



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

**Estudio prospectivo de cohortes con dos grupos paralelos de
gestantes comparando el modelo de parto utilizado**

TESIS DOCTORAL

D^a Margarita García de Vicuña Muñoz de la Nava

Dirigida por:

Dr. Víctor Manuel González-Chordá

Abril 2019



**UNIVERSITAT
JAUME I**

**Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería
Escuela de Doctorado de la Universidad Jaume I**

**Estudio prospectivo de cohortes con dos grupos paralelos de
gestantes comparando el modelo de parto utilizado**

Memoria Presentada por Margarita García de Vicuña Muñoz de la Nava
para optar al grado de doctora por la Universidad Jaume I

Margarita García de Vicuña
Muñoz de la Nava

Víctor Manuel González Choldra

Castellón de la Plana
Abril 2019

A mis padres

Agradecimientos

En el transcurso de una tesis doctoral son muchas las vivencias que experimentas, y al realizar el apartado de agradecimientos, creo que lo más justo es empezar desde el momento en que decidí emprender este camino y de esta manera nombrar a aquellas personas e instituciones que han sido determinantes o de apoyo para la consecución de esta.

Empezando por el inicio, la decisión de embarcarme en este proyecto parte de un desencanto laboral y debía agarrarme a una ilusión lo suficientemente potente para que su efecto fuera terapéutico. Parece una contradicción, pero realmente no hay mejor medicina que ilusionarte con algo que te aporte positividad y que tu mente se impregne de nuevas ideas y conocimientos que permitan reinventar un nuevo espacio profesional que en un principio no sabes si te llevará algún puerto o se quedará amarrado en él. Esto es lo de menos, lo que sí sé, es que es la mejor decisión que he podido tomar y el acúmulo de nuevos conocimientos y aprendizajes que he adquirido los tendré para siempre.

*En primer lugar, **Gracias** a la Universidad Jaume I de Castellón, por su acogida y seguimiento. **Gracias** a Loreto Maciá Soler, Coordinadora del Doctorado, que desde el primer momento me acogió con cariño y me orientó para poder hacer la inscripción y buscar en segundo término a mi director de tesis, tarea que no pensé que fuera tan complicada. A dicha Universidad muchas gracias por el trato cordial y respetuoso en estos años, tanto a los coordinadores como a las secretarias de este. Dentro de este apartado tengo que nombrar, y de manera relevante, a Víctor Manuel González Chordá, director de mi tesis. **Gracias** Víctor, por aceptar dirigirla, no he podido tener mejor director. Tu trato, cordialidad, orientación y consejos, siempre utilizando un lenguaje empático y positivo ha sido fundamental para que el trabajo de estos años los haya vivido como un reto ilusionante. A mis años, carencias informáticas y de otra índole las tengo, agradezco a Víctor que me haya transmitido, sobre todo, serenidad y que viviera esta etapa como un reto posible de alcanzar. Creo que el director de la tesis es el pilar fundamental para que este tipo de proyectos salgan adelante. **Gracias** a Daniel Cuadras Pallejà, del Servicio de Asesoramiento Metodológico y Estadístico de Investigación, del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, otra persona clave en una tesis, por su labor en la elaboración de los programas informáticos y en la explotación de los resultados, siempre ha respondido a nuestras demandas de manera rápida y efectiva. **Gracias** a Sharon Santos Segura, matrona del Área de la Dona Sant Joan de Déu, más que una compañera, por su apoyo incondicional y la revisión de la tesis. **Gracias** A Elisabet Palacios Holgado, matrona del Área de la Dona Sant Joan de Déu, por la*

traducción del Abstrac. **Gracias** a Ana M^a Merino Márquez, Cap del Área de Gestión del conocimiento y Comunicación. Responsable de la Biblioteca Provincial San Juan de Dios, por su labor en la revisión de las citas bibliográficas.

Gracias también a la institución donde trabajo, el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, por permitir que el proyecto se pudiera desarrollar en el mismo. He de reconocer que me esperaba más apoyo a diferentes niveles, pero en la enfermería falta todavía mucho camino por recorrer para que este tipo de iniciativas estén instauradas y normalizadas. Se están haciendo avances, pero de manera muy tímida, por tanto, es lógico que esta profesión no se lance a realizar este tipo de proyectos.

Gracias a todas las matronas del Área de la Dona del Hospital Sant Joan de Déu, por colaborar en la recogida de la muestra en las diferentes áreas. Ha sido un año y medio de reclutamiento de pacientes, y con la carga asistencial que soportan, mi reconocimiento a su profesionalidad y agradecimiento por su colaboración. **Gracias** también a las matronas que ya no están, por jubilación, que han sido compañeras y amigas. Ellas fueron las que me formaron y me transmitieron la pasión por nuestra profesión.

Y, por último, que posiblemente tendría que estar en primer lugar, **Gracias** a Pedro, mi marido, que con seguridad si no hubiera estado acompañándome y apoyando durante estos años, estoy segura, que por los malos momentos e incertidumbres que se pasan, no sé si hubiera sido capaz de llevarlo a cabo. **Gracias** a mis hijos, Marta y Pablo, que también me han alentado y animado. Espero, que esta experiencia, forme parte de nuestra transmisión pedagógica como padres: lo más importante es tener un objetivo claro, y a partir de ahí, todo es posible.

Índice

Índice de abreviaturas	9
Índice de tablas	10
Índice de figuras	12
RESUMEN.....	13
INTRODUCCIÓN.....	17
1. EL PARTO.....	21
1.1 Antropología del parto.....	21
1.2 Breve reseña histórica del parto	23
1.3 Anatomía del parto.....	25
1.4 Fases del parto.....	27
1.5 Conceptos de partos de bajo riesgo	29
1.6. La atención del parto en España y Cataluña	31
1.6.1 La natalidad en España y Cataluña	31
1.6.2 La atención del parto en España.....	32
1.6.3 La atención del parto en Cataluña	35
1.7 Proceso de atención al parto: recomendaciones y evidencias.....	37
1.7.1 Datos obstétricos durante el parto	39
1.7.2 Tipo de analgesia utilizada.....	44
1.7.3 Posturas durante el parto.....	50
1.7.4 La episiotomía	53
1.7.5 Monitorización durante el trabajo de parto	56
1.7.6 Intención de lactancia materna	60
1.8. Cambio de paradigma: parto normal y parto humanizado	60
2.- LA MATRONA	66
2.1 Breve reseña histórica de la matrona	69
2.2 Situación de la matrona en el mundo	75
2.2.1 La matrona en la Unión Europea.....	77

2.2.2 La matrona en España.....	81
2.3 La ética en la profesión de matrona.....	86
3. LA SATISFACCIÓN EN EL PARTO.....	89
3.1. Plan de nacimiento.....	92
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	97
1. Hipótesis.....	98
2. Objetivos.....	98
2.1 Objetivos generales.....	98
2.2 Objetivos específicos.....	98
METODOLOGÍA.....	99
1.- Diseño.	100
2.- Ámbito del estudio.	100
3.- Población y muestra	104
3.1.- Cálculo del tamaño muestral	105
4.- Variables	106
4.1.- Variables sociodemográficas.....	106
4.2.- Variables Obstétricas:	106
4.3.- Variables relacionadas con el grado de satisfacción de la gestante con el proceso del parto y la utilidad del plan de nacimiento.....	109
5.- Procedimiento de recogida de datos.....	110
6.- Análisis de datos	111
7.- Consideraciones éticas.....	112
8.- Cronograma	113
RESULTADOS	114
1. Descripción de la muestra a estudio	115
2. Resultados sobre las variables obstétricas	116
2.1 Variables principales de resultado.....	116
2.1.1 Dolor	116
2.1.2 Integridad del periné	118

2.1.3 Test de Apgar a los 5 minutos.....	120
2.2 Otras variables relacionadas con el proceso de parto	122
2.2.1 Variables al ingreso obstétrico	122
2.2.2 Variables durante el parto	124
2.2.3 Variables tras el parto	127
3. Resultados sobre la satisfacción del proceso del parto y el plan de nacimiento según el modelo de parto.....	128
DISCUSIÓN.....	132
1.Limitaciones del estudio	141
2.Recomendaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación	142
CONCLUSIONES	144
REFERENCIAS	146
ANEXOS	160
Anexo I: Consentimiento informado.....	161
Anexo II: Hoja de información para el participante.....	162
Anexo III: Plan de nacimiento	164
Anexo IV: Cuaderno de recogida de datos de parto natural	171
Anexo V: Cuaderno de recogida de datos de parto medicalizado.....	172
Anexo VI: Recogida de las variables obstétricas durante el parto.....	173
Anexo VII: Cuestionario de satisfacción del proceso del parto	177
Anexo VIII: Informe del comité de ética e investigación.....	179

Índice de abreviaturas

AEM: Asociación Española de Matronas

AQuAS: Agencia de calidad y evaluación sanitaria de Cataluña

ACOG: Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología

CEE: Comunidad Económica Europea

COMFORTS: Cuestionario de satisfacción de las mujeres en los cuidados del parto y del puerperio.

EIR: Enfermero interno residente

EVA: Escala analógica visual

FAME: Federación de Asociación de Matronas de España

ICM: Confederación Internacional de Matronas

IHAN: Iniciativa Hospital Amigos de los Niños

IMC: Índice de masa corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

NHS: National Health Service

OCE: Organización Colegial de Enfermería

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

PASSIR: Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SNS: Sistema Nacional de Salud

SERVQHOS: Cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria

SERVQHOS-E: Cuestionario para medir la calidad percibida de la atención de enfermería.

Índice de tablas

	Pág
Tabla 1. Elementos anatómicos que experimentaron una reestructuración para permitir la marcha bípeda.....	21
Tabla 2. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la atención intraparto.....	38
Tabla 3. Test de Bishop.....	41
Tabla 4. Planos de Hogde.....	41
Tabla 5. Test de Apgar.....	42
Tabla 6. Escala EVA.....	43
Tabla 7. Control Fetal Intraparto.....	58
Tabla 8. Recomendaciones Generales de la Conferencia Internacional de Fortaleza.....	62
Tabla 9. Recomendaciones Específicas de la Conferencia Internacional de Fortaleza (2).....	63
Tabla 10. Características de los paradigmas asistenciales.....	64
Tabla 11. Matronas relevantes en la historia.....	73
Tabla 12. Número de matronas en activo en España.....	83
Tabla 13. Necesidades de matronas para el periodo 2015-2025 de acuerdo con la ratio matrona/ginecólogo.....	84
Tabla 14. Número de partos Área Obstétrica Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.....	102
Tabla 15. Porcentaje de No Riesgo en cesáreas, episiotomía e inducción al parto, área obstétrica Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.....	102
Tabla 16. Comparativa edad gestacional/índice de masa corporal/edad materna.....	115
Tabla 17. Estado civil y nivel de estudios.....	116
Tabla 18. Atención al parto por matronas o matronas residentes.....	116
Tabla 19. Riesgo relativo del dolor(EVA).....	117
Tabla 20. Regresión logística nominal del EVA, modelo de parto, métodos de alivio del dolor y edad materna.....	117
Tabla 21. Regresión logística ordinal de la EVA, modelo de parto, edad materna, posición materna, paridad y test de Bishop.....	118

Tabla 22. Episiotomía e integridad del periné.....	118
Tabla 23 Riesgo relativo de la integridad del periné.....	119
Tabla 24. Regresión logística nominal de la integridad del periné, modelo de parto, métodos de alivio del dolor y edad materna.....	119
Tabla 25. Regresión logística ordinal de la integridad del periné, modelo de parto, edad materna, posición materna, paridad y test de Bishop.....	120
Tabla 26. Test de Apgar.....	120
Tabla 27. Riesgo relativo del test de Apgar.....	121
Tabla 28. Regresión logística nominal del test de Apgar, modelo de parto, métodos de alivio del dolor y edad materna.....	121
Tabla 29. Regresión logística ordinal del test de Apgar, modelo de parto, edad materna, posición materna, paridad y test de Apgar.....	122
Tabla 30. Resultados de la paridad y elementos de la fórmula obstétrica.....	123
Tabla 31. Planificación de la gestación.....	124
Tabla 32. Test de Bishop.....	124
Tabla 33. Métodos de alivio del dolor alternativos.....	125
Tabla 34. Tipo de Amniorexis.....	126
Tabla 35. Características del líquido amniótico.....	126
Tabla 36. Monitorización fetal.....	126
Tabla 37. Posición materna durante el parto.....	127
Tabla 38 Tiempos en los periodos de la 2ª y 3ª fase de parto.....	127
Tabla 39 Desprendimiento de la placenta.....	128
Tabla 40. Contacto piel con piel.....	128
Tabla 41. Intención de lactancia materna.....	128
Tabla 42. Satisfacción de la gestante con el proceso de parto.....	129

Tabla 43. Motivos para solicitar la atención de una matrona.....	129
Tabla 44. Realización del plan de nacimiento según el modelo de parto.....	130
Tabla 45. Motivos por los que no realizó el plan de nacimiento.....	130
Tabla 46 Satisfacción global si han realizado el plan de nacimiento.....	130
Tabla 47. Utilidad del plan de nacimiento.....	131

Índice de figuras

	Pág
1.- Informe de situación de las matronas en España.....	83

RESUMEN:

Objetivos Comparar dos modelos de parto de bajo riesgo atendidos por matronas o matronas residentes, evaluar los resultados de las variables obstétricas, en relación con el dolor, el test de Apgar, la afectación del periné y el nivel de satisfacción de las gestantes con el proceso del parto y la utilidad del plan de nacimiento.

Metodología: Se trata de un estudio prospectivo de cohortes con dos grupos paralelos de gestantes comparando el modelo de parto utilizado. El lugar del estudio fue el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. El estudio se realizó entre octubre de 2015 y febrero de 2018. La población a estudio fue gestante cuyo embarazo fue de bajo riesgo y la atención realizada por matronas o matronas residentes. La muestra total fue de 148 gestantes, 90 casos de parto medicalizado y 58 de parto natural. Todas las participantes fueron informadas y firmaron el consentimiento informado. Se estudiaron variables sociodemográficas, variables obstétricas y variables relacionadas con la satisfacción de la gestante con el proceso del parto y la utilidad del plan de nacimiento. Se realizó un pilotaje con 10 casos de cada grupo con el objetivo de probar los cuestionarios y documentos y verificar el funcionamiento del circuito de captación de sujetos. Se realizó un análisis univariante y bivariante, según la naturaleza de las variables. Se utilizaron modelos de regresión logística para determinar la asociación entre el modelo de parto utilizado y las variables principales y se calcularon los riesgos relativos para las variables principales de resultado.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en cuanto a la edad materna ($p=0,277$), estado civil ($p=0,467$), nivel de estudios ($p=0,260$), IMC ($p=0,842$), edad gestacional ($p=0,423$) ni paridad ($p=0,065$) entre las dos cohortes. Todas las gestaciones fueron a término, con presentación cefálica e inicio de parto espontáneo. En cuanto al proceso de parto, no se observaron diferencias significativas en los resultados del test de Bishop ($p=0,095$), aunque hubo diferencias significativas en el tiempo de dilatación ($p=0,018$) y la rotura artificial de bolsa amniótica ($p=0,027$), siendo superior en el parto medicalizado en las dos variables. El dolor fue significativamente superior en el grupo de parto natural ($p=0,018$), dependiendo principalmente de la edad materna ($p=0,007$). En cuanto a la integridad del periné, se realizó la episiotomía en 9 casos de parto medicalizado (7,78%) y 1 (1,75%) en los de parto natural, sin diferencias significativas ($p=0,510$). El uso de la deambulación como método alternativo para el dolor se acercó a la significación y se tuvieron más probabilidades de desgarro perineal, independientemente del modelo de parto ($p=0,059$). La puntuación del Test de Apgar fue superior a 8 en todos los casos, siendo

significativamente superiores en el modelo de parto natural ($p < 0,001$) y dependiendo del modelo de parto utilizado ($p = 0,004$), el uso de la hidroterapia ($p = 0,047$) y, aproximándose a la significación, si la mujer era secundípara ($p = 0,059$). Por último, las gestantes con parto medicalizado estuvieron significativamente más satisfechas con el proceso del parto ($p < 0,001$) y las mujeres de parto natural encontraron de mayor utilidad el plan de nacimiento ($p < 0,001$).

Conclusiones: La variable dolor tuvo significación en el modelo de parto natural. En el test de Apgar los resultados fueron mejores en el parto natural, teniendo los recién nacidos mayor puntuación de 10. No hubo significación en la realización de la episiotomía en los dos modelos de parto. La edad materna tuvo más probabilidad de dolor. La satisfacción con el proceso del parto fue mayor en las mujeres del modelo de parto medicalizado. El plan de nacimiento fue de mayor utilidad en las mujeres del modelo de parto natural, aunque la satisfacción en función si lo habían realizado o no, no mostró diferencias significativas.

Palabras clave: Parto; Matrona; Satisfacción; Plan de nacimiento.

ABSTRAC

Objective: To compare two models of low risk birth attended by midwives or resident midwives, to evaluate the results of the obstetric variables, in relation to pain, the Apgar test, the affectation of the perineum and the level of satisfaction with the birth process of the pregnant women and the utility of the plan of birth

Methodology: This is a prospective cohort study with two parallel groups of pregnant women comparing the model of delivery used. The place of study was the Sant Joan de Deu Hospital in Barcelona. The study was conducted between October 2015 and February 2018. The study population were pregnant women whose pregnancy and delivery was low risk and the care performed by midwives or resident midwives. The total sample was 148 pregnant women, 90 cases of medicalized delivery and 58 of natural birth. All the participants were informed and signed the informed consent. We studied sociodemographic variables, obstetric variables and variables related to the satisfaction with birth process of the pregnant woman in relation to the care of the midwife and the utility of the birth plan. Piloting was carried out with 10 cases from each group with the objective of testing the questionnaires and documents and verifying the functioning of the subjects' collection circuit. An analysis was performed to compare the 2 groups according to a numerical variable and a bivariate analysis using the Student's t-test for comparison of means or the Mann-Whitney U test, according to the distribution of the variable. In case of 3 or more groups the analysis of variance (ANOVA) or the Kruskal-Wallis test was used. In case of categorical variables, the chi-square test or Fisher's exact test was used. Logistic regression models were used and relative risks were calculated for the main outcome variables.

Results: No significant differences were observed in maternal age ($p = 0,277$), marital status ($p = 0,467$), educational level ($p = 0,260$), BMI ($p = 0,842$), gestational age ($p = 0,423$) or parity ($p = 0.065$) between the two cohorts. All pregnancies were full term, with cephalic presentation and spontaneous birth. Regarding the birth process, no significant differences were observed in the results of the Bishop test ($p = 0,095$), although there were significant differences in the time of dilation ($p = 0,018$) and the artificial rupture of the amniotic sac ($p = 0,027$).), being superior in medicalized delivery in the two variables. Pain was significantly higher in the natural delivery group ($p = 0.018$), depending mainly on maternal age ($p = 0,007$). As for the integrity of the perineum, episiotomy was performed in 9 cases of medicalized delivery (7.78%) and 1 (1,75%) in those of natural birth, without significant differences ($p = 0,510$). The use of ambulation as an alternative method for pain approached the significance and was

more likely to rupture perineal, regardless of the model of delivery ($p = 0,059$). The score of the Apgar Test was higher than 8 in all cases, being significantly higher in the model of natural childbirth ($p < 0,001$) and depending on the model of delivery used ($p = 0,004$), the use of hydrotherapy ($p = 0,047$) and, approaching the significance, if the woman was second ($p = 0,059$). Finally, the pregnant women with medical delivery were significantly more satisfied with the birth process ($p < 0,001$) and the women of natural birth found the birth plan ($< 0,001$) more useful.

Conclusions: The variable pain had significance in the model of natural childbirth. In the Apgar test, the results were better in natural childbirth, with new borns having a higher score of 10. There was no significance in carrying out the episiotomy in the two birth models. Maternal age was more likely to be painful. Satisfaction with the birth process, was higher in women in the medicalized delivery model. The birth plan was more useful in women of the natural childbirth model, although satisfaction depending on whether they had done it or not, was not showed significant differences.

Keywords: Childbirth; Midwife; Satisfaction; Birth plan.

INTRODUCCIÓN

Si se repasa la historia de la obstetricia, millones de mujeres y de recién nacidos murieron por el gran desconocimiento, por una parte, y por la escasez de medios, por otra, que permitieran detectar problemas para el desarrollo del parto; presentaciones anómalas, implantaciones de placenta que no permitían un parto normal, prolapsos de cordón, atonías uterinas y un sinnúmero de situaciones que era imposible que con brujerías en un momento, los brebajes en otro, o la solicitud de ayuda divina se pudieran resolver. La infección puerperal, sin ir más lejos, produjo más muertes en paridas y puérperas, que algunas batallas bélicas.

Es por esto por lo que cuando se dispuso de conocimiento y de tecnología para el control, seguimiento de la gestación, seguridad del embarazo y el parto, se hiciera uso de ello. Sin embargo, este desarrollo tecnológico no justifica haber llegado a convertir el parto en un acto quirúrgico e intervencionista.

En los años 80 del siglo pasado se fueron introduciendo en las salas de partos aparatos de monitorización fetal, para el control de la frecuencia fetal interna/externa y la dinámica uterina. Se empezó tímidamente a permitir que la pareja de la mujer entrara en un cuartito con cristales para que pudiera ver el parto de su hijo. La mujer en esta época estaba conectada a monitores con vía endovenosa y la posibilidad de deambular por la sala era prácticamente inviable. Esta situación permitía a los profesionales un control absoluto del proceso.

No se planteaba preguntar a la paciente como quería que fuera su parto: rasurado del periné, enema evacuador, canalización de una vía, y en casi todos los casos oxitocina y anestesia epidural. Todo muy estandarizado y generalizado a prácticamente todas las pacientes por igual. En el caso de la episiotomía, se realizaba de manera sistemática en la mayoría de los partos.

Era lógico que esta etapa llegara a su fin. Por una parte, las instituciones y asociaciones de profesionales y de usuarios, empezaron a finales de los años 90 a recomendar que se cambiara la manera de actuar en las áreas obstétricas y avanzar hacia la humanización del parto, donde la mujer/pareja fueran los protagonistas del proceso.

Estas actuaciones se realizaron en la mayoría de las comunidades autónomas mediante el desarrollo de estrategias de atención al parto. De alguna manera, en Cataluña, se propuso implantar en las áreas obstétricas la Estrategia del Plan de Atención al Parto Normal, elaborada en 2007¹, siendo de gran ayuda en la humanización del parto. No sólo porque ya se tenía el documento de consenso, sino

que, además, se financió económicamente la transformación de las salas de partos de algunos hospitales, permitiendo disponer de la estructura idónea para iniciar los cambios de actuación.

Dicho Plan vino a recomendar un profundo cambio en el modelo de atención al parto, siendo respetuoso con la fisiología del parto y del nacimiento, realizando el menor intervencionismo posible y potenciando la personalización de la atención aplicando el principio de autonomía de las mujeres.

Las matronas vieron en este nuevo modelo una oportunidad para recuperar el rol autónomo como profesionales especialistas para la atención de los embarazos y partos de bajo riesgo. La tecnificación de la obstetricia afectó directamente al desarrollo de sus competencias y que la actuación de la matrona fuera desde una vertiente más técnica e influida por las directrices vigentes en las áreas obstétricas, donde la jerarquización ha estado siempre presente. Su rol era de colaboración y en los medios hospitalarios las matronas realizaban sus funciones básicamente en la primera y segunda fase del parto, siendo la fase del expulsivo, dominio del obstetra. En esta época, el control del embarazo y puerperio también eran parcelas exclusivas del obstetra.

La implantación de las nuevas estrategias ha devuelto a la matrona, el sitio que tuvo durante siglos; la atención de la mujer en los embarazos y partos de bajo riesgo. El desarrollo de los Centros de Atención Primaria ha contribuido, a que esta profesional, tímidamente, vuelva a encontrar su parcela. No ha sido un camino fácil, la jerarquización de las instituciones y el miedo a perder estatus de poder de los obstetras, ha dificultado que la matrona pueda desarrollar y contribuir a la práctica de la obstetricia, siendo la actuación de estas profesionales avalada por los buenos resultados maternos-fetales que dicta la literatura científica. Por tanto, en estos momentos nos encontramos ante el reto de seguir reivindicando nuestras competencias y aplicarlas en las diferentes áreas de actuación. Podemos decir que la matrona, en general, atiende los embarazos, partos y puerperios de gestantes de bajo riesgo. De esta manera, una gestante es atendida por una matrona en todo su proceso. Lo mismo en las áreas de salud, donde la matrona también desarrolla competencias atendiendo a la mujer en toda su etapa reproductiva, embarazo, climaterio, orientación de la sexualidad y contracepción, así como la preparación para el parto.

Por otra parte, cabe destacar, el ejercicio libre profesional de las matronas en la atención de los partos domiciliarios. Un número de parejas desean tener su parto en su hogar y es la matrona la que asume la atención en este entorno.

El proyecto que se desarrolla a continuación estudia dos modelos de parto atendidos por matronas o matronas residentes, y aun siendo dos modelos de atención de bajo riesgo, parto natural y parto medicalizado, no todas las gestantes solicitan realizar su parto con el mínimo o ningún intervencionismo. Es decir, un número importante, solicitan en el plan de nacimiento, la aplicación de analgesia, monitorización fetal y dejan en manos de los profesionales el desarrollo de su parto. Un porcentaje menor aboga por un parto natural e intenta parir de una manera más fisiológica, haciendo constar sus preferencias en cuanto a la posición para parir o la no utilización de acciones innecesarias. De este modo, el objetivo de este proyecto es determinar si existen diferencias en los resultados obstétricos en los dos modelos de parto en relación con el dolor, test de Apgar y la integridad del periné, y, por otra parte, conocer el nivel de satisfacción de las gestantes con el proceso del parto y la utilidad del plan de nacimiento.

1. EL PARTO

1.1 Antropología del parto.

El origen de la bipedación (marcha erguida y apoyada en las extremidades inferiores), se remonta a unos 5-7 millones de años atrás, momento en el que se establece la separación de las líneas evolutivas de los homínidos y los chimpancés, el pariente vivo más cercano al hombre en la línea filogenética².

La posición bípeda supuso una serie de adaptaciones físicas (Tabla 1) con importantes consecuencias, como la de poseer mayor control visual del territorio, invertir menos esfuerzo en el desplazamiento, disponer de tener las manos libres, cargar con los alimentos, poder enfrentarse con más éxito a los depredadores y exponer menos superficie corporal a las temperaturas elevadas generadas por la intensa radiación solar.

Tabla.1 Elementos anatómicos que experimentaron la reestructuración para permitir la marcha bípeda.

Cráneo	Se retrasa el agujero occipital (agujero magno)
Columna vertebral	Posición vertical Forma de "S", presentando cuatro curvas distintivas: dos hacia atrás (torácica o dorsal y sacra) y dos hacia delante (cervical y lumbar), manteniendo el tronco y el peso centrado sobre la pelvis.
Pelvis	Se estrecha, reduciéndose su altura. El peso del cuerpo se distribuye desde el sacro a través de los huesos pélvicos y de ahí hacia los fémures, lo que ha propiciado las dificultades en el parto. Desarrollo del glúteo mayor, uno de los máximos responsables de la posición bípeda humana.
Fémur	Cuello femoral de mayor longitud. "Ángulo bicondilar" marcado por la curvatura de las articulaciones de las rodillas que hace que estas se aproximen al eje vertical del cuerpo, obligando a los fémures a adoptar una oblicuidad propia de los homínidos.
Rodilla	Diferencias en los ligamentos y la forma de los cóndilos
Pie	Desarrollo de la primera falange y alineación con el resto de las falanges, desempeñando una función fundamental en la marcha bípeda al ser el último punto de apoyo. Arco longitudinal en la planta, que favorece la distribución del peso del cuerpo en el desplazamiento y en la fase de parada

Pero la marcha erguida ha supuesto que algunas hembras homínidas (sobre todo las humanas), tengan problemas en el momento del parto debido al estrechamiento del canal de la pelvis². En el nacimiento no solo influyen factores biológicos si no que se inscribe en la cultura y se construye desde un conjunto de representaciones y saberes que lo sustentan y que se relaciona con el resto de los procesos sociales. Por tanto, las culturas del nacimiento no son estáticas, sino que evolucionan según las tendencias de factores económicos, políticos o de poder, y no sólo de un entorno próximo, sino más allá de las fronteras³.

El nacimiento de un ser es, además de un hecho biológico, un acontecimiento de significado cultural. Se nace en una época y en un determinado contexto. De ser un suceso que transcurre en el interior del grupo con el apoyo y ayuda de las mujeres, se va convirtiendo progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico que debe ser controlado.

El contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el momento histórico en el que ocurre el nacimiento, determinan, entre otros aspectos, la compañía que tendrá la mujer en el momento del parto, la presencia de familiares o de su pareja y la figura que actuará como experta.

Son los estudios antropológicos los que demuestran la pluralidad en el significado de la experiencia en torno al embarazo y el nacimiento. Estos estudios comparan distintos sistemas culturales y enfatizan cómo a partir del hecho biológico universal de parir, la cultura modela la manera de entenderlo y los medios materiales de asistirlo².

La reproducción humana ha sido un objeto clásico de la antropología, aunque su interés ha estado más relacionado con los aspectos culturales y sociales que biológicos, de modo que se han descrito tabúes, creencias folclóricas y su relación con los rituales. Siendo el embarazo y el parto procesos universales, nunca ocurren como un proceso únicamente biológico, sino que se encuentran culturalmente modelados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en diferentes grupos sociales.

Son muchos los autores que han producido etnografías para el estudio del nacimiento, para la comparación intercultural de los distintos sistemas de partos. Fue Margaret Mead quién comenzó a tratar el tema desde esta perspectiva, y puso énfasis en que, a partir del hecho biológico universal de parir, la cultura es la que modela la manera de entenderlo, significarlo y poner los medios materiales para asistirlo³.

Puede decirse que el parto ha sido uno de los fenómenos que ha experimentado mayor transformación en las últimas décadas. Oakley⁴ afirma que a partir de que los partos se trasladaron al medio hospitalario, parir se convirtió en un fenómeno altamente tecnológico, que incluye desde las técnicas de fecundación asistida, los controles ecográficos, las amniocentesis, hasta los métodos de inducción al parto. Davis-Floy⁵, junto con otros autores, lo llaman el “paradigma tecnocrático”, y Nancy Stoller⁶ le pone los atributos de medicalización, institucionalización, fragmentación del cuidado o el monopolio médico.

De todas nuestras características como especie nuestro tipo de parto es uno de los más originales, pero también más complejo y además se añade que la especie humana pare con dolor. La razón de que el parto sea doloroso es por la evolución y postura bípeda y esta característica es la responsable de que nuestro parto sea tan complejo.

Podemos establecer tres etapas en la evolución del parto: una primera donde el parto era fácil, que sería a comienzo de la evolución de los homínidos, una segunda etapa donde el parto sería biomecánicamente complejo, pero no difícil, y una tercera etapa, la actual, donde el parto es generalmente laborioso, con una dinámica compleja ya que los diámetros del feto a término están muy cercanos a los diámetros del canal del parto.

Si se comparan los diámetros del canal del parto en diferentes especies de primates se observa que el parto es muy ajustado. Por ejemplo, los macacos tienen un parto difícil y con un alto porcentaje de mortalidad, debido a que los diámetros de la cabeza del feto y del canal del parto son muy parecidos. En cambio, en el orangután pongo y el gorila, el parto es sumamente sencillo. Si ahora comparamos el parto entre un hembra chimpancé y una mujer, las diferencias son que en la primera la trayectoria durante el parto es lineal, por tanto, el feto tiene una trayectoria recta y el parto es dorsal. En cambio, el parto en los humanos es ventral, es decir, que se forma un ángulo recto entre la cavidad abdominal y la vagina y, por tanto, la trayectoria en el parto y el canal del parto está acodado como resultado de la postura bípeda⁷.

1.2 Breve reseña histórica del parto

Las primeras representaciones del parto se pueden encontrar en las pinturas rupestres. En esta época las mujeres parían solas de pie o de cuclillas, o con las rodillas o nalgas apoyadas en grandes piedras. Se supone que en muchas ocasiones recibían ayuda de otras mujeres. En estas pinturas se representan mujeres de grandes

proporciones lo que hace intuir que su pelvis era de tipo ginecoide, por tanto, adecuada para el parto.

En la etapa bíblica, la posición que adoptaba la mujer era sentada o en cuclillas, pero era asistido o por lo menos acompañado por otra mujer, seguramente la que tenía más experiencia o que ya había sido madre. En Egipto, la posición más frecuente era sentada en unas sillas especiales llamadas “taburete de nacimiento”. Estos taburetes tenían en el asiento un agujero lo suficientemente grande para que saliera el recién nacido. En esta cultura, la mujer que estaba de parto no debía anudar ni recoger los cabellos de ninguna forma, ya que pensaban que estas ataduras podrían dificultar el parto⁸.

En Grecia, las mujeres parían en sillas de parto con asiento y respaldo inclinado. Ya se utilizaban drogas para acelerar el parto, ejercicios respiratorios para disminuir el dolor y masajes vaginales para facilitar la salida del recién nacido. En el Imperio Romano, se experimentaron muchos avances en el campo de la obstetricia. Las mujeres parían sentadas, por lo que las matronas llevaban a las casas de la parturienta un taburete que tenía en el asiento un agujero en forma de luna creciente.

En la Edad Media, la mujer podía parir sobre un colchón, en cuclillas, o agachadas o sentadas en sillones perforados. En los siglos XIII, XIV y XV no hay grandes cambios, pero la mayoría de los partos se seguían haciendo en las sillas de partos. Ya en el siglo XVII el cirujano partero Julien Clement fue el que introdujo la posición horizontal en el parto con el objetivo de facilitar comodidad al que asistía al parto.

François Mauriceau, en el siglo XVIII, fue partero de la corte del rey de Francia, escribió un libro explicando los beneficios de la posición horizontal de la mujer durante el parto. Sus recomendaciones se divulgaron por Europa y Estados Unidos. Hacían referencia a los beneficios de esta postura para el asistente, para la exploración de la mujer y para la aplicación del fórceps si era necesario⁹.

En el siglo XIX, la asistencia al parto pasa a manos de la clase médica. El parto se hace sobre la cama de la parturienta. La matrona pasa a un segundo plano. Y ya en el siglo XX, la postura que impera en nuestra cultura es la de litotomía. Esta postura permite la visión del periné y la actuación del profesional que asiste el parto. La asistencia al parto se centra en la pasividad y horizontalidad. A medida que se han atendido partos en los hospitales su medicalización ha sido imparable y no es hasta los años 1980-1990, donde la mujer y su pareja empiezan a recuperar el protagonismo

en el parto. Esto va unido a la recuperación, tímidamente y progresiva, de la matrona, que aboga por una maternidad respetada¹⁰.

1.3 Anatomía del parto

La palabra parto implica un proceso de duración variable, con inicio impreciso y con terminación precisa al salir el feto al exterior. Proviene del latín "*partus*" que significa dar a luz. Por tanto, el parto se define como el conjunto de fenómenos que conducen a la expulsión del feto y de los anejos ovulares (placenta, líquido amniótico y membranas). Los elementos que intervienen en este proceso son las contracciones uterinas, el canal del parto (canal óseo y blando) y el objeto del parto (feto y anejos ovulares). Se podría definir como la salida del feto a través del canal del parto empujado por el motor del parto¹¹.

El útero es el órgano más importante durante el proceso de parto. Es el continente del feto, líquido amniótico, la placenta y las membranas fetales, además de ser el motor del parto mediante las contracciones que se producen en él y que van a permitir la dilatación del cuello uterino y la posterior expulsión del feto, la placenta y las membranas al exterior a través de la vagina¹².

Por otra parte, es importante hacer constar que el canal del parto es uno de los factores que influyen en el pronóstico del parto. Durante muchos años, los investigadores, han estudiado la relación feto-pélvica con el objetivo de identificar la presencia o no de desproporción pélvico-fetal.

Fue Vesalio en 1543 quién descubrió la anatomía de la pelvis materna y Savonarova en 1560 quién introdujo el concepto de desproporción feto-pélvica. En 1752 Willian Smellie realizó la primera descripción del mecanismo del parto y midió el diámetro conjugado diagonal. En 1897 Albert, en Alemania, y Varnier, en Francia, realizaron las primeras imágenes radiográficas de la pelvis materna. La radio-pelvimetría se consideró durante muchas épocas como la herramienta ideal para la medición de la pelvis materna y para el estudio de las variaciones anatómicas que pueden influir en el trabajo de parto.

La pelvis ósea está formada por la unión de cuatro huesos (sacro, coxis y los dos iliacos), siendo este el producto de fusión del ilion, el isquion y el pubis. La pelvis está dividida en 2 partes:

- Falsa: que se encuentra por encima de la línea terminalis, llamada también innominada y que está limitada por detrás de la columna lumbar, a los dos

lados por las fosas iliacas y al frente por la parte más inferior de la pared abdominal.

- Verdadera: que está por debajo de la línea terminalis y está limitada por detrás por el sacro, a los lados por la cara interna del isquion y al frente, por el hueso púbico y las ramas ascendentes del isquion.

La clasificación más aceptada de la pelvis corresponde a Caldwell, Moloy y D'Escopo, que se basa en que hay unas variaciones constitucionales de la pelvis y que raramente detienen de modo absoluto la progresión del parto, pero lo desvían dando lugar a presentaciones y rotaciones anormales y que o bien retrasan el parto sin llegar a detenerlo o puede ser la causa de su detención si el feto es grande. Estos autores consideran que hay 4 tipos de pelvis¹³.

- Ginecoide: es la pelvis ideal y se caracteriza por diámetro anteroposterior similar al transversal, sacro en posición normal, paredes laterales rectas, espinas no prominentes, ángulo suprapúbico abierto y sagital posterior, algo más pequeño que el anterior. Constituye el 50% de los tipos de pelvis y el pronóstico para el parto es bueno.
- Androide: se caracteriza por diámetro anteroposterior algo menor que el transversal, sacro inclinado hacia adelante, laterales convergentes, espinas ciáticas y sagital posterior mucho más pequeño que el anterior. Constituye aproximadamente el 15% de las pelvis y el pronóstico para el parto es malo.
- Antropoide: se caracteriza por diámetro anteroposterior mayor que el transversal, sacro largo y recto dirigido hacia atrás, paredes laterales algo convergentes, espinas ciáticas poco prominentes, ángulo suprapúbico algo estrecho y sagital posterior más pequeño que el anterior. Constituye el 30% de las pelvis y el pronóstico para el parto es bueno, aunque no es la pelvis ideal.
- Platipeloide: se caracteriza por diámetro anteroposterior menor que el transversal, será curvo y corto dirigido hacia atrás, paredes laterales rectas, espinas prominentes, ángulo suprapúbico y sagital posterior más pequeño que el anterior. Es la variedad más rara y constituye menos del 5% de los casos y el pronóstico para el parto es malo.

Hay factores que contribuyen a la formación de un determinado tipo de pelvis, como son los ambientales, culturales y genéticos. Por ejemplo, la pelvis androide es más frecuente en mujeres que han estado expuestas a una gran actividad física durante la adolescencia. En el caso de la pelvis antropoide en las que caminaron a una edad

tardía, después de los 14 meses de vida, y la platipeloide en las que adquirieron la posición erecta antes de los 14 meses de vida¹⁴.

1.4 Fases del parto

El parto tiene tres periodos que van anteceditos por una larga fase prodrómica o fase de latencia que puede durar horas e incluso días. Los periodos son: dilatación cervical, expulsión del feto y alumbramiento¹⁵.

El primer periodo del parto corresponde al de la dilatación. Es el de mayor duración y se prolonga desde el comienzo del parto hasta que se alcanza la dilatación completa. Friedman distingue entre período de latencia en el que la mujer empieza a sentir una serie de molestias abdominales y sacrolumbares, en general de pequeña intensidad, que suelen coincidir con el endurecimiento del útero debido a las contracciones uterinas irregulares y poco intensas; aparecen reacciones vasomotoras, y puede producir la expulsión del tapón mucoso cervical que suele estar manchado de sangre (limos), fenómeno que se conoce como “*marcar*”. Estos síntomas que percibe la mujer se acompañan de modificaciones del cuello uterino que producen su acortamiento y finalmente su desaparición (borramiento), por asimilación del orificio cervical interno y el canal cervical a la porción baja del segmento uterino inferior. Seguidamente se inicia la dilatación del orificio cervical externo. Esta es la forma de modificarse el cuello uterino durante el período de latencia en las primíparas. Sin embargo, en las mujeres que han tenido partos previos (multíparas) y por haberse producido entonces la dilatación cervical, este fenómeno del borramiento se desarrolla conjuntamente a la dilatación del orificio cervical externo¹⁶.

El período activo se inicia cuando la dilatación cervical es de 2-3 cm y el borramiento del cuello uterino es completo en la primípara y al menos el 50% en la multípara (1 cm de longitud), y finaliza con la dilatación completa (10 cm). La progresión de la dilatación no es uniforme y la velocidad de esta depende del estado de la dilatación cervical. Friedman distingue tres fases: aceleración, entre el comienzo del parto y los 4-5 cm; máxima aceleración entre los 4-5 y 8 cm, y desaceleración durante los dos últimos centímetros de dilatación¹⁶.

La segunda fase del parto es la de expulsión que al finalizar la dilatación cervical se produce la expulsión del feto mediante la fuerza de las contracciones uterinas incrementada con la presión de la musculatura abdominal ejercida de forma voluntaria por la propia gestante, los “*pujos*”. Con estas fuerzas se consigue el descenso de la

presentación fetal hasta el suelo perineal, la distensión de los músculos superficiales del periné y la abertura del orificio vulvar hasta la expulsión de la cabeza fetal.

En cuanto a la duración del parto, es distinta en las primíparas que en las múltiparas; asimismo son diferentes cada una de las fases del período de dilatación y expulsivo. La duración media del parto en las primíparas es de aproximadamente de seis horas y en la múltiparas de tres horas; la duración máxima en las primíparas es de 14 horas y en las múltiparas seis horas. Estos valores horarios corresponden a partos naturales.

La tercera etapa es la expulsión, que se extiende desde la expulsión del feto hasta la salida completa de la placenta y de los anejos ovulares, y se caracteriza por la aparición de una serie de signos:

- a) Altura del fondo uterino: cuando la placenta no se ha desprendido, el útero permanece por encima del ombligo, pero cuando por efecto de las contracciones tónicas que se producen después del período expulsivo se desprende la placenta, se produce un aumento del tono uterino y un descenso de la altura.
- b) Palpación del cuerpo uterino: cuando se ha producido el desprendimiento de la placenta, el tono uterino aumenta, y el cuerpo se vuelve duro y globuloso.
- c) Signo de Kustner: cuando la placenta no se ha desprendido, al presionar sobre la sínfisis del pubis se produce un retroceso del cordón umbilical hacia la vagina. Cuando se ha producido el desprendimiento, el cordón no retrocede.
- d) Signo de Ahlfeld: cuando la placenta se está desprendiendo, se puede observar el descenso del cordón umbilical.
- e) Aparición de sangre oscura: cuando la placenta se ha desprendido, aparece sangre oscura procedente del hematoma retroplacentario que se forma a consecuencia del desprendimiento.
- f) Signo de Schröder: cuando se desprende la placenta, el útero tiende a lateralizarse hacia el lado derecho, para volver luego a la posición central.

Los tipos de alumbramiento son tres:

- a) Espontáneo: es el que se produce sin ningún tipo de manipulación, de forma espontánea.
- b) Dirigido: en este caso, se administra un fármaco ergótico, tras la salida del hombro anterior del feto. La oxitocina provoca una contracción brusca del útero que facilita el desprendimiento de la placenta sin riesgo de que se produzca el cierre del cuello uterino.

- c) Manual: consiste en la extracción manual de la placenta introduciendo la mano, se despega progresivamente la placenta e incluso se extrae. Posteriormente debe efectuarse una revisión de la cavidad para cerciorarse de que no quedan restos placentarios. Debe realizarse bajo algún tipo de anestesia regional o general, para evitar una reacción vagal.

En cuanto a la duración de este periodo, se recomienda que sea inferior a 60 minutos en el alumbramiento espontáneo y que sea inferior a 30 minutos en el alumbramiento dirigido¹⁶.

1.5 Conceptos de partos de bajo riesgo

Desde finales del Siglo XIX la ciencia biomédica ha elaborado modelos de atención mecanicistas tanto para procesos de la salud como de la enfermedad. Estos se han implantado en la atención sanitaria. Concretamente en el contexto del parto se empieza a atender en el medio hospitalario donde se representa a la mujer como una paciente que precisa atención sanitaria médica. Los avances técnicos han contribuido a que la maternidad se vea subordinada al modelo biomédico¹⁷. Son varias las asociaciones de profesionales e instituciones las que definen, cada una según sus criterios, los diferentes tipos de parto. A continuación, se citan las más relevantes y las que hacen mención de los conceptos de parto normal, natural, no intervenido, intervenido o medicalizado. Pasamos, por tanto, a realizar una relación de todas ellas.

Hay diferentes definiciones respecto a lo que se entiende por parto normal. La Federación de Asociación de Matronas de España (FAME) define el parto normal como *«aquél proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo»*¹⁸.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)¹⁹, también define el parto normal como *«trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37 y la 42 semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica»*. Se considera parto distócico aquel que no cumpla estas condiciones. Entre el 70-80% de los partos son de bajo riesgo al comienzo del parto. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido, realizando, por

tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que, como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia del estado materno y fetal.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el parto normal como *«aquel que tiene un comienzo espontáneo y es considerado como de bajo riesgo al comienzo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones»*²⁰.

En lo que se refiere al parto natural, no existe organización internacional que ofrezca una definición, aunque la SEGO hace referencia al parto natural mediante el concepto de parto no intervenido y lo define como *«el trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología de este. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia por parte del personal asistencial, matrona y auxiliar de enfermería»*¹⁹.

La Asociación del Parto es Nuestro define el parto natural como *«un parto en el que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño al nacer, siendo que no se realizan intervenciones innecesarias ni se aplican protocolos rutinarios por sistema»*²¹. Se trata de una asociación sin ánimo de lucro, formado por usuarias/os y profesionales, que pretende mejorar las condiciones de atención a las madres e hijos durante el embarazo, parto y posparto en España. Nació en el año 2003 para prestar apoyo a mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos y proporcionar información basada en la evidencia científica. El Parto es Nuestro trabaja para que todas las mujeres reciban una atención en el parto respetuosa con la fisiología de este y con los deseos, necesidades y derechos de las madres, padres y bebés. Defiende la necesidad de devolver a la mujer su papel protagonista, en la que nunca debió dejar de ser un acto íntimo y familiar, que forma parte de la sexualidad femenina. Sus objetivos son, por una parte, conseguir que se apliquen las recomendaciones de la OMS para la atención al embarazo y el parto, ofrecer apoyo emocional a madres y familias que sufrieron partos traumáticos y promover la lactancia materna. Por otra parte, defiende que el parto sea un acto respetado, independientemente que sea vaginal o por cesárea. Por último, considera que la profesional capacitada para atender el parto normal es la matrona y no defienden el parto sin asistencia sanitaria cualificada²¹.

Parto medicalizado, según Marín Sánchez²², es aquel en el que «*se realizan una serie de prácticas y técnicas sistemáticas, como la monitorización fetal continua o la venoclisis. Se pretende conseguir que el parto sea lo menos doloroso posible, la mejor vivencia para la madre primando como objetivo obtener los mejores resultados maternos y fetales posibles, mediante el empleo de todos los cuidados necesarios que se requieran, según el estado de la ciencia, todo ello en un ambiente favorable y adecuado*».

Para la elaboración de esta tesis doctoral, después de analizar rigurosamente las definiciones de las asociaciones y sociedades de profesionales hemos decidido tomar la definición de parto natural descrita por la SEGO¹⁹, y para el parto medicalizado la que describe Marín Sánchez²².

1.6. La atención del parto en España y Cataluña

En las últimas décadas en los países desarrollados la atención al parto ha experimentado cambios. Se ha mejorado en los resultados perinatales y por otro lado la mortalidad tanto materna como fetal ha disminuido considerablemente²³.

1.6.1 La natalidad en España y Cataluña

En los últimos veinte años se ha producido una profunda reducción de la fertilidad en Europa. El ligero incremento acontecido durante 2000 y 2005 no cubre aún la tasa de reemplazo generacional²⁴. Esta disminución ha sido más importante en los países que han conocido una fertilidad elevada, principalmente los países del sur, lo que contrasta con unas fluctuaciones más moderadas en los del norte. En la actualidad España, Italia y Alemania son los países con la tasa de natalidad más baja de Europa. En España, se situó en 2007 en una tasa del 10,95%, recuperándose ligeramente en los últimos años, donde el número de nacimientos anuales ha descendido paulatinamente desde 1975, recuperándose a partir de 1998, impulsado por el fenómeno migratorio. En 2017 el número de nacimientos en España fue de 393.181, de los cuales 317.121 la madre era de nacionalidad española y 76.060 de madre extranjera.

El retraso en la edad media de la maternidad es un fenómeno generalizado en toda España, desplazándose de los grupos de edad de 20-24 y 25-29 años en 1975 hacia el grupo de edad de 30-34 años, en 2006. La edad media de las madres fue de 30,9 años dos más que en 1975. La tasa de natalidad en España fue en el 2012 del 9,67, en el 2013 de 9,10 y en el 2014 del 9,17.

En concreto, en Cataluña, el número de nacimientos en 2016, en los sectores público y privado, fue de 67.926, de los cuales 49.926 fueron partos vaginales y 18.370 cesáreas²⁵. El número de nacimientos fue de 74.404, con 69.199 de recién nacidos que pesaron, =>2.500 gramos y 5.205 que pesaron >2.500 gramos²⁵. Se produjeron 359 defunciones neonatales, de las cuales 288 fueron perinatales y 71 neonatales precoces.

En 2015, la edad media de la maternidad en Cataluña fue de 31,9 años, similar a la de España (31,8 años) y la de la Unión Europea (30,3 años) en 2014. Y datos del 2014 nos dicen que los hijos por mujer fueron en Cataluña de 1,38, en España de 1,32, en la Zona Euro de 1,56 y en la Unión Europea de 1,58²⁵.

1.6.2 La atención del parto en España

En España, el parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales. Los ingresos por parto constituyen una proporción significativa de la actividad hospitalaria, representando el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias²⁶. Se trata del único componente de atención que trabaja mayoritariamente con población sana y donde el ingreso se produce para tener una experiencia ligada a un evento biológicamente natural, que debe concluir en un acontecimiento feliz: el nacimiento de una hija o un hijo.

La atención hospitalaria al parto se articula alrededor del bloque obstétrico. En la inmensa mayoría de los hospitales españoles, el bloque obstétrico está dispuesto en locales (salas de dilatación, paritorios, quirófanos y habitaciones de hospitalización obstétrica), en los que se atiende a las diferentes fases del parto. En 2008 la dotación de paritorios en los hospitales españoles era de 742 (1,6 por mil partos)²⁶.

La unidad de maternidad hospitalaria atiende a un concepto organizativo específico, que se puede definir como *«una organización de profesionales de la sanidad, que ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y el nacimiento y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia para realizar esta actividad»*²⁶.

En 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró, con una amplia participación institucional, de sociedades científicas, de personas expertas y de asociaciones ciudadanas, la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, con una revisión de la evidencia disponible, recomendaciones e indicadores en

relación de algunas prácticas clínicas relacionadas con el parto. El papel de la matrona es central en la asistencia de la mujer en el parto normal, así como la necesidad del especialista en obstetricia, en la asistencia a mujeres con embarazos y partos complejos o con complicaciones²⁴.

Dicha estrategia impulsa un profundo cambio en el modelo de atención al parto, basado en evidencia científica y, por tanto, atento a las necesidades de la parturienta y del ser humano recién nacido, respetuoso con la fisiología del parto y del nacimiento, defensor del menor intervencionismo posible, de personalización de la atención, así como del principio de autonomía de la mujer.

En el análisis de situación que realizó el Sistema Nacional de Salud para impulsar dicha estrategia concluye que tenemos: un modelo intervencionista institucionalizado, que hay una aplicación rutinaria de la dirección médica del parto, pervivencia de rutinas obsoletas, cifras elevadas de epidurales, cesáreas, episiotomías, inducciones y partos instrumentados, no implementación de buenas prácticas, tales como la ingesta durante el parto, la libre posición para parir y el contacto piel con piel del recién nacido con la madre al nacer, así como el poco protagonismo de la mujer/pareja y el escaso respeto a la autonomía de la mujer.

Lo que se persigue con dicha estrategia es la excelencia asistencial en un proceso de singular trascendencia desde todos los puntos de vista, personal, familiar, social y de conservación y promoción de la salud física, psíquica y emocional de la mujer y del recién nacido. La calidad en la atención al parto y al nacimiento condiciona, además de la morbimortalidad registrada, otros aspectos, que son muy importantes a tener en cuenta como son, la insatisfacción con la experiencia y la deslegitimación del sistema sanitario cuando ofrece una atención acientífica y deshumanizada, pudiendo producir la pérdida de la autoestima, depresión, dificultades en el apego al recién nacido, rechazo del amamantamiento o dificultades con la lactancia, problemas con la crianza o problemas con la lactancia artificial, entre otros²⁴.

Aunque la atención al parto se venía desarrollando con criterios de seguridad y calidad semejantes a países de Europa, existía una necesidad de mejora en cuanto a la calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, objeto fundamental de esta estrategia. Sus contenidos están basados en la revisión de la evidencia científica, la investigación existente, el análisis de las experiencias innovadoras identificadas y en modelos de buenas prácticas, siendo el resultado del trabajo conjunto de sociedades profesionales, organizaciones de mujeres y las administraciones sanitarias autonómicas²⁴.

El concepto de humanización del parto comprende por lo menos dos aspectos fundamentales, el primero respecto a la convicción que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad a la mujer, sus familiares y el recién nacido. Esto requiere de una actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento, que, en ocasiones, se han impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias. Esta buena praxis dignifica a la mujer, pues tiene en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir y contribuye a aumentar su grado de satisfacción²⁷.

Embarazo, parto y puerperio son procesos trascendentales, naturales y fisiológicos en la vida de las mujeres. Se sitúa a la mujer como la protagonista, con su pareja y su bebé, con una vivencia de poder sobre su cuerpo, así como del proceso de nacimiento²⁸. La mujer se presenta ante el embarazo y el parto con unas perspectivas que vienen determinadas por cada sociedad y por cada momento histórico. La mujer vive esta experiencia como un proceso ambivalente de cambio y adaptación, debido a las modificaciones físicas que se están produciendo por el embarazo y a los sentimientos contradictorios que esta situación le provoca²⁹.

En el momento del parto, la OMS, explica claramente que muchas de las prácticas que se utilizan son innecesarias, incluso algunas pueden resultar perjudiciales. Las madres reclaman una atención en la sala de partos más humanizada, siendo un proceso que en el 90% de los casos se desarrolla de forma normal sin necesitar ningún tipo de intervención²⁰.

Por otro lado, el apoyo continuo, tanto emocional como físico, produce beneficios tanto para la mujer como para el recién nacido; partos más cortos, uso menor de medicación y anestesia epidural, reducción de la necesidad de estimulación oxitócica, mejores puntuaciones en el test de Apgar y disminución en el número de partos instrumentales²⁴.

Desde que se publicó en España la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, muchas instituciones públicas iniciaron la potenciación de una asistencia orientada hacia la práctica clínica basada en la evidencia científica. Esta asistencia de calidad se centra en un modelo de atención personalizado, tomando como referencia aquellos modelos asistenciales que incorporan una mayor calidez a la atención al parto²⁰.

1.6.3 La atención del parto en Cataluña

En Cataluña, en 2007, se desarrolla el Protocolo para la Asistencia Natural al Parto Normal¹, para dar respuesta a una demanda social, con la intención de homogeneizar esta oferta asistencial, de manera que garantice la calidad y equidad de acceso en todo el territorio de Cataluña²⁴.

El principio por el cual se rige la asistencia natural al parto normal es la vuelta o retorno a la naturalidad del parto. Se tiene que respetar con cuidado la no-intervención, si no es por motivos estrictamente necesarios.

Este protocolo pretende dar más protagonismo a los deseos de la mujer y su pareja, respetando al máximo su intimidad en los casos que no quieran que en el curso de su parto se realice una intervención que no sea necesaria y hacerlos participar activamente en la toma de decisiones. Los objetivos de dicho protocolo son¹:

- i. Ofrecer la atención del parto respetando el proceso fisiológico, con la mínima intervención obstétrica.
- ii. Favorecer la implicación de los profesionales, dando información y soporte a las mujeres para ayudarlas en la toma de decisiones durante todo el proceso.
- iii. Facilitar la toma de decisiones de la mujer en todo el proceso del parto preservando en todo momento su seguridad y la del recién nacido.
- iv. Desarrollar en los centros de la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña la asistencia de forma natural al parto normal, garantizando la calidad y la equidad del acceso en todo el territorio de Cataluña.

La asistencia natural al parto normal es aquella que se da durante el proceso del parto, que consiste en la mínima intervención obstétrica, de manera que sólo se interviene en el parto cuando es estrictamente necesario, con la finalidad de resolver algún problema.

Lo que se pretende es aportar el máximo confort y soporte psico-afectivo tanto para la madre como para la pareja y el recién nacido, pero sin tener que renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación, si fueran necesarios, que se obtienen en la atención hospitalaria del parto²⁴.

Un factor importante en la evolución de la natalidad y de la fecundidad en esta comunidad autónoma, sobre todo en los últimos 10 años, son los efectos de la inmigración sobre el efectivo de la población en edad de tener hijos y sobre la

evolución de los nacimientos. Un 25% de las mujeres en edad fértil en el 2007 vivía en otra comunidad autónoma o en el extranjero 15 años antes²⁶.

Otro factor a tener en cuenta en esta evolución es el retraso en la edad de la maternidad. La primera maternidad para las mujeres residentes en Cataluña y nacidos en España aumentó unos 6 años desde final de los años setenta, siendo este fenómeno común en todos los países desarrollados²⁶.

Según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el nivel de edad en la primera maternidad no sobrepasó los 30 años en ningún país miembro de la organización. En Cataluña es mayor a estos valores desde final de los años noventa²⁶.

Por otro lado, el buen control durante el embarazo y la asistencia de los partos en los hospitales han permitido una notable mejora en los resultados, aunque el intervencionismo y la medicalización excesiva del parto hospitalario han hecho que se utilicen procedimientos que no están corroborados por la evidencia científica y que, en algunos casos, no se diferencien los métodos de control utilizados en los partos de riesgo elevado de los de bajo riesgo.

Los programas de atención Materno-Infantil se basan en el programa Maternidad Segura³⁰, creado por la OMS, que tiene por misión garantizar que el proceso de maternidad sea seguro para todas las mujeres y sus bebés, mediante el acceso, la disponibilidad y la atención calificada y la provisión de cuidados de alta calidad. Esta atención debe estar basada en la evidencia, en la utilización adecuada de la tecnología, en asegurar un buen nivel de derivación, en la multidisciplinariedad, en la adecuación cultural y en involucración de las mujeres en la toma de decisiones, respetando su dignidad, privacidad y confidencialidad.

En Cataluña la atención materno-Infantil se enmarca en el Plan Estratégico de ordenación de los hospitales Materno-Infantiles de Cataluña³¹. Por otra parte, la actividad asistencial y educativa está recogida en los Protocolos del Departamento de Salud de asistencia referentes a la asistencia del embarazo, al parto, el puerperio y al neonato en el ámbito hospitalario³² y en el Protocolo de Atención natural al parto normal¹.

En cuanto a la cartera de servicios que prestan los hospitales maternos en Cataluña son: el diagnóstico prenatal, el embarazo de alto riesgo, el parto, el puerperio, los neonatos normales y patológicos. En cuanto a los recursos de profesionales, las maternidades cuentan con un equipo multidisciplinar compuesto de: enfermeras/os,

matronas, pediatras, obstetras y ginecólogos, anestesiólogos/as y auxiliares de enfermería³¹.

En referencia a la Atención Primaria, Cataluña, tiene un programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) que proporciona los servicios de atención a las mujeres y sus parejas en el proceso materno-infantil, en el control y seguimiento del embarazo, diagnóstico prenatal, educación maternal y puerperio. También tiene en su programa la atención a los jóvenes y mujeres en la salud sexual y reproductiva. Incluye también programas para la orientación sobre la contracepción, la prevención del cuello uterino y del cáncer de mama, las enfermedades de transmisión sexual y la atención a la violencia hacia las mujeres³¹.

1.7 Proceso de atención al parto: recomendaciones y evidencias

Desde hace varias décadas diferentes instituciones y sobre todo la demanda social insta a que la asistencia al parto se haga desde una perspectiva más humana y que se disminuya el intervencionismo innecesario, situación que está poniendo en tela de juicio las prácticas que se realizan en la obstetricia.

La legislación actual y las políticas sanitarias recomiendan, por tanto, que dicha atención esté centrada en el usuario y que este tenga un papel activo sobre sus cuidados obstétricos, el derecho a decidir en estos cuidados y que se le haga partícipe y protagonista de su parto. También que se le solicite autorización y consentimiento ante cualquier actuación y procedimiento.

En 1996, la OMS propuso revisar las prácticas más habituales en la asistencia al parto, dividiéndolas en 4 categorías²⁰:

- a) Categoría A: prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas.
- b) Categoría B: prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas.
- c) Categoría C: prácticas de las que no existen claras evidencias para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- d) Categoría D: prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

Por otra parte, la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, es un documento dirigido al apoyo de la toma de decisiones clínicas adecuadas, eficientes y seguras. Dan respuesta a las preguntas más relevantes que se pueden realizar en

torno a una atención, y en el caso del parto, a un proceso fisiológico que requiere la calidad y la calidez necesarias que favorezcan una vivencia satisfactoria para las mujeres, los recién nacidos y la familia³³.

Esta guía es una herramienta para matronas, obstetras, pediatras, enfermería y demás profesionales implicados en la atención a las mujeres de parto. Son recomendaciones que están basadas en las mejores evidencias disponibles y sirven para la mejora de la atención, facilitar la participación en el parto y apoyar las iniciativas de mejoras en los servicios obstétricos de los hospitales.

Es evidente que ha habido acontecimientos en las pasadas décadas que han influido en una determinada forma de trabajar y que ha propiciado la dificultad de cambiar determinadas formas sistemáticas de actuación en las salas de partos de todo el territorio español. Como causas principales podemos citar en primer lugar la existencia de un modelo jerarquizado en la sanidad española. Por otra parte, la tecnología incorporada a la obstetricia y la escasez de matronas, motivado por no haber concurso público de especialidad durante varios años, han contribuido a que se produjera un asentamiento de prácticas que ahora, en la actualidad, ya no están justificadas³⁴. En la Tabla 2 se especifican las recomendaciones de la OMS respecto a la atención intraparto.

Tabla.2 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la atención intraparto.

Periodo de dilatación	
1	Uso del partograma para monitorizar el proceso del trabajo de parto
2	Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto
3	Abandonar el uso del rasurado y enema
4	Promover la deambulaci3n durante el trabajo de parto
5	Uso de auscultaci3n intermitente para monitorizar la frecuencia cardiaca fetal
6	No restringir l3quidos durante el trabajo de parto y permitir comidas ligeras
7	Apoyo psicosocial
8	Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola
9	Estimular la presencia del acompa1ante que la mujer elija
10	Usar sistemas rotativos de matronas para facilitar el trabajo
11	Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento
12	Ser sensible a necesidades culturales y expectativas de mujeres y familiares

Alivio del dolor	
13	Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el dolor usar preferiblemente métodos no farmacológicos
14	Evitar el empleo de la epidural como método habitual para el alivio del dolor
Periodo expulsivo	
15	Usar la posición que la mujer elija para el parto, evitando la posición supina y particularmente, la de litotomía
16	No realizar episiotomía de forma sistemática
17	No suturar de forma sistemática los desgarros o cortes menores
18	No realizar revisiones del cuello uterino de forma habitual, salvo que haya evidencia de hemorragia
CONTACTO MADRE-HIJO	
19	Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo, animar a la madre a que participe. Mantener la cabeza de la bebé cubierta para minimizar la pérdida de calor
20	Cortar el cordón umbilical una vez que éste haya dejado de latir espontáneamente y mientras el bebé se encuentre con su madre
21	Apoyar el cuidado piel con piel en las dos primeras horas posparto y fomentar la lactancia materna precoz.

1.7.1 Datos obstétricos durante el parto

Fórmula obstétrica: GT-P-A-HV. La fórmula obstétrica nos da información sobre las gestaciones a término, los partos prematuros, los abortos y los hijos vivos, es decir, sobre la paridad de la gestante y sus antecedentes obstétricos.

Edad gestacional: Semanas + días. La duración media del embarazo en la especie humana es de 281,5 días. La curva de distribución de Gauss muestra, sin embargo, que oscila en más o menos 14 días. Se considera pues, normal entre 275 días (por delante se considera prematuro) y 295 días (por detrás se habla de prolongación de la gestación)¹⁵.

Índice de masa corporal antes de la gestación (IMC). Es una medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet. Se calcula según la operación:

$$\text{IMC} = \text{masa} / \text{estatura}^2$$

Dónde: la masa se expresa en Kilogramos y el cuadrado de la estatura en m², siendo la unidad de medida del IMC en el sistema MKS: Kg x m⁻² = Kg/m².

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar el estado nutricional de acuerdo con los valores propuestos por la OMS¹⁵.

En el embarazo se valora el IMC previo a la gestación en la primera visita. Un IMC superior a 30 se considera obesidad y un IMC por debajo de 18,5 delgadez y son un factor de riesgo para el embarazo.

Amniorexis: Puede ser espontánea o artificial. La amniorexis es la salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina¹⁶. En gestaciones con rotura de membranas a término, la conducta expectante y posterior finalización de la gestación en las siguientes 24h de la amniorexis no incrementa el riesgo de morbilidad materna infecciosa, ni la tasa de cesáreas, ni los partos instrumentados. Entre el 60-95% de casos de rotura prematura de membranas a término el parto se desencadenará de forma espontánea en las primeras 24h de la amniorexis. La amniorexis artificial durante el periodo activo del parto disminuye la duración del período de dilatación porque mejora la dinámica uterina. La maniobra para efectuar la amniorexis es sencilla e indolora. Se introduce en la vagina una cánula cuyo final tiene una forma de anzuelo, protegida por los dedos del explorador y mediante una ligera maniobra de rascado sobre las membranas se consigue su rotura³⁵.

Test de Bishop al inicio del parto: Se calcula a partir de los datos de la fórmula cervical: consistencia (blando, semiblando, rígido), longitud (cms), dilatación del cérvix (cms) y posición (posterior, centrándose, centrado) (Tabla 3). En 1964, Bishop ideó una forma de valoración sistemática de las condiciones cervicales. Este sistema valora, mediante el tacto vaginal, las características cervicales (dilatación, acortamiento, consistencia, posición de la cúpula vaginal y altura de la presentación en la pelvis) con una puntuación de 0 a 3. A medida que la puntuación va en ascenso son mejores las condiciones para la evolución del parto³⁶.

Tabla 3. Test de Bishop

Puntuación	0	1	2	3
Dilatación(cm)	0	1-2	3-4	5-6
Acortamiento (%)	0-30	40-50	60-70	≥80
Consistencia	Dura	Media	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Centrado	
Altura de la presentación	Libre o 0	I	II	III

Por tanto, a través de esta prueba se puede determinar el estado del cérvix. En la mayoría de los estudios randomizados consultados consideran un cérvix desfavorable cuando la puntuación del Test de Bishop es <6, mientras que un cérvix es favorable con una puntuación >7³⁷.

También hay revisiones sistemáticas de estudios controlados donde concluyen que la puntuación de Bishop, es al menos tan predictiva o más que la valoración ecográfica de la longitud cervical³⁸. Por otra parte, otras revisiones lo consideran poco eficaz en cuanto a tenerlo en cuenta para saber el resultado de una inducción y no debería utilizarse para determinar si se induce o no un parto como único método. Además, no puede considerarse que todos los parámetros de la puntuación de Bishop tengan la misma importancia³⁹. Para algunos investigadores la dilación cervical es el elemento más importante de la puntuación⁴⁰.

Altura de la presentación y planos de Hogde: Para conocer en el parto el punto exacto de referencia donde se halla la presentación, se emplean cuatro puntos imaginarios conocidos como los planos de Hodge, que se exponen en la Tabla 4¹⁵.

Tabla 4. Planos de Hogde

Primer plano.....coincide con el plano del estrecho superior
Segundo plano.....paralelo al anterior por bajo de la sínfisis púbica
Tercer plano.....paralelo al anterior, pasa por las espinas ciáticas
Cuarto plano.....paralelo al anterior pasa por el vértice del cóccix

Debby et al⁴¹ consideran muy importante la evolución de la cabeza fetal a través de los distintos planos a lo largo de la evolución del parto. En un estudio que realizaron estos autores con 108 gestantes nulíparas en trabajo de parto y que la presentación fetal no estaba encajada a los 7 cms de dilatación, determinan que se debería indicar una cesárea.

Administración de oxitocina: Las contracciones uterinas del parto se producen por el estímulo de la oxitocina neurohipofisaria. Al comienzo del parto se establece una hipodinamia que va normalizándose a medida que transcurre el periodo de dilatación hasta alcanzar un número de tres-cuatro contracciones durante 10 minutos de 50-60 mm de intensidad¹⁵.

Test de Apgar: también llamado test de bienestar fetal después del nacimiento (Tabla 5). La valoración del estado del recién nacido se realiza habitualmente mediante este test clínico descrito por la pediatra Virginia Apgar¹⁵.

Tabla 5. Test de Apgar

Ítems	Puntuación		
	0	1	2
Frecuencia cardíaca	ausente	Menor de 100 lpm	Mayor de 100 lpm
Esfuerzo respiratorio	ausente	Débil o irregular	Llanto fuerte y vigoroso
Tono muscular	Hipotonía marcada generalizada	Flexión parcial de extremidades	Movimientos activos
Respuesta a estímulos	Sin respuesta	guiños	Tos, estornudo
Color	Cianosis o palidez generalizada	Cuerpo sonrosado Extremidades cianóticas	Completamente sonrosado

En todo el mundo desde hace 50 años se está evaluando a todos los recién nacidos en el momento inmediato al nacer con el test de Apgar. Se puede decir que este test es útil para conocer la condición del recién nacido en los primeros minutos de vida. Este test ha tenido una aceptación universal y su utilización es práctica común. Cada parámetro obtiene una puntuación comprendida entre 0 y 2 puntos y la suma de todos ellos da el resultado del test. A mayor valor alcanzado, el estado y pronóstico del niño será más satisfactorio. Se realiza al minuto y a los 5 minutos de vida, pudiéndose repetirse seguidamente cada 5 minutos, si el estado del neonato lo precisa. El valor del primer minuto informa acerca del estado cardiopulmonar y neurológico del mismo en el posparto inmediato. La segunda valoración, realizada a los 5 minutos, refleja la capacidad de recuperación del recién nacido al estrés del nacimiento y su adaptación al ambiente extrauterino. Las puntuaciones del test de Apgar se interpretan⁴²:

- Apgar de 7-10: ausencia de depresión neonatal
- Apgar de 4-6: depresión moderada
- Apgar de 0-3: depresión grave.

Hay factores que pueden alterar el test de Apgar, por una parte, entre los fetales estarían las enfermedades cardíacas, respiratorias, neuromusculares, congénitas e infecciones y por parte materna, serían la sedación o la analgesia, utilización de medicamentos como el diazepam o el sulfato de magnesio.

Por otra parte, la subjetividad del examinador también hay que tenerlo en cuenta. Se ha observado que existe una significativa variabilidad entre observadores a la hora de establecer la puntuación⁴³.

Percepción del dolor (escala EVA): El concepto de dolor ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Aristóteles lo consideraba una “pasión del alma”. Esta visión del dolor como emoción prevaleció hasta el siglo XIX, en que pasó a entenderse como una sensación física. En el siglo XX se le volvió a dar importancia a la dimensión emocional del dolor, contemplado como una experiencia emocional integrada por un componente físico cuyas características están influidas por el tipo de intensidad del dolor y por un componente fisiológico⁴⁴.

Las escalas de medición del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del mismo, y con su empleo se puede cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. La escala analógica visual EVA (Tabla 6), permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se mide en centímetros o milímetros⁴⁴.

Tabla 6. Escala EVA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

Estudios etnográficos en otras culturas nos han enseñado que los seres humanos podemos interpretar y reaccionar frente a estímulos y sensaciones similares de formas muy distintas y que dependen en gran medida del entorno social y cultural donde nos encontremos⁴⁵. Leap y Anderson⁴⁶, muestran en una revisión, que hay mujeres que utilizando anestesia epidural manifestaron un menor nivel de satisfacción que las que experimentaron los dolores de parto. Estas autoras concluyen que las experiencias alrededor del dolor tienen mayor importancia que la intensidad de este.

Por otra parte, Ramón Bayés-Bayés⁴⁷, considera que el sufrimiento constituye un fenómeno mucho más amplio que el dolor, siendo el dolor sólo una de sus posibles causas. Una persona sufre cuando:

- a. Experimenta o teme que le acontezca un daño físico o psicosocial que valora como una amenaza importante para su integridad física u orgánica
- b. Al mismo tiempo siente que carece de recursos para hacer frente con éxito a esta amenaza.

Por tanto, es la vivencia subjetiva en torno a la experiencia vivida, la que constituye el sufrimiento. Núñez⁴⁸ identifica los siguientes elementos como generadores de sufrimiento durante el parto:

- a. La sensación de alienación
- b. La sensación de invasión y falta de intimidad
- c. La percepción de estar sometida a excesivas intervenciones técnicas
- d. El sometimiento e intervenciones dolorosas continuas a lo largo del proceso
- e. La incertidumbre y abatimiento relacionado con la falta de control sobre el entorno y las situaciones
- f. La falta de acompañamiento y apoyo emocional por parte de los profesionales de la salud
- g. La falta de comprensión y consideración con lo que las mujeres están viviendo y las decisiones que pueden haber tomado.

1.7.2 Tipo de analgesia utilizada

El dolor de parto produce diversos cambios en los sistemas cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal, así como en el estado ácido-base materno y fetal. También causa trastornos psicológicos, físicos y químicos. En la madre produce una amplia activación simpática, alcalosis respiratoria y posteriormente acidosis metabólica por el incremento de la ventilación durante las contracciones y los periodos de hipoventilación e hipoxemia que acompañan a la relajación uterina. La madre hiperventila como respuesta al dolor y a continuación se produce una hipoventilación durante los intervalos entre las contracciones.

El deseo de analgesia y la elección del método se ven influenciados por muchos factores, entre ellos las expectativas de las mujeres, la complejidad del parto y la

intensidad del dolor. Para muchas mujeres el dolor del parto es severo y la mayoría requiere algún tipo de alivio del dolor. El dolor extremo puede dar lugar a traumas psicológicos para algunas mujeres, mientras que, para otras, los efectos secundarios indeseables de la analgesia pueden ser perjudiciales para la experiencia del nacimiento¹⁶. Los métodos utilizados para el alivio del dolor durante el parto son:

i. **Anestesia Epidural:** Pretende el bloqueo de la vía sensitiva que inerva el útero y el periné. Es el método que se aplica actualmente en la mayoría de los partos, es muy eficaz en el control del dolor y no suele producir riesgos notables ni para la madre ni para el feto, permitiendo que la gestante esté consciente durante el transcurso del parto¹⁵. Entre las ventajas de la anestesia epidural se incluyen⁴⁸:

- a) Alivio del dolor.
- b) Disminución de la ansiedad.
- c) Aumento del 35% de flujo sanguíneo uterino y del flujo al espacio intervilloso placentario.
- d) Disminuye la hiperventilación.
- e) Regularización del trabajo de parto.
- f) Mayor estabilidad hemodinámica.
- g) Permite reforzar y prolongar el tiempo del bloqueo.
- h) No produce depresión en el neonato.
- i) Permite a la madre estar despierta y participar activamente en el parto.

Como riesgos pueden citarse los siguientes:

- a) Hipotensión.
- b) Depresión respiratoria.
- c) Punción dural no intencional.
- d) Dolor lumbar.
- e) Prurito, náuseas y vómitos.
- f) Retención urinaria.
- g) Bloqueo motor extenso.
- h) Migración o rotura del catéter epidural.
- i) Parestesia.
- j) Cefaleas post-punción dural.
- k) Hematoma epidural.

En un estudio transversal realizado en Francia donde se incluyeron 9.337 mujeres que dieron a luz con anestesia epidural, estas consideraron que fue

muy o bastante eficaz para el dolor de parto. Fue significativamente menos efectiva en mujeres obesas y multíparas que no recibieron oxitocina durante el trabajo de parto⁴⁹.

- ii. **Walki-peri o bloqueo subaracnoideo-epidural:** Constituye una alternativa válida y segura a la epidural convencional y en muchos centros se ha convertido en el método principal de analgesia obstétrica. La ventaja más aceptada de esta técnica es su alta satisfacción materna debido a su rapidez y eficacia analgésica ya que preserva la movilidad de las piernas, que en muchas ocasiones hace posible la deambulación de la parturienta¹⁶. Se debe valorar su indicación.
- iii. **Métodos de alivio del dolor alternativos:** Los métodos no farmacológicos pueden ser, entre otros, la inmersión en el agua durante la primera fase del parto, masaje en la zona que se desee, uso de pelotas de goma (esferodinamia) y cambios de posición que la gestante desee en cada momento⁴⁹. Los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor del parto han ido ganando fuerza gracias al movimiento a favor de las prácticas de humanización del parto⁵⁰.

La Generalitat de Catalunya, La FAME y el Ministerio de Sanidad, como organismos oficiales, son los que incluyen las terapias alternativas y complementarias para el manejo del dolor en los planes de nacimiento⁵¹. Entre estas terapias alternativas se encuentran:

- a) Acupresión
- b) Acupuntura
- c) Aromaterapia
- d) Audioanalgesia
- e) Electroestimulador cutáneo (TENS)
- f) Hidroterapia
- g) Hipnosis
- h) Homeopatía
- i) Inyecciones de agua en la zona lumbar
- j) Masaje
- k) Musicoterapia
- l) Reflexología
- m) Apoyo continuo
- n) Técnicas de relajación
- o) Técnicas de respiración

- p) Terapia postural
- q) Terapia craneosacral

En un hospital público de Australia se realizó un estudio cualitativo con entrevistas en profundidad, con trece mujeres primíparas de bajo riesgo y siete profesionales obstétricos. Las terapias complementarias que se utilizaron durante el parto fueron la acupresión, la relajación, visualización, respiración, masajes y técnicas de yoga. Se asignaron las participantes al azar para el ensayo en la semana 24-36 de la gestación, los participantes asistieron a un programa de dos días de educación prenatal. El estudio concluye que las terapias complementarias fueron muy útiles sobre todo para potenciar la seguridad para afrontar el parto y se redujeron las intervenciones en los mismos⁵².

- iv. **Masaje:** Consiste en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo. El dolor que sufren las mujeres en el parto puede aliviarse con el masaje en la zona lumbosacra. Para otras mujeres resulta confortable el masaje en el abdomen. Es recomendable utilizar un aceite o vaselina para reducir la fricción con la piel y se basa en la creación de un estímulo que interfiera en la transmisión del dolor al cerebro. También estimula la liberación de endorfinas y aumenta la producción de serotonina para inhibir la transmisión de los impulsos nerviosos al cerebro. El masaje contribuye a la relajación de la mujer y por tanto reduce el dolor en el parto que es producido también por un aumento de la tensión muscular¹⁶.
- v. **Esferodinamia:** Se traduce como el movimiento en una esfera y es procedente de EEUU. Es una técnica consistente en el trabajo del cuerpo utilizando una pelota grande de vinilo para ayudar a la disminución del dolor de la pelvis en el parto y para relajar los músculos extensores de la espalda. También produce un aumento de la capacidad respiratoria y una sensación de relajación. Este movimiento libre de la pelvis en el proceso de parto facilita el movimiento y rotación del recién nacido por el canal del parto. Entre los usos recomendados de la pelota de parto se encuentra: favorecer la dilatación, ampliar diámetros pélvicos, proporcionar un elemento de distracción de la mujer y mejorar la recuperación del suelo pélvico⁵³.

Salgado García constata en su tesis doctoral⁵³ que la esferodinamia podría resultar perjudicial e implicar más tiempo de duración de la dilatación, con una peor puntuación en la satisfacción materna con respecto a la vivencia materna, y en cuanto a la influencia en el dolor, sólo parece beneficiar en las últimas

fases de la dilatación a aquellas mujeres que afronten el parto sin empleos farmacológicos de alivio del dolor. Así mismo, asegura, que se puede considerar una intervención segura, pero su indicación como herramienta para el afrontamiento y manejo del parto no parece adecuada.

- vi. **Deambulaci3n:** La deambulaci3n y las posiciones verticales en la fase de dilataci3n reducen la necesidad de epidural y no se asocian con un aumento de partos instrumentados ni con efectos adversos sobre la madre y el reci3n nacido. La posici3n vertical, por regla general, se relaciona con un menor umbral del dolor y con la reducci3n del uso de medicalizaci3n analg3sica¹⁵.

En un estudio cualitativo con entrevistas en profundidad, realizado en dos hospitales p3blicos de Australia, participaron 13 mujeres primigestas de bajo riesgo, siete formadores que habían participado con el grupo en las terapias complementarias y 12 matronas que atendieron a estas mujeres. Concluyen que las terapias complementarias proporcionan habilidades que sirven de apoyo y ayuda para las mujeres a la hora de afrontar el parto⁵².

- vii. **Inmersi3n en el agua:** La Guía de Práctca Clínica de atenci3n al parto normal del Ministerio de Sanidad y Polítca Social recomendaba en el 2010, considera un nivel de evidencia A la inmersi3n en el agua caliente como un método eficaz de alivio del dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto⁵⁴.

La inmersi3n en el agua a temperatura corporal ha sido usada con éxito en muchos procesos dolorosos. En el proceso de parto produce numerosos beneficios a parte de disminuir el dolor, tales como facilitar la relajaci3n y la movilidad de la madre. El agua ha resultado una ayuda imprescindible en las gestantes de distintos países y culturas durante el proceso de parto y del nacimiento. Tiene propiedades purificadoras, calmantes, estimulantes y sanadoras al igual que les proporciona apoyo y movilidad a la hora de sostener el peso del cuerpo. Les permite cambiar de postura y adoptar otras más cómodas. El feto desciende y rota por sí sólo gracias a que el agua relaja y maximiza los diámetros pélvicos⁵⁵.

- viii. **Utilizaci3n de hidroterapia:** El uso del agua como medida alternativa está actualmente muy expandido. Muchos hospitales maternos han optado por instalar una bañera en sus salas de partos, pues parece demostrada su eficacia y seguridad durante el proceso de dilataci3n¹⁵.

Fue en Reino Unido, en 1993, donde se aceptó de manera oficial el uso de la inmersi3n en el agua durante el trabajo de parto, con la publicaci3n del informe Changing Childbirth (Department of Health), que recomendaba que un espacio con bañera debiera ser una opci3n disponible en todas las unidades de

maternidad del país. Como beneficios del uso de la bañera pueden enumerarse los siguientes⁵⁶:

- a) Beneficios hidrotérmicos: relajación perineal, vaginal y cervical.
- b) Beneficios hidrocinéticos: secreción de oxitocina endógena debido a la estimulación de los pezones por el agua.
- c) Se facilita la movilidad y la adaptación de posiciones que favorecen el descenso fetal (cuclillas, rodillas).
- d) La hidroterapia puede acortar el periodo de dilatación.
- e) El feto se beneficia de una madre relajada, ya que se maximiza la perfusión de oxígeno placentario.
- f) Facilita una situación de relajación, mejora el manejo del dolor y reduce las intervenciones.

La mujer abandonará la inmersión en la bañera si hay preocupación sobre el bienestar de la madre o del feto, se detectan desviaciones de la normalidad de la frecuencia cardíaca fetal, se presenta líquido amniótico teñido, anomalías de la dinámica uterina, fiebre intraparto, taquicardia materna, entre otros. También en caso de que disminuyan las contracciones uterinas tras dos horas de inmersión y no haya evolución del trabajo de parto. En este caso se recomienda salir de la bañera, deambular y volver a entrar. Además, se deben considerar los siguientes aspectos durante la inmersión en la bañera⁵⁷:

- i. Estimular a la mujer a que adopte la postura más cómoda.
- ii. Se puede utilizar la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y de la dinámica uterina con los transductores inalámbricos acuáticos.
- iii. Se debe proporcionar un ambiente cálido y tranquilo.
- iv. El tiempo de inmersión se puede mantener durante varios periodos del trabajo de parto. No hay evidencia que sugiera que deba limitarse a una duración específica.
- v. Sí que es recomendable que la mujer se sumerja cuando ha alcanzado los 5 centímetros de dilatación.
- vi. Se recomienda que la temperatura del agua no sea superior a 37,5°C.
- vii. El agua debe cubrir la barriga de la gestante.

Una revisión que consideraron estudios que incluyeron mujeres embarazadas de bajo riesgo con partos en el agua, a término (37-42 semanas de gestación), con un solo bebé en presentación cefálica, donde se utilizó una estrategia de búsqueda de estudios publicados, en inglés, entre enero de 1999 y junio de 2014. Los metaanálisis de 12 estudios mostraron que, para la mayoría de los

resultados medidos en esta revisión, hay poca diferencia entre los grupos nacidos en el agua y los nacidos en una sala de partos u otra ubicación. Ninguno de los resultados estudiados fue significativo, como la infección, la reanimación con oxígeno, y la valoración del test de Apgar. Tampoco fueron estadísticamente significativos los ingresos en la uci neonatal y en el pH del cordón umbilical y venoso. Por tanto, concluyen que el nacimiento en el agua no parece estar asociado con resultados adversos para el neonato en una población de mujeres de bajo riesgo⁵⁸.

1.7.3 Posturas durante el parto

En las últimas décadas, la asistencia al parto se ha realizado en un medio hospitalario y atendido con personal especializado. Actualmente, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la posición dorsal, lo que supone que le permite al profesional que la asiste, controlar mejor el estado del feto. De esta manera, se ha dicho, que ha cambiado la tradicional manera de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad⁵⁹.

Es difícil identificar la conducta instintiva propia de la mujer, ya que está influida por las normas establecidas de cada país o cultura. Pero en nuestro entorno, las normas están básicamente supeditadas por las expectativas y exigencias de los avances y los criterios de los profesionales.

A esto se suma que la mujer está sometida, en muchas ocasiones, a procedimientos como es el caso de la monitorización fetal, el tratamiento endovenoso o la anestesia epidural, entre otros. A estos aspectos podemos añadir un número importante de partos que se resuelven con instrumental⁶⁰.

En la medicalización del proceso de parto y, por tanto, que su realización sea en los hospitales en vez del domicilio y la atención por obstetras en vez de matronas, hace que se pierda la posición natural para el parto y se pase del parto vertical al horizontal. Se le atribuye al obstetra Mauriceau, en el siglo XVII, el inicio de esta costumbre para poder aplicar los fórceps⁶¹.

Con la aparición de la anestesia epidural, para solucionar el dolor en el parto, se favoreció aún más el uso de la posición horizontal. La mujer con la aplicación de este tipo de anestesia pierde la movilidad de las piernas⁶².

Las evidencias científicas existentes no presentan la posición supina como postura de elección en el proceso de parto. Los riesgos para las posiciones verticales no son

significativos, y si son importantes los beneficios, tanto físicos como psicológicos. Esta postura no interfiere en el proceso del parto y no tiene repercusiones negativas ni en la madre ni en el niño/a⁶².

Es aconsejable que la mujer decida en qué posición se siente más cómoda, y esto implica, que los profesionales han de tomar conciencia y estar capacitados para actuar en las distintas posiciones posibles.

La habilidad de una mujer para poder moverse durante el parto y escoger su propia postura resulta beneficiosa. La actividad proporciona distracción ante la incomodidad, un sentimiento de mayor libertad personal y la oportunidad de disminuir la tensión muscular que aumentaría el dolor. Cuando las mujeres dan a luz sin restricciones, encuentran varias posturas cómodas y cambian dichas posiciones con frecuencia escuchando las propias señales de su cuerpo⁹. Las principales posiciones durante el parto se clasifican en 2 grupos:

I. Posiciones en horizontal

Como ventajas de estas posiciones es que facilita la exploración y revisión de los profesionales, facilita la utilización de instrumental si fuera necesario y disminuye el riesgo de pérdida sanguínea materna⁶³.

Como desventajas se pueden citar las siguientes:

- Problemas respiratorios: debido al peso del útero que presiona sobre el tórax y se reduce el espacio pulmonar lo que genera una ventilación insuficiente a la madre.
- El efecto poseiro debido al efecto de compresión de grandes vasos. Se disminuye el retorno venoso y el volumen sistólico, y a consecuencia se puede producir una hipotensión arterial. Este efecto puede afectar al bienestar fetal.
- Efectos mecánicos: esta posición disminuye los diámetros pélvicos transversos y antero-posteriores. Hay mayor dificultad para que la cabeza fetal se acomode en los diámetros pélvicos maternos.
- Hay presencia de más dolor por lo que supone más necesidad de analgesia
- Efectos fisiológicos: las contracciones tienen menos intensidad por lo que supone un pujo más dificultoso.
- Efectos psicológicos: la parturienta tiene una actitud pasiva.
- Aumento de partos instrumentados, de episiotomías y mayor índice de cesáreas⁶³. Entre estas posiciones encontramos:

- a. **Posición supina, litotomía, posición ginecológica:** la posición de litotomía, se denomina comúnmente posición ginecológica o posición supina. La mujer se coloca en una cama o camilla, tumbada sobre su espalda, en una postura horizontal. Sus piernas se colocan en flexión y abiertas en abducción, apoyadas sobre las perneras de la cama o camilla. Es una posición cómoda para los profesionales del equipo obstétrico ya que tienen buen acceso al periné de la madre⁶². Pero en un estudio que se realizó, por el Colegio Australiano de Matronas, a través de encuestas a mujeres que habían parido en posición de litotomía y que tenían una lesión perineal y las matronas fueron las que habían realizado los partos, se llega a la conclusión que esta posición es la más utilizada en las salas de partos y que la práctica de la episiotomía es de uso común. Pero el estudio encontró una voluntad de cambio y la intención de considerar diferentes posiciones para parir por lo que podría dar lugar a un menor número de episiotomías⁶⁴.
- b. **Decúbito lateral izquierdo, posición a la “inglesa”, posición de SIMS:** se adopta colocando a la madre sobre un lado, de manera que solo contacte con la camilla o la cama, un solo hemicuerpo, una de las piernas reposará, en posición de abducción, sobre una pernera⁶².

II. Posiciones en vertical:

Existen distintas posiciones en las que el cuerpo de la madre se encuentra en la posición a favor de la gravedad, es decir, vertical, y se engloban en el conjunto de posiciones verticales⁶². Como ventajas se pueden citar⁶⁵:

- Efectos respiratorios: no se ejerce presión en los pulmones ya que el útero desciende y no ejerce presión. Se produce un aumento de la capacidad respiratoria por lo que también aumenta la oxigenación de la madre y el feto.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: la gravedad favorece el encaje y descenso del feto debido al aumento de la presión intrauterina en estas posiciones. Favorece el acomodamiento del feto a su paso a través de la pelvis y con el acomodamiento y la presión que ejerce el feto en el cuello del útero aumenta la secreción de oxitocina. En la posición de cuclillas hay un aumento de los diámetros pelvianos antero-posteriores y transversos, por lo que favorece el encaje y progresión del feto por el canal del parto.

- Efectos musculares: los músculos abductores favorecen la apertura del canal vaginal por colaborar en la apertura de la sínfisis del pubis.
- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava: previene el sufrimiento fetal producido por el síndrome supino-hipotensivo y el efecto poseiro.
- Eficiencia de la combinación matriz-prensa abdominal: unión de las contracciones uterinas más intensas y eficaces con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante los pujos.
- Disminución del trabajo de parto: De la fase de dilatación y expulsivo.
- Menor dolor en la fase del expulsivo y posparto: se precisa menos analgesia.
- Amniorexis espontánea más tardía: integridad de la bolsa amniótica durante más tiempo y disminución de los patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal.
- Finalización espontánea del parto: disminución del porcentaje de episiotomías y desgarros. Disminuyen las complicaciones durante el alumbramiento.
- Disminución de la probabilidad de prolapso de cordón umbilical.
- Beneficios psicoafectivos en la mujer: menor dolor y sensación de libertad, control y participación. Aumenta el nivel de satisfacción de la mujer.

Como desventajas se citan⁶⁶:

- Aumento del riesgo de pérdida sanguínea.
- Es más frecuente los desgarros de poca profundidad, sobre todo en primíparas.
- Puede resultar incómodo para el profesional que asiste el parto.
- Algunas mujeres no logran mantenerse en esta posición por la baja resistencia muscular⁶⁷.

1.7.4 La episiotomía

Se puede definir el trauma perineal como cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea en forma de desgarro o causado por una episiotomía. La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente y uno de los más controvertidos. La evidencia científica disponible recomienda un uso selectivo de la episiotomía.

Las primeras referencias históricas de su uso datan de 1742, cuando el obstetra irlandés Sir Fieldi Ould recomendó en su tratado, *Teatrise of Midwifery in Three Parts*, una incisión desde la vagina hacia el ano en partos extremadamente complicados y para intentar salvar la vida del feto. Pero la episiotomía tuvo poca aceptación hasta que no se desarrollaron las técnicas de analgesia y antisepsia⁶⁸.

En 1920, los obstetras Pomeroy⁶⁹ y DeLee⁷⁰, determinaron su práctica sistemática y profiláctica, sobre todo en mujeres nulíparas, y argumentaron que la práctica de la episiotomía evitaba el dolor, prevenía el prolapso uterino y disminuía la morbilidad perinatal. A partir de este momento su práctica se propagó ampliamente, a pesar de sustentarse sobre una escasa evidencia científica.

La OMS⁷¹ y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG)⁷², publicaron guías de práctica clínica, en las que se recomendaba su uso selectivo y no se consideraba justificado que su uso superase el 30% de los casos.

En la literatura científica se acepta que el parto vaginal es el principal factor de riesgo para la aparición de lesiones perineales, desgarros musculares de III y IV grado con afectación del esfínter anal y por tanto incontinencia anal, así como incontinencia urinaria. Por otro lado, el hecho de no realizar episiotomía no aumenta la incidencia de desgarros graves, incluso hay estudios que indican una menor incidencia de desgarros en mujeres a las cuales no se les practicó una episiotomía⁷².

Actualmente su uso rutinario ha sido cuestionado en la evaluación de estudios aleatorizados y revisiones sistemáticas, y es así como en la actualidad esta práctica no cuenta con el soporte de la evidencia. Estos estudios demuestran que la práctica de la episiotomía, principalmente de la mediana, no previenen los desgarros vaginales, no evita la aparición de lesiones severas o daño del esfínter anal y por el contrario, sí que favoreció la aparición de desgarros perineales leves y de lesiones que comprometieron el esfínter y la mucosa rectal⁷².

En la revisión que realizaron Carroli G y Bellizan J, de seis estudios clínicos aleatorizados, donde comparaban el uso restrictivo de la episiotomía restrictiva con la episiotomía rutinaria, llegaron a la conclusión que la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo⁷³. No obstante, con el uso restrictivo de la episiotomía, hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior⁷⁴.

En el artículo de Sadornil-Vicario et al⁷⁵, analizan la evolución del uso de las episiotomías en el Hospital Universitario de Burgos (España), en relación con la implementación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, y valoran su relación con los resultados materno-fetales. Es un estudio correlacional retrospectivo, donde se incluyeron 16.222 partos eutócicos y 15.132 recién nacidos. Las conclusiones fueron que el porcentaje de episiotomía ha disminuido significativamente con la implantación del nuevo modelo de atención al parto. No encontraron ninguna relación entre los partos sin episiotomía, ni un mayor porcentaje de daños perineales graves ni peores resultados neonatales. Pero si aumentó el porcentaje de perinés íntegros al no realizar episiotomía.

En otro estudio prospectivo experimental⁷⁶, cuyo objetivo fue identificar las ventajas y desventajas en un grupo de mujeres a las que se les había practicado la episiotomía según un protocolo selectivo, con respecto a las que se les había practicado episiotomía según un protocolo rutinario y que el parto vaginal había sido realizado por matronas. En este estudio participaron 402 mujeres, 202 en el grupo control y 200 en el grupo experimental. La incidencia de desgarros posteriores de I y II grado fue superior en el grupo experimental (30%), frente al grupo control (13,4%), pero no se presentó ningún caso de desgarros de III y IV grado. No se encontraron diferencias en los resultados perinatales, ni en el puerperio inmediato, pero en el puerperio hospitalario el grupo control presentó más dolor general y demandaron más analgésicos. A los tres meses del parto, destaca una mayor incidencia de dispaenuria en mujeres con episiotomía. Concluyen que la práctica de una política de episiotomía selectiva, por indicación fetal o materna, o periné poco distensible, en mujeres nulíparas a término, es segura.

En una revisión actualizada, donde se incluyen 12 estudios (6.177 mujeres), 11 de los cuales se incluyen mujeres de parto que se intentó un parto vaginal y 1 estudio donde se anticipó un parto asistido. Estos estudios se realizaron en Argentina, Reino Unido, Canadá, Alemania, España, Irlanda, Malasia, Pakistán, Colombia y Arabia Saudita. Ocho de los ensayos se hicieron con mujeres primíparas solamente, y cuatro se realizaron en mujeres primíparas y múltiparas. Los autores concluyen que en las mujeres que no se pretende un parto instrumentado, las políticas de episiotomía selectiva no producen un traumatismo perineal/vaginal grave. Tampoco este tipo de políticas causan daño a la madre o al bebé. Otras conclusiones hacen referencia a que hay poca o ninguna diferencia en cuanto a la dispaenuria a largo plazo, seis meses o más, y poca o ninguna diferencia para la incontinencia urinaria a largo plazo. Hubo un ensayo que informó de un prolapso genital a los tres años después del parto⁷⁷.

Las sugerencias encontradas en la bibliografía para reducir el número de episiotomías son las siguientes⁷⁸.

- 1.-Partos en el agua
- 2.-Posturas sedentes o de cuclillas
- 3.-Posturas laterales
- 4.-Masaje perineal previo al nacimiento
- 5.-Pujos espontáneos durante el expulsivo
- 6.-Hacer partícipes a las mujeres
- 7.-Educar al personal sanitario acerca de la actual investigación sobre episiotomía
- 8.-Mayor paciencia del profesional durante la fase del expulsivo

El masaje perineal durante el embarazo es una técnica preventiva cuyo objetivo es ablandar y estirar la piel y tejidos del periné mediante la estimulación táctil de los mismos, con el fin de que el periné aumente su elasticidad y se encuentre en condiciones óptimas para afrontar el periodo expulsivo del parto. Lo que se pretende es reducir el riesgo de sufrir un desgarro o una episiotomía y reducir el dolor posparto¹⁶.

La técnica es sencilla de realizar y no requiere de grandes conocimientos para llevarla a cabo. Promueve el conocimiento del propio cuerpo, es barata y no tiene efectos perjudiciales sobre la mujer. Puede realizarse por la propia mujer o por su pareja. Como algún aspecto negativo es que puede ser algo molesta los primeros días⁷⁹. El comienzo del masaje perineal en el embarazo debe ser hacia la 32-34 semana de gestación, para que la técnica se realice aproximadamente durante un mes o mes y medio. La frecuencia dependerá del tiempo o de la motivación que tenga la gestante. Se puede realizar a diario o como mínimo 2-3 veces a la semana, durante un tiempo aproximadamente de 10 minutos⁷⁹.

El masaje perineal intra-parto se realiza en la segunda etapa del mismo. La técnica es similar a la utilizada en el masaje durante el embarazo, con la excepción que quién realiza el masaje es el profesional. Hay profesionales que lo realizan durante la contracción y otros entre una contracción y otra⁸⁰.

1.7.5 Monitorización durante el trabajo de parto

Fue en 1876 cuando se utilizó el estetoscopio de Pinard⁸¹. Anterior a esto el latido fetal se escuchaba poniendo la oreja en el abdomen de la mujer. En el siglo XIX fue

creciendo el interés por identificar la existencia no sólo de latido, sino también de patrones de frecuencia cardíaca fetal compatibles con el bienestar fetal. En 1960, se introdujeron los electrodos fetales y en 1964, se definió el efecto Doppler y la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal experimentó un importante desarrollo^{82,83}.

La cardiotocografía fetal es una prueba de detección utilizada para identificar fetos con riesgo de desarrollar hipoxia⁸³. La hipoxia fetal es el déficit de aporte de oxígeno a los órganos fetales secundario al deterioro del intercambio de gases. Cuando esta condición es persistente, progresa hacia la una acidosis hipóxica. La hipoxia y en última instancia la acidosis, son los grandes contribuyentes en el desarrollo de la parálisis cerebral, la encefalopatía hipóxica-isquémica y otras situaciones mórbidas del neonato. El riesgo de pérdida de bienestar fetal sustituye al término de sufrimiento fetal.

El objetivo del control fetal intraparto es la detección precoz de la pérdida de bienestar fetal secundaria a la hipoxia fetal y la aplicación de medidas efectivas para prevenir la mortalidad y/o morbilidad perinatal derivadas.

El cerebro fetal modula la frecuencia cardíaca fetal a través del sistema nervioso simpático y parasimpático. Cambios en los patrones normales de la frecuencia cardíaca fetal constituyen el fundamento básico para la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal intraparto. Los métodos son los siguientes:

1.-La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal se realizará siempre externamente (Tabla 7). La única excepción para utilizar monitorización interna son los casos de alto riesgo o cuando la calidad del registro sea insuficiente para su evaluación. Está contraindicada en gestantes VIH, VHB y VHC positivos.

2.-La monitorización de la dinámica uterina puede ser:

- a) Control externo de la dinámica uterina: el trazado permite objetivar la frecuencia de las contracciones y la relación entre las contracciones y la frecuencia cardíaca fetal. Es el método de elección.
- b) Control interno de la dinámica uterina: Permite hacer una evaluación precisa del registro del tono uterino en reposo, de la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones. Está indicada en los casos de falta de progresión en que se quiera monitorizar de manera

segura la dinámica uterina y en las inducciones con riesgo especialmente aumentado de ruptura uterina.

Tabla 7. Control fetal intraparto

	Normal	Atípico	Anormal
Línea Basal	110-160bpm	100-110bpm 160-180bpm durante >30' y menos de 90'	<100bpm 160-180bpm durante >90' >180bpm Patrón sinusoidal >20'
Variabilidad	5-25bpm	<5bpm durante >30m' y menos 90'	<5bpm durante >90'
Desaceleraciones	No desaceleraciones Variables típicas ocasionales precoces<30''dec alaje	Variables atípicas en 50%contracciones>90' Tardías ocasionales Prolongada única de<3' Variables atípicas ocasionales	Variables atípicas en50%>30' Tardías en 50%30' Prolongada única durante>3'

Registro Tocográfico normal: 3 criterios normales. Altamente predictivo de la normalidad del estado ácido-base fetal en el momento de la observación.

Registro tocográfico sospechoso: Un criterio atípico y el resto normales. No son predictivos de acidosis fetal. Requieren una vigilancia continua y la reevaluación teniendo en cuenta las circunstancias clínicas asociadas. En algunas circunstancias, para garantizar el bienestar fetal serán necesarias pruebas complementarias o medidas de resucitación intrauterina.

Registro tocográfico patológico: 2 o más criterios atípicos o uno o más criterios anormales. Se asocian con alteraciones del estado ácido-base en el momento de la observación. Requieren una rápida evaluación⁸³.

La bibliografía más reciente recomienda que, en un parto de bajo riesgo, se deba utilizar la monitorización fetal intermitente. La utilización sistemática de la auscultación fetal su uso debe ser selectivo en partos de bajo riesgo, y se asocia a un incremento de la tasa de partos vaginales instrumentados (30%), y a un aumento de la tasa de cesáreas (30%), sin ninguna reducción de la mortalidad perinatal y neonatal.

La monitorización fetal interna tiene como ventaja que permite la movilidad de la mujer, la posibilidad de adoptar diferentes posturas durante la dilatación y el expulsivo, y esto se asocia a una mejor tolerancia al dolor, menor utilización de la anestesia epidural y una reducción del periodo de dilatación y expulsivo²⁰.

Peso fetal: El peso del recién nacido ha constituido una de las viables predictivas de la morbilidad y la mortalidad infantil. Cuanto menor es el peso, mayor es la probabilidad de morir durante el primer año de vida, siendo el bajo peso al nacer el mayor determinante de la mortalidad en este grupo poblacional y el responsable del 66% de todas las muertes neonatales. Una de las variables antropométricas más utilizadas para evaluar el crecimiento fetal es el peso al nacer y una tabla que relacione éste con la edad gestacional en ese momento, permite la clasificación de los recién nacidos según los percentiles, por ejemplo: recién nacidos grandes, los que se encuentran por encima del percentil 90 o recién nacidos pequeños, los que se hayan por debajo del percentil 10⁸⁴.

Tipo de contacto: piel con piel: La criatura recién nacida sana y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre y el bebé lo permite. Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca. Así se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo al menos 70 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre⁸⁵. En 1979, se estableció de forma sistemática el contacto piel con piel, en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Se basó en el “método canguro” (utilizado en los bebés prematuros), que consiste en colocar al recién nacido piel con piel con la madre casi las 24 horas al día. Los resultados fueron espectaculares en cuanto al aumento de la supervivencia, la disminución de la morbilidad y de los costes hospitalarios⁸⁶. El contacto inmediato piel con piel con la madre y el inicio de la lactancia materna, debe ser promovido por los profesionales de la salud, ya que son iniciativas recomendadas por la OMS y La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)⁸⁷. Son varios los autores que abogan por esta recomendación. Anderson⁸⁸, encuentra diferencias significativas en las demostraciones de cariño y tacto afectuoso durante la observación del amamantamiento en los primeros días posparto y una menor frecuencia del llanto en el bebé. Righard y Alade dicen que tras 20 minutos de contacto piel con piel el bebé comienza a buscar el pecho y en una media de 50 minutos, la mayoría es capaz de mamar, y por ello recomienda el contacto ininterrumpido durante la primera hora⁸⁹. Y por último Gómez, comenta que hay hasta ocho veces mayor probabilidad de que el recién nacido agarre el pecho si permanece piel con piel más de 50 minutos, que si

está menos tiempo⁹⁰. En numerosos estudios se ha demostrado que el contacto precoz ininterrumpido y prolongado del recién nacido piel con piel con su madre tras el parto promueve la adaptación y que el metabolismo y la termorregulación mejoran. Además, se estrechan los lazos entre la madre y el recién nacido, iniciándose los lazos de apego y vinculación afectiva⁹⁰.

1.7.6 Intención de lactancia materna

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para el adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño⁹¹.

1.8. Cambio de paradigma: parto normal y parto humanizado

Los autores Arredondo-González y Siles-González evidencian como la deshumanización de los cuidados de enfermería no es debida exclusivamente a la tecnología, sino que se añaden otros factores que influyen directamente en esta atención, como son el orden social, la dinámica y la organización de las instituciones sanitarias⁹².

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en Brasil en el año 2000 se formula el concepto de humanización que se define como *«un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas»*⁹³.

En dicha conferencia se dictaron 16 recomendaciones. En una de ellas hacía referencia a la atención al parto normal y a la participación en el mismo de las matronas *«debe promover la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión»*. La humanización del parto implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez en la atención, que se estimule la presencia de un acompañante

significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). Que la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades⁹⁴.

Si bien la medicalización del parto se justificó en décadas pasadas, debido a una alta mortalidad materna y perinatal, en estos momentos pierde vigencia dado que iniciativas mundiales y nacionales realizan una llamada a humanizar la atención del parto, otorgando a la mujer protagonismo, seguridad y preparación, centrando las acciones en la promoción y prevención, la equidad y la calidad de la atención de la salud. Para el logro de este objetivo se necesita cambiar desde un paradigma predominantemente biomédico y curativo hacia una visión más integral, que incorpore las dimensiones psicológica y social y donde la mujer sea la protagonista de su cuidado⁹⁵.

La tendencia actual es otorgar una atención integral del parto, con la creación de ambientes acogedores, presencia de una persona significativa, opciones para el autocuidado, tendiendo con ello a hacer más satisfactoria la experiencia⁹⁶.

Esta modalidad de atención ha demostrado mejores resultados respecto a la satisfacción. Las mujeres han requerido menos anestesia, disminución del número de episiotomías, y una mayor proporción de partos vaginales⁹⁷.

La OMS, consciente de que en el mundo se utilizan tecnologías inapropiadas para el manejo del parto, ha propuesto recomendaciones básicas cuyo objetivo es promover un cuidado efectivo y humanizado, basado en la evidencia científica, con la menor tecnología posible, multidisciplinaria, centrada en las familias, considerando los patrones culturales, de dignidad y confidencialidad de la mujer²⁰.

La conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, concreta en el concepto de humanización sobre el nacimiento como que *«el parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización de los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras»*⁹⁸.

En dicha Conferencia se describen 14 recomendaciones generales (Tabla 8) y 14 específicas (Tabla 9) para su aplicación.

Tabla. 8 Recomendaciones Generales de la Conferencia Internacional de Fortaleza

1. Los Ministerios de Sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores públicos y privados.
2. Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
3. Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
4. Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo se necesita ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
5. Los grupos de ayuda mutua entre las madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
6. El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad de la atención.
7. Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales), deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.
8. La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
9. El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
10. La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario, las embarazadas y sus familias.
11. Debe promoverse la formación de matronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales deben ser competencia de esta profesión.
12. La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa dicha tecnología.
13. La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe de estar al alcance del público.
14. Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada, y la mayor proporción de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterio de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Tabla 9. Recomendaciones Específicas de la Conferencia Internacional de Fortaleza

1. Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
2. Las mujeres que den a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
3. El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
4. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes que la madre abandone la sala de partos.
5. Algunos de los países, con una menor mortalidad perinatal en el mundo, tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.
6. No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
7. La ligadura de trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.
8. No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica solo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto los Servicios Nacionales de Salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos. Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
9. No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.
10. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación y cada mujer decidir libremente que posición adoptar durante el expulsivo. Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
11. La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de inducciones.
12. Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (sólo que se necesiten específicamente para conseguir o prevenir alguna complicación).
13. No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.
14. Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden el parto y al recién nacido.

Davis Floyd describe tres modelos que reflejan la forma de asistencia al parto: tecnócrata, humanista y holística (Tabla 10). En el tecnócrata el profesional de salud establece una separación entre la mente y el cuerpo de la mujer, considerándola como una máquina, la asistencia se establece como una estandarización de la atención del parto hospitalario, donde el médico es la autoridad, la mujer asume el rol pasivo y es sometida a procedimientos rutinarios⁵.

Tabla.10 Características de los paradigmas asistenciales

Modelo tecnocrático	Modelo humanístico	Modelo holístico
Separación cuerpo y mente	Conexión mente y cuerpo	Unidad de cuerpo-mente y espíritu
Construcción del cuerpo como máquina y el paciente como objeto	Entiende el cuerpo como un organismo, al paciente como un sujeto relacional con el que el profesional debe conectar	Considera al cuerpo como un sistema de energía y trata a la persona en todo el contexto de su vida
Organización jerárquica	Importancia de la empatía, las emociones y lo social	Lo emocional constituye un aspecto esencial
Atención estandarizada	Flexibilidad en el trato. Individualización.	Unidad profesional y paciente. Individualización terapéutica.
Autoridad y responsabilidad en el profesional	Responsabilidad compartida paciente-profesional	Decisiones propias del paciente, responsabilizándose de su salud
La tecnología ocupa un papel central. Existe una dependencia excesiva de su valor, llegando a implementarse sin constatar evidencia	Uso razonable de la tecnología Importancia de la medicina basada en la evidencia	No descarta el uso de la tecnología, pero no se configura como elemento central. La muerte como un paso más en la vida
Intolerancia a alternativas que no proceden del núcleo hegemónico profesional	Apertura a alternativas no oficiales	Incorporación de las más variadas alternativas

El modelo humanista o integral destaca la conexión mente-cuerpo (Tabla 10). La persona es un todo, no solo una dimensión física y la mujer es considerada como un ser psicosocial. Su objetivo es humanizar y complementar la tecnomedicina, con una asistencia al parto donde el foco es la relación, la conexión sensible y compasiva entre

el profesional y la mujer. Se establece un equilibrio entre las necesidades del centro hospitalario y se ofrecen varias opciones de intervención y métodos alternativos, con espacios flexibles donde puede moverse con libertad, dilatar en el agua y parir como le sea más cómodo.

En el modelo holístico, insiste en la unicidad del cuerpo, mente y el espíritu y define el cuerpo como un sistema de energía interrelacionado con otros sistemas de energía donde el estado emocional y psicológico de la parturienta es el aspecto principal de los cuidados, la mujer es responsable de su propia salud y bienestar. La ciencia y la tecnología se encuentran al servicio de la mujer⁹⁹, (Tabla 10).

Wagner¹⁰⁰ sostiene que humanizar el parto consiste en entender que la mujer que da a luz es un ser humano y que el parto humanizado es aquel que sitúa a la mujer en el centro y control de todo el proceso y que participa en la toma de decisiones.

Un estudio descriptivo correlacional cuyo objetivo fue describir las diferencias en los resultados obstétricos y la satisfacción del parto de las mujeres a través de 2 modelos de la atención de la maternidad (modelo biomédico y el parto humanizado). El estudio se realizó en dos hospitales universitarios en el sudeste de España en el periodo de abril y octubre del 2013. La muestra fue de 406 mujeres, 204 del modelo biomédico y 202 del modelo humanizado. Las diferencias en los resultados obstétricos fueron (modelo biomédico/modelo humanizado) las siguientes: comienzo del parto (espontáneo 66/137, $p=0,005$), el alivio del dolor (172/132 epidural, ningún alivio del dolor 9/40, $p=0,005$), el tipo de parto (vaginal normal, 149/165, instrumental 48/23, $p=0,004$), la duración del trabajo de parto (0-4 horas 69/93, 133/108 >4 horas, $p=0,011$), la condición del periné (perineo intacto o desgarro 94/178, 100/24 episiotomía, $p=0,005$). Se utilizó un cuestionario diseñado para el propósito del estudio. La puntuación total del cuestionario (100) dio una media (M) de 78,33 y desviación estándar de 8,46 en el modelo biomédico de la atención y una M de 82,01 y desviación estándar de 7,97 en el modelo humanizado de atención ($p=0,005$). Por lo que se demuestra que el modelo humanizado de atención de maternidad ofrece mejores resultados obstétricos y las puntuaciones de satisfacción de las mujeres durante el parto, el nacimiento y el período postnatal inmediato que lo hace el modelo biomédico¹⁰¹.

En un estudio observacional descriptivo llevado a cabo en el Hospital do Salnés (Pontevedra), donde se estudiaron 943 partos para evaluar los resultados de la implantación y el grado de cumplimiento de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para atención de un parto humanizado, llegan a la conclusión que para que

la humanización del parto sea un hecho, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios, las actitudes de los profesionales, y la redistribución de los recursos materiales y humanos. Además, consideran la eficacia de la elaboración de la vía clínica ya que es una herramienta eficaz. Como propuestas dicen que reducir la tasa de inducciones o partos instrumentados, animar a las mujeres que cumplimenten el plan de nacimiento, mejorar los métodos de alivio para el dolor, alternativos a la epidural y aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva al alta hasta los niveles recomendados por UNICEF, mejoraría la calidad de la asistencia al parto y nacimiento¹⁰².

Otro estudio con enfoque cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas, donde se recogió los aspectos vivenciales de las mujeres en los partos hospitalarios, es decir, se abordó el fenómeno desde la perspectiva de las madres, obteniendo información decisiva sobre cómo interpretan, perciben y experimentan los acontecimientos en torno al entorno, los autores concluyen que nos encontramos ante un ritual medicalizado impregnado de vivencias de obediencia pasiva, en la que el miedo al peligro siembra la desconfianza corporal, a la vez que la voluntad de la mujer es moldeada por los expertos¹⁰³.

Hasta este momento hemos analizado la historia del parto, la situación en el contexto español y catalán, así como la evidencia y las recomendaciones sobre los diferentes aspectos relacionados del parto en nuestro entorno y hemos constatado, como demuestra la bibliografía consultada, la voz de los expertos y las recomendaciones de las instituciones Internacionales, que la Matrona es la profesional que debe atender los partos de bajo riesgo ya sea en un medio hospitalario o en el domicilio de la gestante. A continuación, en diferentes capítulos se estudia la historia de la matrona, sus competencias, la situación actual en España y Cataluña. También un capítulo importante, es la ética en la profesión de la matrona.

2.- LA MATRONA

La asistencia al parto por una matrona (Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia), se encuentra entre las más antiguas del mundo, pero ha sido también la que más cambios ha experimentado. En primer término, surge como actividad compasiva de ayuda entre mujeres, y con el paso de los siglos, se va convirtiendo en oficio hasta la definitiva profesionalización¹⁰⁴.

Los cambios más importantes que han afectado a la profesión de matrona son: la adquisición del rango universitario de los estudios de enfermería, la ampliación y adecuación a las normativas europeas del programa de especialización en asistencia obstétrica-ginecológica (matrona), y el impulso y crecimiento de unos conocimientos propios¹⁰⁵.

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad¹⁰⁵.

La formación de estos profesionales debe adecuarse a la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos y a la de su ámbito de actuación de los distintos sistemas sanitarios. A este respecto, la importancia que han adquirido, en la década de los ochenta, las facetas de prevención y promoción de la salud, ha implicado una ampliación del ámbito de actuación de esta especialidad más allá de sus actividades tradicionales en la atención de la gestación, parto y posparto, que, sin duda, han repercutido en el enfoque y características del programa¹⁰⁶.

El Consejo Internacional de Matronas es una Federación de Asociaciones de Matronas que representa a varios países alrededor del mundo. Trabaja estrechamente con la OMS, con todas las organizaciones de las Naciones Unidas y con los gobiernos, en apoyo de la maternidad segura y las estrategias de atención primaria de la salud. Asume el rol de liderazgo en el desarrollo de la definición de matrona y la delineación del enfoque de la práctica de la partería (competencias esenciales). Además, promueve normas y directrices que definen la estructura esperada y el contexto de los servicios previos de los programas de formación de la partería, orientación para el desarrollo de regulaciones para la práctica y ayuda a los países a fortalecer la capacidad de las asociaciones de matronas y a crear líderes para la profesión de matrona alrededor del mundo.

Dicho consejo aprobó en Australia, en el 2010, la definición de matrona como:

«El profesional responsable que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo, cuidados y consejos necesarios durante el embarazo, parto y puerperio; dirigir los nacimientos es responsabilidad de la matrona, así como proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de un nacimiento normal, la detección de las complicaciones en la madre y el niño, el

acceso al cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud».

En dicho documento, define también, las competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería¹⁰⁷:

- En el contexto social, epidemiológico y cultural del cuidado materno y del recién nacido: las matronas tienen el conocimiento y las destrezas requeridas de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética, que constituyen la base del cuidado de alta calidad, relevante desde el punto de vista cultural, apropiado para mujeres, recién nacidos y familias en edad fértil.
- En el cuidado pre-embarazo y en planificación familiar: las matronas suministran a todos en la comunidad educación en salud y servicios de alta calidad, culturalmente sensitivos, para promover la vida familiar saludable, los embarazos planificados y la crianza positiva de los niños.
- En el suministro de cuidados durante el embarazo: las matronas maximizan la salud durante el embarazo, lo que incluye la detección temprana y tratamiento o derivación para una selección de complicaciones.
- En el suministro de cuidados durante el trabajo de parto y el alumbramiento: las matronas realizan un parto limpio y seguro y manejan situaciones de emergencia selectas, para maximizar la salud de las mujeres y sus recién nacidos.
- En el suministro de cuidados para la mujer durante el periodo posparto: las matronas suministran cuidados integrales, de alta calidad y sensitivos culturalmente y asesoramiento de la lactancia.
- En el cuidado postnatal del recién nacido: las matronas suministran cuidado integral, de alta calidad al infante esencialmente sano, desde el nacimiento hasta los 2 meses de edad.

En la facilitación de servicios de salud relacionados con el aborto, las matronas proveen una serie de servicios de salud individualizada y sensitiva culturalmente relacionada con el aborto, para mujeres que requieren o experimentan una

interrupción del embarazo o una pérdida, congruente con las leyes y regulaciones aplicables y de acuerdo con los protocolos nacionales.

2.1 Breve reseña histórica de la matrona

El hombre paleolítico o del comienzo de la edad de piedra vivió entre el 50.000 y el 9.000 a. de J.C. y ha dejado algunos rastros de su modo de vida y características físicas. A partir de las pinturas rupestres y los símbolos de fertilidad de esa época parece que las mujeres eran de proporciones generosas, lo que sugiere que tenían pelvis ginecoides adecuadas. En esta época sólo las mujeres capaces de tener partos naturales podían dar a luz y sobrevivir. El embarazo debía ser un acontecimiento biológico aceptado de duración desconocida y parece muy probable que la mujer diera a luz sola de cuclillas o con las nalgas o las rodillas sobre piedras de gran tamaño. Se separaría de la criatura cortando el cordón umbilical con una piedra afilada o con los dientes e instintivamente lo amamantaría¹⁰⁴.

Pero para los partos con dificultad es muy probable que la mujer necesitara de ayuda, por tanto, el origen de las matronas es paralelo a la civilización, ya que la primera matrona surgiría con aquella mujer que acompañó y ayudó a parir a otra¹⁰⁸. Con la aparición de la organización social, mujeres ancianas primero de la familia y luego de la tribu o comunidad, eran las que ayudaban en el parto. Estas mujeres experimentadas pasaron a desempeñar el papel de comadrona, excluyendo de esta esfera a los hombres durante los 10.000 años siguientes. En estas sociedades que aún no usaban la escritura, el conocimiento empírico, sea cual fuere, era transmitido de forma oral y la destreza práctica se adquiría mediante la observación y la experiencia, y en algunos casos con una aptitud instintiva inherente¹⁰⁴.

La figura de la partera siempre ha existido, pero con diferentes nombres. La historia de la profesión de matrona es la historia de la civilización y de la obstetricia, pues esta toma su nombre de *obstetrix* que así es como se llamaba en Roma a las parteras. Etiológicamente es una palabra latina que deriva del verbo *obstare*, que se traduce como “estar al lado”, o “delante de”. Los eruditos, dieron a la palabra *obstetrix*, el significado de “mujer que está al lado de la parturienta y la ayuda”¹⁰⁹.

La palabra Comadrona proviene de Co-Madre, en el mismo nivel que la madre, mientras que la connotación de la palabra Matrona está rodeada de un halo de autoridad, ya que era la mujer que transmitía los valores de la sociedad en la antigua Roma¹⁰⁹.

Ya en la Biblia pueden encontrarse citas textuales donde se hace referencia a la figura de la matrona, como es el caso de las parteras hebreas, mujeres que gozaban de un elevado prestigio social.

La palabra *msi'* en egipcio (dar a luz), iba seguida de un jeroglífico de una mujer en cuclillas pariendo o agachada sobre dos ladrillos o piedras, y es a través de los papiros como se conoce la importancia del cuidado de las mujeres embarazadas y de la asistencia al parto. En el papiro de Ebers (1.900-1.550 a. de J.C.), se puede observar en 5 columnas donde se tratan temas de obstetricia y ginecología. En estas prescripciones se hacen referencias a la aceleración del parto cuando hay problemas y del pronóstico del recién nacido en función del llanto. Y en el papiro de Westcar (1.700 a. de J.C.), se describe cómo se calcula la fecha probable del parto y los instrumentos y utensilios que facilitan el parto¹¹⁰.

Los principios básicos de la medicina y de la atención al parto de los griegos derivan del cuerpo de conocimientos egipcios. En la época de Hipócrates y Sócrates (alrededor del año 500 a. de J.C.), las matronas disfrutaban de reconocimiento social y recibían honores. Phainareté, madre de Sócrates, fue matrona. Según las leyes de Atenas, era condición necesaria que la matrona fuese a su vez madre y hubiera superado la edad de procrear. Las comadronas de este tiempo se dividían en dos grados, las de habilidad y experiencia superior, que eran consultadas en caso de tratarse de partos anómalos y difíciles, y las que ayudaban únicamente en los partos normales¹⁰⁴.

De las matronas romanas se sabe poco, pero cabe suponer que los conocimientos se transmitieron de los egipcios a los griegos y de estos pasaron a los romanos y que al llegar la época romana la profesión de matrona estaba bien establecida y requería personas educadas para su práctica. Hay que mencionar en esta época al primer médico notable de este período, Sorano, una de sus obras, *De Morbis Mulierum*, fue el primer libro de texto escrito para matronas. En él Sorano afirma que saber leer y escribir es un requisito previo importante para ser matrona: *«ésta debe saber leer y escribir para ser capaz de comprender este arte también a través de la teoría»*. Dos capítulos del libro están dedicados a las cualidades especiales que debe poseer una matrona:

«Debe tener buena memoria; ser instruida y paciente, moral para inspirar confianza; estar dotada de una mente sana y tener una constitución fuerte; y finalmente debe poseer dedos largos y delicados con las uñas cortas.»

Consideraba que la matrona debía tener no solo entrenamiento teórico sino también práctico, y ser experta en las distintas ramas de la medicina para procurar prescripciones dietéticas además de quirúrgicas y farmacológicas, y de esta forma sacar conclusiones correctas de lo que observaba. Debía animar a la paciente empleando un tono optimista para ayudarle de manera empática y permanecer impávida ante cualquier peligro a fin de no perder la cabeza cuando diese un consejo. Además, debía haber dado a luz ella misma y no ser demasiado joven. Tanto la asistencia al parto normal como el anómalo se encontraban dentro de las funciones de las matronas.

Con el cristianismo llegó la preocupación por el alma y el más allá, por lo que en medicina se realizó escasos avances. Entre finales del siglo V y comienzos del siglo XI, se considera la edad oscura de Europa, por lo que no se encuentra nada sobre la práctica clínica de la asistencia al parto. Aunque estas matronas no serían personas con educación, algunas podían tener conocimiento empírico, destreza y habilidad, mientras que otras serían ignorantes y carentes de habilidad. Al referirse a ellas, los escritores de los siglos posteriores consideran sus prácticas muy por debajo del nivel que proponía Sorano¹⁰⁴.

En el siglo XI se estableció una escuela de medicina en la ciudad italiana de Salerno, y fue aquí donde se escribió un tratado de enfermedades obstétricas y ginecológicas, Trótula, y se convirtió en el manual de obstetricia y ginecología del periodo medieval. En él hay capítulos que hablan del dolor del parto y del sufrimiento de las mujeres antes de dar a luz, y de la retención de las secundinas (placenta) y el dolor de útero. Se describen e ilustran 16 malas posiciones del niño. Quedan dudas si a este manual pudieron tener acceso las matronas de la época, sólo lo harían aquellas que estuvieran alfabetizadas¹¹¹.

En la época medieval, en Escocia en el siglo XV aparecen referencias a las matronas, entre los registros realizados por el Tesorero Real se menciona el pago a una matrona, llamada Margery Cobbe, que ayudó a la reina Elisabeth Woodville en el nacimiento del futuro rey Eduardo V.

Es en esta época, cuando aparece la figura de los cirujanos barberos, no eran médicos, y utilizaban sus instrumentos con finalidades varias. A las matronas se les obligaba a llamar al cirujano barbero en caso de un parto difícil. El cometido del cirujano barbero consistía en extraer al niño, que por lo general estaba muerto. Alternativamente realizaba una cesárea post mortem. En caso de muerte materna y si

no estaba disponible el cirujano barbero, la iglesia obligaba a la matrona a realizar ella misma la cesárea para procurar la supervivencia del niño¹¹².

En los siglos XV y XVI el concepto de matrona se entendía como un oficio propio de mujeres hábiles y aprendidas por tradición oral. Su formación tenía un carácter eminentemente práctico, transmitiéndose los conocimientos de una matrona experimentada a la aprendiz y muy frecuentemente de madre a hija o nieta¹¹³.

Entre las funciones documentadas desempeñadas por las matronas del siglo XV se encontrarían la asistencial (atención al embarazo, el parto y el puerperio, cuidados al recién nacido y a la madre, dolencias de la mujer, etc.), la jurídico-legal (testimonio de una mujer de buena fama y entendida que estuviera en el parto y diera fe del alumbramiento para asegurar herencias y evitar engaños), la docente (enseñar a futuras parteras) y la religiosa (impartir el bautismo de urgencia).

Respecto a la función asistencial, el rol de la matrona en el momento del parto era expectante e intervenía sólo si era estrictamente necesario, con ungüentos, pomadas y tratamientos orales que preparaba ella misma y con los que aplicaba las propiedades de las plantas medicinales¹¹⁴.

Durante algunas épocas varios aspectos del nacimiento adquieren significados especiales. La superstición rodeó a la placenta, el cordón umbilical y el saco amniótico. Se creía que el saco amniótico confería elocuencia y protección contra el ahogamiento, favorecía los partos fáciles y atraía diversos tipos de buena fortuna¹¹⁵.

La consideración por parte de la sociedad ha sido diversa ya que, si bien podían ser demostradas y acusadas de brujas, también podían gozar de gran prestigio. En este segundo caso, las matronas llegan a ser reconocidas como buenas mujeres formadas en su oficio, para cuyo ejercicio disponían de la correspondiente licencia municipal. Solían vivir de forma digna, contaban con experiencia y eran honestas, y en el caso de las que asistían a la alta sociedad, gozaban de buena fama y de cierta influencia, autoridad y reconocimiento¹¹³.

En el siglo XVIII el nombre de matrona se empezó a utilizar, en España, para denominar a las mujeres instruidas y/o legalmente reconocidas para atender partos, con el objetivo explícito de distinguirlas de las parteras y de las mujeres que, sin cualificación desempeñaban la misma actividad. El reconocimiento de las matronas en la Europa moderna venía mediado por médicos y/o cirujanos, que no sólo tenían las atribuciones de examinarlas y supervisar su ejercicio, sino que también competían con

ellas por un espacio profesional que hasta entonces había sido exclusivamente femenino¹⁰⁸.

A principios del siglo XVIII muchos médicos comenzaron a sentir un creciente interés por las implicaciones en los partos. Es en esta época cuando se diseñaron y utilizaron varios tipos de fórceps rudimentarios. En Londres y los pueblos de los alrededores se hizo popular que auxiliares del sexo masculino dirigieran los partos. Por otra parte, cabe mencionar que la expresión “*traído al lecho*”, en referencia al nacimiento entre las clases nobles implica que cambiaron la silla obstétrica por la cama¹⁰⁴.

En el siglo XIX hubo varios factores como el crecimiento de la clase media, el establecimiento de hospitales maternales, el reconocimiento de la obstetricia como especialidad y el dominio de los partos por parte de los médicos del sexo masculino, que condujo a un rápido declive de la necesidad de la matrona. Algunos médicos estuvieron de acuerdo en que las matronas fueran profesionales con atribuciones restringidas, suponiendo que recibiesen formación para desempeñar este cargo, pero otros, estaban ansiosos por presenciar su completa extinción, ya que consideraban a las mujeres ignorantes e incompetentes¹⁰⁴.

Durante la primera mitad del siglo XX, se produce el inicio de la medicalización del proceso de parto. Todo esto llevó a convertir el parto en un evento médico, centrando la atención en los aspectos tecnológicos e instrumentales y, por consiguiente, aislando a la mujer de su entorno familiar y evitando que tomara decisiones en relación con este momento.

A finales del siglo XX, en algunos países europeos, fue ganando terreno un modelo no institucionalizado, predominando el parto domiciliario atendido por matronas. En el caso del Reino Unido, se optó por un modelo intermedio que combinaba la atención institucionalizada con un menor nivel de medicalización¹¹⁶. La Tabla 11 ofrece un resumen de las matronas que han tenido un papel relevante en la historia.

Tabla.11 Matronas relevantes en la historia

S.XIV a.C EGIPTO	Séfora y Fria: el faraón de Egipto las llamó para que, ante el incontrolable crecimiento de inmigrantes hebreos, mataran a los varones nacidos de mujeres hebreas. Desobedecieron esta orden alegando que estas mujeres conocían el arte de partear y no precisaban de su ayuda.
S. III a.C. ATENAS	Agnodike: se disfrazaba de hombre para poder ejercer la profesión, al ser descubierta la llevaron a juicio, pero ante una

	protesta general de las mujeres de Atenas quedó absuelta.
S.II, ROMA	Scribonia ATTICE: tuvo un gran reconocimiento social. En su panteón se puede apreciar un relieve donde se la ve durante la atención de un parto con la gestante sentada en una silla para tal fin, detrás de la partera un ayudante como recomendaba Soranus de Éfesus.
S.XI, SALERNO, ITALIA	Tórtula di Salerno: fue médica y matrona y recogió sus experiencias en un libro sobre la fisiología femenina, embarazo y parto "Trotulae curandanum aegritudinum mulierorium ante et post partum".
S.XV, ESPAÑA Y PORTUGAL	La Herradera y María de Ulloa atendieron los 6 partos de la reina Isabel la Católica. Y Quirce de Toledo atendió los partos de la reina consorte Isabel de Portugal.
S.XVI, PARÍS	Louise Bourgeois (1563-1636), fue pionera de la obstetricia científica. Aportó un conjunto de recomendaciones para atender partos en mujeres con pelvis estrecha. Atendió el parto de María de Médicis, cuyo bebé sería más tarde el rey Luis XIII. Publicó su obra "Observaciones diversas sobre esterilidad, la pérdida del fruto, fecundidad, parto y enfermedades de la mujer y del recién nacido".
S. XVI, VENEZIA	Margarita Veronese, se hizo popular por atender el parto de Vivaldi, al que reanimó al nacer con hipoxia.
S.XVII, MUNICH	Justinen Siegemundin (1636-1705), ideó una maniobra para hacer la versión podálica interna en los partos de pelvis y escribió un libro relacionado con los partos con placenta previa.
S.XVII, LONDRES	Elisabeth Cellier, fue la fundadora del colegio inglés de Matronas e inició la creación de un hospital materno para mujeres abandonadas (1687).
S.XVIII, BRISTOL (Inglaterra)	Sarah Stone, publicó un libro donde advierte sobre los peligros de las prácticas inadecuadas en los partos difíciles "A complete practice of Midwifery" (1737).
S. XVII-XVIII, PARÍS	Marie Anne Victoire, era amiga personal de la hermana del Rey de Francia Luis XVI. Esto favoreció a que la nombraran administradora de varios hospitales como el Hospice de la Maternité y la Maison Royal de la Santé. Fundó una escuela de

	<p>Matronas (1802).</p> <p>Marie Louse Lachapelle (1769-1821), organizó la obstetricia del hospital Port Royal de París. Ideó la maniobra para rotar la cabeza del feto con una sola rama del fórceps. En su libro "Practique desaccouchemnts", se oponía al uso indiscriminado de los fórceps, de la episiotomía y de la cesárea, que en su opinión se utilizaban en exceso. Se la reconoce como la madre de la obstetricia moderna.</p>
S.XVIII, Inglaterra	Martha Ballard (1734-1812), escribió un diario explicando sus experiencias como partera y obtuvo el premio Pulitzer.
S. XIX, Estados Unidos	Mary Carson Breckindriage (1881-1965), fundó el Kentucky Committee for Mothers and Babies y creó una escuela de matronas.
S. XX, Londres	La reconocida partera y monja del palacio de Buckinham Helen Rowe, atendió los cuatro partos de la Reina de Inglaterra.
S. XX, España	Elvira Morera Arranz atendió los partos de la Reina de España Dña Sofía con los nacimientos de Helena, Cristina y Felipe de Borbón en la Clínica Loreto de Madrid.

2.2 Situación de la matrona en el mundo

La situación de la matrona en las diferentes partes del mundo es muy diferente y depende tanto de la situación geográfica, del modelo organizativo político y cultural.

El informe, El Estado de las parteras en el Mundo, se focaliza en 58 países donde la tasa de mortalidad materna, fetal y neonatal son altas. Su contenido se basa, en gran medida, en las respuestas a una detallada encuesta elaborada para recopilar datos actualizados e información sobre seis temas: cantidad y tipos de profesionales de la partería que ejercen la profesión, educación, reglamentación, asociaciones profesionales, políticas y asistencia externa para el desarrollo¹¹⁷.

De dicho informe surgen 3 conceptos fundamentales relativos a la situación de la profesión y las numerosas dificultades y barreras que afectan al personal de partería:

1.- Hay un triple déficit en materia de competencias, cobertura y acceso: hay en la actualidad numerosos países donde no existe una cantidad suficiente de matronas plenamente cualificadas ni otro personal con competencias en partería que pueda asumir la cantidad estimada de embarazos y partos. Según estimaciones de la OMS, 38 países, presenta un déficit severo. Algunos países necesitarían multiplicar por diez

la cantidad de matronas. Por otra parte, hay baja cobertura en la atención obstétrica y neonatal y no se abordan los problemas de acceso desde la perspectiva de la mujer.

2.- La triada educación-reglamentación-asociación no está suficientemente focalizada en la cantidad de la atención: aunque hay adelantos positivos en cuanto a la educación en algunos países que graduarán a cantidades adicionales de matronas con idoneidad para practicar todas las competencias esenciales, no se satisfacen los estándares óptimos. Es preciso fortalecer los currículums, el personal docente y la supervisión en la práctica clínica. Por otra parte, los procesos de reglamentación para promover la autonomía profesional de la matrona son insuficientes. Existe una tendencia positiva a establecer y desarrollar asociaciones profesionales que representen a las matronas, y es menester dar un mayor apoyo y establecer una colaboración profesional entre los aliados nacionales, regionales e internacionales.

3.- Hay desarticulación entre las políticas y un deficiente acceso a los datos necesarios o a las informaciones estratégicas: las políticas nacionales relativas a los servicios de salud materna y neonatal, muy a menudo, no tienen en cuenta la importancia del personal de partería, ni la apremiante necesidad de mejorar la calidad de la atención, respetando los derechos de los pacientes. Actualmente, la mayoría de los países carecen de capacidad para dar seguimiento e informar con precisión sobre el número de matronas que practican la profesión en los sectores público y privado.

En 2010, la salud de las mujeres y las niñas figuró en un lugar prominente de los temas tratados en la Asamblea Mundial de la Salud, la cumbre del G18, la Cumbre de Salud del Pacífico, la Cumbre de la Unión Africana, entre otras. Estos encuentros crearon la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños. Es excesivo el número de mujeres y niños, mayormente pobres y marginados, que residen en zonas rurales y urbanas, y que están muriendo por la dificultad en la accesibilidad a los centros de salud o a profesionales sanitarios cualificados.

Cada año, aproximadamente 350.000 mujeres pierden la vida a causa del embarazo o el parto, casi 1.000 al día. De esas mujeres, un 99% mueren en países en desarrollo. También se estima que hay 8 millones de mujeres que padecen graves enfermedades y discapacidad a lo largo de toda su vida, como resultado de las complicaciones en el parto. Hasta dos millones de recién nacidos que mueren en las primeras 24 horas de vida. Otros sobreviven, pero padecerán traumas de nacimiento que impedirán su desarrollo.

Uno de los componentes básicos de esta estrategia, es asegurar que las matronas estén en el lugar adecuado en el momento correcto y dispongan de la infraestructura necesaria y los medicamentos y los equipos adecuados.

De los compromisos que se acordaron en estos encuentros aparecen algunos ejemplos a aplicar:

1. Afganistán: Aumentar la proporción de partos que reciben asistencia de un profesional cualificado, desde 24% hasta el 75%, aplicando diversas estrategias, entre ellas aumentar el número de matronas, de 2.400 a 4.556, y ampliar hasta en un 80% la proporción de mujeres que tienen acceso a la atención obstétrica y neonatal de urgencia.
2. Bangladesh: Duplicar para 2015 el porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado, mediante la capacitación de 3.000 matronas adicionales, y la dotación de personal a la totalidad de los 427 centros de salud de subdistrito, a fin de ofrecer servicios de partería durante las 24 horas del día.
3. Camboya: Mejorar la salud reproductiva, aumentando hasta el 70% la proporción de partos con asistencia de matronas.
4. República Democrática del Congo: Aumentar hasta el 80% la proporción de partos asistencia de personal de partería cualificado.
5. Etiopía: Aumentar desde 2.025 hasta 8.635 el número de matronas, acrecentar la proporción de partos atendidos por personal de salud cualificado y ofrecer atención obstétrica de urgencia a todas las mujeres en todos los centros de salud y todos los hospitales¹¹⁷.

2.2.1 La matrona en la Unión Europea

En 1957, por el tratado de Roma, nace la C.E.E., (Comunidad Económica Europea), con el objetivo de crear entre sus estados miembros un gran mercado interior, y por motivaciones sociopolíticas, se quiere también crear una Europa de los ciudadanos. Con esta óptica, vio la luz el principio de la libre circulación de las personas (1968), que tuvo como consecuencia la posibilidad de que cualquier ciudadano de un estado miembro pueda establecerse en cualquier otro de la Comunidad Europea, y con ello, el derecho de poder ejercer libremente su actividad profesional¹¹⁸.

Los profesionales del arte de curar y cuidar, (Médicos, Veterinarios, Farmacéuticos, Odontólogos, Matronas, Enfermeras), empezaron en 1975 el proceso de revisión y adaptación de los respectivos títulos y diplomas y como consecuencia, aparece la Directiva C.E.E. 80/155, relativa a la coordinación de disposiciones legislativas,

reglamentarias y administrativas de las actividades de médicos, veterinario y de la matrona¹¹⁹.

Es a partir de este momento, en lo que a la matrona se refiere, donde se inicia un lento proceso de análisis comparativo de la profesión, (formación, práctica, ejercicio), en los diferentes países. Se crea entonces el Comité Consultivo para la formación de las Matronas, según la Directiva 80/156 CEE, del Consejo, de 21 de enero de 1980, en la que se estipula su composición, en la que participan tres expertos de cada Estado miembro, con las siguientes características:

- Uno, en representación de los profesionales en ejercicio
- Uno, por los establecimientos dispensadores de la formación de matrona
- Uno, por las autoridades competentes de cada Estado

Este comité, después de analizar cada formación, establece unos requisitos mínimos para los estudios y el acceso a la misma. Se tomaron también medidas transitorias, para permitir que los diplomas anteriores se adaptaran a las nuevas Directivas. En cuanto a la formación, se vio que existían 2 tipos:

- Una formación específica de tres o cuatro años tras los estudios generales de enseñanza secundaria terminada, como era el caso de Francia, Holanda, Dinamarca, Alemania y Grecia.
- Una formación entendida como especialización del Diploma de Enfermería General o de Cuidados Generales, que es lo más frecuente en Reino Unido, Irlanda, Bélgica, España, Luxemburgo, Italia y Portugal.

Como conclusión del trabajo y estudios del Comité Consultativo para formación de matronas, se acordó considerar como válida para todo el ámbito de la C.E.E., lo siguiente: realizar una formación específica a tiempo completo de al menos tres años de estudios teóricos y prácticos, y cuyo acceso esté subordinado al haber cursado los diez primeros años de la formación escolar obligatoria y para la especialidad se requiere una formación específica a tiempo completo de al menos dieciocho meses, y subordinado el acceso a ella a la posesión de un diploma, certificado u otro título de Enfermero/a responsable de los cuidados generales a lo que se refiere el artículo 3 de la anterior Directiva 77/453 C.E.E., que regula la profesión de Enfermero/a¹²⁰.

Las perspectivas que esta unificación de la formación, a nivel europeo, puede suponer para la profesión, en primer lugar, que ha permitido a la matrona tomar consciencia de que, a pesar de una evolución histórica más o menos paralela, en la actualidad existen

grandes variaciones en los distintos países que va unido al tipo de política sanitaria de cada Estado, pero también al dinamismo de las asociaciones profesionales y al prestigio social del que goza la profesión.

En España, la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), está regulada a nivel europeo por la Directiva 2005/35/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, y a nivel estatal por la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)¹⁰⁷. En el programa formativo, se define a la matrona como¹⁰⁷:

«El profesional sanitario que, con una actitud responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual , reproductiva y maternal de la mujer, en su facetas preventivas, de promoción, de atención y de recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida.»

En algunos países de la Unión Europea, la medicalización de la obstetricia ha reducido el rol de la matrona, que en ocasiones se ve limitada a trabajar como asistente del obstetra y en un medio hospitalario. Tenemos el caso de Bélgica donde existe una confusión entre los usuarios para distinguir entre enfermera, matrona, y su papel específico en la atención²³.

En el caso de Holanda, Dinamarca, Suecia y Finlandia, la matrona se responsabiliza de la vigilancia prenatal, la preparación al parto, los partos normales y la supervisión del posparto. También existen servicios de ayuda familiar, que hacen posible el parto en el domicilio o de una estancia corta en la maternidad. Es conocido que en estos países los indicadores de salud como la mortalidad materna y perinatal son los más bajos del mundo.

En los Países Bajos, la matrona, tiene muy desarrollada la atención domiciliaria, el 34% de los partos se realizan en el domicilio atendidos por una Matrona, el 33% en el hospital también atendidos por una matrona al ser de bajo riesgo, y el 33% restante se realizan en el hospital bajo la responsabilidad de un médico obstétrico para parturientas de alto riesgo, que tienen alguna patología detectada previamente.

Escuriet²³, en su artículo, describe la situación en varios países europeos como es el caso de Holanda, que en 1941 fundó el Sistema de Seguridad Social, donde se

estipula que la asistencia al embarazo y parto está a cargo de la matrona, siempre que no se detecten complicaciones. Esto implica que el único personal retribuido por esta asistencia es la matrona. El personal médico que quiera prestar esta asistencia, aunque está autorizado a hacerlo, no recibirá retribución alguna por parte de la Seguridad Social, excepto si no existiera ninguna Matrona en su área. Esta regla vigente ha ayudado enormemente al reconocimiento social de la matrona en este país.

En Reino Unido, el National Health Service (NHS), se ocupa de la medicina preventiva y de la atención primaria y hospitalaria para todos los residentes. Se identifican 3 tipos de localizaciones clínicas para estructurar los servicios de atención al parto dentro de la NHS, las unidades obstétricas, unidades junto con obstetras y las unidades de obstetricia independientes.

En Irlanda la responsabilidad del Sistema de Salud es del gobierno, que gestiona los recursos de salud y servicios sociales a través del Department of Health and Children. Son los obstetras quienes realizan el control antenatal y el parto es atendido por matronas en el hospital. Si el riesgo obstétrico es elevado estas pacientes son controladas en servicios especializados. Dentro del sistema público hay clínicas con matronas que hacen el control antenatal a gestantes de bajo riesgo obstétrico y en algunas zonas realizan el control antenatal y el parto en el domicilio. Todos los hospitales tienen áreas específicas para la atención al parto de mujeres sin riesgo obstétrico y en algunos casos cuentan con unidades gestionadas por matronas y separadas de la unidad obstétrica convencional.

En Francia, para la atención prenatal existe una amplia oferta de servicios donde la mujer puede elegir entre obstetras y matronas hasta el quinto mes de embarazo, en caso de bajo riesgo. El último periodo del embarazo se controla en el hospital, donde son los obstetras quienes asumen la atención, aunque existen unidades en las que son las matronas quienes se hacen cargo de esta responsabilidad. En caso de riesgo obstétrico el seguimiento del embarazo se hace directamente en el hospital. En los hospitales públicos la atención al parto de bajo riesgo suele ser asumida por matronas, pero existe una fuerte orientación médica. La atención domiciliaria del parto no está financiada por el sistema público de salud y es poco frecuente, son las matronas quienes los atienden²³.

Los Estados miembros garantizarán que las matronas estén facultadas por lo menos para acceder a las actividades siguientes¹²⁰:

- I. Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.

- II. Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales.
- III. Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.
- IV. Facilitar programas de preparación prenatal y preparación completa del parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.
- V. Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados.
- VI. Atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario la episiotomía, y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.
- VII. Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero.
- VIII. Reconocer y prestar cuidados al recién nacido, adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata.
- IX. Asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido.
- X. Realizar el tratamiento prescrito por el médico.
- XI. Redactar los informes que sean necesarios.

2.2.2 La matrona en España

Entre los dos modelos formativos que contempla el artículo 40 de la Directiva 2005/36, España optó en 1992, por una formación de matrona que se acredita mediante un título oficial de especialista, que requiere haber obtenido previamente el título de Diplomado/graduado universitario en enfermería y haber sido evaluado positivamente tras haber cursado el programa de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), por el sistema de residencia.

La exigencia previa al título de Diplomado/Graduado en Enfermería determina que el profesional que accede a esta especialidad ostenta ya una amplia formación general en enfermería, que permite que este programa se centre en los conocimientos teóricos

y actividades clínicas y prácticas más estrechamente relacionadas con la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y con las demandas de la sociedad actual requiere de este profesional.

El sistema de residencia implantado para la formación de matronas en 1992 y definitivamente consolidado para todas las especialidades en ciencias de la salud por las previsiones contenidas en el Capítulo III del título II, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, ha demostrado ser un procedimiento adecuado para que las matronas durante su periodo formativo adquieran un perfil profesional polivalente, vinculado tanto a la Atención Primaria como a la especializada, mediante la realización de actividades docente-asistenciales estrechamente ligadas a la práctica asistencial y a la actividad ordinaria de los centros y servicios sanitarios, lo que ha determinado a sí mismo, la participación activa en la docencia (junto con los recursos procedentes de la universidad) de las matronas que prestan servicios en los distintos dispositivos que integran las unidades docentes en las que llevan a cabo, con excelentes resultados, en la supervisión, tutorización, evaluación y seguimiento de los residentes a lo largo de los dos años de duración del programa formativo.

El ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la Atención Primaria (que incluye Centros de Salud, comunidad, familia y domicilio) como la atención especializada (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Así mismo, las matronas pueden ejercer su profesión en el sector privado, por cuenta ajena y por cuenta propia.

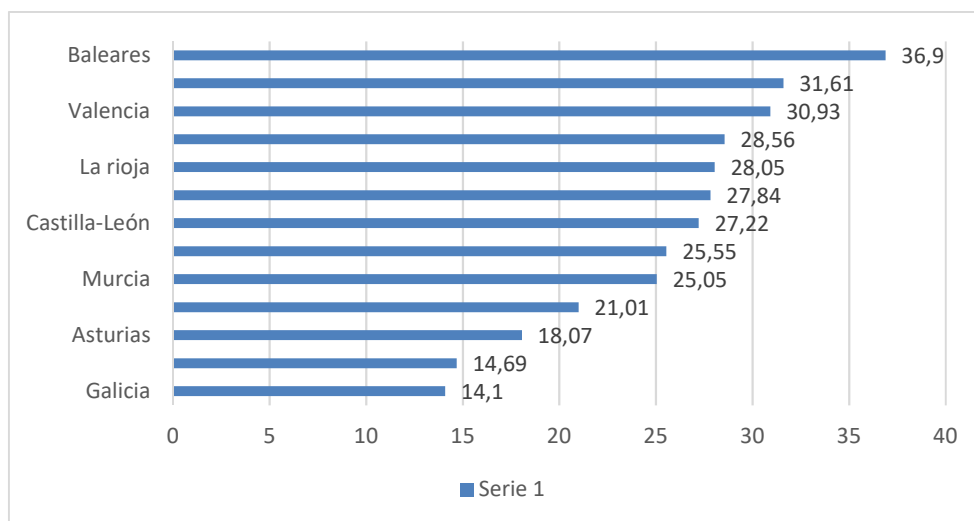
Las matronas deben tener una participación en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de su vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la “Estrategia del Parto Normal” aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre del 2007¹⁰⁷.

La FAME, en 2014, elaboró el informe de la situación de las matronas en España. La OCDE analizó que la media de matronas por 100.000 mujeres era de 69,8 en el 2009, mientras que, en España, en el 2014 era de 24,2 para 13 comunidades analizadas¹²¹.

Ya en España, se observó, diferencias entre las comunidades autónomas, respecto al ratio de matronas por 100.000 mujeres. Las comunidades de Galicia, Madrid, Asturias y Andalucía son las que tienen una menor ratio. Sólo la Comunidad Balear es la que supera la ratio, que tenía España en el 2009 de 31,6 (Figura 1). En la Tabla 12 se

observa el número de matronas en las diferentes comunidades autónomas y niveles asistenciales¹²¹.

Figura 1. Informe de situación de las matronas en España (2014)



. Fuente: Informe de situación de las matronas en España (FAME), 2014.

Tabla 12. Número de matronas en activo en España

C. Autónoma	Matronas		Total
	Atención especializada	Atención primaria	
Baleares	137	65	202
Cataluña	460	740	1200
Valencia	---	---	778
Euskadi	---	---	319
La Rioja	30	15	45
Extremadura	94	60	145
Castilla-León			346
Navarra	54	28	82
Murcia	119	63	182
Andalucía	699	191	890
Asturias	71	30	101
Madrid	327	162	489
Galicia	125	76	201
Cantabria*	---	---	60
Aragón*	---	---	140
Canarias*	---	---	280
Total	---	---	5469

*datos aproximados. Fuente: Informe de situación de las matronas en España (FAME), 2014.

La OCDE, también señala, que la ratio de matrona en los países de la OCDE se sitúa en 25,9 por cada 1.000 nacimientos, mientras que, en España, la ratio es de 14,4 matronas por 1.000 nacimientos.

El Ministerio de Sanidad¹²² realizó un informe sobre profesionales de enfermería, de Oferta-Necesidad 2010-2025, en el cual se realizaba una proyección de 7.204 matronas en el 2015 y para el 2020 de 8.200 matronas, para todo el territorio español.

Las variables que se consideraron fueron:

- Datos 2009 de matronas en el SNS.
- Estimación total de matronas (sistema sanitario público + privado): datos colegiación INS.
- Entrada al mercado laboral plazas EIR (Enfermero Interno Residente), promedio ofertas plazas EIR de matronas 2006-10.
- Entradas al mercado procedentes de homologaciones y reconocimientos: decrecimiento lineal hasta niveles de 2005.
- Salidas del mercado laboral: jubilaciones.
- Salidas del mercado laboral: emigración tasa lineal niveles 2009 (último dato disponible).
- Población proyecciones hasta 2025 INE (Instituto Nacional de Estadística).
- Tasa de mortalidad por grupos de edad según INE.

Así pues, se estiman las necesidades de matronas en el periodo 2015-2025 de acuerdo con la ratio matrona/ginecólogo. Esta ratio se incrementa ligeramente con respecto al ratio de 2009 (Tabla 13).

Tabla 13. Necesidades de matronas para el periodo 2015-2025 de acuerdo con la ratio matrona/ginecólogo.

	2009	2015	2020	2025
Ginecólogos	6.637	6.284	6.062	5.912
Matronas	6.272	7.204	8.200	9.036
Ratio Matrona/Ginecólogo	0.95	1.15	1.35	1.53

La matrona en Cataluña desarrolla sus competencias, básicamente, en dos niveles de atención, en cuanto al sector público. Por una parte, en los hospitales, donde realiza cuidados en el pre, intra y posparto, y a nivel comunitario, donde realiza el seguimiento del embarazo de bajo riesgo y la educación sanitaria durante el embarazo y el posparto, las visitas del puerperio, la planificación familiar y la actividad preventiva.

Todas estas actividades están incluidas en la cartera de servicios del programa del PASSIR, que se desarrolla desde 1991¹²³.

La Asociación Española de Matronas (AEM) en el 2010, decidió promover la creación de un Documento de consenso en formato de Código Deontológico, personalizado para las matronas españolas, para las distintas situaciones de la actividad cotidiana en el trabajo, no recogidas en el Código de la Organización Colegial de Enfermería (OCE).

Se entiende que un código deontológico es un valor añadido para un colectivo profesional porque describe el conjunto de los fines de la profesión en relación con la sociedad, a quién ofrece sus servicios, y otras profesiones con las que interrelaciona en su actividad. Define las normas que deben enmarcar el trabajo de sus miembros y pone especial acento en líneas y normas de conducta, desde un principio de honestidad, como adecuadas.

Este código deontológico debe constituir una declaración y catálogo de principios y valores éticos que sirvan de guía para la labor cotidiana de las matronas (hombres y mujeres) inmersa en cuestiones científicas todavía en debate y dentro de una sociedad cambiante que espera, en todo caso, como sujeto de derecho, recibir servicios de profesionales de probada competencia científica, cultural y sólidas convicciones de carácter moral y ético y que además, se fundamente en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005) y la Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1996) y la legislación vigente en cuestiones de derechos a la intimidad, privacidad, autonomía y participación activa en la toma de decisiones, en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, también pretende ser un manifiesto y compromiso de integridad, independencia, objetividad, confidencialidad y competencia profesional que sirva para fortalecer el grado de credibilidad y confianza de la sociedad hacia las matronas, considerando, entre otras cosas, la complejidad de la naturaleza de las actividades del cuidado de la salud y los límites en los que han de moverse las cuestiones éticas y deontológicas¹²⁴.

En dicho código se dice que la matrona está reconocida como un profesional responsable que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo necesario, cuidados y consejo durante el embarazo, parto y puerperio, dirigir los nacimientos es la propia responsabilidad de la matrona y

proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

2.3 La ética en la profesión de matrona

La Bioética surgió como respuesta a la necesidad de encontrar solución a una serie de problemas éticos derivados del avance tecnológico, en el ámbito de la salud y de la investigación¹²⁵.

En un primer momento, se utilizó para mediar en las discusiones sobre la aplicabilidad de las nuevas tecnologías, pero en la actualidad, ha ido incorporando a su estudio problemas relacionados con la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios y también con los derechos de los pacientes y la protección de sus libertades.

La asistencia a la maternidad conlleva una serie de exigencias para conseguir una atención basada en la excelencia y la responsabilidad. La Deontología es el conjunto de normas que definen los deberes y obligaciones del profesional en el desempeño de sus funciones. Establece un conjunto de normas exigibles a todos los que ejercen una misma profesión y queda determinada por lo que es aprobado por un colectivo determinado, (Códigos Profesionales).

La ética profesional se refiere a los valores que guían nuestra conducta y que orientan nuestra actuación como miembros de un colectivo. Los códigos éticos se basan en valores y orientan hacia una tendencia determinada en las acciones, mientras que los códigos profesionales se basan en normas y obligan a cumplir un determinado comportamiento. Hay 4 principios bioéticos:

- 1.- Principio de Justicia: tratar a todos los pacientes equitativamente sin discriminaciones. Las diferencias sólo son justificables si van en beneficio de todos a de los más desfavorecidos.
- 2.- Principio de no Maleficencia: No perjudicar, es decir, trataremos de hacer el bien, pero en el caso de no poderlo hacer, no haremos mal.
- 3.- Principio de Beneficencia: Nos lleva a buscar no sólo no hacer el mal, sino también a hacer el bien.

4.- Principio de Autonomía: Nos obliga moralmente a respetar a cada persona en su individualidad, en sus valores, deseos, ilusiones y preferencias. Para que el paciente pueda decidir libremente tiene que estar informado por parte del profesional sobre los aspectos más importante de la situación que le acontece. El consentimiento informado representa una garantía para que se cumplan dichos principios.

La interfase de los valores, la moral y la ética es importante para comprender la práctica ética de la partería. En 1993 el consejo internacional de matronas adoptó una declaración de ética para las matronas y el ejercicio de su profesión y se revisó en 1999. Los valores profesionales y los principios éticos que proporcionan la base del este código son¹²⁶:

I. Vínculos de la Matrona:

- Las matronas respetan el derecho a escoger que tiene la mujer ante una opción debidamente informada y promueven que la mujer acepte la responsabilidad por los resultados de su elección.
- Las matronas trabajan con las mujeres, y apoyan su derecho a participar activamente en decisiones relativas a su cuidado, y las capacitan para que se expresen ellas mismas en temas que afecten a la salud de las mujeres y de sus familias en su propia cultura/sociedad.
- Las matronas junto con las mujeres, trabajan con los programas y los organismos que disponen de los fondos económicos, con el fin de definir las necesidades de servicios de salud que experimenta la mujer, y para asegurarse de que los recursos se distribuyen equitativamente, considerando las prioridades y la disponibilidad.
- Las matronas se apoyan y cooperan entre ellas, en su función profesional, y nutren activamente el sentido de la autoestima, tanto para ellas como para las otras.
- Las matronas trabajan con otros profesionales de la salud, consultando y refiriendo siempre que sea necesario, cuando las necesidades de atención que presenta la mujer sobrepasen las competencias de la matrona.
- Las matronas reconocen la interdependencia humana en su campo de práctica y buscan activamente la solución de los conflictos inherentes.

II. Ejercicio profesional de la Matrona:

- Las matronas proporcionan atención profesional a la mujer y a las familias en los momentos de la maternidad, respetando la diversidad cultural, al mismo tiempo que trabajan para eliminar las prácticas peligrosas que se llevan a cabo en esas culturas.
- Las matronas, dentro de su propia sociedad, fomentan esperanzas realistas de maternidad en las mujeres, esperando, como mínimo, que ninguna mujer sea perjudicada por la concepción o la gestación.
- Las matronas usan sus conocimientos profesionales para asegurar, en todos los ambientes y culturas, una práctica segura en los nacimientos.
- Las matronas responden a las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales de las mujeres que buscan atención para su salud, sean cuales sean sus circunstancias.
- Las matronas actúan como un eficaz modelo de comportamiento en la promoción de la salud para las mujeres, a lo largo de su ciclo vital, para las familias, y para los otros profesionales de la salud.
- Las matronas buscan activamente su crecimiento personal, intelectual y profesional a lo largo de su carrera, integrando este crecimiento en su práctica.

III. Responsabilidades profesionales de la matrona:

- Las matronas guardan confidencialmente la información que reciben del cliente, a fin de proteger el derecho de preservar la intimidad, y usan su juicio si es necesario compartir esta información.
- Las matronas son responsables de sus decisiones y acciones, y son responsables de los resultados que se deriven del cuidado que han proporcionado a las mujeres.
- Las matronas pueden rehusar a participar en actividades para las cuales mantienen una profunda oposición moral; no obstante, el énfasis sobre la conciencia individual no tiene que privar a las mujeres de los servicios esenciales de salud.
- Las matronas participan en el desarrollo e implementación de los programas sanitarios que fomentan la salud de todas las mujeres y de las familias durante su etapa reproductiva.

IV. Progreso en los conocimientos y práctica de la Matrona.

- Las matronas tienen que asegurarse de que el progreso en sus conocimientos profesionales esté basado en actividades que protejan los derechos de las mujeres como personas.
- Las matronas desarrollan y comparten sus conocimientos profesionales mediante varios procesos, tales como realizar revisiones meticulosas y estudios de investigación.
- Las matronas participan en la educación reglamentaria de las matronas en formación y también en la educación de las matronas con titulación académica.

Después de describir los temas centrales de esta tesis doctoral, que son el parto y la matrona, a continuación, se describen los factores que intervienen en la satisfacción en el parto, que será fruto de la atención recibida por la matrona y de la participación de la mujer durante el proceso y la utilidad del plan de nacimiento, como herramienta de ayuda a que la mujer/pareja puedan expresar las preferencias en relación con su parto.

3. LA SATISFACCIÓN EN EL PARTO

Linder y Pelz definen la satisfacción de un paciente como *«la valoración positiva de una serie de actuaciones sanitarias complejas, basándose más en la cobertura de las expectativas previas que en los sentimientos propiamente dichos»*¹²⁷.

La mujer, además de velar por su seguridad y la del nacido/a, desea que el proceso de parto sea satisfactorio. Es decir, que tenga una experiencia positiva. Es verdad, que la pluralidad de la expectativa es infinita. Por tanto, la satisfacción está íntimamente ligada a las expectativas que tenga la pareja en relación con su parto.

Visualizar el parto es un ejercicio que hacen todas las mujeres que paren, por tanto, podemos entender que visualizar es imaginar cómo desean que se produzca esta experiencia. Para algunas mujeres puede ser que lo más importante sea no tener dolor, para otras poder deambular durante el periodo de dilatación, o la posición en que va a parir. Todas son respetables y de los profesionales va a depender que se cumplan las expectativas de la mujer y que los niveles de satisfacción sean elevados.

En el contexto de los sistemas de información, se entiende por satisfacción de usuarios la medida en la que estos creen que el sistema de información cumple con sus requisitos informativos. La satisfacción es el resultado que el sistema desea

alcanzar, y busca que dependa tanto del servicio prestado, como de los valores y expectativas del propio usuario¹²⁸.

La satisfacción materna en el parto está directamente relacionada con el sistema de cuidados maternos, el lugar donde tiene lugar el parto y la ideología en la que están basados los servicios, sin olvidar las ideas inherentes a la cultura sobre la salud de los cuidados maternos de la sociedad en la que ocurra¹²⁹.

Son muchos los factores que se han relacionado con la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de su hijo. Dentro de los elementos más influyentes están las expectativas de las gestantes, el apoyo del profesional sanitario, así como la calidad y la calidez de la atención y la participación de la mujer en la toma de decisiones sobre su cuidado. El cumplimiento de las expectativas previas y la percepción de control durante el parto son esenciales y a esto se une el apoyo de los profesionales, ya sea físico, emocional, informativo o dinamizador de la participación de la mujer.

Durante el proceso de parto, el sentimiento de control de las mujeres es muy importante y va a estar relacionado con un aumento de la satisfacción, aunque puede ser percibido de manera diferente teniendo en cuenta aspectos como el propio cuerpo, el dolor o el lugar donde ocurre el nacimiento. Los profesionales sanitarios deben prestar atención a las expectativas de la madre, en cuanto a la sensación de dominio de su parto y la satisfacción con esta experiencia²⁸.

Respecto al cumplimiento de las expectativas y la satisfacción, los estudios indican que existen contradicciones, ya que algunos reportan que mujeres con bajas expectativas cumplidas tuvieron niveles altos de satisfacción, mientras que las mujeres con altas expectativas cumplidas, los niveles de satisfacción fueron menores. Los estudios indican que la relación entre las variables autocontrol y satisfacción muestran asociaciones significativas¹³⁰.

La percepción de una experiencia negativa del parto no es una situación que se experimente de manera puntual, sino que puede prolongarse en el tiempo, manteniéndose incluso un año después del nacimiento, siendo un elemento que puede influir en la futura vida de la mujer¹³¹.

Entre los factores sociodemográficos que influyen en la satisfacción con el nacimiento se ha encontrado que las mujeres con situación laboral activa o con un nivel educativo superior presentan una mayor satisfacción global¹³¹. Con respecto a las condiciones obstétricas, la nuliparidad disminuye la satisfacción¹³². Por otro lado, el tipo de parto

también es otro factor que puede modificar la satisfacción, siendo los partos vaginales los que hacen tener una percepción más positiva del nacimiento⁹⁷. Otros estudios destacan que son las circunstancias en las que se desarrolla el parto lo que determina la satisfacción de la mujer¹³³.

En un estudio observacional y transversal realizado en Chile con 1660 mujeres que dieron a luz en hospitales públicos se estudió si la satisfacción con la atención en el parto está asociada con las variables obstétricas y qué procedimientos en el parto y nacimiento son predictores significativos. Los resultados asociados con una menor satisfacción materna fueron el parto por cesárea, el manejo del dolor farmacológico, la monitorización fetal continua y la práctica de la episiotomía. Por otra parte, la mayor satisfacción se asoció con el acompañamiento de elección durante el parto. Este estudio es uno de los primeros en proporcionar evidencia empírica de que la satisfacción de la mujer se ve afectada negativamente por los procedimientos obstétricos. Estos hallazgos son consistentes con las recomendaciones de la OMS con respecto al uso de intervenciones obstétricas sólo cuando son necesarias⁹⁶.

En una revisión sistemática se midió cuantitativamente la relación personal entre las mujeres y los profesionales de la salud (matronas, obstetras, enfermeras). La búsqueda bibliográfica se centró en estudios llevados a cabo entre 1970 y 2014, donde se incluye la relación mujer-cuidador como factor de su análisis. Como resultado se sugiere que la atención continua y personalizada proporcionada por la matrona habitual es el factor que genera el más alto nivel de satisfacción. Además, favorece la recuperación psicológica y fisiológica de la mujer⁹⁷.

La satisfacción de los pacientes es un indicador de la calidad de la atención sanitaria, y a su vez una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios. Sin embargo, su medición puede resultar difícil, ya que se trata de un concepto complejo y multidimensional²⁹. También se observa que el control experimentado durante el proceso de parto es un predictor importante de satisfacción materna y, además, los profesionales sanitarios deben colaborar con las mujeres utilizando técnicas que incrementen la experiencia de poder sobre el trabajo de parto y sobre el nacimiento¹¹⁶.

Según la Estrategia de Atención al Parto Normal la comunicación puede influir en el grado de satisfacción ya que las gestantes se sienten más satisfechas al ser escuchadas y percibir un ambiente de confianza y sinceridad. La comunicación se convierte en un medio útil para percibir y dar respuesta a sus necesidades²⁴. Ferreiro Losada¹³⁴, concluye que brindar atención personalizada, basada en las necesidades

expresadas por las pacientes, da lugar a una tasa de satisfacción con los cuidados de enfermería recibidos.

3.1. Plan de nacimiento

El plan de nacimiento es un documento escrito donde la gestante manifiesta sus deseos y expectativas en relación con su parto. Este documento debe servir de ayuda para los profesionales que la van a atender en el momento del parto. Su función no es exactamente planificar el desarrollo del parto o nacimiento, ya que están implicados muchas variables que son impredecibles, sino el ofrecer la oportunidad de expresar las preferencias de la pareja para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras. De todas formas, el sólo hecho de leer este documento, será de gran ayuda para que la pareja comprenda mejor todo lo que va a ocurrir y les permitirá participar de forma activa en el proceso¹³⁵.

Para determinar las preferencias de las mujeres, en España, desde el año 2007 las gestantes pueden realizar antes del parto el plan de nacimiento, que es un documento escrito en que la mujer gestante manifiesta y deja constancia de sus deseos y expectativas para el momento del parto y el nacimiento de su bebé. Se aconseja que se elabore alrededor de las 28-32 semanas de gestación después de que la matrona haya informado a la gestante sobre las opciones a elegir durante todo el proceso. Este documento sirve de guía para los profesionales que la asisten en los paritorios²⁴.

Disponer de esta información por escrito es de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilita la comprensión del proceso y la participación tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evita tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable. Este documento no sustituye a la información que proporciona el equipo profesional que atiende durante el embarazo. En el momento del parto la gestante podrá modificar cualquiera de las preferencias escritas, según su estado y el desarrollo de los acontecimientos.

El cumplimiento o no del plan de nacimiento es un factor que influirá en el grado de satisfacción de las gestantes y de sus parejas. Otro factor muy importante será la atención recibida por parte de la matrona, que es la responsable de la atención durante todo el proceso en los nacimientos de bajo riesgo¹⁰⁷.

Los primeros planes de nacimiento se empezaron a utilizar en Estados Unidos en los años 80 del siglo pasado, como respuesta a las demandas de las mujeres por una

excesiva medicalización del parto y eran utilizados como una herramienta para comunicar a los proveedores de la salud sus deseos y expectativas del mismo. La incorporación en España ha sido más lenta y tardía. Fue la asociación El Parto es Nuestro quién empezó a utilizarlos y difundirlos en la pasada década. Unos años más tarde recibió un reconocimiento oficial¹³⁶.

En un estudio cualitativo transversal, con 2 grupos focales de madres con plan de nacimiento y 2 grupos focales de madres sin plan de nacimiento, realizado con el propósito de valorar el nivel de satisfacción y los factores psicosociales entre madres según la elaboración del plan de nacimiento, se llegó a la conclusión que sí que hay diferencias en cuanto a las expectativas y el nivel de satisfacción entre las madres con plan de nacimiento y en aquellas que no lo habían realizado. Los factores que afectaron a la satisfacción de las madres con el plan de nacimiento fue que se cumplieran los puntos que se habían acordado, es decir, si no se han cumplido las expectativas el sentimiento de frustración y decepción es mayor. Las madres sin plan de nacimiento vieron cumplidas sus expectativas y se mostraron más satisfechas, con respecto a aquellas que si habían realizado el plan de nacimiento¹³⁷.

En otro estudio retrospectivo, descriptivo y analítico realizado en un hospital de tercer nivel con una muestra de 178 mujeres que habían realizado el plan de nacimiento, donde los criterios de inclusión fueron que la presentación en el momento del parto fuera cefálica, de feto único y a término, sólo el 37% había realizado el plan de nacimiento. Los resultados obtenidos indican que en las mujeres que no habían realizado el plan de nacimiento (menos o igual al 50%) tuvo una tasa de cesárea del 18,8% y los resultados de los recién nacidos en el test de Apgar y en el de pH del cordón umbilical eran peores, mientras que en las mujeres con un elevado cumplimiento del plan de nacimiento (75% o más), el porcentaje de cesárea disminuyó hasta el 6,1%, y los recién nacidos tuvieron mejores resultados en el test de Apgar y en el pH del cordón umbilical. Por tanto, el estudio concluye que los planes de nacimiento tienen un bajo grado de cumplimiento, pero cuanto mayor sea el cumplimiento, mejores serán los resultados maternos y neonatales. Por tanto, los autores consideran que el plan de nacimiento puede ser una herramienta efectiva para conseguir mejores resultados para la madre y su hijo. Las medidas que se deben aplicar han de ir encaminadas a un mayor cumplimiento de los planes de nacimiento¹³⁸.

En el plan de nacimiento elaborado por Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se hacen las siguientes recomendaciones²⁴.

- I. A la llegada al hospital:
 - a. Acompañamiento: participación de la pareja/acompañante: se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el parto, parto y posparto, por una persona de confianza. Si la evolución del parto lo permite, la pareja o acompañante podrá participar en todo el proceso.
 - b. Espacio físico: la oferta en cuanto a tipos de salas de parto, equipamiento y comodidades no es igual en todos los hospitales. Es aconsejable tener información sobre el centro donde se va a realizar el nacimiento.
 - c. Intimidad: para garantizar el derecho de la mujer a su intimidad, sólo estarán presentes en el parto las personas necesarias. La sensación de confianza de la mujer sobre los profesionales que la atienden puede aumentar cuando éstas se presentan e identifican. En caso de presencia o participación de otras personas se solicitará el consentimiento de la mujer.
- II. En el periodo de dilatación:
 - a. Personal asistencial: en la medida de lo posible la atención se llevará a cabo por parte del mismo personal durante todo el proceso.
 - b. Enema antes del parto: no se aconseja la administración de enemas antes o durante el parto. Si en una excepción se indica, se informará del motivo a la mujer y se solicitará su consentimiento.
 - c. Rasurado antes del parto: no es necesario el rasurado del vello genital antes del parto. Tampoco es necesario si hay que reparar una episiotomía o desgarro, aunque se puede rasurar o recortar una pequeña zona en ese momento, si esto facilita la sutura.
 - d. Líquidos durante la dilatación: se puede beber agua o zumo durante la dilatación. Consultar con el personal sanitario si no es posible por alguna circunstancia.
 - e. Elección del lugar y posición durante el parto: hay diversas posturas que se pueden adoptar para el parto (acostada, de pie...), y varios posibles lugares (en la cama, taburete, en silla de parto vertical...). La elección depende de cada mujer y de sus necesidades o deseos en cada fase del parto.
 - f. Movilidad durante el parto: se aconseja que la mujer pueda moverse con libertad durante el parto y elija lo que prefiera en cada momento.

En caso necesario, el personal sanitario indicará la posición más adecuada para llevarla a cabo.

- g. Tratamiento y manejo del dolor: antes del parto es conveniente pedir información al personal sanitario que sigue el embarazo y así conocer las alternativas disponibles en el hospital para poder tomar decisiones. Durante la estancia se cuidarán aspectos como la intimidad, un ambiente tranquilo sin frío ni luces intensas, favorecer la movilidad y relajación evitando que la mujer sienta miedo y tensión. Esto contribuye a una disminución del dolor y por tanto de la necesidad de analgesia. Si se necesitan métodos para aliviar el dolor, se pueden ofrecer técnicas no farmacológicas, y se precisa analgesia farmacológica, preferiblemente vía epidural.
- h. Uso de material de apoyo para el parto: dependiendo de la disponibilidad de cada centro, se podrán usar elementos como pelotas, espejos, cuerdas y cojines, etc., u otro material que la mujer traiga y sea posible utilizar en el espacio del hospital.
- i. Uso de bañera/ducha durante la dilatación: la inmersión en agua caliente durante la dilatación reduce la percepción del dolor y disminuye la necesidad de medicamentos analgésicos. El personal sanitario aconsejará sobre cómo utilizarla del modo más eficaz.

III. Intervenciones:

- a. Monitorización fetal: durante el parto se debe controlar el estado del bebé. En el control de un parto que evoluciona normalmente no se requiere estar conectada a un monitor, lo que permite una mayor libertad de movimiento y más comodidad.
- b. Tactos vaginales: en todos los casos se deben realizar el mínimo número de tactos necesario de tactos vaginales para evaluar la evolución del parto, y siempre pidiendo su consentimiento.
- c. Administración de medicamentos: (oxitocina u otros) para acelerar el parto por rutina, salvo que exista una indicación para ello. En caso necesario se informará y solicitará el consentimiento de la mujer.
- d. Canalización de vía endovenosa: la canalización de una vía endovenosa no es imprescindible en los cuidados de un parto normal. No obstante, si es necesaria se puede mantener sin estar conectada a un sistema de goteo.

- e. Sondaje vesical: no es preciso colocar una sonda en la vejiga durante un parto normal. En caso necesario, se informará del motivo, se explicará el procedimiento y se solicitará consentimiento.
- f. Rotura de la bolsa: en general la rotura de la bolsa se rompe espontáneamente. Existen situaciones clínicas en que está indicado, en ese caso se informará de los motivos y se solicitará consentimiento previo.

IV. En el periodo expulsivo:

- a. Pujos: en un parto normal se debe realizar cuando la mujer siente la necesidad de hacerlo y la dilatación es completa. Empujar en otros momentos y/o de forma continuada no es necesario ni beneficioso.
- b. Episiotomía: actualmente no se considera adecuado realizarla de forma rutinaria, ya que puede tener complicaciones y efectos negativos. Únicamente se realizará si hay indicación.
- c. Contacto inmediato piel con piel tras el nacimiento: es una práctica beneficiosa e imprescindible tanto para el recién nacido como para la madre. Se debe colocar al bebé en contacto directo piel con piel con la madre al menos las dos primeras horas de vida. En caso de no ser posible se explicará el motivo.

De este modo, considerando que la matrona es la profesional que debe atender los embarazos y partos de bajo riesgo, en esta tesis doctoral, se pretende comparar los resultados obstétricos en los dos modelos de parto, y por otra parte conocer el grado de satisfacción que han tenido las gestantes con el proceso del parto y que utilidad ha tenido el plan de nacimiento.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

1. Hipótesis

1. Los resultados de las variables obstétricas son mejores en las mujeres con parto natural que en las atendidas con parto medicalizado.
2. El grado de satisfacción de las gestantes con el proceso del parto es menor en las mujeres del modelo de parto natural.

2. Objetivos

2.1 Objetivos generales

1. Comparar los resultados obstétricos en los dos modelos de parto en relación con el dolor, test de Apgar y afectación del periné.
2. Evaluar la satisfacción con el proceso del parto de las gestantes en ambos modelos de parto.

2.2 Objetivos específicos

1. Determinar si existen relación entre las variables sociodemográficas, las variables clínicas y el modelo de parto utilizado.
2. Evaluar si existen diferencias en el nivel de satisfacción de la gestante con la atención de las matronas, en función del modelo de parto utilizado.
3. Comparar la satisfacción de las gestantes entre las mujeres que realizaron el plan de nacimiento y las que no.
4. Conocer si el plan de nacimiento fue de utilidad en las gestantes de los dos modelos de parto.

METODOLOGÍA

1.- Diseño.

Estudio prospectivo de cohortes con dos grupos paralelos de gestantes, comparando el modelo de parto utilizado:

- Cohorte de parto medicalizado: es aquel en el que se realizan una serie de prácticas y técnicas sistemáticas, como la monitorización fetal continua o la venoclisis. Se pretende conseguir que el parto sea lo menos doloroso posible, la mejor vivencia para la madre primando como objetivo obtener los mejores resultados maternos y fetales posibles, mediante el empleo de todos los cuidados necesarios que se requieran, según el estado de la ciencia, todo ello en un ambiente favorable y adecuado²²
- Cohorte de parto natural: es aquel en el que el trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología de este. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia por parte del personal asistencial, matrona y auxiliar de enfermería¹⁹

La selección del modelo de parto se basó en las preferencias de las pacientes, establecidas en la primera consulta hospitalaria con la matrona de consultas externas, momento en que se realizó el reclutamiento de las gestantes. El estudio fue realizado en el Área de la Mujer del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, durante el periodo de octubre de 2015 a febrero de 2018.

2.- Ámbito del estudio.

El estudio se realizó en el servicio de obstetricia del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues (Barcelona). Es un hospital que da asistencia a la sociedad, sin exclusiones, dentro del Servicio Catalá de la Salut (Catalut) y del Sistema Nacional de Salud Español.

Se tratan de un centro líder y de referencia en la asistencia pediátrica y obstétrico-ginecológica, universitario y de alta tecnología y especialización. El modelo asistencial

compagina harmónicamente la ciencia, los avances técnicos y la humanización, desde el respeto a la dignidad de la persona. Como Centro de la Orden de San Juan de Dios, se asume sus principios y se tiene la voluntad de profundizar en el debate entre la bioética y los avances científicos. Se investiga respetando los principios de autonomía y justicia.

Se trata de una institución privada sin ánimo de lucro, de financiación pública, con vocación de servicio público. Pertenece a la Orden de San Juan de Dios, que gestiona más de 300 centros asistenciales en 50 países de todo el mundo y que da servicio a los colectivos más vulnerables en hospitales, centros asistenciales y comunidad de religiosas.

Desde 1867 es un hospital dedicado a la atención integral de mujeres, niños y adolescentes y en la actualidad, uno de los centros pediátricos de alta especialización más importante de Europa. Su asistencia se basa en el trabajo multidisciplinar de sus profesionales.

En el informe de 2013 del control de resultados que elabora la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AQuAS)¹³⁹, muestra los buenos resultados del hospital, sobre todo en el área de la mujer y en urgencias. En referencia al Área de la Mujer, el informe destaca por encima de la media, el control del dolor durante el parto y posparto, la coherencia de criterios durante todo el proceso, la atención al acompañamiento, la estancia en el hospital y la información facilitada para el cuidado del hijo.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia cuenta con 6 salas de partos, una de ellas acondicionada para la atención de partos naturales, con bañera para el periodo de dilatación. En todas las salas se pueden utilizar pelotas de partos y hay duchas para la gestante en trabajo de parto. En la zona de urgencias hay 4 boxes de exploración y 4 boxes con camas para pacientes que requieren más tiempo de observación (UCOI). La unidad también cuenta con 1 quirófano donde se realizan las cesáreas. El área de hospitalización cuenta con 50 camas y durante el año 2016 se realizaron 4.071 ingresos, con una estancia media de 2,8/días. En las Tablas 14 y 15 se ofrecen los datos del número de partos y el porcentaje de no riesgo en cesáreas, episiotomía e inducción al parto, durante los años, 2015, 2016 y 2017.

Tabla 14. Número de partos Área Obstétrica Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Partos	2015		2016		2017	
	Número	%	Número	%	Número	%
No Riesgo	1000	30.7%	1002	30.5%	1054	31.1%
Riesgo	2129	65.4%	2158	65.6%	2210	65.2%
Riesgo no valorable	127	3.9%	128	3.9%	128	3.8%
Total partos	3256		3288		3392	

Elaboración propia: Datos facilitados por el Hospital Sant Joan de Déu.

Tabla 15. Porcentaje de No Riesgo en Cesáreas, Episiotomía e Inducción al parto, área obstétrica Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

NO RIESGO	2015	2016	2017
% Cesáreas	14.1	14.6	12.2
%Episiotomías	23.7	16.9	15.6
% Inducción	22.1	23.6	20.1

Elaboración propia: Datos facilitados por el Hospital Sant Joan de Déu.

Su equipo profesional está compuesto por ginecólogos-obstetras, matronas, enfermeras, auxiliares, médicos residentes y matronas residentes. Es un equipo multidisciplinar que actúa en todas estas áreas. El equipo de guardia consta de 2 ginecólogos-obstetras adjuntos y 2 residentes especialistas, 4 matronas, 2 enfermeras y 1 auxiliar. Además, los anestesiólogos y neonatólogos participan activamente en esta unidad dando soporte en el momento que se precisa.

El Área de la Mujer dispone de un programa de atención a las embarazadas, Programa MARE, es un modelo de maternidad respetada, que hace diferente la asistencia obstétrica en el embarazo, parto y posparto. Consta de 10 principios:

- 1.- Sesión informativa a todas las gestantes:** se realiza una sesión informativa, con soporte audiovisual, para dar a conocer a las embarazadas y acompañantes la manera de trabajar y las instalaciones hospitalarias, los profesionales implicados y los circuitos habituales. La sesión la imparte una matrona que explica todo el proceso. En el caso que se haya diagnosticado una patología al feto, se realiza una vista prenatal con el neonatólogo y se presenta tanto la unidad como el equipo de profesionales que tratarán al recién nacido después del parto.

2.- Protocolos e historia clínica compartida con los Centros de Atención

Primaria: el seguimiento del embarazo está coordinado en los centros de Atención Primaria, y se utilizan los mismos protocolos. Además, las pruebas que se realizan a las pacientes se pueden consultar tanto desde el hospital como desde la Atención Primaria, disponiendo de la historia informática compartida.

3.- Acompañamiento de la gestante: A lo largo de todo el control gestacional, tanto en las consultas externas como en el servicio de ecografías, siempre la gestante puede ir acompañada de la persona que elija. También en las vistas de urgencias y durante el periodo de dilatación y en el parto. Incluso, si el parto es una cesárea, el acompañante puede estar presente. Si en algún caso el equipo de profesionales no considera oportuna su presencia, lo explicará previamente.

4.- Salas de dilatación y parto modernas y acogedoras: los espacios son modernos y acogedores para la dilatación y el parto, sin necesidad de cambiar de sala. Todas están equipadas con telemetría, que favorece la movilidad. También se pueden utilizar material accesorio, como pelotas, espejo, música y duchas. El recién nacido está en todo momento con la madre y se favorece el contacto madre-recién nacido, piel con piel, inmediatamente después del parto.

5.- Servicio de neonatología líder: el hospital dispone de una unidad de neonatología líder, que aplica las tecnologías más avanzadas, como la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), y está especializada en el tratamiento de patologías de gran complejidad, como los prematuros extremos, las cardiopatías, entre otras. Los neonatólogos están disponibles las 24 horas, tanto en las salas de partos como en la hospitalización. Además, la unidad es totalmente abierta a madres y padres para favorecer el contacto con el recién nacido en todo momento.

6.- Habitaciones individuales: las habitaciones de hospitalización son de uso individual. Disponen de un sofá-cama para el acompañante. La filosofía del hospital es mantener al recién nacido al lado de la madre en todo momento. Es por ello, que se han adaptado las nuevas habitaciones con una zona preparada especialmente para poder realizar las curas de recién nacido.

7.- Hospital abierto las 24 horas a las familias: en el hospital no se limitan las visitas a unas franjas horarias determinadas, de manera, que siempre que se quiera se puede recibir una visita, tanto en la hospitalización como en la Unidad de Curas Intensivas Neonatales.

8.- Equipo asistencial de referencia: en todo momento la atención es por un equipo muy cualificado. El hospital es, además, un centro de referencia para diversas patologías fetales. Es un hospital docente y científico.

9.- Curas del recién nacido: el equipo médico y de enfermería está disponible para ayudar a la madre y padre en las curas del recién nacido. El hospital considera la lactancia materna de gran trascendencia para la alimentación y la salud del recién nacido. Por este motivo, hay profesionales especializados que darán soporte en todo momento. Además, a todos los recién nacidos, se les realiza la prueba de potenciales evocados auditivos, que permite descartar la sordera congénita.

10.- Asistencia Natural al parto sin riesgo: todas las gestantes de bajo riesgo que lo deseen pueden tener una asistencia natural al parto. El protocolo se presenta en el centro de Atención Primaria, y se hace una primera visita personalizada en el hospital, con una matrona, para consensuar el proceso hasta el nacimiento.

3.- Población y muestra

La población a estudio está formada por gestantes cuyo embarazo fue de bajo riesgo, con inicio de parto espontáneo y atendido por matronas o matronas residentes. No se excluyó del estudio a las mujeres que no cumplimentaron el plan de parto, ya que entendemos que cada mujer tiene con referencia a su parto, su propia expectativa. Las mujeres fueron asignadas en una cohorte u otra en función de la preferencia expresada en el momento del reclutamiento.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los mismos en ambas cohortes. Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes:

- Embarazos de bajo riesgo.
- Seguimiento del embarazo atendido por matronas.
- Parto realizado por matrona o matrona residente.
- Comienzo del parto espontáneo.
- Mayores de 18 años.
- Gestaciones a término (37-42 semanas de gestación).
- Feto único, vivo, en presentación cefálica, con test de Apgar igual o superior a 7 puntos.
- Deseo de participar en el estudio y firma de consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se consideraron los siguientes:

- Pacientes incluidas en el estudio, pero cuyo parto fue instrumentado, cesárea, o lo realizó otro profesional diferente a la matrona o matrona residente (obstetra u obstetra residente).
- Embarazos múltiples.
- Partos inducidos: aquellos en los que se empleó oxitocina para iniciar el parto.
- Complicaciones puerperales maternas graves.
- Barrera idiomática.
- Cuestionarios que no estuvieran correctamente cumplimentados.
- Usuaris que no aceptaron participar en el estudio.

3.1.- Cálculo del tamaño muestral

Teniendo en cuenta que el objetivo principal del estudio es comparar los dos grupos según los resultados obstétricos, y según datos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, se consideró que el desgarro perineal se produce en el 25% de los partos medicalizados y en el 8% de los partos naturales. Con el objetivo de encontrar diferencias en el porcentaje de desgarro perineal entre los dos grupos, con una potencia estadística del 80% y un nivel de significación del 5%, mediante un test chi-cuadrado bilateral, se estimó como 148 casos el total de la muestra. Se consideró una tasa de reposición del 10-15%.

Por otra parte, durante el pilotaje de la hoja de recogida de datos se evidenció que la proporción de casos de desgarro en la cohorte de parto natural era del 39,1% y en la cohorte de partos medicalizados del 60,9%, alargando el periodo de recogida de datos, por lo que se decidió estratificar la muestra total en función de estas proporciones, siendo que se necesitaron 90 casos en la cohorte no expuesta (parto medicalizado) y 58 casos la cohorte expuesta (parto natural).

Las pacientes fueron incluidas en su respectiva cohorte mediante un muestreo consecutivo de los casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión hasta alcanzar la cantidad necesaria de pacientes en cada grupo.

4.- Variables

4.1.- Variables sociodemográficas

- Edad materna
- Estado civil:
 - Soltera: si/no
 - Casada: si/no
 - Viuda: si/no
 - pareja de hecho: si/no
- Nivel de estudios:
 - Primarios: si/no
 - Secundarios: si/no
 - Universitarios: si/no

4.2.- Variables Obstétricas:

Al ingreso obstétrico:

- Fórmula obstétrica: Las mujeres se clasificaron como primíparas, secundíparas o múltiparas. Los ítems de la fórmula obstétrica se consideraron como variables: GT-P-A-HV (gestaciones a término-partos prematuros- abortos-hijos vivos).
- Edad gestacional
- Planificación de la gestación: si/no
- IMC (Índice de masa corporal)
- Test de Bishop: Las gestantes se clasificaron en dos grupos como cérvix desfavorable (puntuación ≤ 6) y cérvix favorable (puntuación ≥ 7)³⁷ en función de los resultados del test. Los ítems del test se consideraron como variables:
 - Dilatación (0 cm; 1-2 cm; 3-4 cm; 5-6 cm).
 - Consistencia (Duro; Medio; Blando)
 - Acortamiento (0-30%; 40-50%; 60-70%; >80%)
 - Posición: (Posterior; Medio; Centrado)
 - Altura de la presentación (libre 0; I plano; II plano; III plano)

Durante el trabajo de parto:

- Analgesia farmacológica: si/no
- Tipo de analgesia utilizada:

- Epidural: si/no
- Raquídea: si/no
- Walki-peri
- En qué momento de la dilatación se ha utilizado:
 - Al inicio: si/no
 - En el trabajo de parto instaurado: si/no
- Métodos de alivio del dolor alternativos:
 - Calor local: si/no
 - Masaje lumbar: si/no
 - Hidroterapia: si/no. Se entiende el uso de bañera durante la fase de dilatación
 - Ducha: si/no
 - Deambulación: si/no
- Percepción del dolor en la fase de dilatación: medido a través de la escala EVA, donde la puntuación 0 es ausencia de dolor, puntuación 10 máximo dolor. El 0 significa ausencia de dolor, del 1 al 3 el dolor es leve, de 4 a 6 el dolor es moderado y de 7 a 10 el dolor es intenso. Las ventajas de esta escala es su simplicidad, uniformidad, sensibilidad y confiabilidad. Como limitación está impuesta por los extremos de la escala y por la falta comprensión por parte de los pacientes¹⁴⁰. El dolor se evaluó en la fase de dilatación del parto, cuando la mujer tenía dinámica uterina.
- Administración de oxitocina: si/no, para adecuar la dinámica uterina durante la fase de dilatación.
- Profilaxis antibiótica: si/no
- Tipo de amniorexis:
 - Espontánea: si/no
 - Artificial: si/no
- Características del líquido amniótico:
 - claro: si/no
 - teñido: si/no
 - meconial: si/no
- Monitorización durante el parto:
 - continuo: si/no (en el caso de que a la mujer se le administrara oxitocina, se hizo uso de la monitorización continua)
 - ventanas: si/no

Durante el parto:

Posición materna en el parto: La posición materna fue elección de la gestante en un primer momento, pudiendo ser modificada por recomendación de la matrona. La última posición adoptada fue la que se recogió:

- En posición horizontal:
 - litotomía: si/no
 - decúbito lateral izquierdo: si/no
 - decúbito lateral derecho: si/no
- En posición vertical:
 - de pie: si/no
 - de cuclillas: si/no
 - silla obstétrica: si/no
 - cuadrupedia: si/no

Realización de episiotomía:

- Si:
 - Lateral: si/no
 - Media: si/no
 - Central: si/no
- No

Grado de integridad del periné:

- Afectación del periné:
 - No
 - Si:
 - Grado I: si/no
 - Grado II: si/no
 - Grado III: si/no
 - Grado IV: si/no

Valoración del Test de Apgar a los 5 minutos del nacimiento: mide el estado en que se encuentra el neonato en el momento inmediato al nacimiento, basándose en la puntuación otorgada a cinco parámetros en un espacio de tiempo concreto: la frecuencia cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la respuesta a la estimulación y la coloración. El test tiene capacidad de apreciación clínica instantánea, reproductividad y relación estrecha con la mortalidad neonatal¹⁴¹.

Desprendimiento de la placenta:

- Espontánea: si/no
- Manual: si/no

Puerperio inmediato:

Contacto piel con piel: si/no

Intención de lactancia materna: si/no

4.3.- Variables relacionadas con el grado de satisfacción de la gestante con el proceso del parto y la utilidad del plan de nacimiento

Grado de satisfacción de la gestante: Se administró un cuestionario *ad hoc*, tanto si las mujeres habían realizado el plan de nacimiento como si no. El cuestionario estaba compuesto por 6 ítems que se valoraron con una escala tipo Likert de 5 niveles (1 nada satisfecha a 5 muy satisfecha), siguiendo las recomendaciones de Fernández de Pinedo¹⁴². La satisfacción global se calculó como media de las puntuaciones de los 6 ítems del cuestionario:

Valoración global del proceso:

- Información del proceso.
- Implicación de las necesidades.
- Aplicación de medidas de confort.
- Respeto a las demandas.
- Se ha sentido segura por recibir la atención de una matrona.

Además, se plantearon las siguientes cuestiones:

- Han compartido decisiones: si/no
- En el caso de otro embarazo de bajo riesgo solicitará ser atendida por una matrona: si/no
 - ¿Por qué? (Acompañamiento; Seguridad; Trato personalizado)

¿Ha realizado el Plan de Nacimiento? si/no

En el caso que conteste no: ¿por qué?

Utilidad del plan de nacimiento: escala Likert (1 nada útil a 5 muy útil)

5.- Procedimiento de recogida de datos

El reclutamiento de las pacientes se realizó por las matronas de las consultas externas en la primera visita de la gestante en el hospital, que en la mayoría de los casos fue a las 34 semanas de gestación. Las matronas, tras verificar que se cumplían los criterios de inclusión, dieron información oral y escrita y entregaron el consentimiento informado (Anexo I), que lo firmó la gestante y la matrona que estaba haciendo el reclutamiento de la paciente y la hoja de participación (Anexo II). Además, se les entregó el plan de nacimiento (Anexo III), que si la mujer lo traía cumplimentado fue adjuntado a la historia clínica de la gestante. Las pacientes incluidas en el estudio se identificaron con etiqueta adhesiva en la historia clínica. Es en este momento cuando cada mujer, en función de sus preferencias, se asignó a un grupo u otro de modelo de parto.

Se crearon dos cuadernos, uno para los partos naturales (cohorte expuesta) (Anexo IV) y otro para los partos medicalizados (cohorte no expuesta) (Anexo V), con el objetivo de facilitar la recogida de datos y disminuir el riesgo de error durante la recogida de datos, aunque ambos contenían los mismos datos a cumplimentar, con las variables sociodemográficas y obstétricas (Anexo VI). La matrona responsable del parto cumplimentó el cuaderno durante la evolución de este.

Posteriormente al parto, la investigadora principal contactó con la mujer para cumplimentar el cuestionario de satisfacción (Anexo VII). En algunos casos la entrevista se realizó durante el ingreso de la mujer, pero la mayoría se realizó por vía telefónica, en una fecha próxima al parto. La entrevista se realizó al total de la muestra, tanto a las mujeres que habían cumplimentado el plan de nacimiento como las que no lo habían hecho.

Se realizó un pilotaje con 10 casos de cada modelo de parto con el objetivo de probar los documentos, circuitos y con el objetivo que los profesionales que tenían que participar en la recogida de los datos entendiesen el estudio y el objetivo a conseguir. Una vez finalizado el pilotaje se realizaron las modificaciones oportunas. Las matronas comunicaron algunas modificaciones concretas del cuestionario y se decidió que la entrevista con la mujer era mejor realizarla por vía telefónica que realizarla durante el ingreso. Esto último motivado, principalmente, por la puesta en marcha del proyecto de "Alta precoz", en los partos de bajo riesgo. El alta precoz supone que la gestante que ha tenido un parto de bajo riesgo y que en las 24h posparto no ha habido ninguna

complicación ni en ella ni en el bebé, se les da el alta, esto conlleva que a las 48h del alta deben acudir a la consulta madre e hijo/a para un control del bebé.

Se realizó una presentación en power-point para las matronas donde estaba explicado el proyecto, y se dejó en el escritorio de uno de los ordenadores de su sala de trabajo. Además, se realizó una sesión informativa para todo el Servicio de Ginecología y Obstetricia con el objetivo de hacer difusión del proyecto.

A nivel logístico, en cada consulta de las matronas que eran las encargadas de reclutar las gestantes, se habilitó una carpeta con los documentos necesarios: consentimiento informado, hoja de información para el participante, etiquetas adhesivas para colocar en la historia clínica de la paciente. Además, una hoja donde se ponía una etiqueta de la paciente para que la investigadora principal tuviera conocimiento de los casos reclutados. En la sala de trabajo de las matronas se habilitó un espacio donde se colocaron 2 bandejas con los cuestionarios de cada modelo de parto.

6.- Análisis de datos

Las variables numéricas se resumieron mediante estadísticos descriptivos básicos (media, desviación estándar, cuartiles). Las variables categóricas, mediante su tabla de frecuencias y porcentajes.

Para comparar los 2 grupos según una variable numérica, se utilizó el test t de Student de comparación de medias, o el U de Mann-Whitney, según la distribución de la variable. En caso de 3 o más grupos se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) o la prueba de Kruskal-Wallis. Para compararlos según una variable categórica, se utilizó el test chi-cuadrado o el test exacto de Fisher.

Se calcularon los Riesgos Relativos, y sus intervalos de confianza al 95%, en las variables principales de resultado (dolor, test de Apgar e integridad del periné). Además, se utilizaron modelos de regresión logística para medir el efecto del grupo en las variables respuesta de interés corregido por el efecto de otras posibles covariables confusoras. En concreto, se llevó a cabo la regresión logística nominal para cada variable resultado principal (variables dependientes), considerando el modelo de parto como variable independiente y los métodos de alivio del dolor y edad materna como variables confusoras. También se llevó a cabo una regresión logística ordinal para cada variable de resultado principal (variable dependiente), considerando el modelo de

parto (variable independiente), y la edad materna, posición materna, paridad y test de Bishop (variables confusoras). No pudieron agruparse todas las variables en un solo modelo ya el tamaño de la muestra fue limitado para detectar variables con capacidad predictiva mediante regresiones logísticas. Del mismo modo, se utilizaron modelo de regresión logística ordinal y nominal en función de la naturaleza de las variables a incluir en los modelos.

El análisis estadístico lo realizó el Servicio de Asesoramiento y Estadístico de Investigación del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Se utilizó el software estadístico SPSS 19 (Armonk, NY: IBM corp.) para realizar los análisis. Se consideraron significativos los resultados de los test con p-valor inferior a 0,05.

7.- Consideraciones éticas

El protocolo de Investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Sant Joan de Déu y el conocimiento y autorización de la Dirección de Enfermería y de la Dirección del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital (Anexo 8).

Todas las pacientes incluidas en el estudio recibieron información verbal y escrita de los objetivos y metodología de la investigación y firmaron un consentimiento informado que constaba de:

- La invitación a participar en el estudio
- El propósito del estudio
- Motivo por el cuál ha sido elegida a formar parte del estudio
- Descripción de los procedimientos para la recogida de datos
- Garantía del anonimato y de la confidencialidad
- Y la opción de abandonar el estudio

El presente trabajo de investigación respeta los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

8.- Cronograma

		2015	2016				2017				2018				
		Nov-Dic	Enr-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Enr-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Enr-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Jul-Sep	Oct-Dic
Introducción al campo del tema	Revisión bibliográfica														
	Solicitud de permiso al comité de ética del hospital														
	Elaboración proyecto de investigación.														
Trabajo de campo	Constitución del equipo de investigación. Prueba piloto														
	Identificación de necesidades y problemas														
	Planificación de acciones y actividades														
	Ejecución de acciones y actividades														
	Primera anualidad: evaluación														
Análisis y Resultados	Recogida de datos														
	Segunda anualidad de evaluación														
	Elaboración informe final														

RESULTADOS

1. Descripción de la muestra a estudio

Se reclutaron un total de 377 gestantes, en las consultas de las matronas. El número de pérdidas ascendió a 229 (60,7%). El principal motivo fue que el parto lo realizó un obstetra u obstetra residente por motivos organizativos de la unidad (n=130; 56,8%). El 17,9% (n=41) de los casos finalizaron con parto vaginal pero instrumentado, en el 12,2% (n=28) de los casos se programó una inducción por gestación prolongada o macrosomía, entre otros, y el 7,4% (n=17) de los casos finalizaron en cesárea, por sufrimiento fetal o no progresión del parto. Además, en 8 (3,5%) casos los cuestionarios no estaban bien cumplimentados o los datos reflejados eran confusos. En cuanto a la llamada telefónica del cuestionario de satisfacción, 5 (2,2%) casos se tuvieron que rechazar por no poder contactar con la mujer. Por otra parte, hubo 7 casos de mujeres que iniciaron el parto en la cohorte de parto natural que durante el trabajo de parto se incluyeron en la cohorte de parto medicalizado.

De este modo, la muestra estudiada fue de 148 partos, de los cuales 90 (60,81%) fueron partos medicalizados y 58 (39,19%) partos naturales. La edad media del total de la muestra fue de 32 años ($\pm 4,515$) años, siendo en el grupo de partos medicalizados de 32,07 ($\pm 3,999$) años y en el grupo de partos naturales de 32,90 ($\pm 4,515$) años, sin que existieran diferencias significativas ($p=0,277$). El IMC medio fue de 23 ($\pm 3,462$), siendo en los partos medicalizados de 23,67($\pm 3,080$) y en los partos naturales de 23,79($\pm 4,010$), sin que hubiera diferencias significativas ($p=0,842$). La edad gestacional en el modelo de parto medicalizado fue de 40.4 semanas de gestación ($\pm 1,975$) y de 40.3 semanas de gestación ($\pm 1,062$), en el modelo de parto natural ($p=0,423$). Todas las gestaciones fueron a término, con presentación cefálica e inicio de parto espontáneo (Tabla 16).

Tabla 16. Comparativa edad gestacional/índice de masa corporal/edad materna

	Medicalizado	Natural	p
Edad gestacional	40,40($\pm 1,975$)	40,3($\pm 1,062$)	0,423
IMC	23,67($\pm 3,080$)	23,79($\pm 4,010$)	0,842
Edad Materna	32,07($\pm 3,999$)	32,90($\pm 4,515$)	0,277

Tampoco se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos en el estado civil, ($p=0,467$), ni en el nivel de estudios, ($p=0,260$). La comparativa en función del tipo parto, el estado civil y el nivel de estudios, puede consultarse en la (Tabla 17).

Tabla 17. Estado civil y nivel de estudios

	Medicalizado	Natural	p
Estado Civil			0,467
Casada	56(63,6%)	36(62,1%)	
Pareja de Hecho	17(19,3%)	8(13,8%)	
Soltera	15(17,0%)	14(24,1%)	
Nivel de Estudios			0,260
Primarios	9(10,5%)	5(8,6%)	
Secundarios	37(43,0%)	18(31,0%)	
Universitarios	40(46,5%)	35(60,3%)	
Total	90	58	

Las gestaciones a estudio fueron de bajo riesgo y el seguimiento del embarazo y el parto fue atendido por matronas o matronas residentes en todos los casos, sin que hubiera diferencias significativas en función de los profesionales que atendieron cada modelo de parto ($p=0,069$) (Tabla 18).

Tabla 18. Atención al parto por matronas o matronas residentes

	Medicalizado	Natural	Total	p
Matrona	44(48,89%)	38(65,52%)	82	
Matrona residente	46(51,11%)	20(34,48%)	66	0,069
Total	90	58	148	

2. Resultados sobre las variables obstétricas

2.1 Variables principales de resultado

2.1.1 Dolor

El dolor se evaluó en la fase de dilatación del parto cuando la mujer presentaba dinámica uterina. La puntuación media en el grupo de parto medicalizado fue 7,41 ($\pm 2,15$) puntos y en el grupo de parto natural fue 8,12 ($\pm 1,46$) puntos, con diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,018$).

Ninguna mujer obtuvo puntuaciones inferiores a 7 puntos, de modo que la escala EVA se agrupó en dos categorías: i) valores de 7 y ii) valores entre 8-10. El riesgo relativo fue 1,187 (IC95%= 0,920-1,531), de modo que con un parto natural hubo más riesgo de dolor, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p=0,198$) (Tabla 19).

Tabla 19. Riesgo relativo del dolor (EVA)

	EVA7	EVA> 8	Total	p
Medicalizado	39(43,33%)	51(56,67%)	90	0,198
Natural	19(32,76%)	39(67,24%)	58	
Total	58	90	147	

En la regresión logística nominal, considerando el resultado de la escala EVA como variable dependiente, el modelo de parto como variable independiente y corrigiendo por los métodos de alivio del dolor y la edad materna, el único factor significativo fue la edad materna ($p=0,007$), siendo que a más edad más dolor. Por otro lado, aunque no significativamente, el tipo de parto natural tuvo más probabilidades de tener dolor (Tabla 20).

Tabla 20. Regresión logística nominal de la EVA, modelo de parto, métodos de alivio del dolor y edad materna.

	Estimate	Std. Error	z value	p
(Intercept)	-4,738	1,523	-3,111	0,002
Modelo de parto Natural	0,015	0,459	0,033	0,974
Edad materna	0,124	0,046	2,678	0,007
Posición no litotomía	-0,571	0,455	-1,254	0,210
Calor local	-0,238	0,552	-0,432	0,666
Masaje lumbar	0,818	0,543	1,506	0,132
Hidroterapia	0,957	0,621	1,541	0,123
Ducha	0,682	0,505	1,351	0,177
Deambulaci3n	0,217	0,398	0,544	0,586

En la regresión logística ordinal se consideró el resultado de la escala EVA como variable dependiente, el modelo de parto como variable independiente y corrigiendo por la edad materna, la posición materna en el parto, la paridad y si el cérvix es desfavorable según el test de Bishop. Ninguna variable mostró resultados significativos (Tabla 21).

Tabla 21. Regresión logística ordinal de la EVA, modelo de parto, edad materna, posición materna, paridad y test de Bishop.

	B	Wald	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
					Inferior	Superior
Constante	-1,685	1,773	0,183	0,185		
Parto natural	0,255	0,344	0,557	1,290	0,551	3,025
Edad materna	0,058	2,109	0,146	1,060	0,980	1,146
Posición otras	0,287	0,374	0,541	1,332	0,532	3,336
Paridad		0,131	0,937			
Secundípara	0,121	0,103	0,748	1,129	0,538	2,370
Múltipara	0,143	0,061	0,806	1,154	0,368	3,618
Cérvix desfavorable	0,042	0,013	0,910	1,043	0,506	2,150

2.1.2 Integridad del periné

En la integridad del periné, no hubo diferencias significativas entre ambos modelos de parto ($p=0,510$). Se creó una variable binaria de “Sí desgarro” y “No desgarro”, donde el sí unificaba la integridad del periné Grado I y Grado II, ya que en ningún caso se produjo un Grado III ni Grado IV en la afectación del periné (Tabla 22)

La realización de la episiotomía en los dos modelos de parto no presentó diferencias significativas ($p=0,110$), siendo que se realizó en el 9% de los casos de parto medicalizado y en 1 caso considerado como parto natural. Para el análisis descriptivo se creó una variable binaria de sí y no, donde el sí unificaba las episiotomías laterales y medias (Tabla 22).

Tabla 22. Episiotomía e integridad del periné

	Medicalizado	Natural	P-valor
Integridad periné			0,510
Sí desgarro	67(75,28%)	40(68,97%)	
Grado I	50(56,18%)	31(53,45%)	
Grado II	17(19,1%)	9(15,52%)	
No desgarro	22(24,72%)	18(31,03%)	
Episiotomía			0,110
Sí	9(10%)	1(1,75%)	
Lateral	7(7,78%)	1(1,75%)	
Media	2(2,22%)	0	
No	81(90%)	56(98,25%)	

En la variable de integridad del periné, el riesgo relativo fue de 1,255 (IC 95%=0,741-2,128), de modo que con un parto natural hubo más riesgo de desgarro, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p=0,400$). (Tabla 23).

Tabla 23. Riesgo relativo de la integridad del periné

	Integridad del periné		Total	p-valor
	SÍ	NO		
Medicalizado	67(75,28%)	22(24,72%)	89	0,400
Natural	40(68,97%)	18(31,03%)	58	
Total	107	40	147	

En cuanto a la regresión logística nominal considerando la integridad del periné como variable dependiente, el modelo de parto como variable independiente y corrigiendo por los métodos de alivio del dolor y la edad materna, no se encontraron variables significativas. Sin embargo, el método de alivio de la deambulación se acercó a la significación, siendo que, si se usaba este método se tuvieron más probabilidades de tener desgarro en el periné, independientemente del modelo de parto ($p=0,059$) (Tabla 24).

Tabla 24. Regresión logística nominal de la integridad del periné, modelo de parto, métodos de alivio del dolor y edad materna.

	Estimate	Std.Error	z value	P
(Intercept)	0,512	1,376	0,372	0,710
Modelo de parto natural	-0,556	0,452	-1,229	0,219
Edad materna	0,008	0,043	0,179	0,858
Posición no litotomía	0,205	0,451	0,453	0,650
Calor local	0,579	0,599	0,967	0,334
Masaje lumbar	-0,484	0,559	-0,865	0,387
Hidroterapia	0,628	0,725	0,867	0,386
Ducha	-0,404	0,552	-0,732	0,464
Deambulación	0,839	0,444	1,892	0,059

En la regresión logística ordinal se consideró la integridad del periné como variable dependiente, el modelo de parto como variable independiente y corrigiendo por la edad materna, la posición materna en el parto, la paridad y si el cérvix era desfavorable según el test de Bishop. Ninguna variable mostró resultados estadísticamente significativos (Tabla 25).

Tabla 25. Regresión logística ordinal de la integridad del periné, modelo de parto, edad materna, posición materna, paridad y test de Bishop.

	B	Wald	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
					Inferior	Superior
Constante	0,422	0,098	0,754	1,524		
Parto natural	-0,334	0,517	0,472	0,716	0,288	1,781
Edad materna	0,019	0,207	0,649	1,020	0,938	1,109
Posición otras	0,180	0,126	0,723	1,197	0,443	3,236
Paridad		4,356	0,113			
Secundípara	0,529	1,428	0,232	1,697	0,713	4,039
Múltipara	-0,739	1,696	0,193	0,478	0,157	1,452
Cérvix desfavorable	-0,159	0,154	0,695	0,853	0,386	1,887

2.1.3 Test de Apgar a los 5 minutos

La variable Test de Apgar a los 5 minutos, se categorizó entre los valores 8 y 9 contra 10, ya que no se obtuvieron valores inferiores en ningún caso, encontrando diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de parto ($p < 0,001$). Los tres valores representan un estado óptimo del recién nacido, si bien la puntuación 8 y 9 se dio en más casos de parto medicalizado y la puntuación 10 en los partos naturales (Tabla 26).

Tabla 26. Test de Apgar

	Medicalizado	Natural	Total	p
8	9(10%)	1(1,72%)	10	<0,001
9	71(78,89%)	35(60,34%)	106	
10	10(11,11%)	22(37,93%)	32	
Total	90	58	148	

En la variable test de Apgar, a los 5 minutos, el riesgo relativo fue de 0,698 (IC95% 0,564-0,865). De modo que existió más riesgo de tener un test de Apgar a los 5 minutos más bajo en el parto medicalizado ($p < 0,001$), considerando que los tres valores representan un estado óptimo del recién nacido (Tabla 27).

Tabla 27. Riesgo relativo del test de Apgar

	Apgar 10	Apgar 8-9	Total	p
Medicalizado	10(11,11%)	80(88,89%)	90(60,81)	<0,001
Natural	22(37,93%)	36(62,07%)	58(39,19)	
Total	32	116	148	

En la regresión logística nominal, considerando el test de Apgar a los 5 minutos como variable dependiente, el modelo de parto como variable independiente y corrigiendo por los métodos de alivio del dolor y la edad materna, fueron factores significativos el tipo de parto natural ($p=0,004$) y utilizar como método de alivio del dolor la hidroterapia ($p=0,047$), de modo que el parto natural aumentó la probabilidad de que el recién nacido tuviera una valoración en el test de Apgar igual a 10 y la hidroterapia disminuyó la puntuación de 10 en el test de Apgar (Tabla 28).

Tabla 28. Regresión logística nominal del test de Apgar, modelo de parto, métodos de alivio del dolor y edad materna.

	Estimate	Std. Error	z value	P
(Intercept)	-2,224	1,528	-1,456	0,146
Tipo de parto Natural	1,426	0,498	2,862	0,004
Edad materna	-0,002	0,048	-0,035	0,972
Posición no litotomía	0,633	0,520	1,218	0,223
Calor local	0,074	0,608	0,122	0,903
Masaje lumbar	0,413	0,567	0,729	0,466
Hidroterapia	-1,514	0,762	-1,986	0,047
Ducha	-0,806	0,669	-1,206	0,228
Deambulaci3n	0,323	0,487	0,665	0,506

En la regresión logística ordinal se consideró el test de Apgar como variable dependiente, el modelo de parto como variable independiente y corrigiendo por la edad materna, la posición materna en el parto, la paridad y si el cérvix era desfavorable según el test de Bishop. El tipo de parto natural tuvo significativamente menor probabilidad de tener Apgar de 9 o menos ($p=0,011$), $OR=0,257$) y la paridad se aproximó a la significación, siendo que las secundíparas tuvieron menor probabilidad de tener Apgar 9 o inferior ($p=0,059$ y $OR=0,404$), respecto a las primíparas (Tabla 29).

Tabla 29. Regresión logística ordinal del test de Apgar, modelo de parto, edad materna, posición materna, paridad y test de Apgar.

	B	Wald	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
					Inferior	Superior
Constante	1,594	1,114	0,291	4,922		
Parto natural	-1,357	6,521	0,011	0,257	0,091	0,729
Edad materna	0,031	0,414	0,520	1,031	0,939	1,132
Posición otras	-0,461	0,726	0,394	0,631	0,219	1,820
Paridad		3,602	0,165			
Secundípara	-0,907	3,566	0,059	0,404	0,157	1,035
Múltipara	-0,579	0,762	0,383	0,560	0,153	2,058
Cérvix desfavorable	0,029	0,004	0,952	1,030	0,398	2,666

2.2 Otras variables relacionadas con el proceso de parto

2.2.1 Variables al ingreso obstétrico

En la Tabla 30 se ofrece la distribución de la muestra según si eran primíparas, secundíparas o múltiparas, en función de los resultados de la fórmula obstétrica y según el modelo de parto. Se observa que, en el parto medicalizado, hay más primíparas (55,6%), que en el natural (44,8%), mientras que hay más múltiparas en el modelo de parto natural (19%), que en el medicalizado (6,7%), aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p=0,065$). Por otra parte, tampoco se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados de los diferentes elementos de la fórmula obstétrica entre ambos modelos de parto (Tabla 30).

Tabla 30. Resultados de la paridad y elementos de la fórmula obstétrica.

	Medicalizado	Natural	Total	p	
Paridad				0,065	
Primíparas	50(55,6%)	26(44,8%)	76		
Secundíparas	34(37,8%)	21(36,2%)	55		
Múltiparas	6(6,7%)	11(19%)	17		
Elementos de la fórmula obstétrica					
	0	48(53,33%)	26(44,83%)	74	
GT	1	35(38,89%)	21(36,21%)	56	0,180
	2	7(7,78%)	10(17,24%)	17	
	3	0(0%)	1(1,72%)	1	
P	0	89(98,89%)	56(96,55%)	145	0,069
	1	1(1,1%)	2(3,45%)	3	
A	0	63(71,59%)	40(68,97%)	103	0,393
	1	22(25%)	13(22,41%)	35	
	2	3(3,41%)	5(8,62%)	8	
HV	0	47(53,41%)	26(44,83%)	73	0,132
	1	35(39,77%)	21(36,21%)	56	
	2	6(6,82%)	10(17,24%)	16	
	3	0(0%)	1(1,72%)	1	

Respecto a la planificación de la gestación, la mayor parte de las gestantes de la muestra del estudio, planificaron su gestación (parto medicalizado: 85,39% y parto natural: 91,38%), sin que hubiera diferencias significativas entre grupos ($p=0,409$) (Tabla 31).

Tabla 31. Planificación de la gestación

	Medicalizado	Natural	Total	p
Sí	76(85,39%)	53(91,38%)	129(60,81)	0,409
No	13(14,61%)	5(8,62%)	18(39,19)	
Total	89	58	147	

2.2.2 Variables durante el parto

Todas las mujeres iniciaron el parto de manera espontánea, aunque el 58,89% (n=56) de los partos medicalizados se les estimuló con oxitocina, para adecuar la dinámica uterina durante la fase de dilatación, mientras que solo fue necesario en 1 caso de los partos naturales. De este modo se encontraron diferencias significativas en la administración de oxitocina durante el parto (p-valor<0,001).

En la primera fase del parto, las condiciones obstétricas se evaluaron a través del test de Bishop. Las mujeres se categorizaron en función de si el cérvix era desfavorable (test de Bishop ≤ 6) o favorable (test de Bishop ≥ 7), sin que se observaran diferencias significativas en función del modelo de parto (p=0,095). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos modelos de parto al comparar los ítems del test de Bishop, excepto para la dilatación del cérvix, siendo que el modelo de parto medicalizado presentó un mayor porcentaje de mujeres con una dilatación inicial de 1-2 cms y un menor porcentaje de mujeres con dilatación inicial de 3-4 cm (Tabla 32).

Tabla 32. Test de Bishop

Test Bishop	Medicalizado	Natural	Total	p	
Cérvix desfavorable	32(36,3%)	15(24,6%)	47	0,095	
Cérvix favorable	58(63,7%)	43(75,4%)	101		
Ítems del test					
	0 cm	0	0	0	
Dilatación	1-2 cm	39(44%)	12(19,3%)	51	0,01
	3-4 cm	12(13,2%)	16(28,1%)	28	
	5-6 cm	39(42,9%)	30(52,6%)	69	
Consistencia	Blanda	60(66,67%)	42(72,41%)	102	0,759
	Medio	26(28,89%)	14(24,14%)	40	
	Dura	4(4,44%)	2(3,45%)	6	

Acortamiento	0-30	13(14,44%)	8(13,79%)	21	0,131
	40-50	17(18,89%)	5(8,62%)	22	
	60-70	12(13,33%)	4(6,9%)	16	
	>80	48(53,33%)	41(70,69%)	89	
Posición	Centrado	42(46,67%)	34(58,62%)	76	0,364
	Media	24(26,67%)	12(20,69%)	36	
	Posterior	24(26,67%)	12(20,69%)	36	
Altura presentación	Libre	40(44,44%)	16(27,59%)	56	0,183
	I	38(42,22%)	32(55,17%)	70	
	II	3(3,33%)	4(6,9%)	7	
	III	9(10%)	6(10,34%)	15	

La analgesia farmacológica solo se utilizó en los partos medicalizados. En todas las gestantes que utilizaron analgesia 98,89% (n=89) se administró la epidural. El momento de administrar la epidural fue en un 90,59% (n=77) de los casos cuando el trabajo de parto ya estaba instaurado y en el 9,41% (n=8) en la primera fase del parto. Hubo un caso del modelo de parto medicalizado que no se le administró la epidural.

En cuanto a los métodos de alivio para el dolor sí se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. En el caso del calor local ($p=0,034$), el masaje lumbar ($p<0,001$), la hidroterapia ($p=0,002$), la ducha (0,971) y la deambulaci3n (0,300), siendo el modelo de parto natural el que utiliz3 m3s estos m3todos que el de parto medicalizado (Tabla 33).

Tabla 33. M3todos de alivio del dolor alternativos

	Medicalizado	Natural	Total	p
Calor local (S3)	10(11,11%)	15(25,86%)	25	0,034
Masaje lumbar (S3)	8(8,89%)	19(32,76%)	27	<0,001
Hidroterapia (S3)	5(5,56%)	14(24,14%)	19	0,002
Ducha (S3)	17(18,89%)	10(17,24%)	27	0,971
Deambulaci3n (S3)	39(43,33%)	31(53,45%)	70	0,300
Total	79	89	168	

La oxitocina solo fue administrada, a las mujeres con parto medicalizado, durante la fase de dilatación, en el 58,89% (n=53) de los casos. Las mujeres de parto natural no hicieron uso de esta medicación, excepto en un caso.

El tipo de amniorexis fue significativa en los dos modelos de parto, (p=0,027). La amniorexis artificial se realizó más en los partos medicalizados que en los partos naturales, como método de estimulación del parto (Tabla 34).

Tabla 34. Tipo de amniorexis

	Medicalizado	Natural	Totales	p
Artificial	39(43,33%)	14(24,14%)	53	0,027
Espontánea	51(56,67%)	44(75,86%)	95	
Total	90	58	148	

Las características del líquido amniótico no mostraron diferencias significativas entre los dos modelos de partos, (p=0,257) (Tabla 35).

Tabla 35. Características del líquido amniótico

	Medicalizado	Natural	Totales	p
Claro	77(85,56%)	52(91,23%)	129	0,257
Teñido	9(10%)	5(8,77%)	14	
Meconial	4(4,44%)	0(0%)	4	
Total	90	57	147	

La monitorización fetal que se utilizó fue continua y en ventanas. En el parto natural se hizo más uso de la monitorización en ventanas (p<0,001) (Tabla 36).

Tabla 36. Monitorización fetal

	Medicalizado	Natural	Total	p
Continuo	85(94,44%)	22(37,93%)	107	<0,001
Ventana	5(5,56%)	36(62,07%)	41	
Total	90	58	148	

Las diferencias entre los dos modelos de parto en referencia a la posición materna en el parto, sí que fueron significativas, (p<0,001). Las mujeres con parto medicalizado usaron más la posición de litotomía con perneras (74,44%), siendo la posición tradicional. La postura de litotomía en el caso del grupo de parto natural se utilizó, pero

sin perneras (12,07%). Los resultados constatan que las mujeres de parto natural usaron posiciones más fisiológicas para parir (Tabla 37).

Tabla 37. Posición materna durante el parto

	Medicalizado	Natural	Total	p
Cuadrupedia	1(1,11%)	13(22,41%)	14	<0,001
De cuclillas	1(1,11%)	1(1,2%)	2	
De pie	0	6(10,34%)	6	
De cubito lateral derecho	1(1,11%)	4(6,9%)	5	
De cubito lateral izquierdo	4(4,44%)	6(10,34%)	10	
Litotomía con perneras	67(74,44%)	14(24,14%)	81	
Litotomía sin piernas	14(15,56%)	7(12,07%)	21	
Silla obstétrica	2(2,22%)	7(12,07%)	9	
Total	90	58	148	

El tiempo medio durante la segunda fase del parto que emplearon las mujeres en el parto medicalizado fue de 385 ($\pm 178,66$) minutos, frente a 335,4 ($\pm 222,32$) minutos en grupo de parto natural. En este caso se utilizó el test U de Mann-Whitney debido a valores extremos, obteniendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,018$). Sin embargo, la media del tiempo del periodo expulsivo en las gestantes con parto medicalizado fue 14,23 minutos más elevada que en las mujeres de parto natural, sin que los resultados fuesen estadísticamente significativos ($p=0,175$) (Tabla 38).

Tabla 38. Tiempos en los periodos de la segunda y tercera fase del parto

	Medicalizado	Natural	p
Dilatación	385(178,66)	335,4(222,32)	0,018
Expulsivo	71,26(66,22)	57,03(59,1)	0,175
Total	90	58	

2.2.3 Variables tras el parto

No hubo diferencias significativas en el desprendimiento de la placenta en los dos modelos de parto ($p=0,900$). Sin embargo, se observaron menos intervenciones para la extracción manual de la placenta en el modelo de parto natural, en un 6,9% de los casos frente al 8,89% en el grupo de parto medicalizado (Tabla 39).

Tabla 39. Desprendimiento de la placenta

	Medicalizado	Natural	Total	p
Espontánea	82(91,11%)	54(93,1%)	136	0,900
Manual	8(8,89%)	4(6,9%)	12	
Total	90	58	148	

El contacto piel con piel de las madres con los recién nacidos en el momento del parto, no presentó diferencias significativas ($p=1$) (Tabla 40).

Tabla 40. Contacto piel con piel

	Medicalizado	Natural	Total	p
NO	1(1,1%)	0(0%)	1	1
SÍ	89(98,9%)	58(100%)	147	
Total	90	58	148	

Tampoco se encontraron diferencias significativas en la intención de proporcionar lactancia materna al recién nacido en los dos modelos de parto ($p=0,944$) (Tabla 41).

Tabla 41. Intención de lactancia materna

	Medicalizado	Natural	Total	p
NO	3(3,33%)	1(1,72%)	4	0,944
SÍ	87(96,67%)	57(98,28%)	144	
Total	90	58	148	

3. Resultados sobre la satisfacción del proceso del parto y el plan de nacimiento según el modelo de parto.

La satisfacción de las gestantes en función del modelo de parto se evaluó con un cuestionario ad hoc que mostró una consistencia interna adecuada ($\alpha=7,65$). En la Tabla 42 se muestran los resultados de los 6 ítems del cuestionario y la satisfacción global, calculada como puntuación media de todos los ítems. Las mujeres con parto medicalizado obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en todos los ítems y en la satisfacción global.

Tabla 42. Satisfacción de la gestante con el proceso de parto.

	Medicalizado	Natural	p
Atención de la matrona	4,73 ±0,445	4,47 ±0,537	<0,002
Información del proceso	4,77 ±0,425	4,40 ±0,493	<0,001
Implicación del profesional en las necesidades	4,48 ±0,384	4,12 ±0,498	<0,001
Aplicación de las medidas de confort	4,82 ±0,516	4,12 ±0,712	<0,001
Respeto de las demandas	4,71 ±0,456	4,17 ±0,625	<0,001
Seguridad percibida de la atención	4,80 ±0,402	4,62 ±0,489	0,017
Satisfacción global	4,752 ±0,281	4,319 ±0,329	<0,001

En cuanto a la satisfacción de la atención de la matrona, las diferencias entre ambos modelos fueron significativas ($p=0,002$), siendo que, las mujeres con parto medicalizado estuvieron más satisfechas con la atención de la matrona, ya que en un 80% de ellas estuvieron muy satisfechas, frente al 62,07% de las de parto natural.

Además. El 100% de las gestantes en ambos modelos de parto afirmó que la toma de decisiones había sido compartida. Sin embargo, en la pregunta *¿en el caso de otro embarazo de bajo riesgo solicitará ser atendida por una matrona?*, las diferencias sí que fueron significativas ($p=0,005$). Se observó que el 73,21% de las mujeres con partos naturales afirmaron que solicitarían ser atendidas por una matrona frente a un 45,45% de mujeres con parto medicalizado. En la Tabla 43 se muestran los motivos por los que las mujeres solicitarían la atención de una matrona, en otro embarazo.

Tabla 43. Motivos para solicitar la atención de una matrona.

	Medicalizado	Natural
Acompañamiento	4(5,19%)	2(3,57%)
Seguridad	38(49,35%)	23(23,21%)
Trato personalizado	35(45,45%)	41(73,21%)

Por otra parte, no se observaron diferencias significativas al comparar la realización del plan de nacimiento en función del modelo de parto ($p=0,085$) (Tabla 44).

Tabla 44. Realización del plan de nacimiento según el modelo de parto.

Plan de nacimiento	Medicalizado	Natural	Total	p
No	50(55,6%)	23(39,7%)	73	0,085
Sí	40(44,4%)	35(60,3%)	75	
Total	90	58	148	

Se preguntó a las mujeres que no habían cumplimentado el plan de nacimiento por los motivos. Al tratarse de una pregunta abierta, se agruparon en 4 categorías de respuestas mayoritarias y no se encontraron diferencias significativas en función del modelo de parto ($p=0,546$) (Tabla 45).

Tabla 45. Motivos por los que no se realizó el plan de nacimiento

	Medicalizado	Natural	Total	P-valor
No sabía que poner	2(4%)	0(0%)	2	0, 546
No se ha entregado	21(42%)	10(43,48%)	31	
Se olvidó entregarlo	6(12%)	5(21,74%)	11	
Se olvidó hacerlo	21(42%)	8(34,78%)	29	

Tampoco se observaron diferencias significativas en el nivel de satisfacción global de las gestantes en función de si habían cumplimentado o no el plan de nacimiento ($p=0,941$) (Tabla 46). Aunque sí hubo diferencias significativas respecto a la utilidad que las gestantes dieron al plan de nacimiento en función del modelo de parto ($p<0,001$), indicando que las mujeres con parto natural vieron de mayor utilidad realizar el plan de nacimiento (Tabla 47).

Tabla 46 Satisfacción global según si han realizado el plan de nacimiento

	Plan de nacimiento		p
	No	Si	
Satisfacción global	4,584 \pm 0,38	4,58 \pm 0,357	0,941

Tabla 47. Utilidad del plan de nacimiento

Utilidad	Medicalizado	Natural	Total	p
NO	18(46,15%)	0(0%)	18	<0,001
SÍ	21(53,85%)	35(100%)	56	
Total	39	35	74	

DISCUSIÓN

La atención al parto en las últimas décadas ha estado muy lejos de ajustarse a las verdaderas necesidades de la madre y su pareja. Gracias a un importante esfuerzo de las organizaciones sanitarias, instituciones y asociaciones de profesionales, se ha producido un auténtico cambio de paradigma en donde el parto ha empezado a ser tratado como un proceso fisiológico, natural y perfectamente saludable. La OMS afirma que la evidencia pone de manifiesto que el uso inapropiado de la tecnología en el parto ocasiona iatrogenia, incrementando la tasa de cesáreas y partos instrumentales, y establece que las mujeres que precisen del uso de estas tecnologías no deben sobrepasar el 10%²⁰.

Es en Fortaleza (Brasil), en 1985, donde la OMS insta a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, parto y nacimiento, que se caracterizaba por una creciente medicalización y sobrevaloración de la tecnología, sobre todo en los países desarrollados. En este encuentro se recomendó respetar el curso normal de estos procesos, limitando las intervenciones a aquellos casos que estén respaldados por la evidencia científica⁹⁸.

Humanizar la asistencia a la mujer en su proceso de embarazo y parto, es aplicar el conocimiento técnico-científico, y con ello propiciar el respeto y la comunicación entre los profesionales, la gestante y la familia. La intervención se debe aplicar solo en los casos necesarios, teniendo en cuenta las creencias, costumbres, sentimientos, pensamientos y percepciones individuales de cada gestante. La atención al parto debe llevar implícita los principios éticos fundamentales para la atención a las personas: respeto por su autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Todo ello en armonía con el cumplimiento de los derechos humanos a la dignidad a la vida, la seguridad y la igualdad en la atención¹⁴³.

En un estudio observacional y prospectivo realizado en Módena (Italia), los autores hacen énfasis en promover, con urgencia, la educación de matronas y obstetras, hacia un enfoque específico sobre la ética, la comunicación y la filosofía del cuidado para permitir la normalización y humanización del nacimiento¹⁴⁴. En contraposición a lo anterior, según Puyol¹⁴⁵, el maltrato o la violencia obstétrica se ha definido como la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, que lleva a la pérdida de la autonomía y de la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

En la revisión de la literatura no se han encontrado estudios similares al realizado, donde se comparan los resultados obstétricos de dos modelos de parto y que estos hayan sido atendidos por matronas. Sin embargo, son frecuentes los estudios que comparan la atención y los resultados de matronas y obstetras. Diferentes estudios constatan que la atención de las matronas mejora los resultados en la atención en los partos de bajo riesgo y la satisfacción de las usuarias, además de disminuir la probabilidad de nacimiento por cesárea y de la práctica de la episiotomía¹⁴⁶, considerando la atención en los partos de bajo riesgo una opción segura¹⁴⁷.

Por otra parte, factores como las presiones de tiempo de atención, una cultura de riesgo adverso y las expectativas de las mujeres en relación con su parto, impiden que la matrona desarrolle plenamente sus competencias dentro del marco hospitalario¹⁴⁸, existiendo una marcada jerarquización asistencial entre matronas y obstetras, siendo necesario mejorar los modelos de atención al parto y aumentar la autonomía y la responsabilidad de las matronas sobre las gestaciones y partos de bajo riesgo¹⁴⁹.

En este estudio los resultados obtenidos han sido óptimos en los dos modelos de parto atendidos por matronas, aunque hay que destacar que los dos modelos de parto analizados parten, desde el inicio, con unas características diferenciadas. Mientras que a un porcentaje de las mujeres con parto medicalizado se les aplicó medicación para adecuar la dinámica uterina cuando el parto ya estaba instaurado, en las mujeres de parto natural no se hizo uso (sólo en un caso), y su proceso se desarrolló de manera espontánea y fisiológica. De este modo, algunas de las variables a estudio, han tenido diferencias significativas, en función de los modelos de parto.

Como apunta Lyon et al¹⁵⁰, un aspecto para considerar en este tipo de estudios es la elevada cantidad de variables que afectan al parto, siendo la mayor dificultad intentar controlar una única variable en el seno de un proceso tan complejo como es el parto. Las variables principales consideradas en esta tesis fueron el dolor, la integridad del periné y el test de Apgar.

En la variable dolor, medida a través de la escala EVA, el riesgo relativo fue 1,187, de modo que la cohorte de partos naturales tuvo más dolor frente a los partos medicalizados, aunque los resultados no fueron significativos. Por una parte, el miedo de la mujer a padecer dolor hace que tome la decisión de utilizar la analgesia epidural, efectiva para disminuirlo. Por otra parte, el 28,89% de los partos medicalizados, se estimularon con oxitocina en la fase de dilatación, con el objetivo de adecuar la dinámica uterina en el trabajo de parto, de modo que, la intensidad del dolor pudo aumentar considerablemente y la mujer solicitó, por este motivo, la analgesia epidural.

Por otra parte, en los partos medicalizados la analgesia farmacológica se aplicó en el 98,89%, cuando el parto ya estuvo instaurado. Por tanto, aquellas mujeres que se les administró oxitocina, de manera simultánea se les aplicó la analgesia epidural, y a partir de aquí, todas las otras variables del proceso del parto pueden modificarse de manera considerable. Estos resultados coinciden con los de Lyon et al¹⁵⁰, que afirma que la administración de analgesia epidural es significativamente superior en aquellos partos estimulados con oxitocina. De acuerdo con Rojo Escribano¹⁵¹, el tipo de parto se modifica en función de la administración de analgesia epidural, aumentando la cantidad de partos normales si no se hiciera uso de esta. Con este condicionante, la mujer con parto natural necesitará de métodos alternativos con el objetivo de soportar el dolor.

En la variable dolor, nuestros resultados muestran que a más edad de la mujer la probabilidad de tener dolor aumenta significativamente. En los estudios consultados, esta variable aparece registrada pero no como condicionante del dolor. Los estudios encontrados relacionan la edad de la gestante con una amplia gama de resultados adversos durante el embarazo, parto y posparto, como es el caso de diabetes gestacional, preeclampsia, parto por cesárea o hemorragia posparto¹⁵².

El parto natural también tiene más probabilidad de tener dolor, por tanto, las mujeres en este modelo de parto utilizaron los métodos alternativos para tolerarlo mejor. Estudios consultados abogan por utilizar métodos para el alivio del dolor, como la utilización de la pelota, los masajes, la ducha o el calor local, considerando que éstos pueden retrasar la aplicación de la epidural y consecuentemente, acortar el tiempo de la segunda parte del parto, mejorar las puntuaciones en el test de Apgar del recién nacido y la satisfacción materna¹⁵³.

En nuestros resultados, el calor local y utilizar posiciones fisiológicas para parir disminuyeron el dolor en el modelo de parto natural, aunque no significativamente, lo que probablemente permitió la deambulación durante el proceso de parto, no hacer uso de analgesia epidural y que su tiempo en la segunda y tercera etapa del parto fuera inferior a las de parto medicalizado. Jiménez¹⁵⁴ analiza este tema en su estudio constatando las ventajas que tiene la movilidad de la mujer durante el parto, y lo asocia a una mayor tolerancia al dolor, una menor utilización de la analgesia epidural y reducción del tiempo de la segunda y tercera etapa del parto.

Valiani et al¹⁵⁵ consideran que la aplicación de varias posiciones de la mujer, en la segunda y tercera etapa del parto, es útil para reducir el dolor en el trabajo de parto. Los mismos resultados se encontraron en el estudio de Ponce¹⁵⁶, estableciendo una

clara relación entre la aplicación de calor local y optar por posturas biomecánicas durante el trabajo de parto reduce el dolor. El 100% de las mujeres que usaron estas técnicas no tuvieron la necesidad de usar ningún tipo de fármaco como medida analgésica y optaron por un parto natural.

En una revisión sistemática¹⁵⁷, seis ensayos examinaron la hidroterapia y encontraron un efecto de alivio del dolor en el parto. De estos ensayos, 2 examinaron la analgesia y encontraron un uso reducido entre las mujeres que se bañaban durante el parto, además de mejorar los resultados neonatales, de modo que consideran que la hidroterapia facilita el parto fisiológico y la satisfacción en la atención.

En nuestros resultados, el hacer uso de hidroterapia como método de alivio para el dolor, en la regresión logística aumentó la probabilidad de desgarro en el periné y en el caso del uso de la ducha lo disminuyó, aunque en ningún caso significativamente. Sin embargo, en cuanto al test de Apgar, la hidroterapia disminuyó significativamente la probabilidad de puntuación de 10. Estos resultados podrían considerarse como hallazgos, aunque la relación entre estas variables debería explorarse con estudios más específicos.

Por otra parte, la realización de la episiotomía, en los dos modelos de parto, no presentó diferencias significativas. En cuanto a la integridad del periné, el modelo de parto natural tuvo más probabilidades de estas lesiones en el periné, aunque no significativamente. En ningún caso de los partos realizados se produjo un desgarro tipo III y IV. Por tanto, en los partos vaginales atendidos por matronas es posible conseguir buenos resultados en cuanto a la integridad del periné, independientemente, del modelo de parto utilizado. En cuanto a las regresiones logísticas, no se encontraron variables significativas, aunque el método de alivio con la deambulación se acercó a la significación, siendo que si se usaba este método se tuvieron más probabilidades de tener desgarro en el periné, independientemente del modelo de parto. También aumentó la probabilidad de sufrir desgarro si aumentaba la edad materna, uso de una posición diferente a la litotomía, uso de calor local e hidroterapia como método de alivio para el dolor, aunque sin significación.

Estos resultados coinciden con los de otro estudio¹⁵⁸, donde la lesión obstétrica del periné aumentó con la edad materna. Las mujeres con mayor edad tuvieron más probabilidades de sufrir un desgarro perineal, no solo de I y II grado, sino que hay más posibilidades que sean de III y IV grado. En el estudio de Suto et al¹⁵⁹, los resultados en la regresión logística mostraron que la edad avanzada, la posición de rodillas o el uso de la silla obstétrica aumentaron el riesgo de las laceraciones

perineales, independientemente de la paridad de la mujer, coincidiendo con nuestros resultados.

En otro estudio¹⁶⁰, se analizaron las perspectivas de las gestantes y las matronas sobre las posiciones durante el parto y el trauma perineal. Los autores consideran que se debe hacer uso de diferentes posiciones en el parto, considerando que estas pueden ser beneficiosas para disminuir la práctica sistemática de la episiotomía. Sin embargo, Santiago Vasco⁶⁴ considera que utilizar la posición vertical en el parto reduce de manera significativa la tasa de episiotomía, pero a costa de un aumento de los desgarros labiales y de algunos desgarros que precisan sutura.

En cuanto a la variable test de Apgar a los 5 minutos, sí que hubo diferencias significativas entre los dos modelos de parto. Se interpreta que todos los recién nacidos tuvieron una buena puntuación, si bien la puntuación 10 se dio en más casos de partos naturales. En la regresión logística, hacer uso de la hidroterapia disminuyó la probabilidad de que el recién nacido tuviera una puntuación de 10 y en el modelo de parto natural aumentó esta probabilidad. Entendemos que, en el modelo de parto medicalizado al hacer uso sistemático de la analgesia epidural, esta puede afectar en la valoración del test de Apgar del recién nacido. Por el contrario, el estudio que realizó Rojo¹⁵¹, donde analizó la repercusión de la analgesia epidural en el test de Apgar del neonato, no encontró diferencias significativas entre las madres que la usaron y las que no. En nuestros resultados la única variable con significación fue la paridad, ser mujer secundípara se aproximó a la significación, aumentando las probabilidades de tener puntuaciones mejores en el test de Apgar a los cinco minutos.

Los estudios consultados no mostraron significación en la paridad, como el realizado por Wieigos A et al¹⁶¹, que analizaron la paridad en embarazos después de los 40 años y la influencia en el resultado perinatal, concluyen que no observaron relaciones entre la paridad en el puntaje de apgar.

Los estudios relacionan otros factores que pueden influir con peores puntuaciones del test de Apgar, como el realizado en el Hospital General Isidro Ayora de Loja (Ecuador), donde el objetivo fue identificar factores de riesgo obstétricos que predominan en las embarazadas, determinar el puntaje de Apgar y relacionar los factores de riesgo. Concluye el estudio que la hipertensión arterial fue la principal causa de un puntaje por debajo de 7 puntos¹⁶².

Según el estudio de Herrera-Gómez et al¹⁶³, el inicio más temprano de la lactancia materna fue más frecuente en el grupo de no epidural. Por tanto, considera que la

analgésia epidural puede tener efectos adversos en los recién nacidos, aunque los riesgos son bajos.

En este estudio los partos naturales utilizaron posiciones más fisiológicas para parir. Esto puede beneficiar a una mejor valoración del estado del recién nacido, como lo constata el siguiente estudio cuasi experimental que comparó los resultados fetales de los partos en la mesa de partos y en partos en silla obstétrica. Los resultados sugieren que parir en la silla de partos es una alternativa segura a la mesa de partos en términos de resultado fetal¹⁶⁴.

Además de las variables principales del estudio, se han estudiado otras relacionadas con el proceso de parto, donde algunas de ellas han tenido diferencias significativas. Este es el caso de la utilización de la monitorización fetal. El modelo de parto natural hizo más uso de monitorización intermitente o ventanas. Esto puede deberse a que las mujeres de parto natural tuvieron más libertad de movimientos durante el proceso del parto al no utilizar la analgesia epidural. La matrona en estos casos pudo utilizar el control de la frecuencia fetal de manera intermitente o hacer uso de la tocografía inalámbrica. El parto medicalizado utilizó la monitorización continua en una 94,44% de los casos y en ventanas en el 5,56%, ya que está recomendado que cuando se administra la oxitocina debe utilizarse la monitorización continua. Las mujeres con parto natural utilizaron la monitorización continua en el 37,93% y en ventanas en el 62,07%. La literatura reciente recomienda utilizar la monitorización fetal intermitente en los partos de bajo riesgo. Sholapurkar¹⁶⁵ considera que la utilización sistemática de la auscultación fetal continua, en comparación con el empleo selectivo en partos de bajo riesgo, se asocia a un incremento de la tasa de partos instrumentales y a un aumento significativo de la tasa de cesáreas. Por otra parte, Grant¹⁶⁶ concluye que el uso de la monitorización continua en mujeres con partos de bajo riesgo no disminuye el riesgo de ingresos de los recién nacidos en la unidad de neonatos, no mejora los resultados del test de Apgar, ni mejora la morbilidad neonatal.

Otra de las variables con significación fue el tiempo que emplearon los dos modelos de parto en la segunda etapa del parto. La cohorte de partos medicalizados utilizó significativamente más tiempo que la cohorte de parto natural, en la segunda etapa del parto, mientras que no hubo diferencias significativas entre ambas cohortes en la tercera etapa. Estos resultados coinciden con un estudio, donde se comparó, entre otras variables, la duración del proceso de parto de aquellas mujeres que usaron analgesia epidural y las que no la usaron. Comprobaron que el tiempo utilizado en la segunda etapa fue mayor en las que hicieron uso de este procedimiento¹⁶⁷.

También las diferencias en el tipo de amniorexis fueron significativas en los dos modelos de parto, siendo la amniorexis artificial más utilizada en los partos medicalizados, como método de estimulación, cuando la mujer ya estuvo en una fase activa del parto.

Cabe decir que no se identificaron diferencias significativas entre ambas cohortes en las variables edad materna, edad gestacional, índice de masa corporal, nivel de estudios, estado civil de la gestante, si el parto se había realizado por la matrona o por la matrona residente, fórmula obstétrica, planificación de la gestación, test de Bishop, paridad, características del líquido amniótico, desprendimiento de la placenta, contacto piel con piel ni en la intención de lactancia materna.

Otro de los objetivos del estudio fue conocer el nivel de satisfacción y el plan de nacimiento según el modelo de parto. El cuestionario se realizó al total de la muestra, en su mayoría a través de llamada telefónica ya que al ser partos de bajo riesgo recibieron el alta a las 24 horas del parto.

Las diferencias en el nivel de satisfacción sí que fueron estadísticamente significativas entre ambos modelos de parto, siendo que las mujeres de parto medicalizado estuvieron más satisfechas. En la revisión de la literatura no se han recuperado estudios sobre el nivel de satisfacción de las mujeres en función del modelo de parto. Por otra parte, algunos estudios, evidencian que los resultados de satisfacción sobre el proceso de parto son mayores cuando las mujeres son atendidas por matronas al compararlos con una atención compartida matrona-obstetra¹⁶⁸.

En un estudio se analizaron seis componentes importantes que hay que tener en cuenta en la atención del parto por parte de las matronas. Estos seis componentes son: la presencia, las relaciones mujer-matrona, las estrategias de afrontamiento, el progreso del parto, el parto y el apoyo de la matrona. Se trata de un estudio etnográfico donde se recogieron datos de 30 observaciones en tres entornos diferentes de nacimiento. Concluye el estudio que cuando el equilibrio de los seis componentes se ajusta a las necesidades de las mujeres, estas quedan satisfechas con su parto, incluso cuando no se hubieran cumplido sus expectativas. La proporción de una matrona por mujer debe de estar disponible para todas las mujeres en trabajo de parto¹⁶⁹. En nuestros resultados, donde se analizó la atención del proceso, la información, la implicación de la matrona, la aplicación de medidas de confort, el respeto a las demandas y la seguridad percibida por parte de la mujer, las valoraciones en los dos modelos de parto fueron óptimas, si bien, como en nuestro estudio se comparaban los dos modelos, el resultado fue que se obtuvieron

puntuaciones significativamente mayores en todos los ítems y en la satisfacción global de los partos medicalizados, en comparación con la valoración de las de parto natural.

En cuanto a que las mujeres del modelo de parto medicalizado hayan tenido mayor grado de satisfacción que las de parto natural, entendemos que en esta variable pudiera estar incluida la expectativa de la mujer por su parto, siendo que las mujeres de parto natural sean las que tengan un mayor grado de expectativa en relación con su parto. Kuo et al¹⁷⁰ concluyen en su estudio que los planes de nacimiento son un medio eficaz para cumplir con las expectativas del parto en las mujeres embarazadas.

El objetivo del plan de nacimiento es conocer las necesidades y preferencias que tiene la mujer/pareja en referencia a su parto. Es un documento de gran utilidad para las matronas que van a atender a la mujer en su proceso de parto. Conocer las necesidades, los valores, las preferencias y las expectativas de las mujeres en los partos normales, ayuda a los profesionales de la salud, pero sobre todo a las matronas, a brindar una atención de alta calidad a las mujeres en su parto¹⁷¹.

En el centro donde se ha realizado esta tesis, se le entregó a la mujer el plan de nacimiento, con el objetivo que expresara junto con su pareja, como desearían que fuera su parto. En nuestros resultados se constata que no todas las mujeres lo realizaron, en algunos casos porque no se les había entregado, pero en otros porque o no sabían que poner o se olvidó de entregarlo o hacerlo. Aún y así, se considera que esta herramienta es útil no sólo para las mujeres sino también para los profesionales que la atenderán en el parto, y que es el primer contacto que tienen con ellas. En nuestros resultados, tanto en la valoración de la utilidad como en la satisfacción de su parto según si lo habían o no realizado, no mostraron diferencias significativas. Sin embargo, en la utilidad del plan de nacimiento, sí que hubo diferencias significativas, siendo las del modelo de parto natural las que vieron de mayor utilidad realizarlo.

En la literatura se han identificado otros factores que pueden influir en el nivel de satisfacción de las mujeres con el parto y que no han sido considerados en este estudio. Por una parte, algunos autores recomiendan aliviar el estado de incertidumbre típico del evento de la maternidad, mediante educación pre-parto y que la matrona y la mujer revisen juntas el plan de nacimiento en el momento del parto¹⁷². De hecho, se ha visto que el uso de planes de nacimiento refuerza la autonomía de las mujeres gracias a la elección de la postura para parir, la ingesta de líquidos, el uso de enemas y el rasurado del periné, mejorando su satisfacción, además, su uso se ha relacionado positivamente con el aumento del contacto piel con piel, el pinzamiento tardío del cordón umbilical y de la tasa de partos naturales¹⁷³.

Un estudio cualitativo realizado en España cuyo objetivo fue valorar las expectativas previas, el nivel de satisfacción y los factores psicosociales entre madres según la elaboración del plan de nacimiento. Las conclusiones constataron que las madres que habían realizado los planes de nacimiento mostraron niveles más bajos de satisfacción, así como de sentimientos de decepción y frustración, al haber desarrollado ciertas expectativas sobre como sucedería su parto. Las madres, posiblemente, desconocedoras de la existencia de estos planes, fueron menos exigentes en cuanto a la planificación de su parto y se dejaron llevar más por la improvisación en función de la evolución del proceso¹⁴². Para Aragón¹⁷⁵ los elementos más importantes del plan de nacimiento fueron el control del dolor, medidas de comodidad (movilidad durante el parto), preferencias posparto (lactancia), ambiente (privacidad) y creencias sobre el parto (aspectos culturales).

Sin embargo, Kuo et al¹⁷⁰, encontró que el grupo de mujeres que realizaron el plan de nacimiento tuvo un grado estadísticamente más alto de experiencias positivas del parto, mayor control en el parto y los resultados del estudio justifican la implementación de los planes de nacimiento ya que es un medio eficaz para cumplir con las expectativas del parto en las mujeres embarazadas.

Por último, se preguntó a las mujeres si en el siguiente embarazo solicitarían la atención de la matrona si tuviera un embarazo de bajo riesgo. Los resultados mostraron diferencias significativas, de modo que las mujeres con parto natural en un 73,21% contestaron que sí, mientras que sólo lo solicitarían el 45,45% de las mujeres de parto medicalizado. Estos resultados sugieren que en los partos naturales la implicación de la matrona es más estrecha con la mujer, para brindar el apoyo necesario para afrontar el dolor o la complicidad a la hora de satisfacer las demandas requeridas por la mujer.

1. Limitaciones del estudio

Este estudio no está exento de limitaciones, de modo que los resultados deben considerarse con cautela. Por una parte, se trata de un estudio realizado en un único hospital y se ha utilizado un muestreo consecutivo de casos. De este modo, los resultados, solo pueden considerarse como representativos de la población a estudio y el tipo de muestreo puede afectar a la validez interna de los resultados. Sin embargo, se justifica el uso de un muestreo no probabilístico debido a que son las mujeres quienes en principio eligen el modelo de parto y que durante la recogida de datos se observó que el porcentaje de partos naturales era muy inferior al de partos

medicalizados, siendo necesario estratificar el cálculo del tamaño muestral en función del tipo de parto. Utilizar un muestreo probabilístico hubiese alargado de forma excesiva el periodo de recogida de datos. Por otra parte, se destaca que, a pesar del tipo de muestreo utilizado, se puede considerar que los grupos son comparables en función de los resultados del análisis de las variables sociodemográficas y relacionadas con el proceso de parto. La dificultad de obtener muestras representativas del grupo de parto natural debe tenerse en cuenta en futuras investigaciones.

Por otra parte, existe poca literatura sobre la evaluación y los resultados obtenidos en diferentes modelos de partos de bajo riesgo atendidos por matronas y una importante diversidad de metodologías utilizadas y variables a estudio. Esto ha dificultado la comparación de alguno de nuestros resultados.

Respecto a los resultados relacionados con la satisfacción de las mujeres en función del tipo de parto, se debe considerar que se utilizó un cuestionario *ad hoc* que no fue sometido a un proceso de validación. En la literatura es posible identificar cuestionarios validados en castellano para evaluar la satisfacción general como la asistencia hospitalaria, como el cuestionario SERVQHOS¹⁷⁶, o específicos con los servicios de enfermería SERVQHOS-E¹⁷⁷. También es posible encontrar cuestionarios validados en inglés para evaluar la satisfacción en el proceso de parto, como la Escala de satisfacción de parto de Mackey¹⁷⁸, o el cuestionario Care in obstetrics measure for testing satisfaction¹⁷⁹ (COMFORTS), que fue validado al castellano por Vivanco Montes et al¹⁸⁰ en 2012. A pesar de esta limitación, se debe considerar que el cuestionario utilizado mostró una consistencia interna adecuada ($\alpha=0,65$), considerando que los resultados son relevantes ya que evidencia diferencias en la satisfacción en función del modelo utilizado en la muestra estudiada.

2. Recomendaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

Si bien no se ha encontrado literatura que compare dos modelos de parto de bajo riesgo atendido por matronas, esta investigación puede servir de referente inicial para continuar profundizando en los resultados de la práctica clínica de la matrona en este ámbito, siendo recomendable realizar estudios multicéntricos, con muestras más amplias, y con diseños que permitan una selección aleatoria de las mujeres. Por otra parte, los experimentos puros, son los diseños que aíslan los efectos de las intervenciones en salud, sin embargo, en este caso se consideró recomendable el uso

de diseños cuasi-experimentales u otros como cohortes o casos y controles, siendo necesario respetar el derecho de autonomía de las mujeres a la hora de elegir inicialmente el modelo de parto.

Además, se debería considerar en futuros trabajos la posible relación entre el nivel de satisfacción, el cumplimiento de las expectativas y la realización del plan de nacimiento, utilizando un cuestionario validado sobre la satisfacción como COMFORTS.

A pesar de las limitaciones expuestas anteriormente, los resultados obtenidos se consideran relevantes ya que evidencian que no existen diferencias significativas en la atención de partos de bajo riesgo, medicalizados o naturales, cuando son atendidos por matronas. Del mismo modo, estos resultados ponen de manifiesto que la atención natural al parto, es una alternativa, frente a la medicalización, y que, además, respeta la voluntad de las mujeres. Por otra parte, se han identificado variables relacionadas con el proceso de parto que pueden influir en el nivel del dolor, la integridad del periné y los resultados del test de Apgar. La difusión de los resultados de esta investigación permitirá a los profesionales de la obstetricia conocer cómo afectan las variables que se producen en el proceso de parto y de esta manera, si se considera, modificar en alguna de ellas la actuación.

CONCLUSIONES

- 1.- Las mujeres atendidas con parto natural no tienen un riesgo significativamente mayor de padecer más dolor que las mujeres atendidas con parto medicalizado.
- 2.- Una edad materna mayor se asoció significativamente con mayores puntuaciones en la escala EVA para la valoración del dolor, independientemente del modelo de parto.
- 3.- Las mujeres atendidas con parto natural no tienen un riesgo significativamente mayor de padecer desgarro que las mujeres atendidas con parto medicalizado.
- 4.- Ninguna de las variables estudiadas se relaciona significativamente con la aparición de desgarro del periné, aunque usar como método de alivio del dolor la deambulación se aproxima a la significación.
- 5.- Los niños nacidos con parto medicalizado tienen significativamente más riesgo de obtener puntuaciones inferiores en el test de Apgar a los cinco minutos.
- 6.- El modelo de parto natural se asocia significativamente con puntuaciones mayores en el test de Apgar a los cinco minutos, mientras que el uso de la hidroterapia se asocia significativamente con puntuaciones menores. Ser mujer secundípara se aproximó a la significación, aumentando las probabilidades de tener puntuaciones en el test de Apgar a los cinco minutos.
- 7.- Las mujeres atendidas con modelo de parto medicalizado muestran significativamente una mayor satisfacción con el proceso de parto, que las atendidas con el modelo del parto natural.
- 8.- Las mujeres atendidas con parto medicalizado tienen una satisfacción con la atención de la matrona significativamente mayor que las atendidas con parto natural.
- 9.- La satisfacción global con la atención al parto no muestra diferencias significativas en función de si las mujeres han realizado o no el plan de nacimiento.
- 10.- La utilidad del plan de nacimiento es significativamente superior para las mujeres atendidas con el modelo de parto natural.

REFERENCIAS

1. Protocolo para la Asistencia Natural al Parto Normal [Internet]. Barcelona: Dirección General de Salud Pública; 2007 [consultado 12 junio de 2016]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/1202>
2. García Jordá D, Díaz Bernal Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010; 36(4): 330-336.
3. Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [Tesis doctoral en Internet]. Tarragona: Universidad de Tarragona; 2007 [consultado 4 de septiembre de 2016]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/>
4. Oakley A. *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Basil Bernstein; 1984.
5. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of child-birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75: s5-23.
6. Stoller N. *Forced labor: maternity care in the United States*. Oxford: Pergamon Studies in Critical Sociology; 1974.
7. Arsuaga JL. *Marcha bípeda y el problema del parto* [Internet]. Burgos: Aula Abierta; 2002 [consultado 5 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://recursos.march.es/culturales/documentos/conferencias/resumenes-bif/7.pdf?v=96524451>
8. Ganso Pérez AI. *Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre el pasado* [Tesis doctoral en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2016 [consultado 4 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/16797>
9. Benito González E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. *Biociencias*. 2005; 3: 3-14.
10. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. *La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud*. México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad; 2008.
11. Cabero L. *Obstetricia y medicina fetal*. Madrid: Paramericana; 2010.
12. Martínez Galiano JM. *Manual de asistencia al parto*. Barcelona: Elsevier; 2013.
13. Botella Llisiá J, Clavero Núñez JA. *Tratado de ginecología*. 14ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1993.

14. Abitbol MM. The shapes of the female pelvis. Contributing factors. *J Reprod Med.* 1996; 41(4): 242-250.
15. Bonilla-Musoles F, Pellicer A. *Obstetricia, reproducción y ginecología básicas.* 1ª ed. Barcelona: Médica Panamericana; 2007.
16. Castán J, Tobajas J. *Guía práctica: Obstetricia para matronas.* Barcelona: Paramericana; 2013.
17. Arnau Sanchez J, Martínez Moche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Alvarez Munarriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área de Salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana.* 2012; (2): 225-247.
18. *Iniciativa parto normal. Documento de consenso* [Internet]. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME); 2007 [consultado 12 de junio de 2016]. Disponible en: www.federación-matronas.org/ipn/parto-normal/
19. *Documento de consenso. Atención al parto normal* [Internet]. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología; 2008 [consultado 12 de junio de 2016]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego>
20. *Care in normal birth: a practical guide.* Ginebra: World Health Organization; 1996.
21. *El parto es nuestro* [Internet]. [Consultado el 4 de septiembre de 2016]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es>
22. Marín Sánchez MP. *Aspectos bioéticos del parto natural* [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
23. Ecuriet R, Pueyo M^a, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al. La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Profesión.* 2014; 15(2): 62-70.
24. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2007 [consultado el 24 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto>
25. *Idescat. Instituto de Estadística de Cataluña* [Internet]. [Consultado 27 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/>
26. *Maternidad Hospitalaria Estándares y recomendaciones.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
27. Alemany MJ, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas Profesión.* 2005; 6(4): 23-27.
28. Vera M, Revolo-Sánchez M. Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. *Med Fam Andal.* 2011; 3: 273-285.

29. Arco-Arenas C, Molina-Medina AI. Preferencias de parto y satisfacción de las mujeres que acuden al Hospital de Antequera. *GARNATA* 91. 2012; 14:193-194.
30. Making pregnancy safer. Mission and principles. Copenhagen: World Health Organization; 2007.
31. Dirección General de Planificación y Evaluación. Plan estratégico de ordenación de la atención materno-Infantil en los hospitales de utilización pública de Cataluña. Barcelona: Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña; 2008.
32. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y la atención al recién nacido. Barcelona. Departamento De Sanidad y Seguridad Social, Generalitat de Cataluña; 2004.
33. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Guías de Práctica Clínica del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
34. Herrera B, Gávez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof.* 2006; 7(1): 27-33.
35. Comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre el estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
36. Maduración cervical. Aceleración de un proceso cervical. *Matronas Prof.* 2007; 8(1): 24-29.
37. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. American College of Obstetrician and Gynecologist. Practice Bulletin No 107: Induction of labor. *Obst Gynecol.* 2009; 114: 386.
38. Crane JMG. Factors predicting labor induction success: a critical analysis. *Clin Obstet Gynecol.* 2006; 49(3): 573-584.
39. Kolkman DG, Verhoeven CJ, Brinkhorst ST, Van Der Post JA, Pajkrt E, Opmeer BC, et al. The Bishop score as a predictor of labor induction success: a systematic review. *AMJ Perinatal.* 2013; 30(8): 625-630.
40. Crane J, Delaney T, Butt KD, Bennett KA, Hutchens D, Young DC. Predictors of successful labor induction with oral or vaginal misoprostol. *J Maternal Fetal Neonat Med.* 2004; 151: 319-323.
41. Debby A, Rotmensch S, Girtler O, Gadan O, Golan A. Clinical significance of the floating fetal head in nulliparous women in labor. *J Reprod Med.* 2003; 48(1): 37-40.
42. Govantes J, Lorenzo P, Govantes C. Desarrollo infantil. Parámetros antropomórficos. Madrid: Laboratorio Normon; 2006.
43. Hubner ME, Ramírez RA, Muñoz H. Asfixia neonatal evaluada a través del test de Apgar y PH de vena umbilical. *Rev Pediatr.* 1991; 34: 166-170.
44. Torres Morera LM. Tratado de anestesia y reanimación. Madrid: Arán; 2001.

45. Le Breton D. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral; 1999.
46. Anderson Leap N, Anderson T. The role of pain in normal birth and the empowerment of women. En: Downe S, editor. Normal childbirth. Evidence and debate. London: Elsevier; 2008.
47. Bayés-Bayés R. La sociedad contemporánea ante el dolor y la muerte. Humanitas, Humanidades Médicas. 2003; 1(1): 67-74.
48. Núñez P. Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. Matronas Prof. 2014; 15(2): 43-49.
49. Zafra Pedome JC, Calvache España JA. Analgesia epidural para el trabajo de parto. IATREIA. 2008; 21(4): 355-361.
50. Capo MP, Prunet C, Baillerd C, Kpéa L, Blondel B, Le Ray C. Anesthetic and obstetrical factors associated with the effectiveness of epidural analgesia for labor pain relief: An observational population based study. Reg Anesth Pain Med. 2017; 42(1): 109-116.
51. Muñoz-Sellés E. Terapias complementarias y alternativas en la atención del parto: implantación y uso en los hospitales acreditados para la atención natural al parto normal y formación de las matronas que dan asistencia [Tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2013 [consultado 4 de enero de 2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/54696>
52. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. The complementary therapies for labour and birth study making sense of labour and birth - Experiencias of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. Midwifery. 2016; 40: 124-131.
53. Delgado García BE. Estudio experimental controlado y aleatorizado sobre la efectividad y seguridad del uso de la pelota de partos durante el trabajo de parto [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2015.
54. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Vizcaya: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
55. Cuett ER, Burns E. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 16(5): CD000111.
56. García Sánchez EM, Muñumel Alameda G, Fajardo del Valle A, Urbaneja Postigo E, Rodríguez Blanco E, Vicente Mayorga X, et al. Protocolo de asistencia al parto normal de baja intervención: hidroterapia. Procedimiento específico de uso de la bañera como alivio del dolor en la fase de dilatación [Documento interno no publicado]. Marbella: Hospital Costa del Sol; 2007.

57. Uceira Rey S, Loureiro Martínez R, Barcia Raposo I, Valderrábano González I, González Fernández I, Silva Espido M, et al. Procedimiento de inmersión en al agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza. *Matronas Prof.* 2015; 16(1): 12-17.
58. Davies R, Davis D, Pearce M, Wong N. The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2015; 13(10): 180-231.
59. Lailla Vicens JM. Conceptos y causas del parto. En: González Merlo J, Fabré GE, Gonzalez BE. *Obstetricia.* Barcelona: Elsevier Masson; 2006. p. 285.
60. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2012; 38(1).
61. De Jonge A, Lagro-Janssen AL. Birthing positions. A qualitative study into de views of women about various positions. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004; 25(1): 47-55.
62. Mayberry LJ, Strangue LB, Suplee PD, Gennaro S. Use of upright positioning with epidural analgesia: finding observational study. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2003; 28(3): 152-159.
63. Santiago Vasco M, Béjar Poveda C. Metaanálisis sobre las posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas Prof.* 2015; 16(3): 90-95.
64. Diorgu FC, Steen MP, Keeling JJ, Mason-Whitehead E. Mothers and midwives' perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study. *Women Birth.* 2016; 29(6): 518-523.
65. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno A, Jimeno JF. Las posturas de la mujer de parto en fase expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Med Natur.* 2014; 8(1): 23-30.
66. Calderón J, Bravo J, Albinagorda R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008; 54: 49-57.
67. Rivero Gutiérrez C, Palomo Gómez R, Mora Morillo JM. Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
68. Sánchez Casal I. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente.* 2012; 97: 25-32.
69. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara?. *Am J Obstet* 1918; 78: 211-219.
70. DeLee JB. The prophylactic forceps operation. 1920. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(1): 254-255.
71. Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto: guía para obstetras y médicos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [consultado 24 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.in/iris/handle/10665/68384>

72. Guidelines for perinatal care. 4th ed. Washington DC: American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists; 1997.
73. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (2): CD000081.
74. Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2005; 56(2): 116-126.
75. Sadornil Vicari ME, Espinilla-Sanz B, González-Nicolás I, Albillos-Alonso L, Marcos-Peña S, Fernández-Pernia B. Evolución de la tasa de episiotomías en el Hospital Universitario de Burgos y su relación con los resultados perineales y neonatales. *Matronas Prof*. 2016; 17(2): 39-46.
76. Juste Pina A, Luque-Carro R, Sabater-Adán B, Sanz-de Miguel E, Viñerta-Serrano E, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas Prof*. 2007; 8(3-4): 5-11.
77. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 2: CD000081.
78. Mozo ML, Solís I, Gómez N. Revisión sistemática de la episiotomía. *Prog Obstet Ginecol*. 2004; 47(7): 330-337.
79. Luque M, Ruiz G, Merino I, Hijona RM. ¿Es eficaz el masaje perineal antenatal y en el periodo expulsivo del parto?. *Inquietudes*. 2008; 38: 19-22.
80. Duarte L, García S, Mejías MC. Masaje perineal. *Nure Inv [Internet]*. 2013 [consultado 22 de septiembre del 2016]; 10(62). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/607/596>
81. The use of electronic fetal monitoring. The use interpretation of cardiotopography in intrapartum fetal surveillance [Internet]. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologist; 2001 [consultado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://ctgutbildning.se/images/Referenser/NICE-guidelines-FHR-monitoring-2001.pdf>
82. Jiménez M, Pérez A. El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. *Matronas Prof*. 2008; 9(2): 5-11.
83. Protocol: control del bienestar fetal intrapart [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona, Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona; 2018 [consultado 4 febrero de 2017]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/cat/patologia-fetal/control-bienestar-fetal-intrapart.html>
84. Montoya-Restrepo E, Correa-Morales J. Curvas de peso al nacer. *Revista Salud Pública*. 2007; 9(1): 1-10.

85. Cuerva-Barrao, P. Recomendaciones de Sociedades Científicas y Organizaciones para la Atención al embarazo, parto y nacimiento [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [2008] [consultado 5 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendaciones.pdf>
86. Delgado-Guerrero M. El método canguro. BSCP Can Ped. 2005; 29(1): 17-22.
87. La OMS y UNICEF publican la guía revisada de implementación de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y las Niñas [Internet]. [Consultado 24 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.ihan.es/la-oms-y-unicef-publican-la-guia-revisada-de-implementacion-de-la-iniciativa-hospital-amigo-de-los-ninos-y-las-ninas/>
88. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2016; 11: CD003519.
89. Sedén I, De Fátima D. Eficacia del piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto para favorecer la lactancia materna exclusiva [Tesis de pregrado en Internet]. Arequipa: Universidad Norbert Wiener; 2017 [consultado 5 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1416>
90. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm. 2012; 21(4): 209-213.
91. Recomendaciones sobre la lactancia materna. Madrid: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2012 [consultado 4 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones>
92. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y humanización de los cuidados interpersonales. Index Enferme. 2009; 18(1): 32-36.
93. Weeks F, Panoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. J Midwifery Womens Health. 2017; 62(2): 196-203.
94. Macpherson I, Roqué-Sánchez MV, Legget Bn FO, Fuertes F, Segarra I. A systematic review of the relationship between women and health professionals within multivariate analysis of maternal satisfaction. Midwifery. 2016; 41: 68-78.
95. Umenai T. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2-4 November 2000 in Fortaleza, Ceará, Brazil. Int J Gynaecol Obstet. 2001; 75(1): s1-S2.
96. Bryanton J, Ggnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008; 37(1): 24-34.

97. Castro Santoro R. Una nueva mirada sobre el rol de gineco-obstetra en la salud de las personas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007; 72(1): 1-4.
98. Muñoz Rodríguez MN. Competencias profesionales de la matrona en la atención al parto normal. Estudio descriptivo de las percepciones en la Región de Murcia [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.
99. Jacquemyn YF, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetricians personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003; 111(2): 164-166.
100. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75: s25-37.
101. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open.* 2016; 6(8): e011362.
102. 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.
103. Hernández Garre JM, Echevarría Pérez P. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático. *Revista Internacional de Sociología.* 2016; 74(1).
104. Towler J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona: Masson; 1997.
105. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad obstétrico-ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 129 (28/05/2009).
106. Sarlet Gerkem AM. Formación de las matronas en España [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia; 2017. [consultado 6 de marzo de 2017]. Disponible en: https://www.um.es/socrates/formacion_matronas.htm
107. Confederación Internacional de Matronas. Competencias esenciales para la práctica de la partería [Internet]. Madrid: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2010 [consultado 17 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/competencias-esenciales-icm-2011.pdf>
108. Cabré M, Ortiz T. Sanadora, matronas y médicas en Europa, Siglos XII-XX, Barcelona: Icaria; 2001.
109. Macías Seda J, Gómez Salgado J. Fundamentos de enfermería obstétrico-ginecológica. Madrid: FUDEN; 2007.

110. Staines C. Moving forward in ante-natal care; the sighthill project, Edinburg. *Midwives Chron.* 1983; 96(1148): 6-8.
111. Grandi C, González MA, Naddeo S, Basualdo N, Salgado MP. Relación entre el estrés psicosocial y parto prematuro: una investigación interdisciplinaria en el área urbana de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.* 2008; 27(2): 51-69.
112. Beltrán Muñoz C. El saber obstétrico y ginecológico de las mujeres curanderas y de las matronas en los siglos XV y XVI: investigación histórica a través de la Celestina. *Matronas Prof.* 2014; 15(3): 66-72.
113. García Martínez A, García Martínez M, Valle Racero J. Imagen de la matrona en la baja edad media. *Híades.* 1996; 3-4: 61-68.
114. Forbes TR. Midwifery and witchcraft. *J Hist Med Allied Sci.* 1962; XVII(2): 264-283.
115. Santacruz Martín B. Parto a la carta. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012; 14(55): 193-194.
116. Goberna-Tricas J, Banús-Jimenez MA, Palacio-Tauste A, Linares-Sancho S. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery.* 2011; 27(6): e231-237.
117. El estado de las parteras en el mundo. 2011. Cuidar la salud, salvar vidas [Internet]. Nueva York: Fondo de Población de la Naciones Unidas; 2011 [consultado 8 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf
118. Comisión Europea (Representación en España) [Internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2018 [consultado 18 de febrero de 2018]. Disponible en: https://ec.europa.eu/spain/home_es
119. Directiva 80/155/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la coordinación de disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas de las actividades del médico, veterinario y de la matrona. *Diario Oficial de la Comunidad Europea*, núm. 341, (23/11/1989).
120. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. *Diario Oficial de la Comunidad Europea*, núm. 255/22 (30/09/2005).
121. Informe de la situación de las Matronas en España [Internet]. Madrid: Federación de Asociaciones de Matronas en España; 2014 [consultado 21 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/informe-situacion-matronas-espana2014-mod3.pdf>
122. Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta - necesidad 2010-2025 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad; 2012 [consultado

4 de septiembre de 2017]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf)

123. Corchs S, Martínez C, Vela E, Díaz S. Prácticas habituales de las matronas en el parto en los hospitales públicos de Barcelona. *Matronas Prof.* 2006; 7(3): 5-11.

124. ICM Código Internacional de Ética para comadronas [Internet]. Madrid: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2003 [consultado 6 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/icm-codigo-internacional-de-etica-castellano-1.pdf>

125. Manrique Tejedor J. Aspectos éticos en la asistencia al embarazo y el parto. *Ag Inf* [Internet]. 2015 [consultado 6 de septiembre de 2017]; (74)19,2: 80-82. Disponible en: https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/042_coill_es.pdf

126. International Confederation of Midwives. International Code of Ethics for Midwives [Internet]. The Hague: IMC, 1999 [consultado 15 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.vroedvrouwen.be>

127. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2001; 16: 276-277.

128. Rey Martín C. La satisfacción del usuario: un concepto en alza. *An Doc.* 2000; (3): 139-153.

129. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery.* 2009; 25(2): e11-19.

130. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5): s160-173.

131. Waldenstrom T, Borg IM, Olsson B, Skold M, Walls S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth.* 1996; 23(3): 144-153.

132. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004; 46(2): 212-219.

133. Waldenstrom U, Small R. [Debriefing after operative childbirth didn't reduce depression]. *Lakartidningen.* 2001; 98(9): 934-935.

134. Ferreiro Losada MT. Modelización y medida de la calidad percibida de la atención al parto en la Comunidad Gallega [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2011.

135. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006; 35(2): 295-303.

136. De Molina Fernández I, Muñoz Sellés E. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él?. *Matronas Prof.* 2010; 11(2): 53-57.

137. Higuero Macías JC, Crespillo García E, Mérida Téllez JM, Martín Martínez SR, Pérez Trueba E, Mañón Di Leo JC. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof.* 2013; 14(3-4): 84-91.
138. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodriguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017; 25: e2953.
139. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) [Internet] Barcelona: AQuAS; 2014 [consultado 6 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://aquas.gencat.cat/ca/inici>
140. Kabes AM, Graves JK, Norris J. Further validation of the nonverbal pain scale in intensive care patients. *Crit Care Nurse.* 2009; 29(1): 59-66.
141. Klauss MH, Fanaroff AA, editores. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1987.
142. Fernández de Pinedo I. NTP 15: Construcción de una escala de actitudes tipo LIKERT. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1982.
143. Cáceres-Manrique FM, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada el parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017; 68(2): 128-134.
144. Dante G, Neri I, Bruno R, Salvioli C, Facchinetti F. Perinatal and maternal outcomes in a midwife-led centre in Italy: a comparison with standard hospital assistance. *Minerva Ginecol.* 2016; 68(3): 237-242.
145. Puyol A. Hay bioética más allá de la autonomía. *Rev Bioética Derecho* [Internet]. 2012 [consultado 22 febrero de 2018]; 25: 45-58. Disponible en: revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7538/9444
146. Atlanasio L, Kozhimannil KB. Relationship between hospital-level percentage of midwife-attended births and obstetric procedure utilization. *J Midwifery Womens Health.* 2018; 63(1): 14-22.
147. Dencker A, Smith V, McCann C, Begley C. Midwife-led maternity care in Ireland - a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 101.
148. Carolan-Olah M, Kruger G, Garvey-Graham A. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery.* 2015; 31(1): 112-121.
149. Healy S, Humpherys E, Kennedy C. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal births. *Women Birth.* 2017; 30(5): 367-375.

150. Lyon DS, Knuckles G, Whiteaker E, Salgado S. The effect of institution and elective labor epidural program on the operative delivery rate. *Obstetrics & Gynecology*. 1997; 90: 135-141.
151. Rojo Escribano MA. Repercusión de la analgesia epidural en el test de Apgar del neonato. *Rev Enferm CyL*. 2013; 15(1): 12-21.
152. Sheen JJ, Wright JD, Goffman D, Kern-Goldberger AR, Booker W, Siddiq Z, et al. Maternal age and risk for adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219(4): 390.
153. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Quintana SM. The sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labor pain, delays the use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomized trial. *J Physiother*. 2018; 64(1): 33-40.
154. Jiménez M, Pérez A. El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. *Matronas Prof*. 2008; 9(2): 5-11.
155. Valiani M, Rezaie M, Shahshahan Z. Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016; 21(4): 372-378.
156. Ponce Acosta NV. Evaluación de la efectividad de la aplicación de calor y posiciones biomecánicas para aliviar el dolor y facilitar la labor del parto [Tesis doctoral]. Quito: Facultad de Enfermería de Quito; 2014.
157. Shaw-Batista J. Systematic review of hydrotherapy research: does a warm bath in labor promote normal physiological delivery childbirth?. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2017; 31(4): 303-316.
158. Waldentrom U, Ekéus C. Risk of obstetric anal sphincter injury increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study. *BCM Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 306.
159. Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalence of perineal lacerations in women giving birth at midwife-led birth centers in Japan: A retrospective descriptive study. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60(4): 419-427.
160. Diogu FC, Steen MP, Keeling JJ, Mason-Whilehead E. Mothers and midwives' perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study. *Women Birth*. 2016; 29(6): 518-523.
161. Wieigos A, Szymusik L, Bartnik P, Kacperczyk J, Kosinska A, Kaczynska K, Pietrzak B. Pregnancy after 40 years: the influence of parity on the perinatal outcome. *Neuro endocrinol Lett*. 2015; 36(4): 387-93
162. Carrion Ruilova XP, Rios Ludeña LN. Factores de riesgo obstétricos con recién nacidos a término con Apga bajo a los 5 minutos, atendidos en el Hospital General

Isidro Ayora de Laja (Ecuador). Disponible en: <http://dspace.inl.edu.ec/jspus/handle/123456789/19629>

163. Herrera-Gómez A, García-Martínez O, Ramos-Torrecillas J, de Luna-Bertos E, Ruiz C, Ocaña-Peinado FM. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery*. 2015; 31(6): 613-616.

164. Cottrell BH, Shannahan MK. A comparison of fetal outcome in birth chair and delivery table births. *Res Nurs Health*. 1987; 10(4): 239-243.

165. Sholapurkar SL. Intermittent auscultation in labor: could it be missing many pathological (late) fetal heart rate decelerations? Analytical review and rationale for improvement supported by clinical cases. *J Clin Med Res*. 2015; 7(12): 919-925.

166. Grant A. Monitoring the fetus during labor. En: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJ, editores. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press; 1989. p. 846-882.

167. Ruiz FJ, Lacal F, de Padro MJ, Gomariz MI, Rodríguez FD, Castellano FD. Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perinatales. *Matronas Prof*. 2001; 2(4): 27-30.

168. Pérez-Martínez E, Velasco-Vázquez D, Pacheco-Ardila F, del Gallo-Lastra R, Sebastián-Viana T. Satisfacción de puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matronas. *Matronas Prof*. 2017; 18(3): 106-114.

169. Sosa GA, Crozier KE, Stockl A. Midwifery one-to-one support in labour: more than a ratio. *Midwifery*. 2018; 62: 230-239.

170. Kuo SC, Lin KC, Hsu CH, Yang CC, Chang MY, Tsao CM, et al. Evaluation of the effects of the birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47(7): 806-814.

171. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Edu Health Promot*. 2015; 4: 6.

172. Borrelli SE, Walsh D, Spiby H. First-time mother' expectation of the unknown territory of childbirth: uncertainties, coping strategies and "going with the Flow". *Midwifery*. 2018; 63: 39-45.

173. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los planes de nacimiento en el proceso humanizado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(3): 520-526.

174. Aragón M, Chhoa R, Dayan R, Klufftinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of pregnant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013; 35(11): 979-985.

175. Mira JM, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS; un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Med Prev.* 1998; 4: 12-8.
176. Becerra JAB, Manrique-Abril FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. *Av Enfermería.* 2010; 20(2): 48-61.
177. Mackey MC. Women's evaluation of their childbirth performance. *Matern Child Nurs J.* 1995; 23(2): 57-52.
178. Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and psychometric testing of the care in obstetrics: Measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Res Nurs Health.* 2006; 29: 51-60.
179. Vivancos Montes ML, Solís Muñoz M, Magdaleno del Rey G, Rodríguez Ferrer RM, Álvarez Plaza C, Millán Santos I, et al. Adaptación cultural y validación al español en la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. *Metas de Enferm.* 2012; 15(2): 18-26.

ANEXOS

Anexo I: consentimiento informado



HOSPITAL MATERNOINFANTIL
UNIVERSITAT DE BARCELONA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO:” Estudio prospectivo de cohortes con dos grupos paralelos de gestantes comparando el modelo de parto utilizado”.

CÓDIGO DEL ESTUDIO:

Yo, _____ (paciente)

.....
con DNI:manifiesto que he sido informada por(matrona)
.....sobre los objetivos y propósito del estudio y he leído la hoja de información que se me ha entregado.

Declaro que:

- He podido hacer preguntas sobre el estudio y obtener información sobre el mismo.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Mi participación es libre y voluntaria, pudiendo abandonar el estudio cuando así lo desee.
- No recibiré ninguna remuneración por participar.
- Comprendo que los datos de identificación serán mantenidos con estricta confidencialidad.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Nombre del participante

Nombre del investigador

Firma

Firma

Fecha

Fecha

.../.../.....

.../.../

Anexo II: hoja de información para el participante



HOSPITAL MATERNOINFANTIL
UNIVERSITAT DE BARCELONA

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título del estudio: " Estudio prospectivo de cohortes con dos grupos paralelos de gestantes comparando el modelo de parto utilizado"

Código del estudio

Investigador principal: Margarita García De Vicuña Muñoz de la Nava

Introducción

Antes de que acceda a participar en este estudio es importante que lea y comprenda la siguiente información acerca del estudio y de los procedimientos que supone. Si tuviera alguna pregunta acerca del estudio o de sus derechos como participante, no dude en formularla antes de tomar su decisión en cuanto a participar.

¿Qué es y que persigue este estudio?

Este estudio está diseñado con el fin de comparar los resultados obstétricos que se obtengan de la atención de las matronas en dos modelos de parto: parto natural versus parto medicalizado, el grado de satisfacción de las gestantes en relación a la atención de las matronas y la utilidad del plan de nacimiento.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Sant Joan de Deu y por el Comité de ética e investigación clínica de la Fundación Sant Joan de Deu. El estudio será realizado bajo los postulados éticos de la Declaración de Helsinki.

¿Cómo se realizará este estudio?

Si, tras la lectura de este documento, estuviera de acuerdo en participar, se le someterá hoy a los siguientes procedimientos del estudio:

- Cuando se le hayan contestado todas sus preguntas, se le pedirá que escriba su nombre y el de la matrona responsable, firme y feche este documento de consentimiento.
- En su primera visita a nuestro hospital se le entregará el plan de parto o se adjuntará en la historia si aporta un plan de parto de su centro de atención primaria.

- En el momento del parto la matrona cumplimentará un documento donde anotará aspectos relacionados con la evolución de su parto.
- Una vez en la habitación le visitará una matrona que le realizará un cuestionario en relación con su satisfacción del parto, sobre la atención recibida por las matronas. En algunos casos es posible que por diversos motivos esta entrevista se realice a través de llamada telefónica.
- Su participación en el estudio será en el momento del parto y de la hospitalización o a través de llamada telefónica

Los datos serán obtenidos mediante cuestionarios y entrevistas. En algunos casos si la entrevista no se puede hacer durante su ingreso se realizará una llamada telefónica.

Su participación es voluntaria

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y en cualquier momento puede dejar de participar. Si usted decide no participar en el estudio, será tratado según la práctica clínica habitual del centro.

De la misma forma los promotores del estudio podrán retirarle del estudio sin necesidad de consentimiento, por cualquier razón que consideren apropiada, tales como, entre otras, un efecto adverso que pudiera colocarle en riesgo de complicaciones adicionales.

Confidencialidad y protección de datos de carácter personal

De acuerdo con la Ley 15/1999 de protección de Datos de Carácter Personal los datos personales que se le requieran (por ejemplo: edad, datos de salud) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá (el nombre de su hijo/a – su nombre) y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio.

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos bajo condiciones de seguridad por lo investigadores. El acceso a dicha información quedará restringido al equipo de investigación quedando obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

Ante cualquier eventualidad que pudiera surgir o para cualquier pregunta sobre el mismo que desee realizar tras leer este documento por favor diríjase a:

Margarita García de Vicuña Muñoz de la Nava

Tlf: 659 87 33 75

Correo-e: mgarcia@hsjdbcn.org

Anexo III: plan de nacimiento



Maternidad respetada

Atención al parto de bajo y medio riesgo: plan de nacimiento

Datos administrativos

Número de historia clínica: _____

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Paridad: _____ Fecha probable del parto: ____/____/____

Hospital o CAP de referencia: _____

He realizado el curso de preparación al parto: No Sí

Tipo: _____

Introducción

El objetivo de este plan de nacimiento es que el parto de bajo/medio riesgo sea todo lo fisiológico posible, evitar intervenciones innecesarias y permitir a la gestante y a su pareja participar en la toma de decisiones del mayor número de aspectos posible, según sus necesidades y preferencias, contando con el asesoramiento del equipo de profesionales. Parir en un entorno cálido, íntimo y agradable, pero con la seguridad de estar en un gran hospital con buenos resultados maternos y neonatales.

La gestante debe recordar que para poder acogerse a este plan es necesario que el embarazo y el parto sean considerados de riesgo bajo o medio en todo momento, por lo que la aparición de algún factor que aumenta el riesgo puede suponer la modificación de algún aspecto de este plan, dependiendo de la situación.

Preferencias relacionadas con la persona que podrá estar conmigo

Durante el proceso de parto quisiera estar acompañada por:

Nombre y apellidos: _____

Vínculo: _____

Información respecto a...

1

El espacio físico y el confort

Disponemos de habitaciones individuales con ducha y sofá-cama para el acompañante.

Ofrecemos salas de dilatación y parto muy confortables, con lavabo y ducha, así como posibilidad de escuchar música y graduar la intensidad de la luz.

Queremos que encuentres un ambiente íntimo y acogedor por lo que disponemos de material de apoyo, pero también puedes traer tu propio material y tu ropa (sin piezas metálicas).

2

Los procedimientos

En todo momento podrás estar acompañada por una persona, incluso en caso de cesárea no urgente.

Para tu seguridad, te colocaremos una vía endovenosa que se mantendrá cerrada y que dará acceso a la administración de tratamientos en caso necesario.

No utilizaremos enema.

Generalmente, no rasuramos el pubis.

Procuraremos que dispongas de la máxima libertad de movimientos, valorando la evolución del parto y controlando a tu hijo/a con la mínima intervención posible.

En la sala de partos puedes tomar agua, líquidos claros, zumos sin pulpa y bebidas isotónicas.

3

El control fetal

Podemos realizar control del bienestar fetal continuado o intermitente, con posibilidad de hacerlo sin cables.

4

El alivio del dolor

La colaboración de tu pareja o acompañante es fundamental.

Puedes utilizar técnicas de relajación y respiración, técnicas de estimulación cutánea con masajes, estimulación eléctrica transcutánea (TENS), aplicación de aceites, calor o frío.

Puedes traer terapias complementarias y/o alternativas: homeopatía, flores de Bach, aromaterapia, musicoterapia...

Disponemos de material de apoyo para ayudarte: pelotas, bolsas de calor y frío, duchas, espejos, música con CD.

La sala de parto natural dispone de silla de partos con cuerdas (lianas) y bañera para la dilatación.

Puedes elegir la aplicación de una técnica anestésica adecuada al estímulo doloroso y que influya lo menos posible en la evolución del parto.

5 El periodo de dilatación

Por norma, no haremos uso de la oxitocina y dejaremos que el parto evolucione espontáneamente.

La comadrona/obstetra puede aconsejarte una posición o actuación determinada si el control de tu hijo/a lo requiere.

Los tactos vaginales y la toma de constantes serán los imprescindibles.

Habrà comunicación continua sobre el proceso del parto para tomar decisiones conjuntamente.

6 El periodo expulsivo

Podrás iniciar los pujos cuando sientas ganas o te lo podemos indicar nosotros.

Te aconsejaremos la mejor posición para el periodo expulsivo y si es necesario practicar protección del periné.

No practicamos la episiotomía (corte en la vulva) de forma rutinaria.

Te ofrecemos la posibilidad de tener un espejo para ver el parto.

Si todo va bien, te pondremos al bebé piel con piel inmediatamente.

Podemos cortar el cordón al cabo de un rato o cuando haya dejado de latir.

Tu acompañante o tú podéis cortar el cordón umbilical. Si no, lo cortaremos nosotros.

Te ofrecemos la posibilidad de recoger sangre de cordón para el banco público, pero recuerda que en este caso hay que cortarlo inmediatamente después del nacimiento.

7 El periodo de alumbramiento

Para tu seguridad, realizaremos un manejo activo del alumbramiento de la placenta puesto que reduce el riesgo de hemorragia posparto.

Facilitaremos el agarre espontáneo del bebé al pecho en caso de que optes por la lactancia materna y podrás empezar a amamantarlo en la misma sala de partos.

8 La lactancia

Apoyaremos tu decisión de dar el pecho con asesoramiento enfermero y médico.

No aconsejamos el uso del chupete hasta que no esté bien instaurada la lactancia materna.

Por norma, no daremos ningún otro alimento al bebé a menos que sea estrictamente necesario y con información previa.

Por otra parte, si decides no amamantar al bebé, te tendremos que administrar medicación para evitar la subida de la leche.

9 El puerperio

Después del parto, tu acompañante y tu hijo/a estaréis juntos un rato antes de subir a la habitación.

En la habitación, el bebé permanecerá siempre con vosotros.

La estancia habitual en un parto normal es de 24 horas y de tres días en caso de cesárea.

10 La atención al recién nacido

Una vez haya nacido el bebé, le pondremos un gorrito y la pulsera de identificación.

Tras cortar el cordón, colocaremos la pinza en el ombligo, le pondremos el pañal y lo pesaremos.

Tenemos protocolizada la administración de vitamina K y la protección ocular para evitar hemorragias/ infecciones.

Ofrecemos educación sanitaria a los padres por parte de enfermería.

Las pruebas auditivas del bebé se efectuarán a las 24 h y el diagnóstico precoz a las 48 h de vida.

Después de irte de alta a las 24 horas, tendrás que venir al hospital con el niño a los tres días.

Tendrás cita para realizar el diagnóstico precoz, resolver dudas y recibir apoyo.

Mis preferencias

1 Relacionadas con el espacio físico y el confort:

- Me gustaría poder escuchar música
- Prefiero tener luz atenuada

2 Relacionadas con los procedimientos:

- Traeré bebidas de mi elección
- Me gustaría usar mi ropa durante el parto
- Otras: _____

3 Relacionadas con el control fetal:

- Sólo auscultación
- Con monitorización electrónica intermitente
- Con monitorización electrónica continuada
- Monitorización continua con transductores sin cable (permiten la movilización)
- No tengo preferencias

4 Relacionadas con el alivio del dolor:

- Tener/intentar un parto sin anestesia epidural
- Que me pongan anestesia lo antes posible
- Peridural a baja dosis (peridural móvil)
- Utilizar los siguientes métodos no farmacológicos:
 - Masaje superficial o de presión con aceites, que aporte
 - Aplicación superficial de calor o frío
 - Estimulación eléctrica transcutánea de los nervios (TENS), que traere
 - Banera o ducha de agua caliente
 - Otros: _____
- Probar el uso de terapias complementarias y/o alternativas, que yo traere:
 - Homeopatía
 - Flores de bach
 - Acupuntura
 - Aromaterapia
 - Musicoterapia
 - Otras: _____

5 Relacionadas con la dilatación:

- Poder andar o moverme
- No estimular el parto si no es necesario
- Dilatación en el agua

6-7 Relacionadas con el periodo expulsivo:

- Tener un espejo para ver el nacimiento
- Ponerme en la posición en la que me encuentre mejor para los pujos
- Valorar la posición para el periodo expulsivo sin anestesia
- Que se corte el cordón cuando deje de salir
- Si es posible, que yo o mi acompañante podamos cortar el cordón
- Me gustaría hacer donación de sangre de cordón al banco público
- Me gustaría poder colaborar cogiendo al bebé justo al finalizar el periodo expulsivo

8 Relacionadas con la lactancia:

- Iniciar la lactancia en la sala de partos
- Lactancia artificial

9 Relacionadas con el puerperio:

- Me gustaría tener al bebé en contacto piel con piel conmigo
- En caso de que yo no pueda realizar contacto piel con piel, me gustaría que lo pudiera realizar mi acompañante

10 Relacionadas con la atención al bebé:

- Prefiero que se administre a mi hijo/a vitamina K intramuscular
- Prefiero que se administre a mi hijo/a vitamina K oral. Firmare el consentimiento informado en el que me comprometo a administrarle las otras dosis
- Acepto y entiendo el uso de la profilaxis ocular

Otras:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Consentimiento

Yo, _____, con DNI _____
y mi pareja _____

hemos recibido información sobre el protocolo de atención al nacimiento de bajo riesgo, nos han aclarado dudas y hemos elegido las opciones que nos han parecido más oportunas.

Nos reservamos el derecho de cambiar total o parcialmente las decisiones que expresamos en este documento en cualquier momento a lo largo del proceso.

En caso de que exista riesgo para nuestro hijo/a y/o la madre, los profesionales nos informarán de la situación y aplicarán las medidas que estimen convenientes.

Fecha y firmas

Esplugues de Llobregat, _____
de _____ de 20____

Anexo IV: Cuaderno de recogida de datos de parto natural

RECOGIDA DE DATOS: TESIS DOCTORAL MARGARITA GARCÍA DE VICUÑA



Anexo V: Cuaderno de recogida de datos de parto medicalizado

RECOGIDA DE DATOS: TESIS DOCTORAL MARGARITA GARCÍA DE VICUÑA



Anexo VI: recogida de las variables obstétricas durante el parto

Nº DE REGISTRO

Nº HISTORIA CLÍNICA

FECHA DEL REGISTRO

PARTO ATENDIDO POR:

Matrona:

Matrona residente:

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE PARTO:

SI:

NO:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

EDAD MATERNA.....

ESTADO CIVIL:

Soltera Casada Viuda Pareja de hecho

NIVEL DE ESTUDIOS:

Primarios Secundarios Universitarios

VARIABLES AL INGRESO OBSTÉTRICO:

FÓRMULA OBSTÉTRICA (GT-P-A-HV)/...../...../.....

PARIDAD:

Primípara Secundípara Multípara

EDAD GESTACIONAL.....

PLANIFICACIÓN DE LA GESTACIÓN:

SI NO

IMC.....

TALLA MATERNA.....

TEST DE BISHOP:

DILATACIÓN:

0 1-2 3-4 5-6

CONSISTENCIA:

Dura medio Blanda

ACORTAMIENTO:

0-30 40-50 60-70 >/80

POSICIÓN:

Posterior Media Centrado

ALTURA DE LA PRESENTACIÓN:

Libre 0 I II III

VARIABLES DURANTE EL PARTO:

ANALGESIA FARMACOLÓGICA:

SI NO

TIPO DE ANALGESIA UTILIZADA:

Epidural: Raquídea: Walki-peri

EN QUÉ MOMENTO DE LA DILATACIÓN SE HA UTILIZADO:

Trabajo de parto instaurado

MÉTODOS DE ALIVIO DEL DOLOR ALTERNATIVOS:

Calor local: Masaje lumbar: Hidroterapia Ducha:

Deambulación:

PERCEPCIÓN DEL DOLOR: (Escala EVA)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA:

SI

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:

SI NO

TIPO DE AMNIOREXIS:

Artificial Espontánea

CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO:

Claro Teñido Meconial

MONITORIZACIÓN DURANTE EL PARTO:

Continuo: Ventanas:

Observaciones.....
.....

POSICIÓN MATERNA EN EL PARTO:

Litotomía: Decúbito lateral izquierdo: Decúbito lateral
derecho:

En posición vertical: De pie De cuclillas Silla obstétrica:

Cuadropedia:

TIEMPO TOTAL DEL PERIODO DE DILATACIÓN.....

REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA:

Sí: Lateral Media: Central
No:

GRADO DE INTEGRIDAD DEL PERINÉ:

Afectación del periné:

No

Si

Grado I

Grado II

Grado III

Grado IV

TIEMPO DEL PERIODO EXPULSIVO.....

DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA:

Espontánea

Manual

VALORACIÓN DEL TEST DE APGAR.....

CONTACTO PIEL CON PIEL:

SI

NO

INTENCIÓN DE LACTANCIA MATERNA

SI

NO

Anexo VII: cuestionario de satisfacción del proceso del parto

Nº DE REGISTRO.....

¿Ha realizado el plan de parto?

No

¿Por qué no lo ha realizado?.....

¿Cuál es su valoración de todo el proceso?

1	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

Valore los siguientes aspectos Información del proceso

1	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

- Implicación en sus necesidades

1	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

- Aplicación de medidas de confort

1	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

- Respeto a sus demandas

1	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

- ¿Han compartido decisiones?

Si

No

- ¿Se ha sentido segura por recibir la atención de una matrona?

1	2	3	4	5
NADA SATISFECHA	UN POCO	BASTANTE	SATISFECHA	MUY

¿En el caso de otro embarazo de bajo riesgo solicitará ser atendida por una matrona?

Si, por qué motivo.....

¿No, Por qué motivo?

¿Ha realizado el plan de parto?

Si

¿Cuál es su valoración de todo el proceso?

1	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

Valore los siguientes aspectos

Información del proceso

2	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

- Implicación en sus necesidades

2	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

- Aplicación de medidas de confort

2	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

- Respeto a sus demandas

1	2	3	4	5
MAL	REGULAR	BIEN	BASTANTE BIEN	MUY BIEN

- ¿Han compartido decisiones?

Si

No

- Se ha sentido segura por recibir la atención de una matrona

1	2	3	4	5
NADA	UN POCO	BASTANTE	SATISFECHA	MUY SATISFECHA

¿Le ha sido de utilidad el plan de parto?

Si, ¿qué le ha aportado?.....

¿No, Por qué?.....

¿En el caso de otro embarazo de bajo riesgo solicitará ser atendida por una matrona?

Si por qué motivo.....

No, Por qué motivo.....

Anexo VIII: informe del comité de ética e investigación



CEIC Fundació Sant Joan de Déu

Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica

C.I. PIC-75-16

25 de mayo de 2016

Dr. Pau Ferrer Salvans
Secretario del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Fundació Sant Joan de Déu en su reunión del día 19/05/2016, ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: "Estudio analítico de los resultados obtenidos de la atención de las matronas en partos de bajo riesgo en función de las preferencias de las gestantes en dos modelos de parto: parto natural versus parto convencional. Grado de cumplimiento de las expectativas."

Código Interno: PIC-75-16

Considera que:

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

3º. Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEIC/Centros por los Investigadores:

- **HOSPITAL SANT JOAN DE DEU. Margarita García De Vicuña.**

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat, a 25 de mayo de 2016

Fdo:

Dr. Pau Ferrer Salvans
Secretario del CEIC Fundació Sant Joan de Déu

