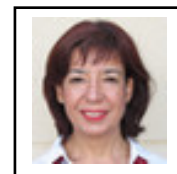


## SALA 7

### CRISTINA YOLANDA MOLINA REYES

Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Hospital General Básico de Baza. Granada. España



## LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

SALA 7

La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

D<sup>a</sup> Cristina Yolanda Molina Reyes

Diplomada en Enfermería. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica por la Universidad de Granada (España). Hospital General Básico de Baza. Granada. España

## LA SEGURIDAD MATERNA Y EL INTERVENCIONISMO EN EL PARTO

Actualmente, el 99% de las muertes maternas se concentran en los países en vías de desarrollo, pues la baja cobertura sanitaria en anticoncepción, atención prenatal y asistencia al parto por personal sanitario cualificado conduce a altas tasas de mortalidad materna y perinatal (1).

En 2010, alrededor de 800 mujeres murieron diariamente por complicaciones del embarazo y del parto, 440 en el África subsahariana y 230 en el sur de Asia (2). De los 164 países analizados en el informe sobre El estado mundial de las Madres en 2011 de Save the Children, 8 de los 10 últimos países, pertenecían a África Subsahariana. Afganistán ocupaba el último lugar, donde una de cada doce embarazadas muere durante el embarazo o el parto y solo un 14% de los partos es atendido por personal sanitario (3).

En Hispanoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados, dirigidos principalmente a la planificación familiar, el incremento de la pobreza, especialmente entre las mujeres, ha provocado un lento descenso de la mortalidad materna. La cobertura sanitaria varía del 24% en Haití al 90% en poblaciones ricas de distintos países. La tasa media de mortalidad perinatal, en 2006 era del 17,3 por mil, tres veces mayor que en Canadá y Estados Unidos, y la tasa media de mortalidad materna de 149/100.000 nacidos vivos. Haití presentaba la tasa de mortalidad materna más elevada, con 523/100.000 nacidos vivos frente a 13,4/100.000 de países como Chile (1).

No obstante, el mayor acceso a la atención sanitaria durante la gestación y la atención hospitalaria del parto ha reducido las muertes maternas por hemorragia en Hispanoamérica; aunque, a costa del incremento del intervencionismo obstétrico, con especial aumento de la tasa de cesáreas, donde en países como Brasil y Uruguay supera el 40% del total de partos (4).

En los países europeos existe un buen acceso a los servicios sanitarios, lo que ha favorecido las tasas más bajas de mortalidad infantil y materna en 2010, con 7,3 muertes perinatales/1000 nacidos y 13,3 muertes maternas/100.000 nacidos vivos (2).

En países como Irlanda, República Checa, Francia, Bélgica y España predomina el modelo intervencionista en la atención sanitaria del parto, atendido en hospitales por médicos y matronas (5). Aunque, en el entorno europeo coexisten otros modelos de atención al parto. En Holanda y Países Escandinavos se encuentra el modelo desinstitucionalizado, donde el parto de bajo riesgo es atendido en casa o en casas de parto por matronas cualificadas y autónomas, que actúan según la evidencia científica (6). En países como el Reino Unido o Alemania existe un modelo intermedio que plantea un parto institucionalizado y humanizado (5) en las casas de parto normal, lideradas por matronas, con apoyo de un equipo multiprofesional. Estos dos modelos de atención al parto, ofrecen a la mujer seguridad y bajos índices de intervención, aumentan las tasas de partos eutócicos y reducen las de inducción del parto, episiotomías, morbilidad materna y neonatal e incrementan satisfacción materna (7).

La mejora de las tecnologías sanitarias ha conllevado una mayor intervención del parto en los países desarrollados (5), que ha pasado de ser un proceso fisiológico para convertirse en un procedimiento médico para prevenir patologías bajo el enfoque de riesgo obstétrico (3). Pero el modelo intervencionista promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las embarazadas y contribuye al incremento del costo global de los servicios sanitarios.

Dejar a la mujer en un entorno extraño durante el parto, sin apoyo familiar, produce estrés materno que reduce la dinámica contráctil uterina y prolonga el parto. Esto desencadena la denominada cascada de intervenciones (8):

Para incrementar el ritmo e intensidad de las contracciones uterinas, se realiza sistemáticamente rotura artificial de membranas y se administra oxitocina. Estas intervenciones incrementan el riesgo de hipertonia uterina, de excesiva salida de líquido amniótico y del posible prolapso de cordón, que provocan hipoxia y sufrimiento fetal. Por ello, debemos realizar una monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y de la dinámica uterina, reduciendo la movilidad de la mujer, que junto a la dinámica uterina intensa, provoca peor tolerancia al dolor y administración de analgesia epidural. Todo ello favorece las distocias del parto y el incremento de episiotomías, partos instrumentales y cesáreas, lo que genera menor satisfacción de la mujer con su parto e incrementa los costos sanitarios (6).

En 1985, ante la alta mortalidad materna y perinatal en los países en vías de desarrollo y el alto intervencionismo en los países desarrollados, la OMS, en Fortaleza, Brasil, elaboró un informe con las recomendaciones de aquellas intervenciones que deberían ser usadas para favorecer el proceso del parto normal y que no son específicas de un país o una región. En este informe, la OMS expone que durante el parto se deben minimizar las intervenciones, monitorizar el progreso con el partograma; no rasurar y enemas sistemáticamente; promover la deambulacion, la ingesta de líquidos orales y la auscultación intermitente de la FCF; dar cuidado permanente, apoyo psicosocial y estimular la presencia del acompañante que la mujer elija; usar preferiblemente métodos analgésicos no farmacológicos; respetar la posición que la mujer elija, evitando la posición de litotomía y no realizar episiotomía de forma sistemática (8). Además, la OMS toma como criterio de calidad de la atención materna y perinatal una tasa de cesáreas del 15%. Cifras por debajo indican un limitado acceso a los servicios sanitarios de calidad, cifras por encima se asocian al incremento de morbilidad materna y neonatal y a mayores costos sanitarios (9).

Distintos países han establecido políticas sanitarias conforme a las recomendaciones de la OMS y la evidencia científica. En 2006, el Ministerio de Sanidad español estimó excesivo la tasa de episiotomías y de cesáreas (9), así como el uso de intervenciones rutinarias, como la administración de oxitocina, la amniotomía o parir en posición de litotomía (7). En 2007, se elaboró la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) que considera el parto como un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir las desviaciones de la normalidad (10). A pesar de su implementación, determinadas prácticas sistemáticas están siendo difíciles de cambiar en los paritorios españoles. Según el informe de evaluación de la EAPN, elaborado por el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) en 2012, continúan por encima de los estándares de calidad la tasa de amniotomía o la administración de oxitocina durante el parto espontáneo, la tasa de partos inducidos, partos instrumentales, episiotomías y cesáreas, con amplias diferencias entre hospitales (11).

La falta de actualización en los hospitales de sus protocolos a las recomendaciones de la EAPN, la de actualización de los profesionales y de su actitud ante el cambio y las condiciones estructurales de las maternidades pueden ser las causas del bajo nivel de cumplimiento de los indicadores asistenciales. Entre las propuestas del OSM para reducir el intervencionismo y mejorar la asistencia al parto se hallan el empoderamiento de la mujer, mejorando su información y formación, no interferir en el proceso fisiológico del parto, aplicar la mejor evidencia científica disponible, actualizar los protocolos de las maternidades a las propuestas de la EAPN y realizar auditorías internas de evaluación de calidad asistencial (11).

Atender el parto desde el concepto de proceso fisiológico implica que no hay necesidad de alta tecnología en el parto de evolución normal. Para mantener la máxima salud y bienestar de la madre y su bebé, el parto debe ser supervisado por profesionales cualificados, bajo un control adecuado de los riesgos y con accesibilidad a medios tecnológicos adecuados en caso de necesidad, ajustando las intervenciones a la evidencia científica. Esto incrementará la satisfacción materna, de la familia y profesionales (4).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fescina RH, De Mucio B. Salud sexual y reproductiva. En: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington: OPS; 2007. (Publicación Científica; 622) p. 151- 154.
2. OMS. Salud maternal y reproductiva. Global Health Observatory. OMS. 2012.
3. Save the Children. Informe sobre el estado mundial de las madres 2011. Save the Children. Madrid.
4. Magnone-Alemán N. Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N. 12, año 5. Agosto-nov. Argentina. 2013 pp.79-92.
5. Soni BL. Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
6. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
7. Aler-Gay I. La transformación de la maternidad en la sociedad española 1975-2005. Otra visión sociológica.

Documento de Trabajo. Serie Sociológica S2006/02. Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la presidencia. 2006.

8. Miller S. Are first-time mothers who plan home birth more likely to receive evidence-based care? A comparative study of home and hospital care provided by the same midwives. *Birth* 39(2): 135-44, 2012 Jun.

9. Grupo Técnico de Trabajo, Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra. 1996.

10. Santamaría-Lozano et al. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

11. Guía de Práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010

12. Observatorio de Salud de la Mujer. Informe del Estado de Situación de la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. OSM. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Dic. 2012.