

Evolución del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

Evolution of Humanization Project on Perinatal Attention at the University Hospital Virgen del Rocío of Sevilla

Autores: Isabel Rodríguez Gallego, Cecilia Ruiz Ferrón, Antonio Luis Partida Márquez.

Tutor del trabajo: César Gálvez Escalera

Dirección de contacto: rodriguezgallego9@gmail.com

Fecha recepción: 28/01/2016

Aceptado para su publicación: 11/03/2016

Fecha de la versión definitiva: 17/05/2016

Resumen

En Andalucía se inicia en el año 2006, el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal que propone el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, haciendo compatible el uso de la tecnología y garantizando la seguridad de la madre y del recién nacido, con la participación activa de las mujeres y sus parejas. **Objetivos:** Describir la evolución de las principales variables obstétricas en el Hospital de la Mujer Virgen del Rocío, entre los años 2007-2014, por segmentos de edad, desde la implantación del Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal; Evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de buenas prácticas de atención perinatal, en opinión de las gestantes atendidas durante el año 2014, en el Hospital de la Mujer, según edad y tipo de parto. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo y ecológico de las gestantes atendidas en el Hospital de la Mujer Virgen del Rocío de Sevilla, durante el periodo 2007 a 2014; cuya Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia, Ginecología y patología Mamaria tiene como población de referencia media anual 382.867 gestantes. Se realizará un análisis descriptivo de la muestra y comparación de los grupos de estudio mediante la utilización del test χ^2 o el test exacto de Fischer, a través de tablas de contingencia. Se realizarán contrastes de medias o análisis de las varianzas. El nivel de significación estadística, se estable en $p < 0.05$. El análisis de los datos se realizará con el programa estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows.

Palabras clave

Parto Normal; Parto Humanizado; Humanización de la Asistencia; Atención Perinatal; Medicina Basada en la Evidencia.

Abstract

In Andalucía it began in 2006, Project Perinatal Care Humanization of proposed designing a model of care more humanized birth process, supported by the use of technology and ensuring the safety of the mother and newborn, with the active participation of women and their partners. **Objectives:** To describe the evolution of the main variables in obstetric Hospital Virgen del Rocio woman, between the years 2007-2014, by age segments, since the implementation of the Project for the Humanization of perinatal care; Review the degree of compliance with the criteria of good perinatal care practices, in the opinion of pregnant women attended during 2014, in the Hospital of Women, by age and type of delivery. **Methodology:** A descriptive, observational, longitudinal, retrospective ecological study of pregnant women treated at the Hospital Virgen del Rocio in Seville Woman during the period 2007-2014; whose Clinical Management Unit of Obstetrics, Gynecology and Breast Pathology has the average annual population of 382,867 pregnant reference. A descriptive analysis of the sample and comparing the study groups using the χ^2 test or Fisher's exact test will be performed through contingency tables. Contrasting medium or analysis of variance was performed. The level of statistical significance is established at $p < 0.05$. The data analysis was performed using the statistical program SPSS 22.0 for Windows.

Key words

Natural Childbirth; Humanizing Delivery; Humanization of Assistance; Perinatal Care; Evidence-Based Medicine.

Categoría profesional

(1, 3, 4) Matrona. Hospital Universitario Virgen del Rocío; (2) Matrona. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla (Sevilla, España).

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX empieza a institucionalizarse y a medicarse el parto, que hasta este momento se realizaba en casa y en general a cargo de mujeres, como consecuencia del proceso evolutivo de la humanidad y de la ciencia médica unido a los cambios de vida de las nuevas sociedades, y con la finalidad de disminuir las muertes maternas y neonatales (1-3).

Este progreso ha conseguido proporcionar a la mujer unas condiciones de salud adecuadas y unos servicios asistenciales que se han mostrado imprescindibles para obtener excelentes resultados en cuanto a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (1); lo que ha implicado que los servicios sanitarios se hayan ido dotando con medios cada vez más sofisticados, permitiendo a su vez una adecuada asistencia al parto en los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también, la atención al parto normal se ha visto afectada por esta medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico (2).

La necesaria aportación de la tecnología a las mejoras en los resultados no es cuestionable. No obstante, la vertiginosa rapidez con la que se ha incorporado, en muchos casos, y la elevada dependencia que ha generado en el sistema y la organización de los servicios sanitarios puede dar como resultados efectos indeseables. La estandarización de los procesos supuso la inclusión de prácticas que en su momento pudieron ser aceptadas pero que al día de hoy no han demostrado su eficacia o incluso pueden resultar adversas (1).

Actualmente, nos encontramos en un momento clave para conciliar una buena atención perinatal en los hospitales con el respeto a la capacidad de decisión de la mujer sin que ello suponga riesgo para la salud de la madre o del recién nacido. La mujer que pare no es una mujer enferma, el parto es un proceso fisiológico y, por tanto, su atención y la del recién nacido debería realizarse desde una perspectiva diferente a la que se aplica en el cuidado de los pacientes de otras zonas de ingreso de los hospitales. El padre o la pareja y la familia han de incorporarse como actores en el proceso (1).

Por un lado, la reflexión que realizan tanto los profesionales de la salud como la población en general acerca de la necesidad e importancia de respetar los procesos fisiológicos; y por otro, la creciente demanda de las mujeres, parejas y familias, de una

atención al parto menos intervencionista y también más personalizada, cercana e íntima, ha provocado que instituciones y profesionales se replanteen determinados procedimientos y prácticas(4). Hoy se impulsan modelos de asistencia basados en la evidencia científica, que respetan las decisiones de las mujeres (sustentadas en una información actualizada y pertinente) y que aseguran la continuidad de los cuidados y el acompañamiento en el proceso del nacimiento y crianza por parte de los profesionales de referencia (3). En esta línea, en las últimas décadas muchas han sido las reuniones, conferencias y Guías de Práctica Clínica (1-9) realizadas por organismos internacionales, nacionales y a nivel regional, a fin de llegar a un consenso y equilibrio en las prácticas a realizar en el proceso de parto de bajo riesgo. El propósito es humanizar el parto y situarlo en su justa dimensión fisiológica. Se trata de incorporar la mayor calidez a la calidad asistencial manteniendo los niveles de seguridad alcanzados (1).

Desde el Observatorio de Salud de la Mujer, se elabora la propuesta de Estrategia al Parto Normal, la cual es aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en Octubre de 2007. De acuerdo con los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad y Consumo, España comparada con los países del entorno europeo, presenta unos valores que invita a reflexionar sobre el modelo de cuidados en atención obstétrica que se está llevando a cabo en nuestro país (8).

En Andalucía, en el año 2006 a partir de diversos convenios de colaboración entre la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad para el desarrollo de la "Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud", se inicia el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal que propone mediante el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, haciendo compatible el uso de la tecnología, que garantiza la seguridad de la madre y del recién nacido, con la participación activa de las mujeres y sus parejas (1).

La mejor atención al proceso natural de nacer implica trabajar desde la perspectiva de la mujer, de su pareja y del recién nacido; abordar el proceso desde distintas perspectivas: la maternidad, el parto y la crianza, con especial hincapié en la garantía de elección, libre e informada, de la mujer en relación con su maternidad, su parto y la crianza de su hijo/a (8). El proyecto es una iniciativa que permite reforzar a las matronas, profesionales responsables de la asistencia al parto normal, en sus competencias para responder mejor a las demandas y necesidades de muchas mujeres que desean tener un parto normal.

ANTECEDENTES

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció las siguientes recomendaciones sobre el uso de tecnología en los partos (3).

Recomendaciones generales

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto, implicando a todos los que usan estas tecnologías.
- 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.
- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo.
- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información.
- 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.
- 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.
- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia.
- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

- 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 posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

- 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.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- 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.
- Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
- 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% de cesáreas.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea.
- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea.
- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo, solo debe efectuarse en casos con alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos.
- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas.
- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos.
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

La OMS señaló que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Así como la importancia de los factores sociales, emocionales y psicológicos para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada.

Posteriormente en 1996, la OMS elaboró una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal (1), en la cual, después de analizar la evidencia científica, clasificó sus recomendaciones acerca de la Atención al Parto Normal en cuatro categorías:

A. Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.

B. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.

C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.

D. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

Se destacan aquellas prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas, aquellas que han demostrado un mayor nivel de evidencia científica (CATEGORÍA A):

1. Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y a su familia.
2. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en el primer contacto con la persona que va a asistir el parto.
3. Seguimiento del bienestar físico y emocional durante el parto, y el postparto.
4. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
5. Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.

6. Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro.
7. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
8. Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
9. Respeto a la elección de los acompañantes durante el parto.
10. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
11. Métodos no invasivos, no farmacológicos de alivio del dolor.
12. Monitorización fetal con auscultación intermitente.
13. Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
14. Uso de guantes en los tactos vaginales durante el parto y en el manejo de la placenta.
15. Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
16. Estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto.
17. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto (partograma OMS).
18. Uso profiláctico de oxitocina en el tercer estadio del parto.
19. Esterilidad al cortar el cordón.
20. Prevención de hipotermia en el recién nacido.
21. Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto.
22. Examen sistemático de la placenta y las membranas.

A pesar de las recomendaciones de la OMS, meta-análisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, aunque existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias.

La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto que se celebró en 2000 en Fortaleza (Brasil) propone la humanización como concepto central para el desarrollo de las sociedades sosten-

tables del siglo XXI; e insta, a todos los gobiernos, a los organismos integrantes de las Naciones Unidas y a las organizaciones internacionales y no gubernamentales a dar inicio y participar pro-activamente en la promoción de la humanización. Para tales efectos, establecieron los siguientes objetivos (6):

- Promover la valorización de la mujer para ejecutar las labores de la maternidad desde una perspectiva fisiológica, integral y humanizada.
- Propiciar el intercambio entre países de estrategias comunitarias que conduzcan al cambio social.
- Fomentar acciones que promuevan la integración de los criterios para la salud y los cuidados maternos establecidos por la OMS.
- Fortalecer los gremios de las parteras.
- Establecer la revisión de prácticas de todo profesional o servidor relacionado con los cuidados maternos y promover la enseñanza de destrezas necesarias, estudiadas y recomendadas por la OMS para trabajar a favor de mantener el equilibrio de la salud.
- Promover la unión entre los diversos profesionales y servidores de la salud para beneficio de las madres y sus familias.

Para el logro de los objetivos mencionados, la expansión de la Red se hace evidente y es por ello que se solicitó procurar personas que se comprometan a trabajar a favor de la humanización en los cuidados de salud maternal. Escuchar sus ideas para incorporarlas de forma efectiva e inclusiva, entre la comunidad, servidores de la salud, profesionales y el gobierno, las recomendaciones sobre el cuidado en la gestación, parto, posparto y lactancia que cada sector estime convenientes y las establecidas por la OMS (6). Considerar nuevamente a las mujeres, sus niños y sus parejas como los personajes clave en la atención perinatal es la principal preocupación de una atención perinatal humanizada.

Aunque como hemos visto esta idea no es nueva, en 2001 la OMS desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal, en el cual, se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro (7). El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada.

3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Asimismo, se volvieron a indicar algunas formas de cuidado las cuales debían ser abandonadas, entre las cuales se encuentran:

- No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres.
- Insistir en el confinamiento institucional universal.
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado, enema y episiotomía de rutina.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo.
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto.
- Repetir la cesárea en forma rutinaria en casos de cesárea anterior.
- Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- Uso de sedantes /tranquilizantes de rutina.
- Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido.
- Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud.

- Lactancia con restricciones.
- Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- Prohibir las visitas de los familiares.

En nuestro país, en 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la "Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud", respondiendo a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas, que se venía manifestando de manera creciente en los últimos años y ante la que dicho ministerio correspondió liderando un proceso participativo con todas las personas y colectivos implicados, necesario para lograr su elaboración y consenso (5).

Los contenidos de este documento son el resultado de la revisión de la evidencia científica de modelos de buena práctica, y se ha construido con el trabajo conjunto de sociedades profesionales, organizaciones de mujeres y las administraciones sanitarias autonómicas (5).

Aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad semejantes a los de los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, sobre los que hay un sentimiento generalizado de necesidad de mejora. Esta necesidad impulsa un profundo cambio en el modelo de atención al parto y, por tanto, atento a las necesidades de la gestante y del recién nacido, respetuoso con la fisiología del parto y del nacimiento, defensor del menor intervencionismo posible, de la personalización de la atención, así como del principio de autonomía de las mujeres. Su objetivo general es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (SNS), mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales. La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que solo se debería intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las y los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres(5).

Al mismo tiempo, en Andalucía en el año 2006 a partir de diversos convenios de colaboración entre la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad, para el desarrollo de la "Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud", se inicia el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal que propone mediante el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, haciendo compatible el uso de la tecnología, que garantiza la

seguridad de la madre y del bebé, con la participación activa de las mujeres y sus parejas(9) Este modelo de asistencia se traduce en un parto menos medicalizado e intervencionista, erradicando así algunas prácticas clínicas hasta entonces habituales, y produciendo una mejora de las variables obstétricas- neonatales.

Los objetivos generales de este proyecto son:

- Impulsar la atención humanizada al parto normal.
- Mejorar la calidad de la atención al proceso de nacimiento, con una perspectiva de género, incrementando el protagonismo de la mujer, implicando a la pareja de forma activa en todo el proceso de nacimiento y crianza, potenciando el vínculo entre la madre y su hijo/a recién nacido/a, fomentando el contacto permanente desde el mismo momento del nacimiento y la lactancia materna.
- Garantizar la asistencia prestada en base a la evidencia científica
- Ofrecer a las gestantes sin factores de riesgo o con bajo riesgo, una asistencia al parto de forma natural, con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal necesaria para evitar riesgos no deseados.
- Actuar de forma específica en la mejora de la accesibilidad, equidad y calidad de la atención a mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

Los objetivos específicos del proyecto son:

- Aumentar el papel y la participación activa de las mujeres, ofreciendo la información necesaria, respetando sus decisiones en el proceso de embarazo, parto y puerperio, y acordando un plan de parto.
- Garantizar la formación adecuada de profesionales responsables del proceso asistencial.
- Fomentar el vínculo afectivo madre-recién nacido facilitando el contacto precoz piel con piel.
- Potenciar la co-responsabilidad paterna.
- Promover la lactancia materna, desde el respeto a las decisiones informadas. Difusión de la Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia.
- Fomentar y propiciar la creación de un banco de leche.
- Facilitar el acceso a la información y la atención a todas las mujeres, con acciones de discriminación positiva en presencia de dificultades específicas.

- Humanizar el proceso de atención neonatológica.
- Realizar la evaluación, identificar fuentes de buenas prácticas clínicas y de buen trato, así como indicadores de seguimiento, y realizar estudios, encuestas y técnicas cualitativas.
- Fomentar la investigación y comunicación de resultados.
- Efectuar análisis comparativos de resultados entre los centros sanitarios que realizan atención al parto y compartir experiencias.
- Conocer el grado de aceptación y satisfacción de las mujeres y sus familias que han sido atendidas en dichos centros sanitarios.
- Elaborar guías y materiales sobre preparación al nacimiento para profesionales y usuarias/os en la que se recojan las últimas evidencias científicas.
- Publicar catálogos bibliográficos actualizados en diferentes soportes (Web, Cd, papel) sobre atención perinatal.
- Fomentar la participación ciudadana a través del movimiento asociativo mediante la realización de jornadas sobre atención perinatal.
- Mantenimiento de un equipo de profesionales para la divulgación, fomento y asesoría de las actividades de mejora en la atención perinatal de los centros asistenciales.
- Coordinación de las actuaciones, estableciendo un protocolo de atención al parto que incluya las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal.

El marco normativo en el que se desarrolla el proyecto en la Comunidad Autónoma de Andalucía es el siguiente (9):

- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía.
- III Plan Andaluz de Salud, que marca las políticas de desarrollo.
- Programa de Salud Materno-Infantil de Andalucía, subprogramas y líneas de actuación en estas áreas.
- Decreto 101/1995, el que se determinan los derechos de los padres y los niños/as en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento.
- Decreto 246/2005, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.
- Acuerdo del Pleno del parlamento de Andalucía so-

bre la Proposición no de Ley Relativa a la Protección y fomento de la Lactancia Materna.

- Plan Integral de Atención a la Inmigración en Andalucía.
- Plan de Acción Integral para Mujeres con Discapacidad de Andalucía.
- Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía

En enero de 2008 se publica en el BOE el Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (10), por el que se pretenden llevar a cabo las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Las acciones comprendidas en dicho Convenio se implantaron en nueve hospitales de referencia, entre los que se encontraba el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (en adelante, HUVR).

Así mismo, en 2010 se presenta la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, que es la herramienta de acompañamiento de la "Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud" para facilitar su implementación. Esta estrategia intenta dar respuesta a las preguntas más relevantes que se pueden realizar en torno a la atención que debe ofrecerse desde los servicios sanitarios al parto, a un proceso fisiológico que requiere la calidad y calidez necesarias que favorezcan una vivencia satisfactoria para las mujeres, las/os recién nacidos y la familia(5).

En este contexto en Hospital de la Mujer Virgen del Rocío de Sevilla, se han ido instaurando diferentes cambios tanto en la forma de realizar las distintas tareas asistenciales como en las competencias de los profesionales implicados en la atención a la gestante en el proceso del parto, con el objetivo final de aumentar la calidad asistencial, y con ello la humanización del nacimiento.

Se instaura en dicho hospital la personalización de asistencia y cuidados en el proceso de parto, como recomendaba la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, con lo cual será la misma matrona la que atienda a la gestante desde su ingreso en el área de partos hasta que se produzca el nacimiento de su hijo/a. Se abandona así, de esta forma el modelo de atención por tareas hasta entonces vigente, donde el trabajo de la matrona estaba distribuido dependiendo de la etapa del parto en que se encontrase la gestante, por lo que era una matrona diferente la que atendía a la gestante durante el periodo de dilatación y otra en el expulsivo.

Al mismo tiempo que se instaura la personalización de la asistencia y los cuidados, se establece a la

matrona como la profesional responsable de la atención y valoración de la gestante de bajo riesgo durante el proceso del parto. Esto implica que ante cualquier riesgo o complicación, la matrona pueda requerir la presencia de un facultativo como ya recomendaba la OMS en la guía de atención al parto(2). También, en los casos en los que las gestantes sean consideradas de bajo riesgo, y se mantengan así durante el proceso del parto, serán valoradas y atendidas por la matrona

Con la misma finalidad, el 11 de mayo del 2009 en el Hospital de la Mujer se implanta un nuevo Plan Funcional de Urgencias, hasta entonces en dicho centro el ingreso de cualquier gestante de bajo riesgo era una función que realizaba la matrona por indicación médica, recogida en un protocolo elaborado por la Unidad de Obstetricia del Servicio de Obstetricia y Ginecología de dicho hospital. Con el nuevo Plan se pretende normalizar el proceso que con más frecuencia se repite dentro del hospital, el ingreso por parto, y además de su carácter de documento técnico, también conlleva el reconocimiento legal de las funciones que las matronas deben desempeñar en el Proceso Embarazo-Parto-Puerperio (11).

Pasados más de seis años tras implementarse estas nuevas medidas en el modelo de atención a la gestante en proceso de parto en el Hospital de la Mujer Virgen del Rocío, se desconocen los resultados de dichos cambios en la práctica clínica de ese hospital, y que han supuesto una profunda modificación en cuanto a las competencias desarrolladas por la matrona en el ámbito hospitalario así como del modelo de atención al parto. Por ello, creemos necesario averiguar cuáles han sido los resultados en términos de salud/humanización al parto en la Unidad de Gestión Clínica de Ginecología, Obstetricia y Patología Mamaria del HUVR. Consecuente con lo anterior, se han planteado los objetivos expuestos a continuación, para esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buenas prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía [Sevilla]: Consejería de Salud, 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS, 1996.
3. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) Iniciativa al Parto Normal, 2006.
4. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66.

5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
6. Declaración de Ceará en torno a la Humanización. En Conferencia Internacional sobre la Humanización. Fortaleza Ciará. Brasil, 2-4 noviembre 2000.
7. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001 Sep; 28(3):202-207
8. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.[monografía de Internet}. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
9. Consejería de Salud. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía 2010. Sevilla: Junta de Andalucía, 2010.
10. Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para desarrollar las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, de 27 de Noviembre de 2007. *Boletín Oficial del Estado*, nº 301, (21-01-08). 21-1-2008.
11. Ruiz Ferrón MC, Calvo Calvo MA, Hanna Rubio G. Actividad de la matrona ante el ingreso y alta hospitalaria de la gestante de bajo riesgo. *Evidentia* 2012; 9(38): 1-3.
12. Servicio Andaluz de Salud. Manual de instrucciones del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria de Andalucía (2002). Ed. 2002. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2002.

OBJETIVOS

Objetivos principales

- Describir la evolución de las principales variables obstétricas en el Hospital de la Mujer Virgen del Rocío, entre los años 2007 y 2014, por segmentos de edad, desde la implantación del Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal.

- Evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de buenas prácticas de atención perinatal, en opinión de las gestantes atendidas durante el año 2014, en el Hospital de la Mujer, según edad y tipo de parto.

Objetivos específicos

- Conocer la evolución de la frecuencia de los distintos tipos de parto (manual, con fórceps, ventosa, espátula, cesárea y nalgas), asistidos en el Hospital de la Mujer Virgen del Rocío.
- Determinar si durante los años de estudio hubo variación en el porcentaje de gestantes, en cuyo parto se utilizó analgesia epidural y en la relación de este tipo de analgesia con el tipo de parto.
- Cuantificar los porcentajes de episiotomías realizadas en los partos eutócicos en particular, constatando si existieron diferencias en los porcentajes de partos manuales con y sin epidural, con o sin episiotomía, en el periodo estudiado.
- Describir la evolución de los desgarros perineales en cada uno de los tipos de parto, con y sin epidural.
- Establecer la evolución de la morbi-mortalidad materno-infantil durante el periodo 2007-2014.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo y ecológico de las gestantes atendidas en el Hospital de la Mujer Virgen del Rocío de Sevilla, durante el periodo 2007 a 2014.

Emplazamiento y duración

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia, Ginecología y patología Mamaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, que tiene como población de referencia media por año 381.867 gestantes.

El estudio tiene una duración prevista de 15 meses.

Población de estudio

En 2007 la población de referencia de dicho hospital, en la especialidad de obstetricia fue de 551.870 gestantes. El número total de partos fue de 8.908, de los que 7.185 fueron vaginales. El número de cesáreas fue de 1.723, lo que supuso un porcentaje del 19,34% del total de partos.

En 2013, último dato disponible, la población de referencia en la especialidad de obstetricia fue de 211.865 gestantes. El número de partos fue de 6.654, de los cuales fueron partos vaginales 5.250 y cesáreas 1.404, lo que supuso un porcentaje del 21,10%.

Muestra

La fuente de información será el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los años 2007 a 2014, por lo que se trabajará con todos los sujetos registrados en dicha bases de datos, que cumplan con los criterios de inclusión especificados más adelante, por lo que no es necesario la realización de ningún tipo de muestreo, al tratarse de datos brutos agregados (big-data).

Para el objetivo principal 2, ya que dichos datos no se encuentran recogidos en la historia clínica de las pacientes ni en ninguna base de datos de forma sistemática y forman parte de los objetivos específicos diseñados en el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal; se elegirá una muestra aleatoria estratificada según edad y tipo de parto, representativa de todas las gestantes atendidas durante el año 2014. Para el tamaño de la muestra hemos tenido en cuenta los últimos datos disponibles, que como se ha señalado anteriormente corresponden al ejercicio 2013. Para un nivel de confianza del 95% se ha estimado un tamaño de 263 mujeres.

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión

Se incluirán en nuestro estudio, todas las gestantes que hayan tenido un parto de feto único en el hospital Virgen del Rocío de Sevilla, registradas en el CMBD al alta hospitalaria.

Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio, todos los datos procedentes de pacientes que presenten parto múltiple, en cualquiera de sus variantes (doble, triple, etc.) dadas las características especiales de este tipo de embarazos y partos.

Fuente de datos

Tanto la información clínica como la administrativa se obtendrán del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Desde principios de los años noventa, los hospitales españoles registran el CMBD, que incluye a todos aquellos pacientes dados de alta de los hospitales integrados en el SNS. Los CMBD se instauraron por primera vez en los EE.UU. en la década de los 70. En 1987 la Comunidad Económica Euro-

pea normalizó el CMBD de sus estados miembros y el mismo año lo hizo el Estado Español, regulándose en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) mediante Resolución 14/93 de 4 de Junio (12).

Para el objetivo 2, se utilizará la información obtenida a través de llamadas telefónicas que se realizarán a las mujeres seleccionadas.

Variables de estudio

Edad:

Variable cuantitativa discreta.

Semanas de gestación:

Variable cuantitativa discreta, agrupada en intervalos, indica la semana de gestación en la que se produce el parto. Se considera el parto pretérmino si se produce esta antes de las 37 semanas de gestación, a término si este se produce entre la semana 37 y 42, y postérmino o prolongado si es posterior a la semana 42, tal y como se define en la literatura científica.

Tipo de parto:

Variable cualitativa nominal.

- Vaginal no especificado. Son aquellas gestantes que teniendo el código V27 no especifica el tipo de parto.
- Parto manual. Entendemos por parto manual aquel en que el niño nace de vértice y no se utiliza ningún instrumento para ayudar al nacimiento del mismo.
- Fórceps. Es un instrumento obstétrico en forma de pinzas articuladas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto normal. Se utilizan en casos en los que sea necesaria tanto la tracción como la rotación fetal previa indicación de la finalización del segundo periodo del trabajo de parto.
- Ventosa. Pequeño recipiente en forma de cúpula metálica que se fija a la cabeza fetal durante el período de expulsión y que mediante la creación de un vacío permite el avance del feto a lo largo del canal del parto. Se usa cuando la indicación del parto es una falta del descenso fetal.
- Espátulas. Las espátulas son una especie de cucharas metálicas, similares a las del fórceps, aunque no se articulan ni ejercen presión creaneal fetal. Son usadas para ampliar el canal del parto.

- Cesárea. La cesárea es una operación consistente en una histerotomía para la extracción del feto y sus anexos, a través de la incisión de las cubiertas abdominales.
- Nalgas. El parto de nalgas es aquel en el que la presentación fetal son las nalgas o los pies del feto.

Analgesia Epidural:

Variable cualitativa nominal dicotómica. Con el término analgesia epidural se hace referencia a la administración de fármacos analgésicos y/o anestésicos a través de un catéter en el espacio epidural.

Episiotomía:

Variable cualitativa nominal dicotómica. Con esta variable se hace referencia a la incisión quirúrgica practicada en la vulva y el perineo de la gestante durante la segunda etapa del trabajo de parto. El total de episiotomías, se obtendrán sumando las gestantes con código de episiotomía más todas aquellas que tienen el código de parto instrumental con episiotomía.

Desgarro:

Variable cualitativa ordinal. Pérdida solución continuidad periné.

- No desgarro
- DI. Desgarro perineal de primer grado. Laceración, ruptura o desgarro perineal que implica: himen, horquilla, labios, piel, vagina, vulva.
- DII. Desgarro perineal de segundo grado. Laceración, ruptura o desgarro perineal que implica: músculos perineales, músculos vaginales, suelo pélvico.
- DIII. Desgarro perineal de tercer grado. Laceración, ruptura o desgarro perineal que implica: esfínter anal.
- DIV. Desgarro perineal de cuarto grado. Laceración, ruptura o desgarro perineal que implica además: mucosa anal y mucosa rectal.
- Otro tipo de desgarro.

Rasurado perineal:

Variable cualitativa nominal dicotómica.

Administración enema:

Variable cualitativa nominal dicotómica.

Acompañamiento continuo:

Variable cualitativa nominal dicotómica. Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección. Las parturientas que reciben apoyo personalizado permanente tienen menos probabilidades de recibir analgesia o anestesia regional, de tener un parto vaginal instrumentado o una cesárea. Los efectos positivos del apoyo son más contundentes en mujeres que no cuentan con otra fuente de apoyo.

Separación madre-recién nacido:

Variable cualitativa nominal dicotómica.

Inicio precoz Lactancia Materna:

Variable cualitativa nominal dicotómica. El suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida se conoce como "inicio temprano de la lac-

tancia materna"; así se asegura que recibe el calostro "primera leche", rico en factores de protección. Debe indicarse a las mujeres que si el recién nacido no está intentando mamar, se le puede colocar enfrente del pecho para facilitar la puesta en marcha de los reflejos necesarios para conseguir un agarre adecuado, pero que no es recomendable forzar esta primera toma.

Contacto piel-piel:

Variable cualitativa nominal dicotómica. Poner al recién nacido en contacto con el pecho y abdomen desnudo de su madre, inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical y mantenerlo en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida, aprovechando el estado de alerta tranquila del niño. Para mantener caliente al bebe, se recomienda cubrirlo y secarlo con una manta o toalla, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre.

| Variable | Definición conceptual | Tipo de Variable | Definición operacional |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona | Epidemiológica Cuantitativa discreta | En años |
| Semanas de gestación | Semana de gestación en la que se produce el parto | Cuantitativa discreta | 37-38/38-39/39-40/40-41 |
| Tipo de parto | Vía por la que ha nacido el RN, así como instrumentos que han podido facilitar su nacimiento. | Cualitativa nominal | Manual/Fórceps/Ventosa/Espátulas/Cesárea/Parto de nalgas |
| Analgesia epidural | Administración de fármacos analgésicos y/o anestésicos a través de un catéter en el espacio epidural | Cualitativa nominal dicotómica | No/Sí |
| Episiotomía | Incisión quirúrgica practicada en la vulva y el perineo de la gestante durante la segunda etapa del trabajo de parto | Cualitativa nominal dicotómica | No /Sí |
| Desgarro | Pérdida solución continuidad perineal. | Cualitativa ordinal | No desgarro/ DI/DII/DIII/DIV/Otro tipo |
| Rasurado perineal | Afeitarse el periné femenino | Cualitativa nominal dicotómica | No /Sí |
| Administración enema | Uso de medicamento líquido que se introduce en el cuerpo por el ano con objetivo de limpiar y descargar el vientre | Cualitativa nominal dicotómica | No /Sí |
| Acompañamiento continuo | Acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección. | Cualitativa nominal dicotómica | No /Sí |
| Separación madre- RN | Alejamiento del RN de la madre sin causa clínica justificada | Cualitativa nominal dicotómica | No /Sí |
| Inicio precoz Lactancia- Materna | Suministro de leche materna al RN durante la primera hora de vida | Cualitativa nominal dicotómica | No /Sí |
| Contacto piel-piel | Poner al recién nacido en contacto con el pecho y abdomen desnudo de su madre, inmediatamente después del parto | Cualitativa nominal dicotómica | No /Sí |

Tabla 1. Codificación de variables

Protocolo de investigación

Se solicitarán los datos del CMBD al Servicio de Documentación Clínica Avanzada del Hospital Universitario Virgen del Rocío, requiriendo todos los casos que estén registrados con el código V27 (Resultado del parto) de los años objeto de estudio (2007-2014). El propósito de dicha categoría V27 es la codificación del resultado del parto en el historial de la madre. Posteriormente, se eliminarán todos los casos que tienen entre sus registros los códigos pertenecientes a partos múltiples como V27.2 (gemelos, ambos nacidos con vida), V27.3 (gemelos, uno nacido con vida y el otro mortinato), V27.4 (gemelos, ambos mortinatos), V27.5 (otro parto múltiple, todos nacidos con vida), V27.6 (otro parto múltiple, algunos nacidos con vida), V27.7 (otro parto múltiple, todos mortinatos), V27.9 (resultado

del parto no especificado). Con lo que nos quedamos solo con los casos de parto único cuyos códigos son V27.0 (niño único nacido con vida), V27.1 (niño único mortinato), objeto de nuestro estudio. La selección de los casos se realizará conforme a unos criterios, codificados de acuerdo con la CIE-9-MC.

Para la obtención de los datos referidos a las variables de buenas prácticas en atención perinatal en el área de partos (rasurado perineal, administración enema, acompañamiento continuo, separación madre-recién nacido, inicio precoz lactancia materna, contacto piel-piel), se realizarán llamadas telefónicas. Estas variables son importantes y están recogidas en el documento Buenas Prácticas de Atención Perinatal y en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, pero no se encuentran en el CMBD.

| | |
|--------------------|----------------------------------|
| Recién nacido vivo | V27.0 Niño único nacido con vida |
| Mortinato | V27.1 Niño único mortinato |

Tabla 2. Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios sanitarios. (Códigos seleccionados).

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Parto Manual | 73.5 Parto asistido manualmente |
| | 73.51 Rotación manual de la cabeza de feto |
| | 73.59 Otro parto asistido manualmente |
| | 650 Parto en un caso totalmente normal (Lista tabular de enfermedades) |
| Fórceps | 72.0 Aplicación de fórceps bajo |
| | 72.1 Aplicación de fórceps bajo con episiotomía |
| | 72.2 Aplicación de fórceps medio |
| | 72.21 Aplicación de fórceps medio con episiotomía |
| | 72.29 Otra aplicación de fórceps medio |
| | 72.3 Aplicación de fórceps alto |
| | 72.31 Aplicación de fórceps alto con episiotomía |
| | 72.39 Otra aplicación de fórceps alto |
| | 72.4 Rotación mediante fórceps de la cabeza del feto |
| Parto de Nalgas | 72.5 Extracción con presentación de nalgas |
| | 72.51 Extracción parcial con presentación de nalgas mediante aplicación de fórceps en cabeza última |
| | 72.52 Otra extracción parcial con presentación de nalgas |
| | 72.53 Extracción total en presentación de nalgas con aplicación de fórceps en cabeza última |
| | 72.54 Otra extracción total con presentación de nalgas |
| | 72.6 Aplicación de fórceps a cabeza última |

| | |
|--------------------|---------------------------------------------------|
| Ventosa | 72.7 Extracción con ventosa obstétrica |
| | 72.71 Extracción mediante ventosa con episiotomía |
| | 72.79 Otra extracción mediante ventosa |
| Espátulas | 72.8 Otro parto instrumentado especificado |
| | 72.9 Parto instrumentado no especificado |
| Episiotomía | 73.6 Episiotomía |
| | 72.1 Aplicación de fórceps bajo con episiotomía |
| | 72.21 Aplicación de fórceps medio con episiotomía |
| | 72.31 Aplicación de fórceps alto con episiotomía |
| | 72.71 Extracción mediante ventosa con episiotomía |

Tabla 3. Procedimientos obstétricos. (Códigos seleccionados).

| | |
|------------------------------------------|--------------------|
| Desgarro perineal de primer grado | 664.0 |
| Desgarro perineal de segundo grado | 664.1 |
| Desgarro perineal de tercer grado | 664.2 |
| Desgarro perineal de cuarto grado | 664.3 |
| Otro tipo de desgarro de perineo y vulva | 664.8 Especificado |

Tabla 4. Lista tabular de enfermedades Embarazo, Parto y Puerperio (Códigos seleccionados).

Recogida de datos

Se confeccionará una base de datos en formato Excel 2007, en la que se volcarán los datos obtenidos del CMBD y de las llamadas telefónicas. Para los datos obtenidos telefónicamente se realizará previamente un cuestionario ad hoc con los ítems a evaluar. Tras la eliminación de aquellos datos de carácter personal tales como el nombre y apellidos, número de historia clínica y NUSHSA, se asignará a cada caso un Número de Registro único asignado a cada caso.

Dimensión ética

El estudio se desarrollará siguiendo los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008).

Teniendo en cuenta que el estudio no implica ninguna intervención, ni manipulación de las variables y que los datos se obtendrán del CMBD, el equipo

investigador se compromete a salvaguardar la identidad de las personas que son fuente de origen de los datos. Todos los registros se encontrarán debidamente custodiados, identificándolos únicamente por el número asignado de caso, por tanto desagregados, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 de 13 de diciembre). Para las llamadas telefónicas, se pedirá a las mujeres seleccionadas un consentimiento informado verbal, que será grabado y almacenado.

Accesos y permisos

Para la realización del estudio se solicitará la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Sevilla. Para el acceso a los registros se solicitará autorización al servicio de Documentación Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo: Exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Las variables numéricas se resumirán con medias y desvia-

ciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/ cualitativa).

Se realizará una comparación de los grupos de estudio mediante la utilización del test χ^2 o el test exacto de Fischer, a través de tablas de contingencia. Se realizarán contrastes de medias o análisis de las varianzas. El nivel de significación estadística, se establece en $p < 0.05$. Se calculará el tamaño del efecto como análisis complementario del contraste de medias.

El análisis de los datos se realizará con el programa estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows.

Limitaciones del estudio

El principal sesgo se encuentra en la recogida de datos de las variables de estudio; ya que provienen de la fuente que hemos utilizado, el CMBD y por lo tanto no son controlables por nosotros. Como hemos señalado antes, este es un grupo de datos administrativos y clínicos, que resume la información de los episodios de hospitalización, siendo el informe de alta el documento primario preferente de la Historia Clínica.

Por lo que se refiere a la información obtenida a través de las llamadas telefónicas, esta puede verse alte-

rada por el "sesgo de olvido" o por la dificultad de comprensión de las preguntas por las mujeres encuestadas.

A pesar de ello, consideramos que a día de hoy, son los datos más fiables que se pueden obtener. En ese sentido cabe mencionar la recomendación de incluir los datos que se recogen en las Guías de Buenas Prácticas Clínicas, en el registro de la Historia Clínica y/o el CMBD.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA

Los resultados y conclusiones que se obtengan aportarán evidencia científica sobre el Proyecto de Humanización Perinatal en Andalucía, desde su implantación hasta la actualidad.

Si los resultados esperados son favorables, esta práctica, se puede proponer a otros hospitales del Sistema Sanitario, ya que se habrán comprobado los beneficios de la misma, por lo que podemos considerar que esta práctica es aplicable y genera mejoras en la atención clínica habitual del Sistema Sanitario, en relación a la humanización del parto y a la calidad y la seguridad de las mujeres.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes de los cuales aprendemos cada día, sin ellos nada de esto tendría sentido.

Muchas gracias a todos.

ANEXO

Cuestionario nº1: Cumplimiento de criterios de buenas prácticas en Atención Perinatal

Nº REGISTRO

DATOS BÁSICOS PACIENTE

Edad: _____ años

Nivel estudios: Sin estudios Primarios Secundario Universitarios

Fórmula Obstétrica: G___ A___ P___ C___

FUR: _____ FPP: _____

VARIABLES DE ESTUDIO

Estamos interesados en algunas cuestiones acerca de usted y su proceso de parto. No hay respuestas correctas o erróneas. Por favor, responda a todas las preguntas con SÍ o NO. La información que usted nos dé será estrictamente confidencial

1. ¿Se le administró en algún momento del parto un enema evacuatorio?

SI NO

2. En el momento del parto, en paritorio, ¿le rasuraron el periné previo nacimiento de su hijo/a?

SI NO

3. ¿Elegió usted su acompañante en el proceso del parto?

SI NO

4. ¿Estuvo su acompañante presente a su lado durante todo el proceso?

SI NO

5. Tras el nacimiento de su hijo/a, ¿se le colocó encima suya en contacto piel-piel durante al menos la primera hora de vida?

SI NO

6. Tras el nacimiento de su hijo/a, ¿permanecieron juntos todo el tiempo en la misma habitación hasta el alta hospitalaria?

SI NO

7. Si usted eligió alimentar a su hijo/a con Lactancia Materna, ¿se lo colocó al pecho en la primera hora de vida?

SI NO

POR FAVOR, ELIJA ENTRE LOS NÚMEROS DEL 1 AL 7

8. ¿Cómo puntuaría globalmente la atención recibida durante el proceso del parto?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____
Muy malo Excelente