

SALA 7

ALICIA PINEDA LLORENS

Enfermera especialista en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Granada. ESPAÑA.



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

Seguridad del paciente en el parto domiciliario planificado.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015 y reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, desde entonces ha disminuido en un 45%, que sigue siendo inaceptablemente alta y (Resolución aprobada por la Asamblea General el 22 de septiembre de 2010).

Unas 800 mujeres mueren a diario por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, 289.000 en 2013. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

En 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de matronas o parteras cualificadas. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica.

En un mismo país también hay disparidad entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son su principal causa de muerte en la mayoría de los países en desarrollo (1 en 160 frente a 1 en 3700 en países desarrollados).

Es América Latina y el Caribe una de las regiones del mundo que ha logrado mayores avances en los objetivos del milenio relacionados con la salud, en especial de la niñez (UNICEF 2010), destacando a Chile y Perú.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son la pobreza, ciertas prácticas culturales, la distancia, inexistencia de servicios adecuados y la falta de información.

Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

1. Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
2. Las infecciones (generalmente tras el parto)
3. La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
4. Los abortos peligrosos.

Una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. La administración de oxitocina inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.

La segunda causa más frecuente de muerte materna, la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera la preeclampsia, que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortales.

Otra causa frecuente de muerte materna, la no progresión del parto, puede ser evitada o tratada por obstetras y matronas. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma.

La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas. La atención especializada al parto puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte.

En Europa el Informe Europeo sobre Salud Perinatal 2010 (entendida como la referida a la madre, al feto y al recién nacido), elaborado por el grupo Euro-Peristat constata que las tasas de mortalidad perinatal han mejorado de manera drástica en Europa a lo largo de las tres últimas décadas. Debido a los avances tecnológicos en los cuidados obstétricos y neonatales, un importante desarrollo de los servicios de salud materno-infantil, así como la mejora del nivel de vida de los países europeos. Aún así 20.000 niños nacen muertos cada año en la Unión Europea y otros tantos fallecen en el primer año de vida. Más de 40.000 de los que sobreviven sufren graves deficiencias sensoriales y motoras y otros 90.000 padecen anomalías congénitas.

La baja tasa mortalidad neonatal (muertes hasta 28 días después del nacimiento), en buena parte, es el resultado de la atención que reciben los recién nacidos en la primera semana de vida (neonatal precoz).

En el conjunto de los 29 países europeos que han participado, España e Italia son con diferencia, los países con mayor porcentaje de madres de más de 35 años y la proporción no ha hecho sino incrementarse en los últimos años. España junto con Portugal el país europeo con mayor porcentaje de mujeres primíparas entre las que dieron a luz en 2010.

España es uno de los países europeos en que la razón de mortalidad materna es más baja (3,6 por cien mil nacimientos), casi la mitad de la media europea (las muertes maternas exclusivamente con el embarazo, parto y hasta 40 días después de éste).

Hay una gran variabilidad en la atención al parto en Europa:

Las tasas de cesáreas han aumentado de forma generalizada, pero oscilan desde el 15-18% en los países nórdicos (Finlandia y Suecia redujeron sus tasas) hasta el 52% de Chipre. España, con un 25%, ocupa una posición intermedia en este indicador, pero sigue estando por encima de las recomendaciones.

La amplia variación en la utilización de la episiotomía ilustra la variabilidad que existe en la práctica médica entre los países europeos (75% en Chipre, 5% en Dinamarca) y cuestiona el modo en que la evidencia científica se integra en las decisiones clínicas. En España, sólo para la sanidad pública, la tasa es del 43%, lo que nos sitúa como el octavo país con mayores tasas (en 2004 era del 68%), fomentada en gran medida por las políticas de desmedicalización de la atención al parto que están siendo impulsadas desde las administraciones sanitarias.

Los partos instrumentales son menos del 5% en varios países mientras que alcanzan el 15% en España, el segundo de Europa (considerando sólo hospitales públicos) y el 16% en Irlanda.

Las intervenciones obstétricas deben hacerse de forma selectiva, para no aumentar los riesgos y complicaciones durante y después del parto para la madre y recién nacido. Este intervencionismo no justifica mejores resultados en las tasas de salud perinatal y neonatal.

La bibliografía constata que países europeos con menores tasas de mortalidad perinatal y neonatal son los mismos que tienen unas menores tasas de intervenciones obstétricas durante el parto. En España deberían revisarse determinadas prácticas clínicas.

Se cree que el descenso en la tasa de mortalidad materna se debe a la hospitalización y medicalización del parto en la mayoría de los países del mundo, y que el parto en hospital es más seguro que el parto en casa. Sin embargo, todas las publicaciones que hasta ahora han estudiado seriamente las condiciones que han contribuido a la salud materna e infantil enfatizan: mejor nutrición, sanidad y viviendas, uso de los antibióticos y las transfusiones de sangre, la planificación familiar y familias más pequeñas, la exploración ecográfica que permite «diagnosticar la gestación, estimar la edad del embarazo, diagnosticar precozmente las gestaciones múltiples, identificar anomalías fetales, localizar la placenta, valorar el crecimiento del feto y estimar su situación hemodinámica, así como guiar las técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento prenatal del feto» (Ernesto Fabre)

También los estudios en países donde existe la opción de parir en el hogar atendida por matronas, con respaldo médico; han demostrado que la seguridad del parto en casa es mayor, es decir, hay menos intervenciones, complicaciones y muertes, además de mayor satisfacción y protagonismo de las mujeres y sus bebés en su propio proceso. No obstante parece existir una mayor riesgo para los resultados neonatales adversos.

No es posible predecir con certeza que no haya absolutamente ninguna complicación se en el curso de un nacimiento tanto hospitalario como en casa. Parece cada vez más claro que la impaciencia y fácil acceso a muchos procedimientos médicos en el hospital puede dar lugar a un aumento de los niveles de intervención que a su vez pueden conducir a nuevas intervenciones y finalmente a complicaciones innecesarias, tanto para la madre como para el niño.

Sin embargo, no existe una fuerte evidencia de los ensayos aleatorios para favorecer el parto en el hospital o el parto en casa planeado para bajo riesgo de mujeres embarazadas. Se han realizado sólo dos ensayos aleatorios y muy pequeños.

Los trabajos de Marjorie Tew son importantes para entender que la hospitalización del parto en sí no ofrece mayor seguridad a las madres y a sus bebés.

Todos los informes, estudios y políticas de salud coinciden en que la asistencia a la madre y el recién nacido tiene que ser cualificada (obstetra, matrona, pediatra y enfermera) para mejorar las tasas de morbilidad perinatal y en aquellos países no desarrollados con deficiente o nula asistencia sanitaria, o de difícil acceso, la formación de personas empíricas para atender a las mujeres durante el parto es fundamental.

En los países desarrollados el profesional sanitario que mejores tasas perinatales obtiene es la matrona con cualificación profesional, ya que existen países donde figuras como las doulas sin dicha cualificación están asistiendo partos domiciliarios con mayor índice de riesgo neonatales y maternos, cuyos resultados también están recogidos en las estadísticas de los partos domiciliarios (como en EEUU). En España la LOPS (Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarios) impide la actuación de estas personas, por lo que recientemente el Consejo Nacional de Enfermería emitió un informe sobre las mismas en nuestro país www.informedoulas.com.

En muchos estudios también se recogen los resultados de salud de aquellos partos domiciliarios que no han sido planificados, o que se llevan a cabo sin tener en cuenta las recomendaciones y directrices que algunos países estipulan en sus Guías de Asistencia al Parto Domiciliario.

Debido al incremento del deseo de elección del modo y lugar para dar a luz, hay un consenso generalizado de que dicha asistencia tiene que ser con todas las medidas de seguridad que elimine o minimicen los riesgos perinatales. Es así como surgen las Guías de Asistencia a partos Domiciliarios Planificados (publicados por los Sistemas Nacionales de Salud de algunos países) y los Consensos de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio.

El examen de los factores de riesgo empieza durante el periodo prenatal. Se puede obtener de forma simple determinando la edad materna, altura, 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. Holanda tiene directrices claras de indicaciones médicas para seguimiento especializado distinguiendo entre bajo, medio y alto riesgo.

La efectividad de un sistema de detección de riesgo se mide por su habilidad de discriminación entre mujeres de alto y bajo riesgo, esto es por su sensibilidad, especificidad, y valores predictivos positivos y negativos.

Criterios de Seguridad para inclusión de la gestante en la asistencia de Parto Domiciliario Planificado

• Embarazo de bajo riesgo durante todo el proceso.

• La gestación será de un sólo bebé y en presentación cefálica.

• Mantenimiento de los criterios de normalidad en el momento del comienzo del parto.

• No tener malos antecedentes obstétricos ni cesárea previa.

• Comienzo del trabajo de parto entre la semana de gestación 37 y 42.

• Bolsa amniótica íntegra o rotura inferior a 24h con líquido amniótico claro.

• Las mujeres aportarán todos los controles ecográficos y analíticos así como otras pruebas complementarias necesarias que se hayan efectuado.

• La elección de parir en casa tiene que ser una decisión informada y libre de la mujer, incluyendo los riesgos para la madre y el recién nacido.

• El domicilio reúne las condiciones adecuadas y los medios personales y materiales para la asistencia.

• El parto tiene que ser atendido por profesional cualificado, matrona u obstetra.

• El tiempo de traslado a un centro con asistencia sanitaria especializada entre 47 y 55 minutos. de media (entendiendo éste desde que se decide el traslado, se organiza y se realiza).

El examen de los riesgos no es una medida 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 trasladar a la mujer a un nivel de cuidado más especializado.

Criterios de Seguridad en la asistencia de Parto Domiciliario Planificado

La Academia Americana de Pediatría (AAP) está de acuerdo con la reciente declaración del Colegio

Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) que el lugar más seguro para el nacimiento de un niño es un hospital o centro de maternidad, por lo que desaconsejan el parto domiciliario, pero reconoce que las mujeres y sus familias pueden desear un parto en casa distintas razones. Los pediatras deben aconsejar a los padres que están planeando un parto en casa que AAP y el ACOG recomiendan sólo parteras que están certificados por la Junta Americana de Certificación de obstetricia.

Por ellos en 2013 la AAP publica unas recomendaciones para el cuidado de los bebés nacidos en el hogar (<http://www.homebirthsummit.org/best-practice-transfer-guidelines>) :

La matrona debe tener habilidades y equipo para realizar una reanimación completo del bebé.

Todos los equipos médicos, y el teléfono de emergencia, deben ser probados antes del nacimiento y llevar un control de la evolución del parto.

Un acuerdo anterior debe hacerse con un centro médico para garantizar un transporte seguro y oportuno en caso de una emergencia.

Calentamiento del bebé tras el alumbramiento.

Un examen físico detallado,

Control de la temperatura corporal.

Realizar test de Apgar.

Profilaxis de los ojos.

Administración de vitamina K.

inmunización contra la hepatitis B,

Evaluación de la alimentación.

El cribado hiperbilirrubinemia y otras pruebas de cribado neonatal.

Si se justifica, los bebés también pueden necesitar control y seguimiento de la enfermedad por estreptococo del grupo B y de la glucosa.

Imprescindible valoración y seguimiento con el médico de cabecera del niño.

La OMS en su Guía para Cuidados del Parto Normal, recoge una CLASIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN EL PARTO NORMAL, en cuatro categorías, a destacar :

Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas:

1) Un plan personalizado acerca de donde y por quién va a ser atendido el parto, hecho con la mujer durante el embarazo con conocimiento de este por parte del marido / compañero y por la familia si se considera necesario.

2) Evaluación de los riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal, reevaluación de este en cada contacto existente.

3) Monitorización del bienestar físico y emocional materno durante el parto, alumbramiento y puerperio.

4) Ofrecer fluidos orales durante el parto y alumbramiento.

5) Respetar la elección informada de la paciente acerca del sitio en donde dar a luz.

6) Dar cuidados durante el parto y alumbramiento en los lugares más periféricos donde un parto sea posible y seguro y donde la mujer se encuentre segura y cómoda.

7) Respetar la privacidad de la mujer en la habitación de parto.

8) Apoyo por parte de las matronas durante el parto y nacimiento.

9) Respetar la elección de la mujer respecto a los acompañantes durante el parto y nacimiento

10) Dar a la parturienta toda la información y explicaciones que ella desee

11) Uso de métodos no - invasivos y no - farmacológicos de alivio del dolor , como masajes y técnicas de relajación.

12) Monitorización fetal con auscultación intermitente.

13) Uso único de materiales desechables y descontaminación apropiada de materiales reutilizables durante el parto y nacimiento.

14) Uso de guantes en los exploraciones vaginales, durante el nacimiento del niño y mientras se

manipule la placenta.

15) Libertad de movimientos y posición durante el parto.

16) Animar a adoptar la posición no-supina durante el parto.

17) Monitorización cuidadosa del progreso del parto.

18) Empleo profiláctico de Oxitocina en el alumbramiento de mujeres con riesgo de desarrollar una hemorragia postparto.

19) Asepsia al cortar el cordón.

20) Prevención de hipotermia neonatal.

21) Contacto "piel a piel " temprano entre la madre y el hijo y ayuda con la iniciación de la lactancia materna , dentro de la primera hora postparto , de acuerdo con las indicaciones de la OMS.

22) Examen rutinario de la placenta y membranas.

En los casos de patología aguda no esperada, es necesario una buena coordinación casa-hospital, así como la elección del equipo idóneo con los componentes necesarios para un transporte lo más seguro posible si es necesaria la estabilización de la madre y/o del bebé intraútero o del recién nacido en el caso de traslado.

El traslado de un parto iniciado en casa tiene unas indicaciones, entre ellas: la sospecha de pérdida de bienestar fetal, las distocias de dilatación o de descenso en la pelvis, etc.

Si el traslado debe realizarse de forma urgente, se establecerá un sistema de comunicación telefónica con la sala de partos del hospital y con las ambulancias del área que efectuarán el traslado.

Recordad que el mejor medio de transporte del bebé es el útero materno, siempre que sea posible.

Dos elementos que pueden diferir mucho en la atención al parto en los distintos países son el grado de pericia de las matronas y el sistema de transporte.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes, en estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos. Alrededor del 10% de los pacientes ingresados en hospitales sufren algún EA como consecuencia de la atención sanitaria.

En un parto domiciliario no se dan riesgos en seguridad del paciente como error en identificación del paciente y del recién nacido, no existen errores en la gestión y administración de medicación, el riesgo de caídas es menor que el hospitalario pues es un medio que ella conoce y al que está adaptada (éste habrá de tenerse en cuenta en caso de traslado al hospital), existe menor riesgo de infección de la madre y recién nacido, y no existe riesgo de infección nosocomial.

CONCLUSIONES

El parto domiciliario planificado en un embarazo de bajo riesgo es tan seguro como el parto hospitalario, con menores tasas de morbimortalidad materna y de intervenciones innecesarias.

Hay estudios donde parece existir mayor riesgo de resultados neonatales adversos.

Dos criterios importantes de seguridad son: La atención por profesionales cualificados (matronas) y disponer de condiciones que permitan un traslado al hospital antes de 45-60 minutos.

El parto domiciliario planificado ofrece mayor seguridad y menos eventos adversos desde el punto de vista materno.

Sería deseable que todos los países dispusieran de una guía de atención al parto domiciliario, así como un registro nacional de todos los partos domiciliarios, sean planificados o no.

Al analizar la evidencia científica, no existen trabajos de calidad suficiente para llegar a conclusiones, observándose un importante sesgo de selección en los trabajos existentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth (Review) Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;9:CD000352.
- Geerts CG, Klomp T, Lagro-Janssen ATM, Twisk JWR, van Dillen J, de Jonge A. Birthsetting, transfer and maternal sense of control: results from the DELIVER study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14:27.
- Sjöblom I, Idvall E, Lindgren H; Nordic Homebirth Research Group. Creating a safe haven - women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic countries. *Birth*. 2014;41(1):100-7.
- Faucon C, Brillac T. Planned home versus planned hospital births: adverse outcomes comparison by reviewing the international literature. *Gynecol Obstet Fertil*. 2013;41(6):388-93.
- Lindgren H, Kjaergaard H, Olafsdottir OA, Blix E. Praxis and guidelines for planned home births in the Nordic countries - an overview. *Sex Reprod Healthc*. 2014;5(1):3-8.
- Chervenak FA, McCullough LB, Arabin B. Obstetric ethics: an essential dimension of planned home birth. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1183-7.
- Chervenak FA¹, McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B, Levene MI, Brent RL. Planned home birth: a violation of the best interests of the child standard? *Pediatrics*. 2013;132(5):921-3.
- Halfdansdottir B¹, Smarason AK, Olafsdottir OA, Hildingsson I, Sveinsdottir H. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth*. 2015;42(1):16-26.
- Rowe RE¹, Townend J, Brocklehurst P, Knight M, Macfarlane A, McCourt C, Newburn M, Redshaw M, Sandall J, Silverton L, Hollowell J. Duration and urgency of transfer in births planned at home and in freestanding midwifery units in England: secondary analysis of the birthplace national prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Dec 5;13:224. doi: 10.1186/1471-2393-13-224.
- Balaguer Santamaría A, González de Dios J. Parto domiciliario: seguro para algunas madres pero, ¿también para los recién nacidos? *Evid Pediatr*. 2013;9:50
- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Guía de Asistencia del parto en casa, Barcelona 2010. <http://www.coib.cat/uploads/BOtff/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF>