

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## PARTO NORMAL VS PARTO MEDICALIZADO

**Autor principal** MERCEDES APARICIO PERALTA

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

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

**Palabras clave** Humanización del parto      Parto normal      Matrona      Medicalización

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción:Revisión bibliográfica sobre la práctica clínica en la atención al parto. Reflexión sobre la medicalización del parto y la tendencia a un parto más humanizado. Identificación de las recomendaciones del parto normal actuales basadas en la evidencia científica. Material y métodos:Revisión bibliográfica realizada en base de datos grupo cochrane, medline, pubmed, google académico, fisterra, evidencia, dialnet. Se revisaron artículos de los años 1988 2013. Resultados y discusión:Tras revisar la literatura existente, se objetiva que la práctica en la asistencia al parto ha evolucionado de una manera inadecuada, pues se pasó de la asistencia del parto en domicilios respetando la fisiología natural del proceso al hospitalario y medicalizado.

Este alto grado de intervencionismo, nos trae como consecuencias un mayor número de cesáreas, episiotomías y otras intervenciones que

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Vivimos en una sociedad dependiente del sistema sanitario, estamos totalmente medicalizados. Acudimos al médico sin verdadera necesidad, tomamos gran cantidad de fármacos y creemos que para curarnos el mejor sitio es el hospital. En lo que se refiere al parto, tenemos la creencia que el mejor sitio para parir es el hospital y que cuantos más cuidados médicos mejor. Nos ponemos totalmente en manos del personal sanitario, sin involucrarnos en nuestra propia salud y tomar nuestras propias decisiones. Para entender un poco de dónde surge esta corriente tenemos que remontarnos años atrás.

Al inicio de la historia, la encargada de atender el parto era la partera, el conocimiento era adquirido de forma oral, habitualmente por tradición familiar. Los conocimientos sobre cuidados de embarazo, parto, recién nacido, métodos anticonceptivos y abortivos se trasmitían de madres a hijas.

Ya en el siglo XV el oficio de partera era un oficio de importancia y estaba reconocido por la legislación. Tenían prestigio social, y algunas eran llamadas para asistir partos a reinas. Durante el siglo XVI, la matrona se situó en una posición de desprestigio y subordinación médica, debido a que el rey Felipe II prohibió examinar a las parteras.

Durante el siglo XVII surgen conflictos entre cirujanos, comadrones y matronas por la atención a la embarazada. Se produce una tecnificación de la asistencia al nacimiento, partos asistidos por cirujanos, utilización de fórceps Comienzan a formarse médicos muy técnicos, centrados en la enfermedad y la tecnología, no en la persona.

A finales del siglo XIX comienzan a atenderse los primeros partos en hospitales, hasta ahora atendidos en los propios domicilios. Ya en el siglo XX es cuando se produce la mayor medicalización del nacimiento, se pasa de parir en domicilios a parir en los hospitales, debido a la creencia de una mayor seguridad y mejores resultados obstétricos. Surge la anestesia epidural lo que impide la movilidad de la mujer y una menor implicación en el proceso del parto. En los años 90, surgen gran cantidad de demandas médicas por lo que la medicina se vuelve defensiva, lo que lleva a un mayor intervencionismo (partos instrumentados, cesáreas...) Se habla de deshumanización del parto.

¿Qué ocurre actualmente con la asistencia al parto? Es a partir del siglo XXI, cuando se realiza una reflexión y crítica al proceso del nacimiento, basándose en la evidencia científica. Se realiza una reflexión sobre las prácticas y rutinas que se consideran inadecuadas (enema, rasurado, episiotomía rutinaria, posición de litotomía). Se pide un cambio en la asistencia y un empoderamiento de la mujer, que la mujer sea la que decida en el proceso, no el personal sanitario.

En los últimos años, se han producido numerosos avances tecnológicos en el campo de la medicina; en el área de la obstetricia estos avances han provocado que el proceso fisiológico del parto se haya deshumanizado y medicalizado. Esto nos lleva a una cascada de intervenciones que medicalizan innecesariamente el proceso del parto (rotura artificial de membranas, uso de oxitocina sistemáticamente, monitorización continua, posición de litotomía, episiotomía rutinaria...).

Este aumento de medicalización, en contra de lo que cabría pensar, ocasiona una práctica inadecuada en la asistencia al parto; ocasiona una mayor intervención en el proceso, con el consiguiente aumento del número de cesáreas, aumento del número de partos instrumentales e interfiere en el establecimiento del vínculo materno con el recién nacido.

Por todo esto, se hacía necesaria una revisión de la práctica y rutinas de la clínica diaria. En los años 90 surgen ideas que reclaman un parto más humanizado y respetuoso con la fisiología del parto. La medicina basada en la evidencia demuestra que estas prácticas no son las adecuadas y que no obtienen los resultados deseados.

¿Qué nos dice la evidencia?

OMS: Mediante la medicalización del parto, separamos a la mujer de su ambiente, la rodeamos de gente extraña, utilizamos máquinas extrañas para hacerles cosas extrañas en un esfuerzo por asistirle. El estado físico y mental de la mujer está tan alterado que la forma en la que lleva adelante este acto tan íntimo debe también alterarse y también el estado del recién nacido.

En 1985, la OMS realiza una revisión del modelo biomédico de atención a la gestación, parto y nacimiento, caracterizado por un aumento de la medicalización y sobrevaloración de la tecnología.

De ahí surgen las recomendaciones de la OMS: Respetar el curso normal del parto, limitando intervenciones a casos respaldados por la evidencia científica y respetando el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, sensibles a sus necesidades y expectativas.

Estrategia del parto normal del SNS:Responde a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas, que se viene manifestando de manera creciente en los últimos años y ante que el ministerio de sanidad y consumo ha correspondido liderando el proceso participativo con todas las personas y colectivos implicados, necesario para elaborar su elaboración y consenso. La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo debemos intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las mujeres y los profesionales que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e

- Dilatación: Instruir a la embarazada en signos de verdadero trabajo de parto para evitar número de consultas y hospitalizaciones innecesarias. Facilitar deambulación y posiciones según preferencias. Ingestión de alimentos, principalmente líquidos. Uso del partograma. Monitorización y control fetal adecuado, según recomendaciones de las OMS. No realizar amniotomía de rutina, no canalizar vía venosa profiláctica, uso de oxitocina sólo en casos necesarios y disminución de los tactos vaginales.

- Dolor: Informar a las mujeres sobre métodos para alivio del dolor, beneficios y riesgos. No administrar analgesia de rutina. Considerar la A. Epidural sin bloqueo motor. Posibilidad de elegir uno o varios métodos. Informar de métodos alternativos para el alivio del dolor. Apoyo continuo.

- Posición: Permitir a la mujer la postura espontánea que deseen.

- Episiotomía: No realizar sistemáticamente, realizarla de forma selectiva y a ser posible medio/lateral. No suturar desgarros leves. Se aconseja sutura continua con material reabsorbible.

- Alumbramiento: No pinzar el cordón con latido como práctica habitual. Realizar estudios sobre manejo activo o expectante.

- Partos instrumentales: Sólo indicados por patología. Se recomienda la ventosa sobre fórceps.

- Cesáreas: Investigar causas del aumento de número de cesáreas. Facilitar acompañante. Facilitar parto vaginal sobre cesárea.

- Contacto precoz madre recién nacido: Permanecer juntos madre y RN. Contacto piel con piel. No realizar aspiración, lavado gástrico y paso de sonda por el ano y coanas de forma rutinaria. Erradicar salas nidos. Favorecer lactancia materna.

MacDorman et al en su artículo Midwifery care, social and medical risk factors and birth outcomes in USA afirma que existen diferencias significativas en cuanto a la asistencia al parto de una matrona (parto normal) y un médico (parto medicalizado), en cuanto resultados de nacimientos y supervivencias de los RN. La matrona presenta un 19% menos de riesgo de muerte infantil, 33% menos de mortalidad y 31% menos de bajo peso al nacer.

Fullerton et al en su artículo A comparison of obstetricians and nurse midwives afirma que las matronas favorecen mayor número de posiciones maternas, distintos tipos de respiración, retrasar el inicio de los pujos. Son menos propensas a la monitorización fetal electrónica, al uso de epidural, al manejo activo del parto y a la episiotomía.

Kaufman en su artículo A retrospective evaluation of a model of midwifery care afirma que las matronas disminuyen significativamente el número de amniotomía y epidural. Hacen mayor uso de los TENS y tienen mayor número de desgarros en comparación con los obstetras.

La evidencia científica nos muestra que debemos tener una conducta expectante con el proceso del nacimiento y que la más indicada para la

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Revisión bibliográfica realizada en base de datos grupo cochrane, medline, pubmed, google académico, fisterra, evidencia, dialnet. Se revisaron artículos de los años 1988 2013. Como palabras claves se usaron humanización del parto, parto normal, matrona, medicalización; tanto en español como en inglés (delivery humanization, normal delivery, midwife, medicalization).

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Resultados y discusión

Tras revisar la literatura existente, se objetiva que la práctica en la asistencia al parto ha evolucionado de una manera inadecuada, pues se pasó de la asistencia del parto en domicilios respetando la fisiología natural del proceso al hospitalario y medicalizado.

Este alto grado de intervencionismo, nos trae como consecuencias un mayor número de cesáreas, episiotomías y otras intervenciones que exceden de lo recomendado por la OMS y por la MBE.

En lo que respecta al parto normal, la evidencia nos muestra que el personal adecuado para llevar a cabo el proceso fisiológico del parto es la matrona, ya que es menos intervencionista y medicalizada, si bien, la patología sería competencia médica.

Existe una corriente de cambio en nuestros hospitales, debido a la MBE y a asociaciones formadas por mujeres, como el parto es nuestro, la liga de la leche

La sanidad española es lenta en este proceso de cambio pues tenemos una asistencia centrada en el control del dolor con la generalización del uso de la epidural; el uso de la posición de litotomía que disminuye la capacidad de movimientos; la administración de oxitocina para acelerar el

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Tras revisar la literatura existente, se observa que las prácticas actuales que se dan en los hospitales de nuestro país no son las recomendadas por la evidencia científica. La literatura nos dice que el parto es un proceso fisiológico, por lo que debemos actuar acorde a ello sin interferir, a no ser que se desvíe de la normalidad.

Mi aportación con esta revisión, es hacer ver que en el parto, para una mayor seguridad tanto para la madre como para el recién nacido, lo ideal es la menor intervención posible. De esta manera, favorecemos que la mujer tome decisiones sobre su parto, favorecemos la intimidad con la pareja y el mejor establecimiento del vínculo materno-filial.

Al evitar las intervenciones (amniotomía, perfusión de oxitocina sistemáticamente, posición de litotomía, episiotomía, monitorización continua fetal) también disminuimos la iatrogenia que pudiéramos causar.

Sí es verdad, que se ha iniciado un proceso de cambio pero aún nos queda mucho trabajo por hacer en nuestros hospitales.

Debemos educar a la mujer para que sea consciente del proceso de su propio parto y sea dueña de este él en la toma de decisiones.

Formar al personal sanitario en la MBE para que actúe de acuerdo con lo que nos dice la evidencia científica.

Adecuar los partorios para favorecer el proceso fisiológico del parto, el acompañamiento, la libertad de movimiento.

Proponer alternativas a la anestesia epidural como podría ser la dilatación en bañeras, uso de calor, acupuntura, masajes, musicoterapia. Seguir las recomendaciones de la OMS sobre la estrategia de atención al parto normal.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Una propuesta de investigación, sería en el campo de las terapias naturales como alternativa del dolor ya que la evidencia nos muestra que la anestesia epidural aumenta el riesgo de partos instrumentados.

Sería interesante la realización de estudios basados en terapias alternativas, ya que la bibliografía existente es escasa.

También sería necesaria la realización de estudios sobre el proceso de alumbramiento en el manejo expectante o activo, ya que las referencias bibliográficas sobre el tema son escasas y no concluyentes.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

Biurrún Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Matronas Prof., 2013, vol. 14num. 2, p. 62-66, 2013 - dposit.ub.edu

Carmona Samper E. La medicalización del parto. Reflexiones sobre el cuidado obstétrico. Congreso nacional de enfermería del Mediterráneo. 2007

Estrategia para la atención al parto normal. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008

Iglesias Casas S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Prof., 2009; 10(2):5-11