

Artículo original

Adecuación entre la práctica clínica obstétrica en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal

Adaptation between the obstetric clinical practise at the University Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia) and the recommendations of the Strategy Normal Birth Care

Carmen Ballesteros-Meseguer¹, César Carrillo-García², Mariano Meseguer de Pedro³, Manuel Canteras-Jordana⁴, María Emilia Martínez Roche⁵

¹Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología. Doctora en Enfermería. Profesora asociada de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. ²Enfermero. Doctor en Enfermería. Profesor asociado de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Hospital Universitario Morales Meseguer. ³Psicólogo. Doctor en Psicología. Departamento de Psiquiatría y Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. ⁴Bioestadístico. Catedrático de universidad. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. ⁵Enfermera. Doctora en Pedagogía. Profesora titular de universidad. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia

RESUMEN

Objetivo: Comprobar el grado de adecuación de la práctica clínica obstétrica a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal.

Personas, material y método: Estudio descriptivo, transversal, de la actividad obstétrica de 12.093 mujeres durante el proceso de parto (en los años 2011 y 2012) en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). Las variables estudiadas fueron: paridad, edad gestacional, inicio del parto, utilización de analgesia epidural, uso de oxitocina, posición durante la etapa de expulsión fetal, peso del recién nacido y finalización del parto.

Resultados: Se observa una adecuación de la práctica clínica a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en la tendencia a disminuir las siguientes prácticas: el rasurado perineal (13%), el uso de enemas (7%) y el número de cesáreas urgentes (11,38%). Asimismo, se constata una tendencia a aumentar el acompañamiento al parto (88,7%), la monitorización continua (99%), la ingesta de líquidos intraparto (34,8%), el número de partos vaginales tras cesárea previa (93,1%) y el porcentaje de epidural (77%). El resto de variables

ABSTRACT

Objective: The aim is to check the adaption of the obstetric clinical practise and the recommendations of the Strategy Normal Birth Care.

Persons, material and methods: This has been a descriptive, transversal and analytical study of the obstetrical activity of 12,093 child-births which took place between 2011 and 2012 in the Clinical University Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia). The studied variables were: parity, gestational age, onset of labor, use of epidural analgesia, use of oxytocin, stage position during fetal expulsion, newborn weight and type of delivery (eutocic, implemented or cesarean).

Results: The clinical appropriateness of the recommendations of the Strategy Normal Birth Care presents a tendency to decrease in the following practises: perineal saving (13%), the use of enemas (7%) and the number of emergency caesareans (11.38%). Likewise, some practises have also had a tendency to increase: accompaniment of childbirth (88.7%), continuous monitoring (99%), intrapartum fluid intake (34.8%), the number of vaginal births after cesarean (93.1%) and the number of women with epidural (77%). There has not been any varia-

Fecha de recepción: 17/10/14. Fecha de aceptación: 26/01/15.

Correspondencia: C. Ballesteros Meseguer.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Unidad de Partitorio).
Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. 30120 El Palmar (Murcia).
Correo electrónico: carmenbm@um.es

Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer de Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez Roche MA. Adecuación entre la práctica clínica obstétrica en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal. *Matronas Prof.* 2015; 16(4): 110-116.

estudiadas (realización de amniotomía y partos instrumentados) se mantienen sin cambios.

Conclusiones: Las recomendaciones de la Estrategia no se siguen en su totalidad. Se han identificado puntos de mejora. Es necesario desarrollar políticas que permitan reducir los procedimientos desaconsejados por el Ministerio de Sanidad, así como reforzar la formación del equipo interdisciplinar.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Parto normal, enfermería obstétrica, procedimientos quirúrgicos obstétricos, trabajo de parto, episiotomía.

tion in the remaining studied variables (amniotomy and performing instrumental births).

Conclusions: The recommendations of the Strategy are not followed entirely. Some points of improvement have been identified. It will be necessary to develop some reduction policies of procedure advised against by the Ministry, and to reinforce the interdisciplinary team training.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Normal delivery, obstetric nursing, obstetric surgical procedures, labor, obstetric, episiotomy.

INTRODUCCIÓN

A finales del 2007, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud publicó la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de mejorar la práctica asistencial al mismo. Las recomendaciones de la EAPN incluyen: evitar el rasurado perineal, evitar el uso de enema intraparto, permitir el acompañamiento al parto, no realizar de forma sistemática monitorización continua, permitir la elección de posición a la mujer durante el parto, permitir la ingesta de líquidos y alimentos livianos, evitar la hidratación intravenosa sistemática, utilizar el partograma, evitar la amniotomía precoz sistemática, no realizar analgesia de forma sistemática, hacer un uso selectivo de la episiotomía, evitar realizar partos instrumentales y utilizar la ventosa como primera opción en caso necesario, y facilitar la posibilidad de parto vaginal tras cesárea previa¹.

Desde que se publicó la EAPN, se han diseñado múltiples estrategias dirigidas a cambiar los comportamientos de los profesionales implicados en la atención al parto normal. Las acciones más importantes que se han llevado a cabo son la difusión de la información científica disponible, la capacitación profesional en la atención al parto normal y promover la participación informada de las mujeres².

Actualmente se están efectuando las primeras evaluaciones de la EAPN. Aunque aún no se dispone de datos oficiales, un estudio realizado en un hospital de tercer nivel ha mostrado una falta de aplicación de algunas de las prácticas recomendadas³.

Es posible que en la actualidad no se esté produciendo una adecuación entre la evidencia científica y la práctica clínica⁴. Por este motivo, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se puso en marcha una línea estratégica para asegurar que el documento se hiciera extensible a todo el personal relacionado con la atención perinatal en las diferentes comunidades de España. En el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, desde su Unidad de Formación

Continuada, se impartieron cursos a los profesionales sanitarios implicados en el proceso del nacimiento; sin embargo, estos cursos contaron con una baja asistencia⁵.

Asimismo, durante el año 2011, el número de episiotomías entre las mujeres con parto vaginal atendidas en el hospital del estudio fue muy superior al recomendado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que en la EAPN aconseja no superar un 15% de episiotomías¹.

Por este motivo cabe preguntarse lo siguiente: ¿se están llevando a la práctica en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca las recomendaciones de la Estrategia que publicó el Ministerio de Sanidad en 2007? ¿Estamos cambiando nuestra praxis?

El objetivo de este estudio es establecer el grado de adecuación de la práctica clínica obstétrica en el Hospital Virgen de la Arrixaca a las recomendaciones de la EAPN en el Sistema Nacional de Salud. Para ello, se han establecido los siguientes objetivos específicos: describir la práctica clínica en la atención al parto normal que se lleva a cabo en el Hospital Virgen de la Arrixaca y comparar las actividades asistenciales con los indicadores establecidos en la EAPN por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

PERSONAS, MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, para el que se utilizó metodología cuantitativa.

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (Trip Database, PubMed, CINAHL, CUIDEN, Lilacs y Cochrane Plus). Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: «parto normal», «enfermería obstétrica» y sus equivalentes en inglés. La búsqueda abarcó los últimos 5 años.

Se consultaron documentos ministeriales, de organizaciones internacionales y de sociedades científicas de mayor antigüedad, relacionados con el tema de la atención al parto normal, y de los que no existen publicaciones más recientes.

La población de estudio la constituían las mujeres atendidas en el ámbito hospitalario durante su proceso de parto. La muestra inicial estaba formada por 15.074 mujeres en proceso de parto durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2012. Los datos fueron recogidos de la base de datos clínicos (SELENE) y mediante el servicio de codificación del hospital. Los criterios de inclusión fueron mujeres que parieron en nuestro hospital y cuyos datos de estudio se hubiesen recogido. Se excluyeron los episodios incompletos y las mujeres cuyos partos fueron extrahospitalarios. Finalmente, se analizaron 12.093 episodios de parto.

Las variables estudiadas fueron las siguientes: rasurado perineal, uso de enema intraparto, tipo de acompañamiento al parto, tipo de monitorización, elección de la mujer sobre la posición, ingesta de líquidos y alimentos livianos, hidratación intravenosa, uso del partograma, amniotomía, manejo del dolor, posición materna durante el periodo expulsivo, uso de episiotomía, instrumentación del parto y parto vaginal tras cesárea previa.

La investigación se ha realizado desde el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder desarrollar el estudio. Asimismo, se pidió autorización por escrito al gerente del Hospital Virgen de la Arrixaca y a su Comité Ético de Investigación Clínica.

Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0 y el programa Excel. En un primer nivel se efectuó un análisis descriptivo de las variables obstétricas planteadas, en un segundo nivel se realizó una comparación de porcentajes entre los años estudiados y, por último, se contrastaron los datos con los indicadores del Ministerio mediante una comparación de dos proporciones y el test de la ji al cuadrado (χ^2). Se consideró la significación estadística para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los resultados del estudio corresponden a los procesos de parto atendidos durante los años 2011 y 2012. Se observa cómo se desarrolla el proceso con respecto a los puntos que aborda la EAPN en un total de 12.093 partos vaginales, de los que 6.075 fueron atendidos en el 2011 y 6.018 en el 2012 (tabla 1). Posteriormente los resultados obtenidos se compararon con los indicadores «de calidad» establecidos en la Estrategia y elaborados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁶. Las variables recogidas fueron cualitativas y dicotómicas (sí/no).

Así pues, consideramos los estándares establecidos en la EAPN como referencia para comparar los resultados de este estudio.

Tabla 1. Partos vaginales atendidos en el Hospital Virgen de la Arrixaca durante los años 2011 y 2012

Partos vaginales	2011	2012
Eutócico	4.649	4.531
Espátulas	96	67
Fórceps	205	156
Ventosa	1.125	1.264
Total	6.075	6.018

Fuente: Elaboración propia a partir del registro de datos del hospital. Aplicativo informático (SELENE).

Rasurado del periné

El rasurado perineal no fue practicado al 86,7% de las mujeres en trabajo de parto en 2011 y al 87,8% en 2012.

Enema

El enema no fue administrado al 91,4% de las mujeres en 2011 y al 93,4% en 2012.

Acompañamiento durante el proceso de parto

Durante la etapa de dilatación, estuvieron acompañadas por una persona de su elección el 83,5% de las mujeres en 2011 y el 88,7% en 2012. Durante la etapa de expulsión fetal estuvieron acompañadas el 68,8% de las mujeres en 2011 y el 74,8% en 2012.

Durante la dilatación

Mantuvieron un tipo de monitorización continua (que requiere permanecer junto al monitor e impide la libre deambulacion) el 97,6% de las gestantes en 2011 y el 99,3% en 2012.

Las mujeres que eligieron la posición que deseaban adoptar durante la dilatación y el expulsivo fueron el 44,5% en 2011 y el 51,1% en 2012.

La ingesta de líquidos y alimentos se permitió al 27,2% de las mujeres en 2011 y al 34,8% en 2012.

La hidratación intravenosa no es un campo obligatorio que recoger en el registro de datos informático del hospital (se detecta un infraregistro), por lo que ofrecemos sólo los datos referentes a 508 partos en 2011 y 306 en 2012: recibieron perfusión intravenosa continua un 96% de las mujeres en 2011 y un 97,3% en 2012.

El partograma se utilizó en el 100% de las gestantes en trabajo de parto, como registro principal de la evolución de todo el proceso.

La amniotomía, o rotura artificial de la bolsa amniótica, se realizó en 2011 al 55,7% de las mujeres en periodo de parto; el 61% correspondían a partos de inicio espontáneo (gestantes que ingresaron en periodo activo

de parto, esto es, que presentaron cérvix borrado más del 50%, contracciones regulares y dilatación cervical igual o superior a 2 cm). En 2012 se efectuó una amniotomía al 55,3% de las mujeres, siendo el 58,5% partos de inicio espontáneo.

Manejo del dolor durante el parto

La analgesia más utilizada en las gestantes fue la epidural (74,8%), seguida por la analgesia local (12,4%), la ausencia de analgesia (10,4%), la raquídea (2%) y, en último lugar, la general (0,3%).

En cuanto a los métodos alternativos para el manejo del dolor, están infraregistrados; al no ser un dato de obligada cumplimentación, no se registró en todos los casos.

Posición materna durante el periodo expulsivo

Las posiciones que las mujeres adoptaron para el periodo expulsivo fueron: en el 90% de los casos litotomía, en el 8,7% decúbito supino, en el 2% decúbito lateral, en el 0,9% posición sentada y en el 0,5% restante posición de pie, cuclillas y en cuadrupedia.

Episiotomía

La episiotomía en los partos eutócicos se practicó al 40,8% de las mujeres en 2011 y al 36,5% en 2012. Para los partos instrumentados la tasa supera el 90% en los dos años estudiados.

Partos instrumentales

El 75,9% de los partos estudiados fueron eutócicos; los demás fueron instrumentados, siendo la ventosa el método más utilizado.

Aumentar el porcentaje de partos vaginales tras una cesárea previa es otro indicador aconsejado en la EAPN. Del total de partos estudiados, 742 mujeres gestantes habían tenido una o más cesáreas con anterioridad; el 62,2% de ellas finalizaron el proceso de parto de una forma eutócica y el 48,6% con una episiotomía.

Todos los partos del estudio fueron asistidos por profesionales especialistas en obstetricia y ginecología; el 26% de ellos fueron atendidos por ginecólogos y el 82% por matronas. Por tratarse de un hospital clínico universitario, algunos de estos partos los atendieron además enfermeras y médicos en formación de la mencionada especialidad (residentes), siendo el 22% atendidos por residentes de ginecología y el 34% por residentes de matrona, siempre bajo la supervisión de un obstetra o de una matrona.

Los resultados tras comparar los datos con los indicadores establecidos por la EAPN⁶ son los siguientes: la tasa de episiotomías en los partos eutócicos ha disminuido; el porcentaje de desgarros perineales de III y IV

grado en los partos con episiotomía es del 0,88% y, sin ella, del 0,28%; los partos instrumentales se realizan en un 24,6% de los casos, siendo la ventosa el más utilizado (21%); las cesáreas se efectúan en el 19,8% de los partos, con una tendencia a disminuir el número de cesáreas urgentes; el porcentaje de partos vaginales tras cesáreas es del 93%, con tendencia a aumentar; el porcentaje de mujeres que utilizan la analgesia epidural es del 77% y la posición de litotomía durante la expulsión fetal se utiliza un 91,2% de las veces (tabla 2).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio mostraron que las recomendaciones del Ministerio de Sanidad se están llevando a la práctica en los siguientes puntos: evitar el rasurado perineal, evitar la administración sistemática de enemas, permitir el acompañamiento al parto, utilizar el partograma, emplear preferentemente la ventosa en los partos instrumentales, favorecer los partos vaginales tras cesáreas previas y uso de la analgesia epidural¹.

Sin embargo, otros resultados son susceptibles de mejora, como la deambulación libre de la mujer durante el parto en la etapa de dilatación, permitir la ingesta de líquidos y alimentos livianos, realizar auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal y ofrecer terapias alternativas a la analgesia epidural para el manejo del dolor durante el parto.

También hay que mejorar en los siguientes aspectos: realizar hidratación intravenosa de forma sistemática a todas las gestantes en trabajo de parto normal, evitar la amniotomía precoz sistemática, evitar la posición de litotomía durante el periodo expulsivo, evitar los partos instrumentales salvo indicación por patología y promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática.

Así pues, en vista de los resultados obtenidos, puede afirmarse que algunas de las recomendaciones se estaban cumpliendo, y otras no. ¿Qué se puede hacer para mejorar la implementación de las recomendaciones de la EAPN?

En lo relativo a permitir la *libre deambulación de la mujer durante el parto*, el incumplimiento de esta recomendación en el Hospital Virgen de la Arrixaca podría explicarse por la falta de recursos estructurales del hospital, sobre todo de espacio, y también por el uso de la analgesia epidural, que produce un bloqueo motor que impide a la mujer deambular. La Estrategia recomienda facilitar a la gestante que pueda deambular libremente de acuerdo con sus necesidades y preferencias, y que adopte la posición que encuentre más cómoda¹. Algunos estudios concluyen que permitirles moverse durante el trabajo de parto puede incrementar la sensación de autocontrol sobre el proceso^{7,8}.

Tabla 2. Indicadores de calidad (eficiencia y calidad científico-técnica) en la atención al parto normal en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante el periodo de estudio 2011-2012

Indicadores de calidad	2011 (%)	2012 (%)	χ^2	p	Interpretación de los datos	EAPN Indicadores (%)	Comparación EAPN
Episiotomías en partos eutócicos	40,8	36,5	8,11	<0,001	Tendencia a disminuir el número de episiotomías	<15	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001
Desgarros perineales de III y IV grado con episiotomía	0,86	0,88	0,0073	NS	No varía	1-5	
Desgarros perineales de III y IV grado sin episiotomía	0,12	0,28	1,71	NS	No varía	0,5-3	
Partos instrumentales	23,4	24,6	2,45	NS	No varía	<15	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001
Uso de fórceps	3,37	2,59	10,11	<0,001	Tendencia a disminuir el número de fórceps	5	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001
Uso de espátulas	1,58	1,11	6,83	<0,001	Tendencia a disminuir el número de espátulas	5	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001
Uso de <i>vacuum</i> extractor	18,5	21	18,42	<0,001	Tendencia a aumentar el número de ventosas	≤7	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001
Cesáreas	19,7	19,8	0,11	NS	No varía	15 (OMS)	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001
Cesáreas programadas	6,6	7	0,90	NS	No varía	NE	
Cesáreas urgentes	13,6	11,38	17,63	<0,001	Tendencia a disminuir el número de cesáreas	NE	
Parto vaginal tras cesárea	81,2	93,1	26,94	<0,001	Tendencia a aumentar el número de partos vaginales tras cesárea	60-80	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001
Uso de analgesia locorreional (epidural)	75,2	77	6,79	<0,001	Tendencia a aumentar el número de mujeres con epidural	>70	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001
Posición materna en el expulsivo (litotomía)	89,3	91,2	13,06	<0,001	Tendencia a aumentar el número de mujeres en posición de litotomía	<30	p ₁ = 0,001 p ₂ = 0,001

NE: no establecido; NS: no significativo; p₁: grado de significación estadística al comparar porcentajes de datos de 2011 con indicadores de la EAPN; p₂: grado de significación estadística al comparar porcentajes de datos de 2012 con indicadores de la EAPN. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del aplicativo informático SELENE.

En lo referente a *permitir a la mujer la ingesta de líquidos azucarados y/o alimentos livianos durante el parto*, los resultados de este estudio podrían ser debidos al uso de la analgesia epidural, que recibieron la mayoría de las parturientas, ya que al no existir un protocolo de actuación a este respecto, quedó a decisión del médico anestesista determinar si la mujer podía tomar o no líquidos y/o alimentos livianos.

Por otra parte, *la monitorización cardíaca fetal electrónica continua* se realizó prácticamente a la totalidad de las mujeres de parto. Esta práctica se aleja de las recomendaciones de la Estrategia, que incluyen realizar control de la frecuencia cardíaca fetal mediante la auscultación intermitente de los latidos y limitarse a hacer monitorización cardíaca electrónica continua a las embarazadas con riesgo elevado o con un desarrollo anormal del trabajo de

parto. Estos resultados siguen las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que señalan que el control clínico mediante auscultación intermitente sólo es admisible si se dispone de una matrona por parto⁹. En el periodo del estudio, en el Hospital Virgen de la Arrixaca una matrona se ocupaba, como mínimo, de atender a dos mujeres.

En relación con el *uso de la analgesia epidural*, nuestros resultados revelaron que la mayoría de las mujeres la eligieron como método de alivio del dolor durante el parto. Nuestras cifras pueden equipararse a la media española, que se sitúa en más del 80% de los partos. La epidural parece ser un método eficaz para aliviar el dolor durante el parto, aunque se sabe que aumenta el riesgo de partos instrumentales¹⁰, con las consecuencias negativas que tienen éstos sobre el suelo pélvico¹⁰. La SEGO la

señala como técnica de elección, pero recomienda emplear la menor dosis posible para controlar el dolor pero provocando el mínimo bloqueo motor, permitiendo así que la parturienta pueda deambular o adoptar la postura que le resulte más cómoda¹¹. Sin embargo, en el hospital del estudio se utilizaba una dosis estándar para todas las parturientas; en consecuencia, no se minimizaba el bloqueo motor y, por tanto, no era posible la deambulación de las parturientas, que se vieron obligadas a permanecer en posición tumbada o sentada.

Respecto a la *amniotomía precoz sistemática*, los resultados revelaron que a la mitad de las mujeres se les practicó la amniotomía artificial; aunque a priori parece una cifra elevada, se requiere profundizar más en su estudio para valorar la frecuencia de empleo sistemático de este procedimiento, ya que habría que determinar la existencia de un progreso anormal del trabajo de parto según el partograma para justificar su uso tal como recomienda la EAPN¹.

En relación con la *posición de litotomía durante la etapa de expulsión fetal*, fue la postura más habitual en el hospital del estudio, ya que es la que mejor visión ofrece y más facilita la actuación del profesional que asiste el parto sobre el periné. Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud no recomienda colocar a la embarazada en la posición de litotomía durante la dilatación y el expulsivo¹². Otros estudios han calificado esta posición de perjudicial y lesiva, y han sugerido que hay que animar a las mujeres a que adopten la posición en la que se sientan más cómodas^{13,14}. El Ministerio de Sanidad recomienda que el porcentaje de mujeres que utilicen esta posición no supere el 30%. La posición tumbada (supina, lateral y de litotomía) también está relacionada con el uso de la analgesia epidural, ya que esta práctica no permite a la mujer elegir posiciones verticales que impliquen sostenerse sobre los miembros inferiores, puesto que se pierde la sensibilidad en las piernas por el bloqueo motor.

Los *partos instrumentales* representaron la cuarta parte de todos los partos vaginales en el hospital del estudio, siendo el uso de *vacuum* extractor (ventosa) el instrumento que más se utilizó. La EAPN aconseja que sean menos del 15% las mujeres a las que se realice un parto instrumentado, siempre indicado por patología, dado el riesgo de lesiones inmediatas y de secuelas tardías que implica el empleo de fórceps, ventosas y espátulas. Su uso aumenta el tamaño y la práctica de la episiotomía, reduce las tasas de duración de la lactancia materna por mayor frecuencia de separación madre-recién nacido, causa estrés en el recién nacido tras un parto complicado y ocasiona incomodidad en la madre por cicatrices o dolor¹. Puesto que la probabilidad de morbilidad materna es menor con la ventosa que con los fórceps, la ventosa

se recomienda como primera opción cuando esté indicado un parto instrumentado. Deberán desarrollarse programas de entrenamiento en el uso de ventosa extractora en aquellos lugares en los que no exista una experiencia adecuada^{1,15}.

Aumentar el porcentaje de *partos vaginales tras cesárea previa* es otro de los indicadores aconsejados en EAPN. Los resultados de este estudio fueron acordes con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y de la SEGO, que establece como valor adecuado o «indicador de calidad asistencial» una tasa superior al 40% de partos vaginales en mujeres con una cesárea previa¹¹. La EAPN recomienda que la cifra de parto vaginal tras cesárea se sitúe en el 60-80%.

En lo concerniente a la *promoción de una política de episiotomía selectiva*, no se tuvo constancia de que en el hospital donde se ha efectuado el estudio se estuviera llevando a cabo. Esto explicaría que la reducción en las tasas de episiotomía sea leve, por realizarse a criterio del profesional que asistió al parto, sin un protocolo institucional. En el Hospital de Baza^{16,17} se llevó a cabo un estudio tras la implantación de una política de episiotomía selectiva en la que se modificaron los criterios para su realización, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Los criterios eran los siguientes: parto vaginal complicado (parto de nalgas, sospecha de posible distocia de hombro), parto instrumental, cicatrices de mutilación genital femenina o desgarras de tercer o cuarto grado mal cicatrizados, y riesgo de pérdida de bienestar fetal. Las tasas de episiotomía descendieron de forma notable: pasaron del 70% inicial a unos niveles inferiores al 16% al final del periodo de estudio^{16,17}. Otro estudio desarrollado en Brasil concluyó que es posible llegar a un porcentaje de episiotomía cero con un alto porcentaje de perinés intactos sin aumentar los resultados adversos como laceraciones perineales graves, evitando dirigir los pujos, la presión del fondo uterino y la maniobra de Valsalva y estableciendo una política de no episiotomía mediante estrategias de protección perineal, como la realización de masajes y la aplicación de compresas calientes en la zona perineal¹⁸.

Entre las limitaciones del estudio, cabe mencionar el posible infrarregistro de datos clínicos.

CONCLUSIONES

Los resultados indicaron que en el hospital del estudio se seguían algunas de las recomendaciones de la EAPN en el Sistema Nacional de Salud, elaboradas por el Ministerio de Sanidad, pero no en su totalidad.

Entre los puntos que precisaban mejorar figuran los siguientes: permitir la libre deambulación de la partu-

riente durante el periodo de dilatación, favorecer la adopción libre de posturas durante el expulsivo en mujeres sin epidural, permitir la ingesta de líquidos y alimentos livianos durante el parto, uso restrictivo de la hidratación intravenosa a todas las mujeres en trabajo de parto normal, amniotomía precoz selectiva e implantación de la auscultación intermitente. Asimismo, el porcentaje de episiotomías en los partos eutócicos se encontraba por encima del recomendado por el Ministerio de Sanidad y la Organización Mundial de la Salud. Por ello, es necesario desarrollar políticas que permitan reducir los procedimientos desaconsejados por el Ministerio, así como reforzar la formación del equipo interdisciplinar como un instrumento de mejora basándose en la evidencia científica y adaptándose a las directrices del Ministerio.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos manifestar nuestro agradecimiento al Dr. Juan Antonio Marqués, director gerente del Área I Murcia Oeste del Servicio Murciano de Salud, al que pertenece el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, ya que sin su autorización no habría sido posible desarrollar este trabajo. Y al personal del servicio del aplicativo informático SELENE y del servicio de codificación del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- Salgado A, Maceira M, López M, Atienza G. Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol.* 2010; 53(6): 215-22. DOI: 10.1016/j.pog.2010.01.003.
- Laviña AB. Aplicación estrategia atención al parto normal en un hospital español de tercer nivel. *Ciencia y Salud Virtual.* 2014; 6(1): 2-13.
- Ho JJ, Pattanittu P, Japaraj RP, Turner T, Swadpanich U, Crowther CA, et al. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010; 111(1-9): 13-8. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.04.
- Arnau J. Estudio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia, 2011.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- Enkin M, Keirse MJ, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. *Birth.* 2001; 28(1): 41-51.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr TJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (10): CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Documento de consenso SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. 2008. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
- Anim-Somuah M, Smyth R, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (12): CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Analgesia del parto. Protocolo actualizado en 2006. Madrid: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, 2006. Disponible en: http://www.prosego.com/docs/protocolos/PDF_Analgesia_Partido.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. *Lancet.* 1985; 2: 436-7.
- Enkin M, Keirse MJ, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett H, et al. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, 3.ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus.* 2008; 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención hospitalaria al parto. Estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- Molina-Reyes CY, Ortiz-Albarín MD, Huete-Morales MD, Strivens-Vílchez H. Análisis de la implantación de una política de episiotomía selectiva en un hospital comarcal. *Evidentia.* 2009; 6(25). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n25/ev6919.php>
- Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez-Pérez JC, Ortiz-Albarín MD, Jiménez-Barragán I, Aguilera-Ruiz MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54(3): 101-8. DOI: 10.1016/j.pog.2011.01.008.
- Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol.* 2014; 123 Supl 1: 38S. DOI: 10.1097/01.AOG.0000447314.51968.54.

Agradecimiento de «Matronas Profesión» 2015

El Comité Editorial de la revista *Matronas Profesión* desea agradecer muy sinceramente la colaboración desinteresada a los siguientes expertos que han participado en la revisión de manuscritos durante el año 2015.

Francisca Aliaga Martínez
 Consuelo Álvarez Plaza
 Paula Amorós Ferrer
 Ainoa Biurrún Garrido
 Gloria Boal Herranz
 Vanessa Bueno López
 Esther Crespo Mirasol
 Concepción Cuenca Calabuig
 José Ramón Escuriet Peiró
 Gemma Falguera Puig

Lidia Francés Ribera
 M.ª Teresa García García
 Rosa Gil Bello
 Blanca Giménez Alcántara
 Josefina Goberna Tricas
 Roser Gol Gómez
 Antonio Hernández Martínez
 Mónica Isidro Albaladejo
 Encarnación Martínez García
 Amalia Puga Martínez

Eusebia Romano Santos
 M.ª Dolores Ruiz Berdún
 Gloria Seguranyes Guillot
 Carmen Terré Rull
 Sonia Uceira Rey
 Eva Vázquez Segura
 Casilda Velasco Juez
 Mercedes Vicente Hernández
 Helena Viñas Llebot