todas las regiones de la OMS, ha tenido la oportunidad de aclarar, a la luz del conocimiento actual, el lugar que consideran que deben ocupar estas prácticas en la atención al parto normal.

Después de analizar las evidencias, el grupo de trabajo clasificó sus recomendaciones acerca del Parto Normal en cuatro categorías:

- A. Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- B. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.
- C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- D. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

1.2 ANTECEDENTES

El primer asunto a aclarar es el sentido en el cual se usa la expresión “parto natural” en este informe (ver punto 1.4.). Es vital ser específico en esto, si queremos evitar interpretaciones erróneas. Una afirmación muy frecuente es aquella que dice que “Un nacimiento sólo puede ser declarado normal retrospectivamente”. Esta opinión general condujo a obstetras de muchos países a afirmar que el cuidado durante un parto normal debiera ser similar al cuidado de un parto complicado. Este concepto tiene serias desventajas: ofrece la posibilidad de que un acontecimiento fisiológico normal se convierta en un procedimiento médico; interfiere con la libertad de la mujer a experimentar el nacimiento de sus hijos a su manera y en el sitio que ella elija; conlleva intervenciones innecesarias y su aplicación requiere de un número muy elevado de parturientas en hospitales técnicamente bien equipados con el consiguiente costo.

El fenómeno mundial de la creciente emigración a la ciudad, está haciendo que muchas más mujeres estén dando a luz en unidades obstétricas, tengan partos normales o complicados. Existe una tentación de tratar todos los partos rutinariamente con el mismo alto grado de intervencionismo tanto si son complicados como sino. Esto, lamentablemente, tiene una serie de efectos negativos, algunos de ellos con seria simplificaciones y que van desde el mero costo del tiempo, formación y equipo requerido por los numerosos métodos utilizados,

hasta el hecho de que muchas mujeres rehúyan pedir la ayuda que necesitan debido al alto grado de intervencionismo. Las mujeres y sus hijos pueden resultar dañados por prácticas innecesarias. El personal en instalaciones especializadas puede llegar a no poder atender a mujeres muy enfermas que necesitan toda su atención y experiencia por servir al gran número de nacimientos normales que se presentan, perdiendo su función. A su vez, estos nacimientos normales son tratados generalmente con “protocolos estandarizados” que únicamente encuentran su justificación en la atención a mujeres con complicaciones en el parto.

Este estudio no es un alegato a favor de ningún tipo de parto y por ello admite la existencia de diversos lugares, desde el domicilio hasta centros alternativos, dependiendo de la disponibilidad y necesidad. Simplemente intenta identificar lo que constituye el cuidado en un parto normal, donde sea que tenga lugar. El punto de partida para lograr un parto seguro, es decir, la evaluación del riesgo, requiere un estudio especial del mismo, pero es necesaria una breve introducción del concepto antes de discutir los componentes del cuidado durante el parto.

1.3 ENFOQUE DE LOS RIESGOS EN LOS CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

Una valoración de la necesidad y de lo que puede llamarse “posibilidades de parto” es la base para tomar una decisión sobre el parto, el principio de todo buen cuidado desde hace décadas, lo que se conoce como “enfoque de riesgos” ha determinado decisiones acerca de parto, el lugar, su tipo y las personas que lo asisten (Enkin 1994). El problema con muchos de estos sistemas es que han catalogado a un desproporcionado número de mujeres como “de riesgo”, con la posibilidad de que acaben teniendo un alto grado de intervencionismo durante el parto. Otro problema añadido es que, a pesar de una escrupulosa clasificación, el enfoque de los riesgos falla significativamente a la hora de identificar muchas de las mujeres que de hecho necesitarán asistencia para un parto complicado. Así mismo, muchas de las mujeres etiquetadas de “alto riesgo” tendrán partos perfectamente normales. No obstante, es fundamental alguna forma de evaluación inicial y progresiva de probabilidad de la mujer de tener un parto normal, para evitar y/o identificar el comienzo de complicaciones y las decisiones que habrá que tomar para proporcionar la asistencia adecuada. Este estudio, por lo tanto, comienza con la cuestión del examen de la mujer que se embarca en un embarazo. El examen de los factores de riesgo empieza durante el período prenatal. Puede conseguirse simplemente determinando la edad materna, estatura, paridad, preguntando acerca de complicaciones obstétricas, como muertes fetales intrauterinas previas o cesáreas, y buscando posibles anomalías en el presente embarazo como pre-eclampsia, embarazo múltiple,

hemorragia ante-parto, o anemia severa. (De Groot et al 1993). La evaluación del riesgo también puede diferenciar más ampliamente entre factores individuales de riesgo y niveles de asistencia (Nasah 1994). En Holanda, se ha elaborado una lista de indicaciones médicas para seguimiento especializado distinguiendo entre riesgo bajo, medio y alto (Treffers 1993). En muchos países e instituciones donde se ha realizado una distinción entre embarazos de bajo y alto riesgo se utilizan listas comparables.

La efectividad de un sistema de evaluación de riesgo se mide por su capacidad de discriminación entre mujeres de alto y bajo riesgo, esto es por su sensibilidad, especificidad, y valores predictivos positivos y negativos (Rooney 1992). Es difícil de obtener cifras exactas de las prácticas discriminatorias de estos sistemas de evaluación de riesgo, pero podemos concluir, gracias a los informes disponibles, que una diferenciación razonable entre embarazos de bajo y alto riesgo puede llevarse a cabo en países desarrollados y por desarrollar (Van Alten et al 1989, De Groot et al 1993). Definir riesgos obstétricos por factores demográficos como paridad y edad materna tiene baja especificidad, y por ello resultan muchos embarazos no complicados tildados como de alto riesgo. La especificidad de las complicaciones en la historia obstétrica o en el embarazo actual es mucho mayor. Sin embargo, incluso un cuidado antenatal de alta calidad y un buen enfoque de los riesgos no pueden sustituir un adecuado seguimiento de la madre y el feto durante el parto.

La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, sino que es un procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de referir a la mujer a un nivel de cuidado más especializado.

Durante el periodo antenatal se debe hacer un plan, bajo una valoración documentada, que identifique claramente donde y por quién va a ser atendido el parto. Este plan debe ser preparado conjuntamente con la gestante y hacérselo saber a su marido/compañero. En muchos países es preferible que el plan también lo conozca la familia, ya que ellos toman finalmente las decisiones importantes. En otro tipo de sociedades con otro tipo de reglas sociales, se aconseja la confidencialidad, ya que sólo la mujer puede informar a su familia de tales decisiones. El plan debe estar disponible una vez que la mujer se pone de parto. En ese momento se reevalúa el grado de riesgo, incluyendo un examen físico que asegure el bienestar de la madre y su hijo, la presentación y disposición del bebé, y la presencia de pródromos de parto. Si no han existido cuidados antenatales, la matrona debería realizar un examen de riesgos en el primer contacto durante el parto. Los partos de bajo riesgo comienzan entre las

semanas 37 a 42 completas. Si no se identifican factores de riesgo, el parto puede ser considerado como de bajo riesgo.

1.4 DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL

Al definir Parto Normal se han de tomar en consideración dos factores: el estado de riesgo del embarazo y el curso del parto y del nacimiento. Como ya hemos comentado, el valor predictivo de puntuar el riesgo está muy lejos del 100% - una gestante que se supone de bajo riesgo cuando comienza el parto puede en cualquier momento tener un parto complicado. Por otra parte, muchas gestantes catalogadas de alto riesgo tienen un parto y alumbramiento exentos de complicaciones. En este estudio nuestro objetivo primario es el gran grupo de embarazos de bajo riesgo. Definimos Parto Normal como: comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. Sin embargo, como el parto y alumbramiento de muchas gestantes catalogadas como de alto riesgo tienen un curso normal, numerosas recomendaciones de este estudio pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres. Acorde con esta definición, ¿cuántos partos pueden considerarse normales? Depende enormemente de las valoraciones de riesgo y los criterios locales. Estudios acerca de “cuidados alternativos antenatales” en países desarrollados muestran un porcentaje de cambio de criterio durante el parto de un 20%, mientras que una cantidad similar de mujeres lo experimentan durante el embarazo. En multíparas, el índice de cambios es mucho menor que en nulíparas (MacVicar et al 1993, Hundley et al 1994, Waldenström et al 1996). En estos estudios, la evaluación de riesgo es cuidadosa y conservadora, lo que supone que se cambia de criterio, es decir, de tratamiento, a muchas mujeres que acabarían con un parto que hubiera transcurrido normalmente. Con otros parámetros, el número de cambios de criterio podría ser menor. En Kenia se demostró que el 84,4% de los partos no tuvieron complicaciones (Mati et al 1983). Generalmente entre un 70 a 80 % de todas las gestantes se pueden considerar como de “bajo riesgo” al comienzo del parto.

1.5 OBJETIVOS EN EL CUIDADO DEL PARTO NORMAL, TAREAS DEL PERSONAL SANITARIO.

El objetivo del cuidado es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que:

En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.

Las tareas del personal sanitario son cuatro:

1. Animar a la mujer, su compañero y familia durante el parto, el alumbramiento y el periodo posparto.
2. Observar a la parturienta: monitorizar la condición fetal y la del niño después del nacimiento; evaluar los factores de riesgo; detectar problemas de forma temprana.
3. Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarias, como amniotomía y episiotomía; cuidar del niño después del nacimiento.
4. Trasladar a la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado. Esta descripción asume que se puede acceder fácilmente a un nivel superior de asistencia. En muchos países, este no es el caso; se necesitan regulaciones especiales que permitan a los sanitarios de atención primaria realizar tareas de salvación de vidas. Esto supone una formación adicional y adaptación de la legislación para respaldar al sanitario en estas tareas. También implica un acuerdo entre el personal sanitario en lo que respecta a sus responsabilidades (Kwast 1992, Fathalla 1992)

1.6 EL PERSONAL SANITARIO EN EL PARTO NORMAL

La persona que atiende al parto debería ser capaz de cumplir las tareas de la matrona como se ha dicho anteriormente. El o ella deben tener una experiencia adecuada y unas aptitudes apropiadas al nivel de servicio. Por lo menos éstas deberían ser suficientes para que la matrona identifique factores de riesgo, reconozca el inicio de complicaciones, lleve a cabo observaciones de la madre y monitorice la condición del feto y del niño después del nacimiento. La persona que asiste el parto debe ser capaz de llevar a cabo intervenciones básicas esenciales y de cuidar al niño después del nacimiento. El o ella deberían ser capaces de cambiar el tratamiento o criterio seguido y llevar a la mujer o niño a un especialista, si detecta complicaciones que requieren de intervención, las cuales van más allá de su competencia. Por último, pero no por ello menos importante, el asistente al parto debe tener la paciencia y la actitud empática necesaria para apoyar a la mujer y a su familia. Donde sea posible la matrona debería proveer continuidad del cuidado durante el embarazo, nacimiento y el período puerperal, si no en persona por la vía de cuidado que haya sido establecida. Varios profesionales son aptos para acometer estas metas:

- El obstetra ginecólogo. Estos profesionales están ciertamente capacitados para afrontar los distintos aspectos técnicos de las numerosas tareas de la matrona. También tienen

la predisposición empática de ayudar. Generalmente los obstetras tienen que dirigir su atención hacia las mujeres de alto riesgo y el tratamiento de complicaciones serias. Ellos son normalmente los responsables de la cirugía obstétrica. Por experiencia y aptitud profesional son frecuentemente requeridos por las circunstancias especiales, para intervenir más frecuentemente que la matrona. En muchos países, especialmente en los desarrollados, el número de obstetras es limitado y están desigualmente distribuidos, con la mayoría de ellos ejerciendo en ciudades grandes. Su responsabilidad con el manejo de complicaciones mayores es muy probable que les deje no demasiado tiempo para asistir y animar a su mujer y familia durante la duración del parto y nacimiento normal.

- El médico de cabecera. La experiencia teórica y práctica en obstetricia de estos profesionales varía considerablemente. Ciertamente existen médicos de cabecera con experiencia que son capaces de completar las tareas de la matrona en cuidados primarios obstétricos y asimismo durante el parto normal. Sin embargo, para los médicos de cabecera la obstetricia representa una parte muy pequeña de su experiencia y tareas diarias, y por eso es difícil que estén al día. Los médicos de cabecera que trabajan en países en vías de desarrollo, a menudo invierten más tiempo a tratar temas obstétricos, con lo que tienen bastante experiencia, pero pueden encontrarse con más patologías obstétricas que partos normales.
- La matrona. La definición internacional de una matrona, de acuerdo con OMS, ICM (Confederación Internacional de Matronas) y la FIGO (Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos) es muy sencilla: si el programa educacional está reconocido por el gobierno que autoriza a la matrona a la práctica, esa persona es una matrona (Peters, 1995). Generalmente el o ella es una persona competente en obstetricia entrenado especialmente para el cuidado del parto normal. Sin embargo, existen amplias diferencias entre países con respecto a la formación y las tareas de las matronas. En muchos países industrializados las matronas trabajan en hospitales bajo supervisión de obstetras. Esto significa que el cuidado en el parto normal corre a cargo del departamento de obstetricia y se ve así sometido a sus mismas reglas y protocolos con poca distinción entre embarazos de alto y bajo riesgo. La definición internacional de matrona pretende dar a conocer que existen diferentes programas de formación. Estos incluyen la posibilidad de formación como comadrona sin ninguna titulación previa en enfermería, lo que se conoce habitualmente como “entrada directa”.

Este tipo de formación existe en muchos países, y está teniendo un gran auge, tanto por parte de los gobiernos como de las aspirantes a comadronas (Radford y Thompson 1987).

La entrada directa en un programa de comadronas, con una completa formación en obstetricia y temas relacionados, como pediatría, planificación familiar, epidemiología, etc., ha sido reconocida tanto como rentable como específicamente enfocada a las necesidades de la mujer embarazada y su recién nacido. Más importante que el tipo de preparación para la práctica ofrecida por cualquier gobierno, es la competencia y capacidad de la comadrona para actuar de forma decisiva e independiente. Es vital, por lo tanto, garantizar que cualquier programa de formación para comadronas proteja y fomente la capacidad de las comadronas para llevar a cabo la mayoría de los partos, averiguar el riesgo y, cuando sea necesario, según disponibilidad local, atender las complicaciones del parto cuando se presenten (Kwast 1995, Peters 1995, Treffers 1995). En muchos países en vías de desarrollo, las comadronas actúan en la comunidad y centros de salud, así como en hospitales, a menudo con poco o ningún apoyo supervisor. Se están haciendo esfuerzos para fomentar un papel más amplio de las comadronas, incluida su capacidad de salvar vidas en muchos países y en muchas partes del mundo (Kwast 1992, O'Heir 1996)

Personal auxiliar y TBA formados (comadronas tradicionales): en países en desarrollo que poseen poco personal cualificado para asistir partos en pueblos y centros de salud, éstos son llevados a cabo muchas veces por personal auxiliar, como enfermeras, matronas de área rural o comadronas tradicionales (Ibrahim 1992, Alisjhabana 1995). Bajo ciertas circunstancias, es una situación inevitable. Estas personas tienen al menos cierta experiencia y habitualmente proveen los servicios básicos para el trato de la maternidad en la periferia. El desenlace del embarazo y del parto puede mejorar gracias a sus aptitudes, especialmente si son supervisadas por matronas expertas (Kwast 1992).

Sin embargo, para una completa realización de todas las tareas detalladas anteriormente, su experiencia es frecuentemente insuficiente y su práctica profesional puede verse condicionada por valores y normas culturales y tradicionales que pueden llegar a alterar la efectividad de su formación. Pese a todo esto, es precisamente esta identificación cultural la que provoca que muchas mujeres las elijan como matronas, especialmente en áreas de ámbito rural (Okafor y Rizzuto 1994, Jaffre y Prual 1994). De lo dicho hasta ahora, se deduce que la matrona es la profesional más apropiada y económica, para ser asignada al cuidado de un embarazo y de un parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones. Entre las recomendaciones de la Asamblea General del XIII Congreso de la FIGO de Singapore 1991, están:

- Para hacer los cuidados obstétricos más accesibles a la mujer gestante, estos deberían acontecer al nivel más periférico posible que sea seguro y viable.
- Para mejorar el uso de los recursos humanos disponibles, cada función del cuidado materno debería ser llevado a cabo por la persona de menor preparación capaz de proveer el cuidado de una forma segura y efectiva.
- En muchos países, las matronas y enfermeras de áreas rurales que desarrollan su actividad profesional en centros de salud pequeños, necesitan un nivel más elevado de apoyo, si van a ser las encargadas del cuidado obstétrico de la comunidad. Estas recomendaciones señalan a las matronas como las profesionales idóneas para el cuidado obstétrico en poblaciones pequeñas, pueblos y en los hogares, y quizás también en los hospitales (OMS 1994). Las matronas son las profesionales más apropiadas para encargarse de los cuidados y atenciones necesarias en el parto natural. Sin embargo, en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo, las matronas o no existen o simplemente trabajan en grandes hospitales donde sirven de meras ayudantes a los obstetras. En 1992, el comité de salud del parlamento británico publicó un estudio sobre los servicios de maternidad. Entre otras cosas, se recomendaba que las matronas deberían asumir total responsabilidad en el cuidado de la mujer gestante; así mismo, deberían tener la oportunidad de crear unidades llevadas por matronas dentro y fuera de los hospitales (House of Commons 1992). A este informe le siguió otro llamado “Cambiar el parto” realizado por un grupo de expertos en partos (Expert Maternity Group, Dept of Health 1993) con recomendaciones similares. Estos documentos han sido los primeros pasos hacia una independencia profesional de las matronas en Gran Bretaña. En algunos países europeos, las matronas son totalmente responsables del cuidado de la gestante y de su parto, ya sea en el hospital o en casa. Por el contrario en muchos otros países europeos y en los Estados Unidos, casi todas las matronas (si existen) trabajan en un hospital y se encuentran bajo la supervisión de los obstetras. En muchos países en desarrollo, la matrona es considerada como la persona vital para el cuidado de la mujer gestante (Mati 1994, Chintu y Susu 1994). Sin embargo esto no sucede en todos, ya que algunos tienen déficit de matronas. Especialmente en Latinoamérica, las escuelas de matronas se han ido cerrando, con la suposición de que los médicos se harían cargo de sus obligaciones. En algunos países el número de matronas está descendiendo, y en los que todavía abundan, están mal distribuidas: la mayoría trabajan en los grandes hospitales de las ciudades y no en áreas rurales donde vive el 80% de la población y consiguientemente donde más problemas acontecen (Kwast y Bentley 1991, Kwast 1995). Se recomienda la formación de nuevas matronas y que se sitúen en

lugares accesibles a mujeres y hombres de zonas rurales donde pueden mantener el contacto con las comunidades de donde proceden. Se recomienda que dicha formación sea enfocada a las necesidades de las distintas comunidades en las que van a trabajar. Deberían ser capaces de identificar complicaciones que requieran traslado de la paciente, pero si esto no es posible deberían estar formadas para llevar a cabo intervenciones de urgencia de cara a salvar la vida.

2. ASPECTOS GENERALES DE LOS CUIDADOS DURANTE EL PARTO

2.1 EVALUACIÓN DEL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO

Una vez la mujer se pone de parto, ésta contacta con su matrona o acude a un centro sanitario solicitando ayuda. La responsabilidad de la matrona o de la persona encargada del cuidado de la gestante se ha explicado anteriormente y la importancia del apoyo durante el parto se explica más adelante. Una vez el parto comienza, es vital una buena comunicación entre la mujer y su matrona, incluso si no se han conocido previamente. Durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno tanto físico como emocional debe evaluarse regularmente. Esto implica tomar la temperatura, pulso y tensión arterial, vigilar la ingesta de líquidos y diuresis, y evaluar el dolor y la necesidad de apoyo. El seguimiento ha de mantenerse durante todo el proceso del parto y nacimiento. La evaluación del bienestar materno, a su vez, incluye prestar atención a su privacidad, respetando su elección de acompañantes y evitando la presencia de personas no necesarias en el paritorio.

2.2 PROCEDIMIENTOS DE RUTINA

Una vez la mujer ha ingresado en el hospital, la preparación para el parto incluye varios procedimientos “rutinarios”, como la medición de la temperatura corporal, el pulso y tensión arterial, y un enema, seguido del rasurado total o parcial del vello púbico. Los tres primeros procedimientos, medición de la temperatura, pulso y tensión arterial, pueden tener implicaciones en el desenlace del parto y, por esto, es posible que influyan en la forma en que se maneja de parto. Estos procedimientos rutinarios no pueden ser excluidos, aunque deben explicarse a la gestante y su acompañante. La medición de la temperatura cada 4 horas, de acuerdo con la OMS, es importante, porque un incremento de ésta puede significar un primer indicio de una posible infección. Si fuera el caso, iniciar un temprano tratamiento, especialmente en caso de un parto prolongado con bolsa rota, permitiría evitar una sepsis. Otras veces puede ser una señal de deshidratación. Tomar la tensión arterial siguiendo estos

mismos intervalos permite también evaluar bienestar materno. Un aumento súbito de la tensión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializado. Los enemas se siguen usando con mucha frecuencia, porque se supone que estimulan las contracciones uterinas y porque un intestino vacío permite descender a la cabeza fetal. A su vez se cree que reducen la contaminación y riesgo de infección materna y del feto. Sin embargo, resultan incómodos y conllevan un cierto riesgo de dañar el intestino. Pese a todo esto, algunas mujeres siguen solicitando enemas. Dos estudios (Romney y Gordon 1981, Drayton y Rees 1984) realizados al azar demostraron que usando enemas la posibilidad de manchado con heces es la misma durante la fase de dilatación, pero se ve reducida en la segunda fase del parto. Sin enema el manchado es escaso y más fácil de limpiar que el inducido por el enema. No se detectaron efectos en la duración del parto, ni en el índice de infecciones neonatales ni del periné. Se presume que el rasurado del vello púbico (Johnston y Sidall 1922, Kantor et al 1965) reduce infecciones y facilita la sutura pero no hay evidencia que lo corrobore. La mujer experimenta molestias cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. El uso rutinario podría incluso aumentar el riesgo de infección por el virus del sida y de la hepatitis, ya sea a la mujer o a la matrona. En conclusión, la toma de la temperatura, pulso y tensión arterial son, más que intervenciones, observaciones y forman parte de la evaluación del parto. Resultan básicas en el cuidado del parto, ya que pueden ser determinantes de un cambio en el manejo de un determinado parto. Los dos últimos procedimientos, enemas y rasurado púbico, se vienen considerando innecesarios desde hace tiempo y no se deberían hacer a no ser que lo solicite la mujer. No existe documentación sobre los procedimientos rutinarios mencionados en el caso del parto en casa. Tampoco existen pruebas de que en casa la necesidad de ellos sea distinta a la de un hospital.

2.3 NUTRICIÓN

Los puntos de vista acerca de la nutrición durante el parto difieren enormemente entre una parte del mundo y otra. En los países desarrollados, el miedo a una aspiración de contenidos gástricos durante una anestesia general (síndrome de Mendelson) continúa justificando la norma del ayuno durante el parto. Para la mayoría de mujeres el ayuno prolongado durante el parto no supone ningún problema, pero muchas de ellas necesitan desesperadamente ingerir líquidos. En muchos países en desarrollo, y debido a creencias de tipo cultural, se les prohíbe cualquier ingesta de líquidos o sólidos durante el parto.

El miedo a que la ingesta de líquidos o sólidos durante el parto ponga a la mujer en riesgo de una aspiración del contenido gástrico durante una anestesia general es real y serio. Sin embargo, mantener una restricción de ingesta de comida o líquidos, no garantiza que el estómago vaya a estar vacío (Crawford 1956, Taylor y Pryse-Davies 1966, Roberts y Shirley 1976, Tettambel 1983, McKay y Mahan 1988). Diversos experimentos encaminados a reducir los contenidos estomacales o la acidez, ya sea por medios farmacológicos o reduciendo la ingesta, no han sido capaces de establecer un efecto positivo en el 100% de los casos con cualquiera de los métodos. El margen de los valores de pH encontrados fue amplio y, por ello, los expertos dictaminaron que la administración rutinaria de antiácidos durante el parto no puede asegurar la prevención del síndrome de Mendelson, así como tampoco el volumen de contenidos gástricos. El riesgo de aspiración está asociado con el riesgo de la anestesia general. Como no existe una garantía contra el síndrome de Mendelson, lo correcto de cara al parto sería una evaluación del riesgo de requerir una anestesia general. Una vez establecido, el parto natural puede llevarse adelante sin administración de antiácidos. Un parto requiere una cantidad enorme de energía. Como la duración del parto y nacimiento no pueden ser previstos, las fuentes energéticas deben estar garantizadas de cara a lograr el bienestar materno y fetal. Una restricción severa de fluidos puede conducir a una deshidratación y cetosis. Este problema, comúnmente se trata con una infusión intravenosa de glucosa y fluidos. Los efectos maternos de esta terapia han sido evaluados en numerosos estudios (Lucas et al 1980, Rutter et al 1980, Tarnow-Mordi et al 1981, Lawrence et al 1982). El aumento de los niveles de glucosa media parece venir acompañados de un aumento de los niveles de insulina materna. A su vez se acompañan de un incremento de los niveles de glucemia fetal lo cual puede conllevar un descenso del pH sanguíneo de la arteria umbilical. Si una parturienta recibe más de 25 gramos de glucosa intravenosa durante el parto, esto puede producir un hiperinsulinismo fetal, lo cual puede conducir a una hipoglucemia fetal y niveles sanguíneos elevados de lactato. El uso excesivo de soluciones intravenosas sin sal puede conducir a una hiponatremia, tanto en la madre como en el feto. Las complicaciones anteriormente mencionadas, especialmente la deshidratación y cetosis, pueden prevenirse dando fluidos orales durante el parto y dietas ligeras. Las infusiones intravenosas rutinarias interfieren con el proceso natural y restringen los movimientos de la mujer. Incluso la colocación de una cánula intravenosa profiláctica induce a intervenciones innecesarias. En la situación de un parto domiciliario, no se da ningún tratamiento específico, no se prescriben antiácidos y no hay restricción ni de fluidos ni de sólidos. Muchas veces a la mujer se le avisa que la ingesta de líquidos o sólidos puede producir náuseas, pero como ellas están en su casa

no se realiza control alguno acerca de lo que comen o beben. Cuando la mujer decide comer algo, habitualmente toma algo ligero y fácilmente digerible. Se puede afirmar con seguridad que para el parto normal, de bajo riesgo, no existe necesidad de restringir la ingesta. Sin embargo se precisa un análisis que determine si los efectos de intervenir en la nutrición materna durante el parto no son peores que los riesgos de un síndrome de Mendelson. Y todavía quedan muchas cuestiones por responder, como si hay algún estudio hecho acerca de partos con el estómago lleno, o si existe alguna diferencia entre beber un poco o nada, o si existen datos sobre los efectos de la restricción de alimentos y bebidas durante el parto en los países en vías de desarrollo, donde no hay medios para restituir la pérdida de energía en un parto largo. En conclusión, la nutrición es un asunto de gran importancia y a su vez de gran variabilidad. La manera más apropiada de abarcar el asunto parece ser no interfiriendo con los deseos de la mujer respecto a la comida o bebida, porque en el parto normal debe existir una razón de peso para interferir con el proceso natural.

2.4 LUGAR DEL PARTO

¿Tiene el lugar del parto un impacto significativo en la progresión de éste y en el nacimiento? Esta pregunta ha sido estudiada con amplitud en las últimas dos décadas (Campbell y McFarlane 1994). Cuando en muchos países desarrollados el parto pasó de ser un proceso natural a un procedimiento controlado, el lugar para dar a luz cambió del hogar al hospital. Al mismo tiempo mucho del denominado “toque humano” fue relegado. El dolor fue aliviado farmacológicamente y a las mujeres se les dejaba solas por un gran período de tiempo, controlándolas a distancia. Este era el polo opuesto a aquellas partes del planeta en que no más del 20% de las mujeres tienen acceso a algún tipo de instalaciones para dar a luz. Para ellas, el parto domiciliario no constituye una opción; es virtualmente inevitable debido a razones del tipo económico, cultural o geográfico. (Mbizvo et al 1993, Onwudiego 1993, Smith 1993). La llamada a un regreso al proceso natural en muchas partes del mundo civilizado hizo que se abrieran los paritorios a los padres y a otros miembros de la familia, pero la ubicación siguió siendo la misma: el hospital. Algunos hospitales han realizado un esfuerzo al instalar habitaciones que recuerdan un ambiente hogareño, lo que se ha traducido en un incremento de la satisfacción de las mujeres, una reducción en la tasa de trauma perineal y un descenso en el deseo por su parte de buscar nuevas ubicaciones para dar a luz en futuros embarazos. Pero estudios realizados al azar no demostraron ningún cambio respecto a la demanda de epidurales, partos instrumentales o cesáreas (Klein et al 1984, Chapman et al 1986). Estos esfuerzos se centraban más en el sentido de ofrecer un ambiente atractivo, pero

sin un cambio fundamental en el manejo del parto, lo cual no resultó suficiente para mejorar la calidad ni el desenlace obstétrico final. Otros estudios demostraron que una primípara de bajo riesgo obstétrico, dando a luz en un hospital universitario, en un parto de 6 horas, podría llegar a ser visitada por al menos 16 personas diferentes, y aún así estaría sola gran parte de ese tiempo (Hodnett y Osborn 1989). La rutina, la presencia de extraños y el hecho de ser dejada sola durante el parto y/o nacimiento causan estrés, y éste puede interferir con el proceso del parto, prolongándolo y desencadenando lo que se ha venido denominando “la cascada del intervencionismo”. El parto domiciliario es una práctica que está desigualmente distribuida a lo largo del mundo. Desde 1930, con la institucionalización del nacimiento, la opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados desapareció. El sistema de atención obstétrica en Holanda, donde todavía más del 30 % de las mujeres dan a luz en casa, es excepcional en el resto de países industrializados (Van Alten et al 1989, Treffers et al 1990). Por otra parte, en muchos países en desarrollo, las grandes distancias entre las mujeres y las instalaciones sanitarias restringen las opciones y hacen del parto domiciliario su única opción. Aunque la evaluación de los riesgos puede ser perfectamente llevada a cabo por matronas expertas, su consejo acerca del lugar de nacimiento, basado en dicha evaluación, no siempre se admite. En estos países, muchos factores mantienen a las mujeres alejadas de los centros hospitalarios de alto nivel, entre los que se incluyen el coste de un parto en el hospital, prácticas desconocidas, actitudes inadecuadas del personal, restricciones a la atención de los familiares en el parto y la frecuente necesidad de obtener permiso de otros miembros de la familia (generalmente masculinos) antes de solicitar asistencia institucional (Brieger et al 1994, Paolisso y Leslie 1995). Generalmente, las mujeres de alto y muy alto riesgo no se sienten enfermas ni muestran signos de enfermedad, así que dan a luz en casa asistidas por un miembro de la familia, por alguien cercano o por un TBA (Kwast 1995). Sin embargo, para que un parto domiciliario sea atendido correctamente sólo son necesarias unas mínimas preparaciones. La matrona ha de asegurarse de que haya agua limpia y que la habitación tenga una temperatura óptima. Se ha de lavar las manos concienzudamente. La ropa y toallas calientes han de estar preparadas para arropar al recién nacido y mantenerlo caliente. Debe existir a su vez un “kit” de parto, como recomienda la OMS para crear un campo lo más limpio posible de cara al nacimiento y a los cuidados del cordón umbilical. Así mismo, debe contemplarse un medio de transporte en caso de que la mujer deba ser trasladada a un centro de referencia. En términos prácticos, esto conlleva la participación de la comunidad y el obtener los fondos necesarios para solicitar un transporte de emergencia en áreas en que esto es un problema. En algunos países desarrollados, se han

construido paritorios dentro y fuera de los hospitales en que las mujeres de bajo riesgo puedan dar a luz en un ambiente hogareño, atendidas generalmente por matronas. La gran mayoría de estos centros no utiliza la monitorización fetal electrónica ni la estimulación del parto, y se hace un uso mínimo de analgésicos. Un amplio informe sobre la atención en centros de partos en EE.UU., describe la atención en centros alternativos dentro y fuera de los hospitales (Rooks et al 1989). Experimentos con este tipo de centros en Gran Bretaña, Suecia y Australia demostraron que la satisfacción de las mujeres que habían recibido estos cuidados era muy superior a la del sistema clásico. El número de intervenciones fue considerablemente menor, especialmente la analgesia, las inducciones y el uso de oxitócicos. El desenlace obstétrico final no difirió mucho de un cuidado especializado, aunque en algunos estudios se demostró que la mortalidad perinatal fue ligeramente superior (Flint et al 1989, MacVivar et al 1993, Waldeström y Nilsson 1993, Hundley et al 1994, RowWy et al 1995, Waldeström et al 1996). En algunos países desarrollados, la insatisfacción creada por el tipo de seguimiento especializado hizo que algunas mujeres y matronas empezaran la práctica de partos domiciliarios como oposición al sistema oficial de seguimiento del parto. Los datos estadísticos acerca de este tipo de modalidad de parto son escasos. En partos domiciliarios planificados el número de mujeres remitidas a los hospitales y el número de intervenciones fue bajo. La mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal fueron así mismo bajas (Bastian y Lancaster 1992). Holanda es un país industrializado con un sistema oficial de partos domiciliarios. La incidencia de éstos difiere enormemente de una región a otra. Un estudio acerca de la mortalidad perinatal demostró que no existía correlación entre hospitalización regional en el momento del nacimiento y la mortalidad perinatal regional (Treffers y Laan 1986). Un estudio realizado en la provincia de Gelderland, comparó el “resultado obstétrico” de partos domiciliarios y partos hospitalarios. Los resultados sugirieron que para una primípara de bajo riesgo un parto domiciliario era tan seguro como uno hospitalario. Para multíparas de bajo riesgo, el resultado de un parto domiciliario era significativamente mejor que uno hospitalario (Wiegers et al 1996). No existe ninguna evidencia de que este sistema de manejo de las gestantes mejore con la medicalización del parto (Buitendijk 1993). En Nepal, la propuesta de descentralización de la asistencia materna se ha adaptado a las necesidades de zonas urbanas en un país en vías de desarrollo, donde la capacidad de un hospital para ofrecer los servicios especializados de obstetricia que necesitan las mujeres con complicaciones en el parto, estaba siendo desbordado por el número total de mujeres con embarazos de bajo riesgo, una situación común en muchos países. El desarrollo de una unidad de nacimientos de “baja tecnología” junto al hospital principal, no sólo aligera la presión sobre la unidad de

especialistas, sino que facilita mucho poder proporcionar una atención adecuada a las mujeres en parto normal. En Lusaka, Zambia, tuvo lugar un proyecto similar a gran escala, donde un hospital clínico universitario, que servía como centro especialista para todo el país, llegó a desbordarse por el gran número de mujeres embarazadas de bajo riesgo. La ampliación de la capacidad de los centros periféricos y la apertura de nuevos centros para partos de bajo riesgo, redujo el número de nacimientos en el hospital de unos 22.000 a unos 12.000, al tiempo que aumentó el número total de nacimientos en la docena de clínicas satélites de unos 2.000 en 1982 a 15.298 en 1988. La asistencia de mujeres de alto riesgo en el hospital mejoró con la disminución del número de mujeres de bajo riesgo, mientras que en las unidades periféricas se disponía de tiempo para garantizar que las mujeres de bajo riesgo recibieran la atención y el cuidado que requerían (Nasah y Tyndall 1994). Entonces, ¿dónde debería dar a luz una gestante? Se puede afirmar que una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia inferior capaz de asegurar un manejo correcto del parto (FIGO 1982). Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se centren en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura. Si el parto va a ser domiciliario, deben existir planes de antemano para remitir a la mujer a un hospital si esto fuese necesario, y la mujer debe tener conocimiento de ello.

2.5 APOYO EN EL PARTO

Informes y experimentos realizados al azar acerca del apoyo ofrecido durante el parto por una persona, “doula”, matrona o enfermera, demostraron que un apoyo continuado y físico supone grandes beneficios, como partos más cortos, un uso menor de medicación y analgesia epidural, un menor número de niños con tests de Apgar inferiores a 7 y menos partos instrumentales (Klaus et al 1986, Hodnett y Osborn 1989, Hemminki et al 1990, Hofmeyr et al 1991). Este informe identifica a una doula como una mujer que tiene una formación básica acerca del parto y que está familiarizada con una gran variedad de métodos de atención hacia las personas. Ofrece apoyo emocional mediante elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico con masajes en la espalda de la mujer y tomando sus manos, explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable. Aunque estas tareas también pueden ser realizadas por la matrona o enfermera, muy a menudo éstas necesitan llevar a cabo procedimientos tanto médicos como técnicos que pueden hacerles distraer de su atención a la

madre. Sin embargo, todo el apoyo ofrecido por estas mujeres reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado, 24 horas después de haber dado a luz. A su vez, tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán dando pecho tras

6 semanas del parto. La mujer de parto debe estar acompañada por las personas con las cuales ella se encuentre cómoda: su marido, su mejor amiga, la matrona o la doula. En algunos países desarrollados, también se puede incluir aquí un TBA. En general, serán personas a las que se ha conocido durante el embarazo. Las matronas profesionales deben estar familiarizadas con las tareas de apoyo y médicas y deben realizarlas con competencia y sensibilidad. Una de estas tareas consiste en ofrecer a la mujer toda la información que ella desee y necesite. La privacidad de la mujer en el lugar donde vaya a dar a luz debe ser respetada en todo momento. Una gestante necesita su propia habitación para dar a luz y el número de personas presentes debe estar limitado al mínimo necesario. Sin embargo, en la práctica cotidiana las condiciones difieren considerablemente de la situación ideal descrita anteriormente. En los países desarrollados las mujeres, a menudo, se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional. En los países en desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de bajo riesgo que el apoyo personal y la privacidad resultan prácticamente imposibles. Los partos domiciliarios en estos países son muchas veces atendidos por personas inexpertas. Bajo estas circunstancias, el apoyo a la mujer gestante es deficiente e incluso inexistente, con un número considerable de gestantes dando a luz sin ningún tipo de atención. Las consecuencias de las afirmaciones anteriores en cuanto al lugar del parto y el suministro de apoyo están lejos de alcanzarse, ya que implican que el personal sanitario que atiende el parto deba trabajar a escala mucho menor. La atención especializada para el parto debe ofrecerse preferentemente en o cerca del lugar donde vive la mujer, antes que trasladar a todas las mujeres a una gran unidad de obstetricia. Las grandes unidades que atienden 50 ó 60 partos al día, necesitarían reestructurar sus servicios para poder atender las necesidades específicas de las mujeres. Los sanitarios tendrían que reorganizar sus programas de trabajo a fin de satisfacer las necesidades de las mujeres de una continua atención y apoyo. Esto también tiene implicaciones de coste y por eso llega a ser una cuestión política. Tanto los países en vías de desarrollo como los desarrollados necesitan ocuparse en resolver estas cuestiones según sus propios criterios. En conclusión, lo único que necesita el parto natural, asumiendo que es de bajo riesgo, es una continua supervisión por parte de una experta matrona que sepa detectar la aparición de cualquier tipo de complicación. No es necesaria

intervención alguna a excepción del apoyo y los cuidados. Se pueden proporcionar unas directrices generales en cuanto a qué es lo que hay que establecer para proteger y apoyar el parto normal. No obstante, todo país que desee invertir en estos servicios necesita adaptar estas directrices a su propia situación específica y a las necesidades de las mujeres, así como garantizar que las bases están establecidas para poder atender adecuadamente a las mujeres de bajo, medio y alto riesgo y a las que tienen complicaciones.

2.6 DOLOR DURANTE EL PARTO

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente. De acuerdo con experiencias clínicas, un parto anormal, prolongado o complicado por una distocia, inducido o acelerado por oxitócicos, o resuelto mediante un parto instrumental, parece ser más doloroso que un parto natural. De todas formas incluso un parto completamente normal también resulta doloroso.

2.6.1 MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

Una tarea muy importante de la matrona es la de ayudar a la gestante a hacer frente al dolor. Esto puede lograrse con analgésicos, pero aún más fundamental e importante es el método no farmacológico, iniciado durante el período antenatal ofreciendo repetida información a la gestante y a su compañero, y si es necesario a su familia. Un buen apoyo durante el embarazo y el parto, por parte de la matrona y los acompañantes, puede reducir la necesidad de usar analgésicos y así mejorar la experiencia del nacimiento (véase 2.5). Aparte del apoyo durante el parto (el factor más importante) existen otros métodos de alivio del dolor. El primero es ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que ella prefiera, en o fuera de la cama. Esto significa que no tiene que estar necesariamente en la cama, y menos en posición supina, y que puede gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar, sin interferencia por parte de las matronas, especialmente en la fase de dilatación (véase 3.2). Existen diversos métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el parto. Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes dados por el acompañante. Lo mismo ocurre con los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor mediante técnicas para concentrar la atención, como técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias, incluyendo prácticas psicósomáticas como hipnosis, música y retroalimentación biológica. Las mujeres encuentran útiles estas prácticas, son inofensivas y

pueden ser recomendadas. Los métodos específicos no farmacológicos de alivio del dolor en gestantes incluyen prácticas que activan los receptores sensoriales periféricos. Entre éstas se encuentra la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS). El carácter de auto-administración de esta técnica ha contribuido a su éxito entre muchas mujeres, pero su disponibilidad está limitada a zonas del mundo de altos recursos, y su eficacia no ha sido demostrada en pruebas aleatorias (Erkolla et al 1980, Nesheim 1981, Budsen et al 1982, Harrison et al 1986, Hughes et al 1986, Thomas et al 1988). Otras técnicas son el uso de calor y frío de superficie, la acupuntura, la inmersión en el agua, el uso de hierbas y la aromaterapia con fragancias, aunque la efectividad de estos métodos no ha sido todavía establecida por ningún estudio. Estas prácticas deberían pasar por un proceso de revisión y crítica, de la misma manera que el realizado para la analgesia farmacológica. Lo mismo se puede decir del método semifarmacológico de inyecciones intradérmicas de agua estéril en cuatro lugares de la zona más baja de la espalda (Enkin et al 1995). En conclusión, todas las culturas tienen su propio método de asistir y preparar a la mujer gestante; algunas explican sus procedimientos de un modo mágico y otras intentan ofrecer una explicación más lógica del sistema que emplean. Un rasgo característico de muchos de estos métodos es la gran atención que ponen en la mujer gestante y el parto; quizás sea por esto por lo que muchas mujeres encuentran estos métodos cómodos y útiles. Los informes de que las mujeres los encuentran cómodos son únicamente observacionales, pero aún así la gran mayoría de ellos son inofensivos, y si la gestante experimenta alivio de su dolor con ellos, éstos están más que justificados.

2.6.2. MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

En los países desarrollados, el alivio farmacológico del dolor ha ido ganando muchos adeptos. El efecto de las diferentes técnicas ha sido investigado en varios estudios clínicos; el beneficio del alivio del dolor está claro, pero los posibles efectos en la madre y el feto han recibido menos atención. Agentes sistémicos: Un grupo muy numeroso de fármacos se ha usado y se sigue usando para aliviar el dolor: alcaloides opiáceos, de los cuales el más popular es la petidina, seguido por los derivados de la fenotiacina (prometacina), benzodiazepinas (diazepam) y otros. En algunos países la inhalación de agentes anestésicos ha descendido en los últimos años (ha sido sustituida por la anestesia epidural); el agente más comúnmente usado ha sido el óxido nitroso mezclado con 50% de oxígeno. Todos estos agentes pueden proporcionar un gran alivio del dolor pero a costa de efectos secundarios no deseados (Dickersin 1989). Los efectos secundarios maternos de la petidina son hipotensión ortostática, náuseas, vómitos y mareos. Todos los fármacos sistémicos empleados para alivio del dolor

atraviesan la placenta y todos, a excepción del óxido nitroso, producen depresión respiratoria fetal y conductas neonatales anormales, incluyendo el rechazo a mamar. El diazepam puede producir depresión respiratoria neonatal, hipotonía, letargia e hipotermia (Dalen et al 1969, Catchlove y Kafer 1971, Flowers et al 1969, McCarthy et al 1973, Mcallister 1980).

Analgesia epidural De las diferentes técnicas de analgesia local (epidural, caudal, paracervical, espinal), la anestesia epidural es la más usada durante el parto. Sus efectos han sido investigados por diferentes estudios, que compararan los efectos de la epidural con otras técnicas de alivio del dolor (Robinson et al 1980, Philipsen y Jensen 1989, 1990, Swanstrom y Bratteby 1981, Thorp et al 1993). Proporciona un mejor y más duradero control del dolor que los agentes sistémicos. El uso de la anestesia epidural en obstetricia necesita de unos requerimientos importantes: el parto debe acontecer en un hospital bien equipado, el anestesta debe estar disponible constantemente y la mujer necesita de una supervisión continua. Con la epidural hay una tendencia a que el período de dilatación se alargue ligeramente y que sea más frecuente el uso de oxitocina. Varios estudios han demostrado que el número de partos instrumentales aumentaba, especialmente si el efecto analgésico se mantenía durante la segunda fase del parto, ya que suprime el reflejo del pujo. Un reciente estudio americano demostró un incremento en el número de cesáreas cuando se usó la epidural, en particular cuando se había administrado antes de los 5 cm de dilatación (Thorp et al 1993). No existen estudios acerca de los efectos de la epidural sobre la madre y el feto a largo plazo. Tampoco hay estudios que comparen la anestesia epidural con los métodos no farmacológicos o sin alivio del dolor, ya que todas las comparaciones son entre diferentes métodos de aplicación de la epidural o de alivio farmacológico del dolor. El principal efecto medido en las pruebas fue el grado de alivio del dolor, pero en ningún estudio sobre analgesia epidural se midió la satisfacción materna con relación al parto. Un estudio observacional sugirió que no existía relación directa entre alivio del dolor y satisfacción (Morgan et al 1982). En un estudio en un centro de asistencia al parto de Suecia, se vio que el uso de analgesia epidural u otros métodos farmacológicos para el alivio del dolor era significativamente menor en ese grupo de mujeres comparado con centros estándar; no obstante, la actitud hacia el dolor del parto que tenían las mujeres dos meses después de dar a luz no difería entre ambos grupos. Aparentemente muchas mujeres afrontan el dolor del parto con actitud positiva, como una muestra de coraje, lo cual demuestra el carácter totalmente diferente del dolor de parto frente al dolor producido por enfermedad (Waldenström and Nilsson 1994). Una encuesta reciente a madres primerizas mostró que el apoyo ofrecido por las matronas durante el parto ejercía un aspecto muy positivo sobre la experiencia final del

parto, mientras que el alivio del dolor no parecía tener ninguna implicación en las respuestas (Waldenstrom et al 1996). No hay duda de que la anestesia epidural es muy útil en un parto complicado. Sin embargo si ésta es aplicada a mujeres de bajo riesgo, habrá que preguntarse si al parto se le podrá seguir considerando “normal”. Naturalmente, la respuesta dependerá de lo que entendamos por normalidad, pero la analgesia epidural es uno de los más claros ejemplos de medicalización de un parto normal, haciendo de un evento fisiológico un procedimiento médico. La aceptación de esta transformación está claramente determinada por factores culturales. Por ejemplo, en EEUU y Gran Bretaña un número muy elevado de mujeres de bajo riesgo dan a luz con epidural, mientras que en la gran mayoría de los países en desarrollo muchos partos son domiciliarios sin ningún tipo de analgesia. No sólo hay diferencias entre países en desarrollo y desarrollados: en Holanda más del 30% de mujeres dan a luz en casa sin ningún control farmacológico del dolor, e incluso si paren en el hospital sólo una minoría de mujeres de bajo riesgo reciben medicación para aliviar el dolor (Senden et al 1988). En conclusión, en la asistencia de un parto normal son de primordial importancia los métodos no farmacológicos de alivio del dolor. Procedimientos que requieran una gran cantidad de equipo técnico, como la anestesia epidural, sólo pueden ser aplicados en grandes hospitales y por personal especializado. En muchos países estas facilidades no están disponibles, especialmente tratándose de un parto normal. Sin embargo, si bien la demanda de estos métodos viene en gran medida determinada culturalmente, la calidad de los cuidados en partos normales no depende de la disponibilidad de estas facilidades. No son parte de los cuidados esenciales durante el parto. Los métodos farmacológicos nunca deben reemplazar la atención personal a la mujer ni las muestras de amor.

2.7 MONITORIZACION FETAL DURANTE EL PARTO

La monitorización del bienestar fetal es esencial durante el parto. La aparición del padecimiento fetal, generalmente debido a hipoxia, nunca puede ser totalmente excluida, incluso si el parto cumple con los criterios de “normalidad” como es un comienzo a término tras un embarazo sin complicaciones. El riesgo de padecimiento fetal parece ser mayor en la segunda fase del parto y aún más si es un parto prolongado.

2.7.1 EVALUACIÓN DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

La presencia de meconio puede indicar padecimiento fetal y se asocia con muerte intrauterina y morbilidad neonatal (Matthews y Martin 1974, Gregory et al 1974, Fujikura y Kliensky 1975, Meis et al 1978, et al 1985). Su presencia durante el parto se considera una

indicación para dirigir a la mujer a un especialista. Un meconio espeso en el momento de la amniorexis conlleva el peor de los pronósticos; un meconio sin diluir, a su vez, refleja escasa cantidad de líquido amniótico. La falta de líquido amniótico en el momento de la ruptura de membranas se debe considerar también como un factor de riesgo. La presencia escasa de meconio en el líquido amniótico probablemente refleja un riesgo menor, pero no ha sido investigado con profundidad.

2.7.2 MONITORIZACIÓN DEL LATIDO CARDÍACO FETAL

La relación existente entre el bienestar fetal y la frecuencia cardiaca fetal ha sido investigada en muchos estudios. Está claro que el padecimiento fetal se puede manifestar mediante alteraciones en la frecuencia cardíaca: bradicardia (menos de 120 latidos / min), taquicardia (más de 160 latidos / min), variabilidad reducida o desaceleraciones. Hay dos métodos de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal: auscultación intermitente y vigilancia electrónica continua. La auscultación intermitente se lleva a cabo mediante un estetoscopio de Pinard, como se ha venido haciendo desde principios del siglo, o con un aparato doppler manual. Cuando se usa el estetoscopio, la mujer se encuentra de espaldas o de lado, aunque es posible oír los latidos del feto incluso estando de pie o sentada. El Doppler se puede aplicar en diversas posturas. La auscultación se realiza una vez cada 15 a 30 minutos durante la fase de dilatación y después de cada contracción en la segunda fase del parto. Si se considera necesario, el latido fetal se compara con el materno. La auscultación intermitente con el Pinnard es la única opción disponible para la mayoría de las matronas de la periferia, tanto en centros de salud como en domicilios. Una ventaja de la auscultación intermitente es su simplicidad, un buen ejemplo de tecnología apropiada, bajo precio (incluso puede ser improvisado) y facilidad de uso, además de ofrecer libertad de movimientos a la mujer. Esto significa que, con una enseñanza adecuada, la matrona puede monitorizar la frecuencia cardiaca fetal en cualquier lugar sin necesidad de estar confinada en hospitales con sofisticados equipos técnicos, como monitores electrónicos. La vigilancia de la mujer puede realizarla la matrona en casa o en una pequeña maternidad. La monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal se usa durante el embarazo de gestantes de alto riesgo, y también durante el parto. Ésta normalmente se realiza por medio de un doppler externo, o por un electrodo interno (vaginal) adherido a la cabeza fetal después de la amniotomía. Aunque la información acerca de la frecuencia cardiaca es más exacta con el último sistema, su interpretación es difícil; los trazados son interpretados de manera distinta por las distintas matronas o médicos e incluso por las mismas personas pero en diferentes momentos (Cohen

et al 1982, Van Geijn 1987, Nielsen et al 1987). La sensibilidad de estos métodos en la identificación del padecimiento fetal es alta, pero su especificidad es baja (Grant 1989). Esto significa que el método proporciona un índice muy alto de falsos positivos y un número muy elevado de intervenciones innecesarias, especialmente si se utilizan en el grupo de mujeres de bajo riesgo (Curzen et al 1984, Borthen et al 1989). En embarazos de alto riesgo el método ha demostrado ser útil y a su vez ofrece tranquilidad a la madre, aunque su uso restrinja sus movimientos. Uno de los inconvenientes de la monitorización electrónica es que tanto las matronas como los familiares centran su atención más en la máquina que en la propia mujer. En algunos hospitales técnicamente bien equipados, esta monitorización incluso se centraliza en un despacho, haciendo que la matrona sólo se fije en los monitores sin tener necesidad de entrar en la habitación.

2.7.3 ANÁLISIS DE SANGRE DEL CUERO CABELLUDO DEL FETO

La técnica de tomar una muestra sanguínea de la cabeza fetal para confirmar hipoxia se ha venido utilizando desde principios de los 60, y se basa en el análisis del estado ácido - base de la sangre, especialmente el pH. Existen dudas acerca de la exactitud del resultado al tomarse la muestra de una parte crónicamente edematosa, pero aun así ha demostrado su valor en el uso clínico, en combinación con la monitorización electrónica. El método es caro, invasivo, largo e incómodo para la mujer. Al igual que el electrodo interno, su uso puede acarrear riesgos como traumatismos, infección y posiblemente dolor al feto. Finalmente, requiere de continua disponibilidad de un laboratorio y personal cualificado. Por esta razón, su uso está restringido a grandes hospitales con gran número de partos de alto riesgo. Su papel en el seguimiento de un parto de bajo riesgo es limitado: únicamente para propósitos diagnósticos tras detectar alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (Grant 1989).

2.7.4 COMPARACIÓN ENTRE AUSCULTACIÓN Y MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL

Estos dos métodos de vigilancia fetal han sido comparados en multitud de estudios (Haverkamp et al 1976, Neldam et al 1986). El índice de cesáreas y de partos instrumentales fue más alto en todos los grupos electrónicamente monitorizados. Si no se disponía de facilidades para realizar análisis de muestra sanguínea fetal, el índice de cesáreas fue incluso mayor. Existe poca evidencia de que el índice elevado de intervenciones en los grupos electrónicamente monitorizados proporcionase notables ventajas a los recién nacidos. Ni las muertes perinatales ni los índices de Apgar bajos se redujeron. Únicamente mejoró una cosa

del desenlace neonatal: las convulsiones (MacDonald et al 1985). Un estudio más profundo demostró que el riesgo más alto de convulsiones producido en el grupo de auscultación, se limitaba a los partos en los que se había utilizado oxitocina. El seguimiento de los niños con convulsiones, demostró una incidencia similar de alteraciones neurológicas entre los dos grupos. Estos datos tienen importantes consecuencias para la vigilancia fetal durante el parto normal. El incremento sustancial de intervenciones, si el parto es monitorizado electrónicamente, confirma la baja especificidad de este método en los casos de bajo riesgo, y no parece ofrecer ventajas relevantes para el niño. La única excepción es la aparición de convulsiones neonatales. Sin embargo, esto ocurrió principalmente en niños nacidos con el uso de infusiones de oxitocina, y uno se puede preguntar si el parto inducido o estimulado con oxitocina puede ser considerado “normal”. En países con técnicas sofisticadas, en que los partos son estimulados con oxitocina o prostaglandinas, éstos son considerados de alto riesgo y sólo se realizan bajo la responsabilidad del obstetra; por tanto, la vigilancia fetal se hará con monitorización electrónica.

Un amplio estudio de seguimiento de atención por la comadrona mediante auscultación intermitente en partos normales, pero con monitorización electrónica después de ser trasladada para estimulación con oxitocina, mostró que el número de crisis neonatales fue muy bajo (Van Alten et al 1989, Treffers et al 1990). La monitorización electrónica intermitente es una variación de la monitorización electrónica continuada. Este método se usa durante períodos de media hora al comienzo del parto, y a intervalos regulares por un período de aproximadamente 20 minutos. En un estudio al azar, Herbst e Ingemarsson (1994) compararon los dos métodos y el resultado de ambos grupos fue igual de bueno. Aunque en este estudio el índice de intervención fue bajo en ambos grupos, se puede esperar que el método, si es aceptado en un parto normal, tendrá las mismas desventajas que la monitorización continua, aunque resulte menos obvio. Esto incluye la restricción de movimientos durante la aplicación y la baja especificidad con las consecuentes intervenciones. Además, su uso rutinario podría producir una desconfianza en la auscultación intermitente, si hay alguna insinuación de que la auscultación pudiera ser menos fiable que la monitorización electrónica. Por supuesto, el uso rutinario de la monitorización fetal electrónica intermitente debe diferenciarse de su utilización como recurso (donde esté disponible), cuando la auscultación señale la posibilidad de sufrimiento fetal. Esta práctica conduce a una atención más estrecha de desviaciones de la normalidad en la auscultación. En conclusión, el método preferible para la monitorización de un feto durante un parto normal es la auscultación intermitente. En muchos países es el único método disponible para la gran

mayoría de las mujeres. Pero también en países industrializados donde el equipo electrónico es de más fácil acceso, la auscultación es el método de elección en un parto normal. Es esencial un cuidado individualizado de la mujer, y esto se puede conseguir fácilmente mediante el contacto personal que requiere la auscultación. Sólo mujeres con riesgo elevado, como partos inducidos o estimulados, o complicados por presencia de meconio en el líquido amniótico, parecen beneficiarse de la monitorización electrónica. En la mayoría de los partos sin riesgo, la monitorización electrónica incrementa el número de intervenciones sin claro beneficio para el feto y con un grado adicional de incomodidad para la mujer.

2.8. LIMPIEZA

La limpieza es un requerimiento fundamental, con independencia del lugar del parto. No es necesario el grado de esterilización usado normalmente en un quirófano, pero las uñas deben estar cortas y limpias, y las manos han de ser cuidadosamente lavadas con agua y jabón. Se debe poner gran atención en la higiene personal de la mujer, así como en la limpieza de la habitación y de todos los materiales a usar durante el parto. En algunos países se usan máscaras y batas estériles para proteger a la mujer de infecciones. Para este propósito son inútiles (Crowther et al 1989). Sin embargo, en regiones con una alta prevalencia de VIH y virus de la hepatitis B y C, estas prendas son muy útiles para proteger a la matrona del contacto con sangre contaminada y otros materiales (OMS, 1995).

La OMS ha establecido el contenido que ha de tener un “equipo” de parto y su uso correcto y eficaz. Los programas ya en marcha para lograr un efecto positivo del uso de las tres limpiezas (manos, área perineal y umbilical) necesitan ser mantenidos y difundidos. El contenido de un “equipo” varía según el país, pero debe cubrir las necesidades específicas de una mujer pariendo y estar disponible en cualquier región remota de un país. Estos simples pero efectivos “equipos” pueden ser preparados en casa e incluir una cuchilla nueva estéril para el cordón umbilical. El “equipo” y su contenido debe mantenerse limpio y no necesita ser esterilizado. Los materiales desechables del “equipo” no deben ser usados de nuevo. Los instrumentos que vayan a ser usados de nuevo deben ser descontaminados apropiadamente de acuerdo con las pautas dadas por la OMS (1995). El equipo que entra en contacto con la piel intacta puede ser lavado, y los instrumentos que se ponen en contacto con las membranas mucosas o la piel no intacta deben ser esterilizados, hervidos o desinfectados químicamente. Los instrumentos que penetran en la piel deben ser esterilizados. Estos métodos sirven para prevenir la contaminación de la mujer y de las matronas. Algunas medidas se deben tomar en todos los partos para prevenir posibles infecciones de la mujer y/o de la matrona. Estas

medidas incluyen el evitar contacto directo con sangre y otros fluidos corporales, y el uso de guantes durante el examen vaginal, al recibir el niño y al coger la placenta. Es importante reducir la posibilidad de infección restringiendo el uso de técnicas invasivas como la episiotomía al mínimo posible, y cuidando mucho el uso de agujas e instrumentos cortantes (por ejemplo durante la sutura) (ICN 1996).

3. CUIDADOS DURANTE LA PRIMERA FASE DEL PARTO

3.1. EVALUACIÓN DEL COMIENZO DEL PARTO

La evaluación del comienzo del parto es uno de los aspectos más importantes en el manejo del mismo. Los signos de su comienzo son:

- Contracciones dolorosas y regulares
- Acortamiento y/o dilatación del cérvix
- Pérdida del líquido amniótico
- Flujo sanguinolento

La ruptura de las membranas es un claro signo de que algo irreversible ha sucedido. Los otros síntomas son menos obvios: las contracciones se pueden notar mucho antes del comienzo del parto, y la dilatación cervical puede estar presente semanas antes del final del embarazo y progresar muy despacio hasta el momento del parto (Crowther 1989). La matrona tiene que ser capaz de distinguir entre un falso parto o el principio del mismo. Generalmente es necesario un examen vaginal para detectar los cambios del cérvix. Establecer correctamente el inicio de un parto es, ineludiblemente, la base para identificar un parto prolongado que requiera intervención. Si el diagnóstico de comienzo del parto se realiza erróneamente, el resultado puede conducir a intervenciones innecesarias, como amniotomía o infusiones de oxitocina. El diagnóstico de “fase latente prolongada” es mejor sustituirlo por “falso parto”, porque de hecho el parto todavía no ha comenzado. A veces, la distinción entre comienzo de parto y falso parto sólo puede ser realizada después de un corto período de observación. En un estudio multicentro de la OMS sobre el partograma (OMS 1994), sólo el 1,3 % de las mujeres tuvieron una fase latente prolongada. La causa de este pequeño porcentaje puede ser doble: con la introducción del partograma en los hospitales tuvo lugar un debate sobre el parto que podría haber afectado a la forma de percibir la fase latente. También, en el partograma se pospuso 8 horas la intervención activa en la fase latente. La ruptura espontánea de las membranas antes de un parto a término es objeto de discusiones acerca del riesgo del examen vaginal, la inducción del parto y los antibióticos profilácticos. En un estudio realizado al azar

sobre la inducción del parto después de 12 horas frente al manejo expectante durante 48 horas, se vio que en el grupo de inducciones la necesidad de analgesia fue significativamente mayor y hubo más intervenciones, mientras que se produjo infección neonatal en el 1,6% en el grupo de inducciones frente a un 3,2% en el grupo del manejo expectante. No se usaron antibióticos profilácticos y el examen vaginal sólo se practicó si el parto había comenzado (Ottervanger et al 1996). El enfoque conservador, que está apoyado por la evidencia, aconseja una política de observación sin práctica de exámenes vaginales ni antibióticos, durante las primeras 48 horas después de la ruptura de membranas. Si la mujer no se ha puesto de parto durante este período de tiempo (cerca del 20% de las mujeres), se podría considerar la utilización de oxitocina. Sin embargo, estos resultados han sido obtenidos en poblaciones de mujeres sanas de países desarrollados, y en hospitales donde era posible mantener altos niveles de higiene. En poblaciones diferentes puede ser necesario un manejo más activo, con el uso de antibióticos y una más pronta inducción de parto. Dado que en los países en desarrollo la sepsis puerperal es generalmente la tercera o cuarta causa de mortalidad materna, son necesarios todos los esfuerzos posibles para prevenirla.

3.2 POSICIÓN Y MOVIMIENTOS DURANTE LA FASE DE DILATACIÓN

Diversos estudios han demostrado que, durante la fase de dilatación del parto, la posición supina afecta al flujo sanguíneo del útero. El peso del útero puede provocar compresión aorto-cava y la reducción del flujo sanguíneo puede comprometer la condición del feto. La posición supina, asimismo, también reduce la intensidad de las contracciones (Flynn et al 1978, McManus y Calder 1978, Williams et al 1980, Chen et al 1987) y con ello interfiere el progreso del parto. Ponerse de pie o tumbarse de lado se asocian con una mayor intensidad y eficacia de las contracciones (su capacidad para conseguir la dilatación del cérvix). A pesar de la prevalencia de la posición supina la mujer puede optar por muchas otras posiciones. Sin embargo, muchos factores limitan frecuentemente estas opciones, desde el diseño de la cama hasta los protocolos del parto o la presencia de vías intravenosas o del equipo de monitorización. Cuando estas restricciones son las mínimas, la mujer se puede poner de pie, caminar, sentarse, tomar un baño o ducha para relajarse o adoptar cualquier posición que alternativamente escoja. Diversos estudios han comparado estas posiciones con la supina y han demostrado que el parto resultó ser menos doloroso (hubo menos necesidad de analgesia) y que la estimulación se usó con menos frecuencia en las posiciones no supinas (Chan 1963, Flynn et al 1978, McManus and Calder 1978, Diaz et al 1980, Williams et al 1980, Hemminki 1983, Melzack 1991). Un estudio (Flynn et al 1978) observó una incidencia

significativamente menor de alteraciones en el ritmo cardíaco del feto en la postura vertical. Sin embargo, otros estudios no detectaron importantes diferencias en los resultados neonatales. En conclusión, no existe ninguna evidencia que apoye la posición supina durante el período de dilatación. La única excepción es cuando se rompen las membranas estando la cabeza demasiado alta. Cuando las membranas están rotas y la matrona ha determinado que la cabeza está suficientemente fija en la pelvis, la mujer puede elegir la posición que ella prefiera. Es frecuente cambiar de postura, ya que a lo largo del parto ninguna postura resulta cómoda durante un largo período de tiempo.

3.3. EXAMEN VAGINAL

Esta es una de las acciones diagnósticas esenciales en el reconocimiento del comienzo y progreso del parto. Sólo debe ser realizada por personal experto, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles. El número de exámenes vaginales se debe limitar al estrictamente necesario; durante la fase de dilatación generalmente una vez cada cuatro horas es suficiente, tal como se prescribe en el manual para el uso del partograma (OMS 1993). Si el parto progresa con rapidez, las matronas expertas pueden incluso limitar el número de exámenes a uno. Idealmente, ese sería el examen necesario para establecer la fase activa del parto, es decir, para confirmar el hecho de que existe dilatación cervical (el criterio más objetivo de un parto activo). Otra práctica en el manejo del parto es llevar a cabo un examen vaginal únicamente cuando existe una necesidad para ello, por ejemplo cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece, cuando hay signos de que la mujer quiere pujar o antes de la administración de analgésicos. Se podría hacer algún comentario sobre cada una de las propuestas anteriormente mencionadas, pero considerando nuestro teorema: “en un parto normal debe existir una buena razón para interferir con el proceso natural”, puede que los dos últimos procedimientos sean más apropiados que el primero. Aún quedan algunas cuestiones, ya que no hay una clara evidencia que apoye ninguna táctica específica. Quizás sean necesarias unas directrices más estrictas en aquellos países en que las personas que asisten el parto tengan una formación limitada y estén aisladas, con grandes distancias a los centros especializados. Estas directrices serían, pues, específicas para cada país. En las escuelas de matronas el examen vaginal llevado a cabo por un estudiante a veces tendrá que ser repetido y confirmado por el supervisor. Esto sólo puede hacerse bajo el consentimiento de la mujer. Bajo ninguna circunstancia debe una mujer ser forzada a someterse a frecuentes y repetidos exámenes vaginales por las matronas o estudiantes. En el pasado el examen rectal se creía que evitaba la contaminación de la vagina. Esta práctica no es recomendable. Estudios

comparativos entre exámenes vaginales y rectales mostraron una incidencia similar de infección puerperal con ambos procedimientos (Crowther et al 1989). La preferencia de las mujeres por los exámenes vaginales sobre los rectales se demostró claramente en un estudio clínico aleatorio (Murphy et al 1986).

3.4. SEGUIMIENTO DEL PROGRESO DEL PARTO

La evaluación del progreso del parto se hace observando a la mujer; su aspecto, conducta, contracciones y el descenso de la cabeza fetal. La medida más exacta es la dilatación del cérvix. Una desviación sobre el índice de dilatación normal debería ser un indicativo para revisar los planes del parto. En el método del partograma de la OMS (OMS 1993), la línea de alerta se pasa si la dilatación es inferior a 1 cm por hora. Si la mujer se encuentra en un centro de salud, ésta es una de las causas para trasladarla a un hospital. La línea de acción se pasa si el retraso en el progreso continúa durante más de cuatro horas. En tal caso, se realizará un examen exhaustivo de la causa de la demora, y se tomará una decisión sobre la forma apropiada en que deberá progresar el parto. Aunque estas reglas estrictas no son seguidas en todos los países, constituyen unas guías útiles, especialmente en aquellas situaciones donde las distancias a un centro de referencia son grandes y las matronas o el personal sanitario se encuentran solos. Estudios realizados sobre el efecto del uso del partograma demostraron que más de la quinta parte de los gráficos de las primíparas cruzaron la línea de alerta, y un 10-11% cruzaron la línea de acción (Philpott y Castle 1972, OMS 1994). En América Latina se usa un partograma diferente, diferenciando entre nulíparas o múltiparas, membranas intactas o rotas, y posición de pie o tumbada (Schwarcz et al 1987-1995). Relación entre un parto prolongado y un resultado materno y fetal adverso es la razón por la cual es tan importante monitorizar el progreso del parto con exactitud. Un progreso lento debería ser una razón para evaluar más que para intervenir. Una desproporción cefalopélvica deberá ser considerada cuando el progreso es lento. La pelvimetría intraparto con rayos X no ha demostrado eficacia alguna. Los ensayos disponibles sobre pelvimetría con rayos X demostraron un incremento de cesáreas, pero ninguna ventaja en términos de reducción de la morbilidad neonatal (Parsons y Spellacy 1985). La pelvimetría de rayos X durante el embarazo y parto incrementa la incidencia de leucemias en la infancia y debería ser abolida (Stewart et al 1956, MacMahon 1962). En manos expertas, la pelvimetría manual puede llegar a ser útil. Si las membranas están intactas el progreso lento durante el parto generalmente no se debe a una desproporción. En tal caso, esperar debería ser la opción a elegir (Alberts et al 1996). No hay estudios de investigación sólidos sobre la opción de

esperar frente al tratamiento activo en caso de una evolución lenta sin señales de desproporción; por ello, no se pueden sacar conclusiones definitivas. Cuando las membranas están rotas, un progreso lento es más probable que sea consecuencia de problemas mecánicos. El tratamiento de partos fuera de la normalidad no es el propósito de este informe.

3.5. PREVENCIÓN DEL PARTO PROLONGADO

Diversas medidas se han propuesto para prevenir el retraso en el progreso del parto. A veces, estas acciones se realizan mucho antes de alcanzar la línea de alerta o de acción del partograma. Las intervenciones más comunes son la amniotomía y las infusiones de oxitocina tempranas, o una combinación de ambas. La amniotomía temprana interfiere con el proceso fisiológico de la ruptura de las membranas fetales. Bajo condiciones normales, las membranas se mantienen intactas hasta alcanzar la dilatación completa en el 75% de los casos (Schwarcz et al 1995). La amniotomía antes de la dilatación completa se utiliza frecuentemente como un método para acelerar el parto.

3.5.1. AMNIOTOMÍA TEMPRANA

Esta intervención se ha venido recomendando como un procedimiento de rutina una hora después de la admisión de la mujer de parto (O'Driscoll et al 1973). En un estudio controlado se demostró un considerable incremento de las desaceleraciones de tipo I de la frecuencia cardíaca fetal después de practicar una amniotomía temprana (Schwarcz et al 1973). Diversos estudios han sugerido que una amniotomía temprana supone una reducción en la duración del parto de entre 60 y 120 minutos, sin efectos sobre el uso de analgesia ni los índices de partos instrumentales o cesáreas. Estos estudios no confirman que la amniotomía temprana tenga un efecto favorable o desfavorable en la condición del neonato (Fraser et al 1991, 1993, Barrett et al 1992). No es posible concluir que una amniotomía temprana tenga una clara ventaja sobre el manejo expectante o viceversa. Por tanto, en el parto normal debería existir una razón válida para interferir con el proceso espontáneo de la ruptura de las membranas.

3.5.2 INFUSIÓN INTRAVENOSA DE OXITOCINA

Es utilizada frecuentemente para acelerar el parto después de la ruptura de las membranas, ya sea de forma espontánea o provocada. La combinación de la oxitocina con la amniotomía temprana se denomina frecuentemente “manejo activo del parto”, y se realizó por primera vez en Irlanda (O'Driscoll et al 1973, O'Driscoll y Meagher 1986). Esta técnica, con

ligeras modificaciones, ha sido adoptada en todo el mundo. De acuerdo con los protocolos acerca del manejo activo del parto, una vez que se ha realizado la amniotomía se deben realizar exámenes vaginales cada hora, y se debe administrar una infusión de oxitocina si la dilatación cervical es menor de 1 cm por hora. Esta práctica ha sido investigada en numerosos estudios aleatorios (Read et al 1981, Hemmiki et al 1985, Bidgood y Steer 1987, Cohen et al 1987, López-Zeno et al 1992). De los tres estudios sobre la duración del parto después de la estimulación con oxitocina comparado con grupos control, sólo uno demostró una duración menor del parto cuando se utiliza oxitocina. En uno de estos estudios, la mujer del grupo control fue animada a moverse, levantarse o sentarse y se demostró que la duración del parto en este grupo control fue ligeramente menor que en el grupo estimulado con oxitocina. Tampoco se observó ningún cambio significativo en los índices de Apgar de los dos grupos (Hemminki et al 1985). La mayoría de las mujeres recalcaron la incomodidad del proceso de la estimulación. Más del 80% sintieron que la oxitocina había aumentado el dolor. La mitad de las mujeres en el grupo control que podían moverse, dijeron que la movilidad había hecho disminuir el dolor, mientras que un 24% no notaron ninguna diferencia. En conclusión, acorde con los datos disponibles no está claro que el uso de la oxitocina para acelerar el parto ofrezca ninguna ventaja a la mujer ni a sus hijos. Por supuesto, esto no significa que la oxitocina sea inútil en la terapia de un parto prolongado. Sin embargo, no existe evidencia alguna de que la prevención de un parto prolongado por el uso indiscriminado de la oxitocina en un parto normal sea beneficiosa. Sería justo preguntarse si un parto acelerado por una infusión de oxitocina puede ser considerado como normal. En muchos lugares, las infusiones de oxitocina son únicamente administradas en el hospital bajo la supervisión del obstetra. Esta es una precaución razonable, dada la naturaleza imprevisible de un parto manejado artificialmente. Como regla general la oxitocina solamente debiera ser usada para acelerar partos en lugares donde exista un acceso inmediato a una cesárea si fuera necesaria. La necesidad de acelerar un parto se considera una indicación suficiente para trasladar a la mujer a centros donde existan facilidades obstétricas. Además, el seguimiento fetal subsiguiente ha de ser realizado con monitorización electrónica. La experiencia en Dublín durante un estudio aleatorio de la monitorización del ritmo cardíaco del feto intraparto, también apunta en esta dirección: en el grupo monitorizado con auscultación, el número de crisis neonatales aumentó, pero la mayoría de estos niños eran de madres a las que se les había administrado oxitocina durante el parto (Macdonald et al 1985). Véase también 2.7. La estimulación con oxitocina es una intervención importante y sólo debe aplicarse por una buena razón. Lo mismo se ha de aplicar

a las técnicas más modernas de estimulación e inducción, como es el uso de las prostaglandinas.

3.5.3. ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR DE OXITOCINA

El uso intramuscular de cualquier oxitócico antes del nacimiento del niño es generalmente considerado como peligroso, porque la dosis no puede adaptarse al nivel de la actividad uterina. Se puede producir hiperestimulación siendo peligrosa para el feto. Así mismo, esta práctica se ha relacionado con un incremento de la incidencia de ruptura de útero, con las correspondientes graves secuelas (Kone 1993, Zheng 1994). Pero aún así la administración intramuscular de oxitocina se sigue practicando, a veces ante la petición de la gestante o su familia esperando un parto más rápido. En algunos países en desarrollo este fármaco puede ser obtenido en el mercado. Esta práctica dañina debería ser abandonada. Lo mismo se puede decir de la administración de otros oxitócicos, como las prostaglandinas.

4. CUIDADOS DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

4.1. REVISIÓN DE LA FISIOLOGÍA

Durante la segunda fase del parto, la oxigenación del feto se ve gradualmente reducida, ya que está siendo expulsado de la cavidad uterina y esto produce una retracción del útero y disminución de la circulación placentaria. Más aún, las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir más la circulación uteroplacentaria. El descenso de la oxigenación se acompaña de acidosis. Existen, sin embargo, amplias variaciones sobre la seriedad y el grado de estos procesos, por lo que la matrona debe monitorizar cuidadosamente el estado del feto.

4.2 EL COMIENZO DE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

El comienzo de esta fase viene determinado por los siguientes síntomas: * La mujer siente necesidad de pujar, debido a que el saco amniótico o la cabeza sobresale a través del cérvix dilatado y presiona sobre el recto. * A menudo, las membranas se rompen espontáneamente. * Generalmente se produce una dilatación total del cuello del útero, pero en ocasiones la mujer siente el deseo de pujar en una fase anterior de la dilatación. Si queda un reborde del cuello, lo apartará la cabeza. De lo dicho anteriormente se deduce que a veces el comienzo de la segunda fase no se determina con exactitud. La mujer puede sentir la necesidad de pujar antes de la dilatación completa o, por el contrario, puede haber dilatado

por completo sin sentir necesidad de pujar. Aunque se diagnostique la dilatación completa por un tacto vaginal, no es posible saber con exactitud cuando se ha producido. En algunos hospitales, cuando comienza la segunda fase, es práctica habitual trasladar a la mujer desde su habitación al paritorio. Éste está equipado con grandes lámparas, instrumentos y una cama que permite colocar a la mujer en posición de litotomía. Aunque esta disposición de la mujer es la más adecuada para la matrona u obstetra si se va a realizar un parto instrumental, cualquier traslado innecesario resulta incómodo para la mujer. Tanto el parto como el alumbramiento pueden ser atendidos en la misma habitación, sin que exista la necesidad de trasladar a la mujer.

4.3 EL COMIENZO DE LOS PUJOS DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

A menudo las matronas deciden iniciar la fase activa del parto animando a la mujer a pujar, una vez se ha diagnosticado la dilatación completa o a veces incluso antes. Pero la aproximación fisiológica establece que se debería esperar a que la mujer sienta ganas de pujar. En ocasiones, la mujer no siente la necesidad de pujar, incluso habiendo dilatado por completo, y basta con esperar de 10 a 20 minutos para que esta fase comience espontáneamente. No existen estudios acerca del efecto del comienzo temprano o tardío de la fase activa, pero si los hay con el uso de analgesia epidural. Cuando ésta se utiliza, el reflejo de pujar se inhibe por lo que se puede esperar a pujar hasta que el vértex esté bien visible en el introito. Este procedimiento ha sido comparado con el comienzo del pujo una vez se ha diagnosticado la dilatación completa (McQueen et al 1977, Maresh et al 1983, Buxton et al 1988). El retraso en el inicio del pujo no mostró ningún efecto adverso en el resultado fetal o neonatal. Por el contrario en el grupo que comenzó la fase activa antes, se observó una incidencia más elevada de partos instrumentales con fórceps. Aunque estos resultados fueron obtenidos de mujeres que habían recibido analgesia epidural, concuerdan con la experiencia clínica de algunas matronas, que retrasan el comienzo de la fase activa hasta que la mujer siente ganas de pujar. Esta práctica resulta más sencilla para la mujer y tiende a reducir la duración de la fase activa. Se suele considerar que antes o en el momento del inicio la segunda fase del parto es conveniente vaciar la vejiga por cateterización. Este procedimiento es un innecesario y puede desencadenar infecciones del tracto urinario. En la segunda fase del parto, cuando la cabeza fetal está firmemente encajada en la pelvis, la cateterización puede ser muy difícil e incluso traumática. Resulta más conveniente hacer que la mujer orine espontáneamente durante la fase de dilatación, lo cual debería ser suficiente en un parto normal.

4.4 EL PROCESO DEL PUJO DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

En muchos paritorios se anima a la mujer a pujar de una manera continua y sostenida (Valsalva) durante la segunda fase del parto. Otra alternativa consiste en dejar a la mujer que pujan libremente cuando ella lo necesite. Estas dos prácticas han sido evaluadas en diversos estudios (Barnett et al 1982, Parnell et al 1986; Thomson 1993). Se ha visto que pujar espontáneamente supone realizar de 3 a 5 pujos cortos (de 4 a 6 segundos) con cada contracción, mientras que el pujo sostenido dura de 10 a 30 segundos durante el cual se contiene la respiración. Esta segunda opción demostró un acortamiento de la segunda fase del parto, pero puede producir alteraciones de tipo respiratorio en el latido cardíaco. Si la mujer se encuentra tumbada de espaldas, este hecho puede asociarse a una compresión de la aorta y una disminución del flujo sanguíneo uterino. Los estudios demostraron un descenso del pH medio de la arteria umbilical en el segundo grupo así como índices de Apgar inferiores. La evidencia disponible es limitada, pero se puede afirmar que aunque el pujo continuo y sostenido parece acortar ligeramente este período, su práctica no ofrece ninguna ventaja, ya que parece comprometer el intercambio de gas materno fetal. Los pujos espontáneos más cortos parecen ser mejores (Sleep et al 1989). En muchos países es común la práctica de aplicar presión en el fondo uterino durante la segunda fase del parto con el fin de acelerarla. A veces se realiza justo antes de dar a luz y otras desde el comienzo de esta fase. Esta práctica, a parte de acarrear molestias maternas, puede ser dañina para el útero, el periné y el propio feto, aunque no existen estudios al respecto. La impresión general es que se usa con demasiada frecuencia, no estando demostrada su efectividad.

4.5 DURACIÓN DE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

En 1930, De Snoo determinó la duración de la segunda fase del parto en 628 primíparas, con el feto en posición cefálica. Esta fue de una hora y cuarto con una mediana de una hora. Estos valores estaban influenciados por la presencia de algunos períodos muy largos (10 – 14 horas). Desde entonces la duración media ha sido determinada por la finalización artificial del parto después de un período máximo permitido por la matrona. En primíparas actualmente la duración media se cifra en aproximadamente en 45 minutos. La asociación entre una segunda fase prolongada con la hipoxia fetal y acidosis fue un incentivo para acortar la segunda fase del parto incluso ante la ausencia de problemas maternos o fetales. Esta política ha sido examinada en distintos estudios (Wood et al 1973, Katz et al 1982, Yancey et al 1991). La finalización artificial del parto después de una segunda fase sin complicaciones

condujo a unos valores de pH en la arteria umbilical significativamente mayores, sin que exista ninguna otra evidencia de que esta política tenga algún efecto beneficioso para el niño. El trauma materno y ocasionalmente fetal resultante del incremento de interferencia quirúrgica que esta política conlleva puede difícilmente ser justificado. Si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa, no existe ninguna razón para limitar de manera estricta la duración máxima de la segunda fase del parto a, por ejemplo, una hora. Se han publicado diversos estudios de seguimiento sobre la condición neonatal después de una segunda fase de diferentes duraciones. En el estudio de Wormerveer (Van Alten et al 1989, Knuist et al 1989), una cohorte de 148 neonatos fue examinada usando la determinación de pH en arteria umbilical y el índice neurológico de Prechtl en la segunda semana de vida. La segunda fase del parto variaba desde menos de una hora de duración (66% de mujeres nulíparas) hasta 159 minutos. No se encontró correlación alguna entre la duración de la segunda fase y la condición neonatal. Un estudio reciente ha sido publicado sobre 6.759 niños nacidos de mujeres primíparas con un peso superior a 2500 g. La segunda fase del parto duró más de 3 horas en el 11% de los casos. No se encontró relación alguna entre la duración e índices de Apgar bajos a los cinco minutos, crisis neonatales o necesidad de ingreso en una unidad neonatal (Menticoglou et al 1995). En conclusión, las decisiones sobre acortar la segunda fase del parto deben basarse en la vigilancia de la condición materna y fetal, y en la evolución del parto. Si existen signos de sufrimiento fetal o la parte presentada no desciende por la pelvis, entonces existe una buena razón para terminar el parto. Pero si la condición de la madre es satisfactoria, el feto está en buenas condiciones y existe una evidencia de descenso de la cabeza fetal, no hay razón para la intervención. Sin embargo, después de una segunda fase del parto de más de dos horas en nulíparas y más de una hora en múltíparas, las opciones de un parto espontáneo decrecen y la terminación de éste debería ser contemplada. En todo el mundo, en países desarrollados y en desarrollo, el número de partos instrumentales se ha incrementado notablemente durante las últimas décadas. Las causas no se conocen exactamente, pero a parte de la anteriormente citada rígida adherencia a la duración estipulada de la segunda fase del parto, la incidencia de partos instrumentales puede estar influenciada por el miedo a la mala práctica, por conveniencia y por motivos financieros. Investigaciones entre obstetras y residentes en Holanda demostraron que la tendencia a un mayor intervencionismo se contrarrestaba con la presencia de matronas en el hospital (Pel et al 1995). Aparentemente, la asistencia a un parto de profesionales que no están cualificados para intervenir, pero que actúan de cara a preservar la normalidad, evita intervenciones

innecesarias. La epidemia mundial del parto intervencionista necesita más atención, porque muchas intervenciones innecesarias pueden dañar a la mujer y a los niños.

4.6. POSTURA MATERNA DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO

Diversos estudios (Stewart et al 1983, Liddell y Fisher 1985, Chen et al 1987, Johnstone et al 1987, Gardosi et al 1989, Stewart y Spiby 1989, Crowley et al 1991, Allahbadia y Vaidya 1992, Bhardwaj et al 1995) sugieren que una posición vertical o lateral durante la segunda fase del parto ofrece muchas ventajas sobre la posición dorsal. La posición vertical produce menos incomodidades y dificultades al pujar, menos dolor de parto, menos trauma perineal y vaginal, y menos infecciones. En uno de los ensayos se observó una duración menor de la segunda fase del parto adoptando la posición vertical. En lo referente a la condición del niño, en algunos estudios se observaron un menor número de índices de Apgars inferiores a 7 en la posición vertical. Una posición vertical, con o sin el uso de una silla para dar a luz, puede producir más desgarros labiales, y los resultados sugieren un incremento de desgarros de tercer grado aunque el número de mujeres estudiado es muy pequeño. A su vez, se ha encontrado un mayor incremento de hemorragias posparto en las mujeres que adoptaron la posición vertical. La causa todavía no se ha determinado; probablemente, en esta posición la medición de la pérdida sanguínea es más exacta, pero la diferencia podría ser debida también al incremento de presión sobre las venas pélvicas y bulbares (Lidell y Fisher 1985, Gardosi et al 1989, Crowley et al 1991). En un estudio, la hemoglobina fue más baja en el cuarto día posparto, aunque la diferencia no fue significativa. La posición de la madre durante la segunda fase del parto afecta a la condición del feto como lo hace también en la fase de dilatación. Los ensayos han demostrado una frecuencia menor de alteraciones del latido cardíaco fetal en las posiciones verticales, así como un pH de arteria umbilical superior. Algunos estudios preguntaron a la mujer sobre qué posición preferían, y demostraron gran entusiasmo por las posturas verticales, ya que les producía menos dolor. La posición de litotomía fue descrita como la más incómoda y dolorosa, además de que les restringía su movimiento. Mujeres que habían dado a luz en esta posición, preferirían adoptar la posición vertical en el futuro (Stewart y Spiby 1989, Waldenström y Gotvall 1991). Muchos de los efectos positivos de la posición vertical dependen de la capacidad de la matrona y de su experiencia con cualquier otra posición además de la supina. Un cierto conocimiento de las ventajas de atender a una mujer en varias posiciones puede significar un cambio importante en el parto.

En conclusión, tanto para la fase de dilatación como para el expulsivo, la mujer puede adoptar la posición que ella prefiera, evitando preferiblemente estar largos períodos en posición supina. Se les debe animar a experimentar la posición en que ellas se sientan como más cómodas y apoyar su elección. Es necesario enseñar al personal asistente de los partos a atender partos en posiciones diferentes de la supina para que ello no sea un factor inhibitor en la elección de la posición.

4.7. CUIDADOS DEL PERINÉ

El daño en el periné es uno de los traumas más frecuentes experimentados por las mujeres en el parto, incluso en el considerado parto normal. Existen varias técnicas y prácticas encaminadas a reducir este daño o reducirlo a unas proporciones aceptables.

4.7.1 PROTECCIÓN DEL PERINÉ DURANTE EL NACIMIENTO

Muchos libros de texto describen métodos sobre cómo proteger el periné durante el nacimiento de la cabeza fetal: los dedos de una mano (generalmente la derecha) protegen el periné, mientras con la otra mano se presiona sobre la cabeza fetal con el fin de controlar la velocidad de salida de ésta, intentando con ello reducir el daño sobre los tejidos perineales. Con esta maniobra se pueden prevenir desgarros sobre el periné, pero a su vez resulta probable que la presión ejercida sobre la cabeza fetal impida el movimiento de extensión de ésta y la desvíe del arco púbico hacia el periné, incrementando así las posibilidades de daño perineal. Al no existir ningún tipo de estudios referentes a esta estrategia ni a la opuesta, es decir, no tocar el periné ni la cabeza durante esta fase del parto, es imposible determinar que estrategia es mejor. La práctica de proteger el periné con las manos es más fácilmente aplicable si la mujer se encuentra en posición supina. Si está en posición vertical, el asistente puede proteger el periné a ciegas, o simplemente seguir la estrategia de “no tocarlo”. Otra técnica encaminada a proteger el periné consiste en masajearlo durante la segunda fase del parto, con el ánimo de dilatar los tejidos. Esta técnica nunca ha sido convenientemente evaluada, pero existen dudas acerca de las ventajas de la aplicación de masajes continuados a tejidos que se encuentran altamente vascularizados y edematosos. Otras técnicas, también exentas de evidencia suficientes, se refieren a los diversos métodos de liberar los hombros y el abdomen del feto después del nacimiento de la cabeza. No está claro si estas son siempre necesarias y ni si son apropiadas. La Unidad Nacional de Epidemiología Perinatal en Oxford está actualmente haciendo un estudio acerca de los “Cuidados del periné en el parto: Manos encima o fuera”. El así llamado Estudio HOOP proporcionará datos fiables acerca de los

efectos de las diversas técnicas de parir la cabeza y los hombros sobre el periné (McCandlish 1996).

4.7.2 DESGARROS PERINEALES Y EPISIOTOMÍA

Los desgarros perineales ocurren con frecuencia, especialmente en primíparas. Los desgarros de primer grado muchas veces no necesitan ser reparados; los de segundo grado generalmente pueden ser fácilmente suturados bajo anestesia local y cicatrizan sin mayores complicaciones. Los desgarros de tercer grado pueden tener complicaciones más serias y deberían, siempre que fuera posible, ser reparados por un obstetra en un hospital equipado de cara a prevenir incontinencia y/o fístulas fecales. Las episiotomías se realizan frecuentemente, pero su incidencia varía. En los Estados Unidos, se practican a un 50 a 90% de las primíparas, siendo esta técnica el procedimiento quirúrgico más empleado en este país (Thacker y Banta 1983, Cunningham et al 1989). En muchos centros existen protocolos de “seguridad”, como el referente a que toda primípara necesita de una episiotomía. Las matronas holandesas tienen una frecuencia de episiotomías del 24,5 %, el 23,3 % de las cuales son medio laterales y un 1,2 % de línea media (Pel et Heres 1995). Las episiotomías de línea media son más fácilmente suturables y presentan la ventaja de dejar menos tejido cicatricial, mientras que las medio laterales evitan con más efectividad el recto y el esfínter anal. Son buenos motivos para practicar una episiotomía durante un parto normal los signos de sufrimiento fetal, un progreso insuficiente del parto o la amenaza de un desgarro de tercer grado (incluyendo desgarros de tercer grado en partos anteriores). Estas tres indicaciones son válidas, aunque la predicción de un desgarro de tercer grado es muy difícil. La incidencia de estos es de un 0,4 % y el diagnóstico de una amenaza de desgarro de tercer grado sólo debería hacerse ocasionalmente. En la literatura especializada se mencionan diversas razones, aparte de las anteriormente citadas, para el uso liberal de la episiotomía. Éstas incluyen argumentos como que substituyen una laceración por una incisión quirúrgica limpia, que es más fácil de reparar y cicatriza mejor que un desgarro (Cunningham et al 1989); que el uso de la episiotomía previene un trauma perineal serio; que las episiotomías previenen traumas en la cabeza fetal; o que las episiotomías previenen traumatismos en los músculos del suelo pélvico, y así evitan la aparición de incontinencia urinaria. Las evidencias que soportan estas supuestas ventajas del uso libre de la episiotomía han sido investigadas en diversos estudios (Sleep et al 1984, Harrison et al 1984, House et al 1986). Los datos de ellos obtenidos no muestran evidencias que apoyen esta política. El uso liberal de la episiotomía se asocia con índices mayores de daño perineal y un menor número de mujeres con el periné intacto. El grupo de mujeres en los

que se practicó el uso liberal de episiotomías experimentó un considerable aumento del daño perineal a los 10 días y a los tres meses del parto. No existe evidencia alguna de que la episiotomía ejerza ningún efecto protector sobre la condición fetal. En un estudio de seguimiento a mujeres que habían recibido una episiotomía, tres años después del parto, no se demostró ninguna influencia de ésta sobre la incontinencia urinaria. En un estudio observacional de 56.471 partos atendidos por matronas, se encontró una incidencia de desgarros de tercer grado en mujeres que no habían recibido episiotomía del 0,4%, la misma que con una episiotomía medio lateral. La incidencia con episiotomías de línea media fue del 1,2% (Pel and Heres 1995). La matrona que realiza episiotomías debe ser capaz de suturarlas correctamente igual que los desgarros. La episiotomía se debe hacer y reparar con anestesia local, y con las máximas precauciones de cara a la prevención del contagio del sida y la hepatitis.

En conclusión, no existe ninguna evidencia plausible de que el uso indiscriminado de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero sí la hay en lo referente a que ésta pueda producir daños. Durante un parto normal puede aparecer la indicación para su realización, pero se aconseja el uso restringido. El porcentaje de episiotomías del 10%, en el estudio inglés (Sleep et al 1984), sin daño para la madre o el niño, sería un buen objetivo que habría que perseguir.

5. CUIDADOS DURANTE LA TERCERA FASE DEL PARTO

5.1 ANTECEDENTES

Esta es la fase del parto en la que se produce la separación y la expulsión de la placenta. Para la madre el principal riesgo es el de hemorragia durante o después la separación de la placenta, y la retención de la misma. La hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna. La gran mayoría de estos casos se producen en países en desarrollo (Kwast 1991). La incidencia de la hemorragia posparto y de retención de la placenta se incrementa si existen factores que predispongan a ello, como poli hidramnios, un embarazo múltiple, un parto complicado estimulado con oxitocina, un parto estacionado o un parto instrumental (Gilbert et al 1987). También ocurren con más frecuencia si estas complicaciones están presentes en la historia obstétrica de la mujer (Doran et al 1955, Hall et al 1987). Por esto y hasta cierto punto, se puede determinar durante el embarazo y el parto qué mujeres tendrán un riesgo más elevado de desarrollar complicaciones en el alumbramiento. Pero incluso en embarazos de bajo riesgo con una primera y segunda fases normales, pueden acontecer las citadas complicaciones. La forma en que se maneje el alumbramiento puede

influenciar en la incidencia de estas complicaciones y en la cantidad de pérdida sanguínea. Se han propuesto diversas medidas para intentar prevenir estas complicaciones, que pasamos a discutir.

5.2 USO PROFILÁCTICO DE OXITÓCICOS

Los oxitócicos pueden ser administrados en diversos momentos del alumbramiento. Lo más frecuente es administrarlos intramuscularmente inmediatamente después del nacimiento del hombro anterior, o después del nacimiento del niño. Los fármacos más utilizados son la oxitocina y los derivados del cornezuelo, como la ergometrina, o una combinación de ambos, como la sintometrina (Daley 1951, McGinty 1956, Friedman 1957, Newton et al 1961, Howard et al 1964, Hacker y Biggs 1979, Rooney et al 1985, Prendiville et al 1988, Thornton et al 1988, Bergley 1990). Tanto, la oxitocina como los derivados del cornezuelo, disminuyen la pérdida sanguínea posparto, pero el efecto del cornezuelo parece ser menor que el de la oxitocina. Los efectos sobre una posible retención de placenta no están claros todavía, aunque existen algunos datos que sugieren que el uso rutinario de oxitócicos incrementa el riesgo de retención placentaria. Entre las complicaciones de los oxitócicos se encuentran náuseas, vómitos, dolor de cabeza e hipertensión posparto. Estas complicaciones ocurren más frecuentemente con el uso de los derivados del cornezuelo. La morbilidad materna se ha visto incrementada aún más con el uso de oxitócicos, especialmente con la ergometrina: paro cardíaco y hemorragia intracerebral, infarto de miocardio, eclampsia posparto y edema pulmonar. Debido a que estos episodios son extraños, los ensayos realizados al azar no pueden proporcionar información útil acerca de hasta qué grado esto puede ser atribuido a los oxitócicos. La evidencia disponible sugiere que la oxitocina es más recomendable que los derivados del cornezuelo. Además en los países tropicales, la oxitocina es más estable que la ergometrina o metilergometrina (Hogerzeil et al 1992, 1994). Debido a que en muchos países en desarrollo la administración de comprimidos orales resulta fácil y que los comprimidos son más estables que las inyecciones bajo condiciones tropicales, se llevó a cabo un estudio realizado al azar para investigar la influencia de los comprimidos orales de ergometrina administrados tras el nacimiento. El resultado fue decepcionante: comparado con un placebo, la medicación tuvo un mínimo efecto demostrable en la pérdida sanguínea después del nacimiento (Degroot et al 1996).

5.3. TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN

La tracción controlada del cordón conlleva una tracción del cordón, combinada con una contrapresión hacia arriba del cuerpo uterino por una mano ubicada inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis. En dos ensayos este procedimiento fue comparado con otros mucho menos activos (Bonham 1963, Kemp 1971). En los grupos de tracción controlada se demostraron expulsiones más cortas con una pérdida media sanguínea menor, pero las pruebas no ofrecen suficientes datos como para garantizar conclusiones definitivas sobre la incidencia de la hemorragia posparto y la expulsión manual de la placenta. En uno de los ensayos se demostró que la tracción controlada producía menores molestias en la mujer. Sin embargo, en un 3% el cordón se rompió durante la tracción. Una extraña pero seria complicación asociada con la tracción controlada del cordón es la inversión uterina. Aunque la complicación puede estar asociada con una aplicación errónea del método, la aparición de ésta sigue siendo un motivo de preocupación. Los estudios mencionados anteriormente recogen algunos datos sobre mujeres en posición supina. La impresión de las matronas que asisten a partos con la mujer en posición vertical es que el alumbramiento de la placenta es más corto y su separación más fácil, aunque la pérdida sanguínea es mayor que en la posición supina. Sin embargo, a parte de la pérdida sanguínea, estos aspectos nos han sido investigados en ensayos al azar. Presumiblemente, la tracción controlada del cordón, tal como se describe en los manuales, se realizaría con más dificultad en la posición vertical.

5.4. MANEJO ACTIVO FRENTE A MANEJO EXPECTANTE DE LA TERCERA FASE DEL PARTO

Los efectos combinados de los oxitócicos y la tracción controlada del cordón son frecuentemente resumidos con el término “manejo activo del alumbramiento”, en contraposición al manejo expectante o fisiológico. A veces, se incluye también el pinzamiento temprano del cordón, especialmente porque en la tracción controlada es obligatorio el pinzamiento temprano. En la literatura, el manejo activo del alumbramiento se compara favorablemente con el manejo expectante, principalmente porque la hemorragia posparto ocurre con menor frecuencia y los niveles de hemoglobina posparto son mayores (Prendiville et al 1988, Harding et al 1989, Begley 1990, Thigalathan et al 1993). Los resultados con respecto a la frecuencia de transfusiones sanguíneas y alumbramientos manuales de la placenta no fueron idénticos en dos ensayos diferentes realizados en Bristol y Dublín (Prendiville et al 1988, Begley 1990). En ambos ensayos, el manejo activo condujo a una mayor sensación de náusea, vómitos e hipertensión, probablemente producidos por el uso de ergometrina. La hemorragia posparto es definida por la OMS como una pérdida sanguínea

mayor de 500 ml (OMS 1990). El diagnóstico se hace mediante una estimación clínica de la pérdida sanguínea. La estimación de la cantidad de sangre a menudo es infravalorada. Aparentemente, la definición está influenciada por el hecho de que, en buena parte del mundo, 500 ml de pérdida sanguínea (o incluso menos) es una amenaza real para la vida de muchas mujeres, principalmente debido a la alta prevalencia de anemia severa. Si midiésemos meticulosamente la pérdida sanguínea media en un parto vaginal, veríamos que es aproximadamente de 500 ml, y alrededor del 5% de las mujeres dando a luz vaginalmente pierden más de 1.000 ml de sangre (Pritchard et al 1962, Newton 1966, De Leeuw et al 1968, Letsky 1991). En el estudio de Bristol (Prendiville et al 1988), el 18% de las mujeres incluidas en el manejo fisiológico del alumbramiento tuvieron una pérdida sanguínea mayor de 500 ml, y únicamente un 3% perdieron más de un 1 litro.

En una población sana (como es el caso de la mayoría de los países desarrollados) una pérdida sanguínea posparto de hasta 1000 ml puede ser considerada como fisiológica y no necesita otro tratamiento que oxitócicos. Sin embargo, en muchos países en desarrollo se han de aplicar otras reglas. Los 500 ml definidos por la OMS deben ser considerados como una línea de alerta; la línea de acción se alcanza entonces cuando las funciones vitales de la mujer empiezan a estar en peligro. En mujeres sanas esto sólo ocurre generalmente con pérdidas sanguíneas mayores de 1.000 ml. Esta distinción es crucial de cara a minimizar el uso de una transfusión sanguínea innecesaria y sus riesgos asociados, incluyendo infección por el VIH. No es posible establecer conclusiones definitivas acerca del valor del manejo activo del alumbramiento en poblaciones de bajo riesgo. El término “manejo activo” se usa para una combinación de intervenciones varias con efectos diferentes y secundarios. Todos los estudios de manejo activo frente a expectante fueron realizados en centros hospitalarios donde el manejo activo era la práctica normal. La aparición de complicaciones raras pero serias (complicaciones cardíacas, eclampsia, inversión uterina, etc.) no puede ser estudiada en ensayos al azar, pero resultan sin embargo de gran importancia cuando se recomienda el manejo activo para la mayoría de la población. Existen serias dudas acerca del uso profiláctico de la ergometrina o de combinados de oxitocina y ergometrina, y también acerca de la tracción controlada del cordón como un procedimiento de rutina. En conclusión la administración de oxitocina inmediatamente después de salir el hombro anterior o después del nacimiento del niño parece ser ventajoso, especialmente en mujeres con riesgo incrementado de hemorragia posparto o en mujeres con anemia severa. Existen dudas acerca de la combinación con la tracción controlada del cordón y su aplicación rutinaria a mujeres sanas de bajo riesgo. La recomendación de esta práctica supondría que las ventajas de este tipo de

manejo igualan e incluso superan sus riesgos, incluyendo los inhabituales pero serios riesgos potenciales que pudieran manifestarse en el futuro. En nuestra opinión, es demasiado pronto para recomendar esta forma de manejo activo del alumbramiento en todos los partos normales de bajo riesgo, aunque se deben tomar en consideración las anteriores recomendaciones realizadas por la OMS (1990, 1994c). Si por diferentes razones se utiliza el tratamiento activo, quedan sin resolver muchas cuestiones, especialmente las referentes al momento óptimo para las inyecciones profilácticas de oxitocina.

5.5 MOMENTO DE PINZAR EL CORDÓN

El cordón umbilical se puede pinzar inmediatamente después del nacimiento o un poco más tarde, y esto puede tener consecuencias tanto en la madre como en el recién nacido (Prendiville y Elbourne 1989). Los efectos maternos han sido analizados en diversos estudios (Dunn et al 1966, Botha 1968, Nelson et al 1980). No se encontraron diferencias significativas respecto al momento en que se pinzó el cordón y la aparición de hemorragia posparto o de transfusiones feto-maternas. Los efectos sobre el recién nacido se han estudiado mediante ensayos observacionales y al azar. Existen estudios acerca del momento del pinzamiento del cordón en el neonato (Buckels y Usher 1965, Spears et al 1966, Yao et al 1971, Nelson et al 1980). Si después del nacimiento se coloca al niño al nivel de la vulva o por debajo por un espacio de tiempo superior a tres minutos antes de pinzar el cordón, se produce un intercambio de aproximadamente 80 ml de sangre de la placenta al feto (Yao et al 1971, 1974, Dunn 1985). Los eritrocitos de este volumen sanguíneo serán rápidamente destruidos por hemólisis, lo cual proveerá cerca de 50 mg de hierro a las reservas del neonato y reducirá la frecuencia de anemia ferropénica durante la infancia (Michaelsen et al 1995, Pisacane 1996). Teóricamente esta transfusión sanguínea de la placenta al niño podría causar hipervolemia, policitemia e hiperviscosidad, así como hiperbilirrubinemia. Todos estos efectos han sido analizados en diversos estudios (Prendiville y Elbourne 1989). Niños a los que se les practicó un pinzamiento temprano del cordón tienen valores más bajos de hemoglobina y hematocrito. Con respecto a problemas de tipo respiratorio, no se demostraron diferencias significativas entre los dos grupos. Los niveles de bilirrubina neonatales fueron menores después del pinzamiento temprano, pero no se demostraron diferencias significativas respecto al otro grupo y no existieron tampoco diferencias respecto a la morbilidad neonatal.

El pinzamiento tardío (o incluso el no pinzamiento) es la forma fisiológica de tratar el cordón, mientras que el pinzamiento temprano es una intervención que necesita de una buena justificación. La “transfusión” de sangre de la placenta al niño, si se realiza el pinzamiento

tardío, es un proceso fisiológico, y los efectos adversos son improbables, al menos en casos normales. Después de un embarazo o parto complicado, por ejemplo tras una inmunización de Rh o en un parto prematuro, un pinzamiento tardío puede producir complicaciones, pero en un caso normal debería existir una buena razón para interferir con el proceso natural.

Si se realiza tracción controlada del cordón después de la administración de oxitocina, como es norma en muchos departamentos de obstetricia, es obligatorio realizar un pinzamiento temprano del cordón. Sin embargo, cuando a alguien se le ha educado acerca del pinzamiento tardío del cordón, por ejemplo, después de que hayan cesado las pulsaciones de éste, generalmente después de 3 a 4 minutos, no se han descrito efectos adversos al respecto. Es más, estudios recientes están a favor de un pinzamiento tardío, debido a que puede prevenir anemias ferropénicas en la infancia, lo cual resulta de vital importancia en países en desarrollo (Michaelson et al 1995, Pisacane 1996).

Aunque en la actualidad no hay suficientes evidencias que permitan decidir sobre el pinzamiento tardío o temprano, está claro que este tema merece mayor atención.

5.6 CUIDADOS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO

Después del nacimiento ha de prestarse gran atención al recién nacido. Esta atención es parte integral del cuidado del parto, y la OMS reafirma la importancia de adoptar unos cuidados comunes a la madre y a su hijo (WHO 1994c). Los cuidados inmediatos incluyen el asegurarse de que la vía aérea se encuentra libre, tomar medidas para asegurarse de la buena temperatura corporal del recién nacido, pinzar y cortar el cordón, y poner al niño sobre el pecho de la madre tan pronto como sea posible. Cada uno de estos aspectos ha sido objeto de una considerable investigación y debate, pero es el Grupo de Trabajo del Cuidado Esencial del Recién Nacido de la OMS (1996) el que destaca en su actual informe los más relevantes:

- Inmediatamente después de su nacimiento, el niño ha de ser secado con ropas o toallas calientes, a la vez que se coloca sobre el abdomen materno o en sus brazos.
- Se examina el estado del niño, a la vez que se asegura que las vías aéreas estén libres. Es importante mantener la temperatura corporal del recién nacido; niños nacidos en habitaciones con bajas temperaturas pueden experimentar descensos marcados de la temperatura corporal y consiguientemente problemas de tipo metabólico. Los descensos de la temperatura corporal del recién nacido pueden evitarse asegurando un contacto directo piel con piel entre éste y la madre.
- El contacto temprano piel con piel entre la madre y el recién nacido es importante por otras muchas razones. Psicológicamente estimula a la madre y al niño a conocerse el

uno al otro. Tras el nacimiento los niños se colonizan con bacterias. Resulta ventajoso que el recién nacido se colonice con las bacterias cutáneas maternas y no por las bacterias de las matronas o asistentes hospitalarios. Todas estas ventajas son difíciles de probar, pero aun así son aceptadas. Hay que animar al amamantamiento temprano, a ser posible en la primera hora posparto (OMS / UNICEF 1989). Se ha de investigar la influencia de la estimulación sobre el pezón por el niño y sus efectos sobre las contracciones uterinas y la pérdida sanguínea posparto. Se ha realizado un estudio al azar (Bullough et al 1989), pero sólo sobre asistentes tradicionales al parto. No se ha podido establecer una influencia entre la succión temprana y la pérdida sanguínea, aunque sería preciso un estudio con asistentes profesionales. El corte del cordón se ha de realizar con instrumentos estériles o desechables. Esto es de vital importancia a la hora de prevenir infecciones.

5.7 CUIDADOS DE LA MADRE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA

La placenta se ha de examinar cuidadosamente para detectar anomalías (infartos, hematomas, inserción anómala del cordón umbilical), pero ante todo para asegurarse de que está completa. Si existe alguna sospecha de que no está completa, habrá que realizar una exploración uterina. Si, por el contrario, las membranas no están completas, dicha exploración uterina no es necesaria.

En algunos países se realiza una exploración rutinaria de la cavidad uterina después de cada parto, conocida como “revisión uterina”. No existe ni la más mínima evidencia de que dicha política sea de alguna utilidad; al contrario, puede producir infecciones o traumatismos mecánicos e incluso shock. Lo mismo se puede decir de las duchas uterinas después del parto.

La madre ha de ser observada meticulosamente durante la primera hora posparto. Las observaciones más importantes incluyen la cantidad de pérdida sanguínea y la altura del fondo uterino: si el útero se contrae insuficientemente, se puede acumular sangre en la cavidad uterina. Si la pérdida sanguínea es anormal y el útero apenas se contrae, un fuerte masaje abdominal del útero puede ser beneficioso. Hay que cerciorarse de que la contracción uterina no está siendo inhibida por una vejiga llena. Pérdidas sanguíneas anormales, de más de 500 ml, deben ser tratadas con oxitócicos: ergometrina u oxitocina, intramuscularmente. La condición materna es también importante; la tensión arterial, el pulso, la temperatura y el bienestar general deben ser evaluados.

6. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN EL PARTO NORMAL.

Este capítulo clasifica las prácticas habituales en la asistencia al parto normal en cuatro categorías, dependiendo de su utilidad, su eficacia o su carácter perjudicial. La clasificación refleja la visión del Grupo Técnico de Trabajo sobre el Parto Normal. Los argumentos para esta clasificación no se indican aquí, sino que el lector los puede encontrar en los capítulos precedentes, que constituyen el resultado de las reflexiones y los debates en el seno del Grupo de Trabajo, basados en la mejor y más rigurosa evidencia disponible en la actualidad (los números de los capítulos están entre paréntesis).

CATEGORÍA A:

6.1 Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.

1. Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y, si procede, a su familia. (1.3)
2. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto. (1.3)
3. Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto. (2.1)
4. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto. (2.3)
5. Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto. (2.4)
6. Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y donde la mujer se sienta más segura y confiada. (2.4 y 2.5)
7. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto. (2.5)
8. Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto. (2.5)
9. Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto. (2.5)
10. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee. (2.5)
11. Métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación. (2.6)
12. Monitorización fetal con auscultación intermitente. (2.7)
13. Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto. (2.8)

14. Uso de guantes en los tactos vaginales durante el nacimiento del bebé y el manejo de la placenta. (2.8)
15. Libertad de posición y movimientos durante todo el parto. (3.2)
16. Estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto. (3.2 y 4.6)
17. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS. (3.4)
18. Uso profiláctico de oxitocina en la tercera fase del parto en la mujer con riesgo de hemorragia posparto, o en peligro por la pérdida de una pequeña cantidad de sangre. (5.2 y 5.4)
19. Esterilidad al cortar el cordón. (5.6)
20. Prevención de hipotermia en el recién nacido. (5.6)
21. Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo, y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia. (5.6)
22. Examen sistemático de la placenta y las membranas. (5.7)

CATEGORÍA B:

6.2 Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.

1. Uso rutinario del enema. (2.2)
2. Uso rutinario del rasurado púbico. (2.2)
3. Infusión intravenosa de rutina en el parto. (2.3)
4. Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina. (2.3)
5. Posición en decúbito supino rutinaria durante la dilatación. (3.2 y 4.6)
6. Examen rectal. (3.3)
7. Uso de pelvimetrías mediante rayos X. (3.4)
8. Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados. (3.5)
9. Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto. (4.6)
10. Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto. (4.4)
11. Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto. (4.7)
12. Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia. (5.2, 5.4)
13. Uso de ergometrina parenteral rutinaria en la tercera fase del parto. (5.2)

14. Lavado rutinario del útero después del alumbramiento. (5.7)
15. Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento. (5.7)

CATEGORÍA C:

6.3 Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.

1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa. (2.6)
2. Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto. (3.5)
3. Presión del fondo uterino durante el parto. (4.4)
4. Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento. (4.7)
5. Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento. (4.7)
6. Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto. (5.2, 5.3 y 5.4)
7. Pinzamiento temprano del cordón umbilical. (5.5)
8. Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto. (5.6)

CATEGORÍA D:

6.4 Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

1. Restricción de líquidos y alimentos durante el parto. (2.3)
2. Control del dolor con agentes sistémicos. (2.6)
3. Control del dolor con analgesia epidural. (2.6)
4. Monitorización fetal electrónica. (2.7)
5. Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención del parto. (2.8)
6. Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente. (3.3)
7. Estimulación con oxitocina. (3.5)
8. Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto. (4.2)
9. Cateterización de la vejiga. (4.3)
10. Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es completa o casi completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma. (4.3)

11. Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto (como por ejemplo 1 hora), incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa. (4.5)
12. Instrumentalización del parto. (4.5)
13. Uso liberal o sistemático de la episiotomía. (4.7)
14. Exploración manual del útero después del alumbramiento. (5.7)