



***Estrategia para la atención
del parto normal
en la Comunitat Valenciana***







ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL EN LA COMUNITAT VALENCIANA

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

2009

Coordinación de la edición:

Servici de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública
Ana Fullana
Carmen Barona
Rosa Mas

Dirección de la investigación cualitativa:

José Joaquín Mira. Universidad Miguel Hernández

Equipo de Investigación:

Pilar Balaguer
Mercedes Guilabert
Juan Carlos Marzo
Isabel María Navarro
Lidia Ortíz
M^a Virtudes Pérez-Jover
Verónica Ramírez
Marina Vitaller

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat

© De la presente edición: Generalitat, 2009

© De los textos: los autores

Primera Edición

I.S.B.N.: 978-84-482-5354-7

Depósito legal: V-4572-2009

Imprime: Canal Gráfico

ÍNDICE

	página
Presentación	7
Prólogo	9
1. Introducción	11
2. Análisis de la situación	13
3. Recomendaciones para la atención del parto normal: estudio cualitativo	29
3.1. Objetivos generales	29
3.2. Objetivos específicos	29
3.3. Metodología	30
3.4. Resultados	33
4. Estrategia de implantación	47
5. Financiación	49
6. Anexos	51
6.1. Expertos participantes en el estudio cualitativo	51
6.2. Preguntas del estudio cualitativo	53
6.3. Indicadores básicos de evaluación	56
7. Bibliografía	59



PRESENTACIÓN

La maternidad y el momento del nacimiento son acontecimientos vitales de gran trascendencia a los que la Conselleria de Sanitat presta una especial atención. En este contexto, cabe destacar un momento muy significativo como es el parto, ya que se acompaña de una gran carga emocional y representa una vivencia única personal en la biografía de cada mujer.

La evolución favorable de las últimas décadas y la actual situación de los principales indicadores de morbilidad materna y perinatal ponen en evidencia que nos encontramos en un momento muy propicio para revisar y reorientar el enfoque de la atención del parto en la Comunitat, poniendo énfasis en fomentar una mayor participación y protagonismo de la mujer en su parto. Sin duda, ello conlleva para el sistema de salud el reto de recuperar la confianza en el papel que juega la propia fisiología en el desencadenamiento, evolución y culminación de los partos normales, de bajo riesgo.

El compromiso de apoyar esta línea de actuación en la Comunitat, plasmado en los artículos 4 y 5 de la Ley 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes, se concreta en el presente documento estratégico, que desarrolla la propuesta institucional de la Conselleria de Sanitat para la atención del parto normal. Se trata de un documento consensuado por los diferentes actores que están implicados y que incluye tanto a profesionales del campo de la obstetricia, matronería y pediatría, como a las propias madres.

Estoy seguro de que el libro que tiene en sus manos va a constituir una herramienta de utilidad para todos los profesionales que acompañan y atienden a la madre en el parto y nacimiento de su hijo/a.

Manuel Cervera Taulet
Conseller de Sanitat



PRÓLOGO

El Programa de Seguimiento del Embarazo, Parto y Puerperio es el marco de referencia en la Comunitat a través del cual se estructura la atención a la salud de la mujer en este período especial de su vida. Los objetivos de la Conselleria de Sanitat en este Programa van dirigidos a alcanzar un óptimo nivel de salud tanto de las mujeres gestantes y puérperas, como de sus hijos/as, y a contribuir a que las parejas desarrollen una maternidad y paternidad responsables.

La necesidad de favorecer la oferta y puesta en marcha de diferentes protocolos y actuaciones basadas en la mejor evidencia disponible han determinado en los últimos años la realización de diferentes actualizaciones del control prenatal, con el consenso de grupos multidisciplinares de expertos. Asimismo, la importancia concedida al enfoque preventivo y de promoción de la salud, también ha llevado a impulsar actividades de educación sanitaria en grupo, tanto en la etapa prenatal como en el puerperio, en forma de talleres que tienen el objetivo de apoyar a madres y padres en la lactancia e inicio de la crianza.

La visión de un enfoque integral de dicho Programa es, pues, la que ha hecho necesaria la revisión y actualización de la atención del parto, con la finalidad de que las prácticas ofertadas en nuestras maternidades se adapten a las recomendaciones internacionales y nacionales más recientes en este campo. Ello ha dado origen al presente manual, fruto del consenso de un nutrido grupo de expertos que, bajo la tutela de la Universidad Miguel Hernández, participó en un estudio de investigación cualitativa para identificar los aspectos esenciales que debían incorporarse en la estrategia de atención del parto normal en la Comunitat. En él se recoge la visión de profesionales de las diferentes especialidades, así como la percepción y el sentir de las propias madres.

Creemos que la adopción de las recomendaciones planteadas en este documento, sin duda, contribuirá a elevar el nivel de calidad de la atención recibida por las madres y sus bebés en el momento del parto y nacimiento.

Maria Luisa Carrera Hueso
Directora General de Asistencia Sanitaria

Manuel Escolano Puig
Director General de Salud Pública





La consolidación de la asistencia sanitaria universal, pone en la actualidad el punto de mira en la calidad como principal desafío para los servicios de salud. El reto de la calidad en la atención sanitaria debe afrontarse fundamentalmente compaginando la orientación hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica, al tiempo que el ciudadano sea reconocido y pase a situarse como el elemento central del sistema.

En este contexto, es en el que los servicios de salud se están planteando en la actualidad la necesidad de revisar las condiciones de atención del parto y nacimiento, del mismo modo que han hecho ya otros países de nuestro entorno. Se trata de ofrecer a la mujer las máximas condiciones de seguridad al tiempo que se reconoce el derecho a parir con respeto a la intimidad, a participar en la toma de decisiones y en las mejores condiciones tanto para ellas como para sus bebés. En definitiva, se persigue encontrar el equilibrio entre una mayor participación y opinión de las mujeres y una prestación sanitaria acorde al estado del conocimiento, que ofrezca garantías de calidad.

La seguridad y eficacia que ha conferido la atención hospitalaria del parto normal en las últimas décadas, ha supuesto como contrapartida una tendencia creciente en la utilización de tecnologías e intervenciones innecesarias, molestas e incluso desaconsejadas que, por otro lado, restan intimidad y protagonismo a la mujer. El reconocimiento de esta situación es el que está dando pie al debate y al establecimiento de recomendaciones y guías de actuación en el seno de algunas instituciones (OMS, NHS, Ministerio de Sanidad, SEGO, FAME) que ya han planteado sus propias recomendaciones en la atención del parto normal.

Haciéndose eco de esta sensibilidad, el actual Gobierno Valenciano percibe la necesidad de tomar iniciativas para apoyar la maternidad y el nacimiento participativos y así lo ha dejado plasmado en la Ley 8/2008 que en su artículo 4 habla de los derechos relacionados con el

nacimiento. También el Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2005-2009) establece en el objetivo específico nº 4 del área de intervención de salud perinatal, la necesidad de intensificar la humanización y desmedicalización de la atención del parto en la Comunitat.

Tras aprobar el Consejo Interterritorial (10 de octubre de 2007) la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”, el Ministerio de Sanidad ofreció a diversas CCAA la posibilidad de suscribir convenios de colaboración para impulsarla. El haber iniciado ya alguna maternidad de la Comunitat modelos de buena práctica y la predisposición de algunas otras a sumarse a esta iniciativa, desembocó en la firma de un convenio de colaboración con la Conselleria de Sanitat en octubre de 2008, con la intención de que se vayan adhiriendo de manera progresiva las diferentes maternidades.

Con la finalidad de pulsar la opinión de las mujeres y de los profesionales implicados, en el mes de mayo de 2008 se organizó en la Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES) una jornada técnica, dirigida por la Direcció General de Salut Pública y coordinada por la Universidad Miguel Hernández. El análisis del contenido del trabajo en los 8 grupos formados por obstetras, matronas, neonatólogos/as y mujeres se describe con detalle en el capítulo 3 de este documento. Las conclusiones de esta jornada, junto al análisis de los principales indicadores disponibles relacionados con el parto y nacimiento (capítulo 2), constituyen elementos clave para poder establecer las líneas prioritarias de actuación en la atención del parto normal en nuestra Comunitat, objetivo principal de este documento.

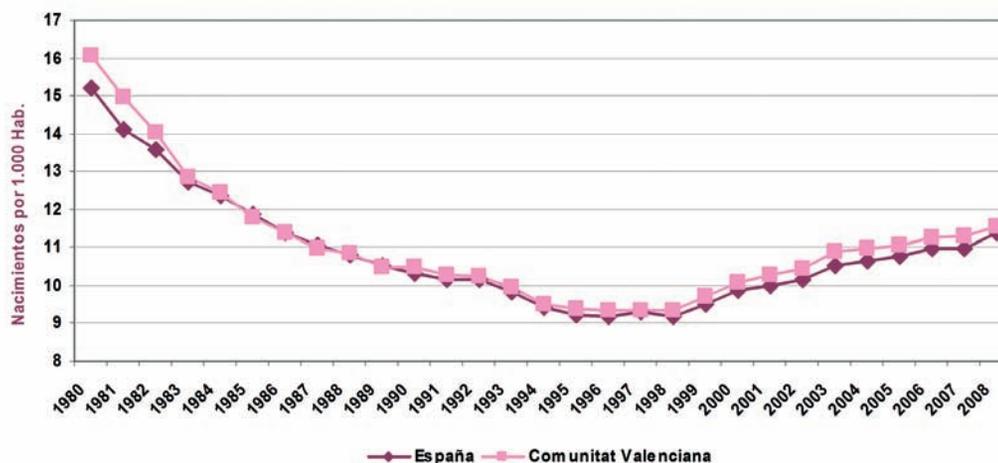


NATALIDAD

Tras un fuerte descenso de la natalidad en la Comunitat Valenciana (CV), así como en el conjunto de España, desde finales de los años 90 se aprecia un incremento constante en la tasa bruta de natalidad, presentando la CV valores ligeramente superiores a los alcanzados en el conjunto de España. En este periodo, el número medio de hijos/as por mujer en la CV pasó de 1,18 en 1998 a 1,45 en 2008, cifra todavía lejana al nivel mínimo de reemplazo generacional.

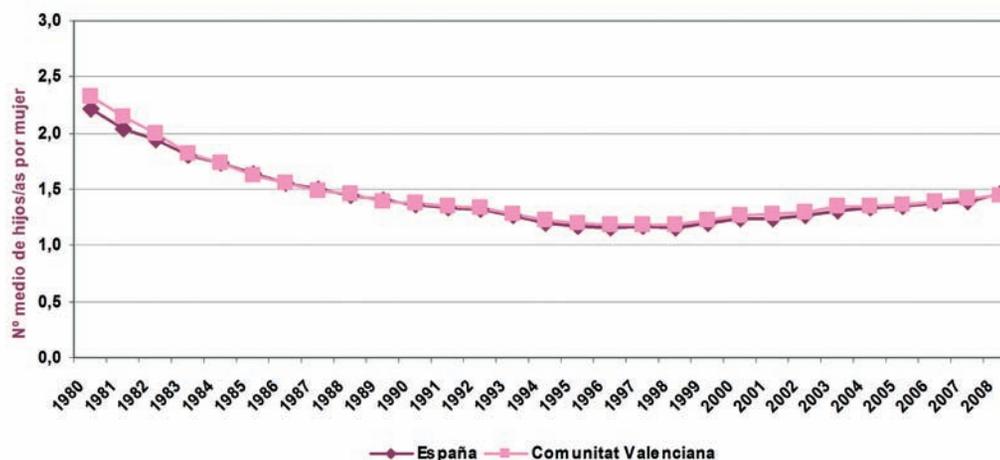
Tasa bruta de natalidad

España y Comunitat Valenciana. Periodo 1980-2008



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE

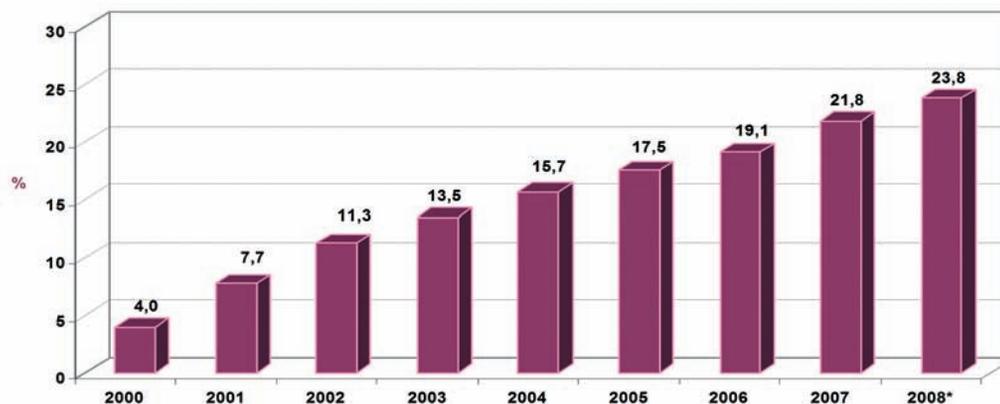
Número medio de hijos/as por mujer España y Comunitat Valenciana. Periodo 1980-2008



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE

Son los nacimientos de madre extranjera los que han contribuido fundamentalmente a este incremento de la natalidad. Si en el año 2000 tan solo el 4,0% de los nacimientos en la CV eran de madre extranjera, en el año 2008 esta cifra alcanzó el 23,8%. Se trata de mujeres procedentes en su gran mayoría de América Latina, Europa del Este y Norte de África, con una presencia heterogénea por departamentos de salud.

Nacimientos de madres extranjeras Comunitat Valenciana. Periodo 2000-2008*



Fuente: Movimiento Natural de la Población. INE
*Datos provisionales

Un rasgo característico en el patrón reproductivo de las mujeres es el acceso cada vez más tardío a la maternidad. En las dos últimas décadas, se aprecia un incremento progresivo en la edad media de las madres, situándose en el año 2007 en 30,6 años en la CV y 30,8 años en el conjunto de España.



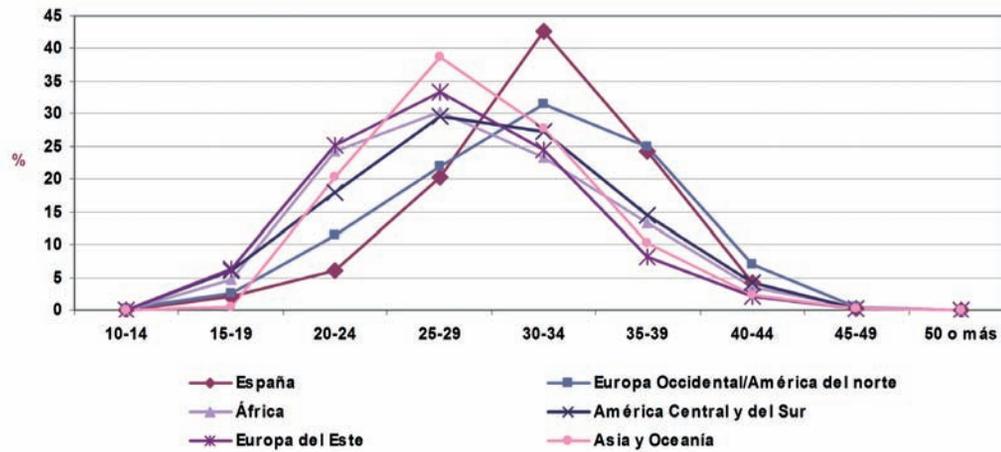
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. INE

PERFIL DEMOGRÁFICO Y SOCIOCULTURAL DE LAS MADRES

Si bien es cierto que las mujeres son madres cada vez a una edad más avanzada, se observa una distribución desigual por grupos de edad en función del país de nacimiento de la mujer. Son las mujeres autóctonas y las procedentes de Europa Occidental y América del Norte las de mayor edad, constituyendo en este caso el grupo de madres de 30-34 años el más numeroso. En el extremo opuesto se sitúan las mujeres procedentes de Europa del Este, con una edad media de 27,5 años y un mayor porcentaje de madres menores de 20 años.

Edad de las madres según país de origen

Comunitat Valenciana, 2008

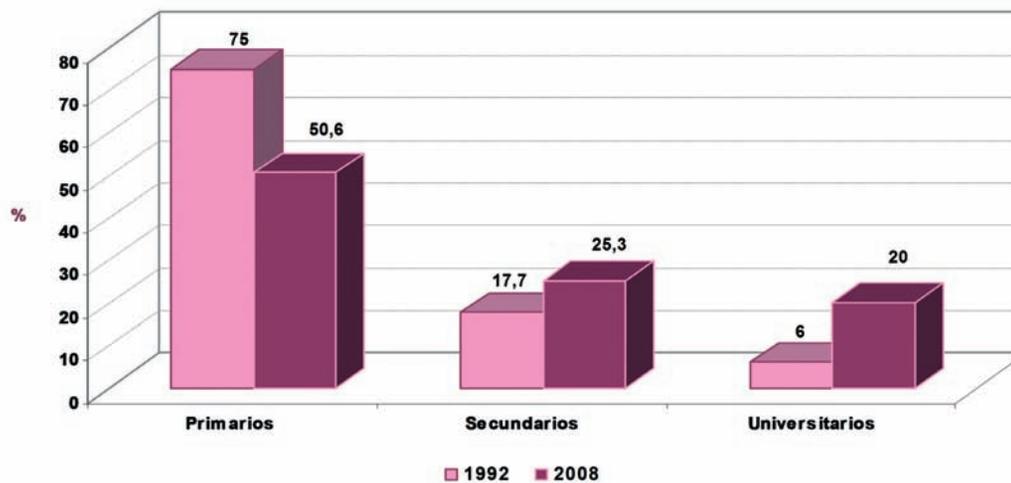


Fuente: Registro de Metabolopatías. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

Otro aspecto que merece mención son las transformaciones que han acontecido en el ámbito sociocultural, siendo cada vez mayor el nivel educativo de las mujeres, así como el porcentaje de mujeres que realizan un trabajo productivo remunerado.

Nivel de estudios de las madres

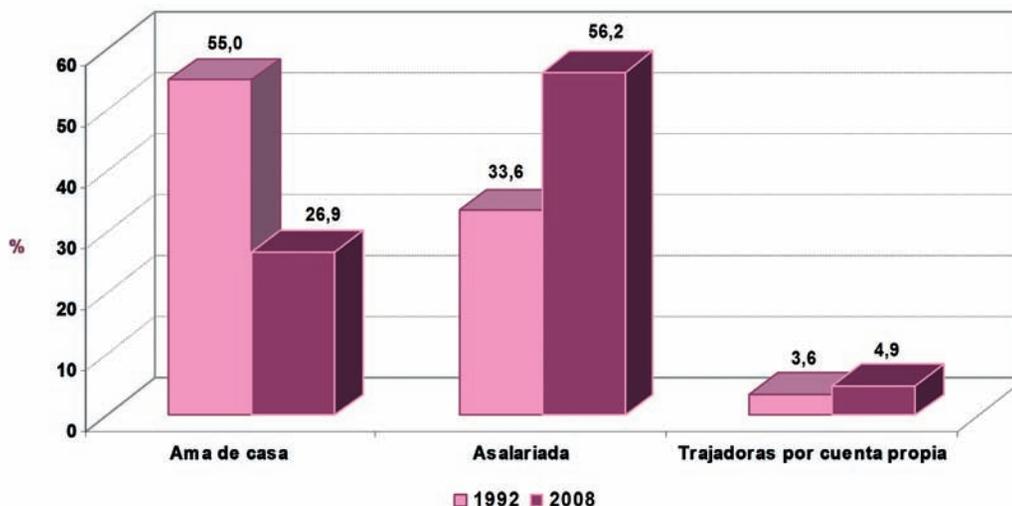
Comunitat Valenciana, 1992 y 2008



Fuente: Programa Control y Seguimiento del Embarazo. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

En 1992 el 23,7% de las gestantes atendidas en el control prenatal contaba con estudios secundarios o universitarios, proporción que en 2008 se había elevado hasta el 45,3%. En el mismo periodo, el porcentaje de gestantes trabajadoras se incrementó desde el 37,2% hasta un 61,1%.

Ocupación de las madres
Comunitat Valenciana, 1992 y 2008



Fuente: Programa Control y Seguimiento del Embarazo. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

INDICADORES DE SALUD PERINATAL

Desde principios del siglo XX, la mortalidad materna ha experimentado un espectacular descenso en los países desarrollados. En la actualidad, constituye un evento centinela estrechamente relacionado con la calidad de los servicios prenatales y obstétricos, así como con factores económicos y sociales. En la CV, la mortalidad debida a complicaciones del embarazo, parto y puerperio ha alcanzado niveles mínimos, al igual que en el resto de España y países de nuestro entorno.

Mortalidad materna

Comunitat Valenciana. Periodo 1990-2007

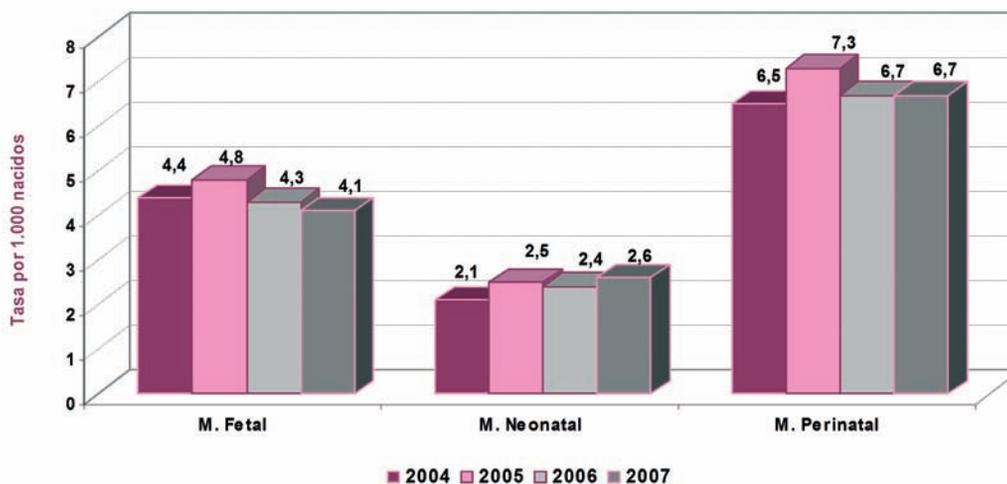
Año	Razón de Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos)
1990	5,00
1991	5,03
1992	5,03
1993	2,62
1994	7,80
1995	10,88
1996	2,73
1997	5,43
1998	0,00
1999	0,00
2000	2,45
2001	4,72
2002	2,26
2003	6,34
2004	2,33
2005	0,00
2006	2,10
2007	2,06

Fuente: Registro de Mortalidad. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

De forma similar, en las últimas décadas se ha producido un descenso acusado de la mortalidad perinatal, atribuible en gran medida a la mejora de las condiciones sociales y los cuidados proporcionados durante el embarazo, parto y periodo neonatal. Desde el año 2004, la CV dispone del Registro de Mortalidad Perinatal, lo que está permitiendo realizar un seguimiento más preciso, mejorando la exhaustividad y la calidad de la información sobre este problema. En el año 2007, la tasa de mortalidad perinatal en la CV fue de 6,7 por mil nacidos.

Mortalidad perinatal

Comunitat Valenciana. Periodo 2004-2007

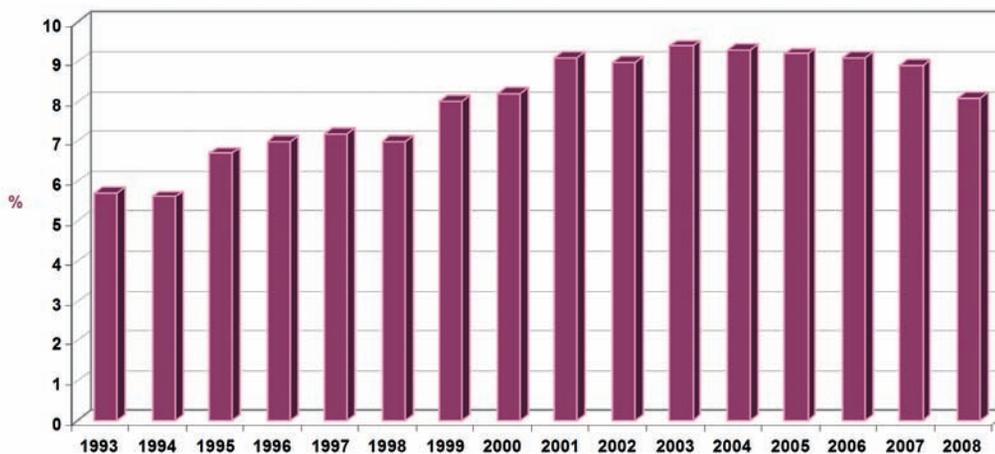


Fuente: Registro de Mortalidad Perinatal. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

La prematuridad y el bajo peso al nacimiento constituyen los predictores más importantes de morbilidad perinatal y se han relacionado a su vez con efectos negativos sobre la salud a más largo plazo.

Nacimientos pretérmino

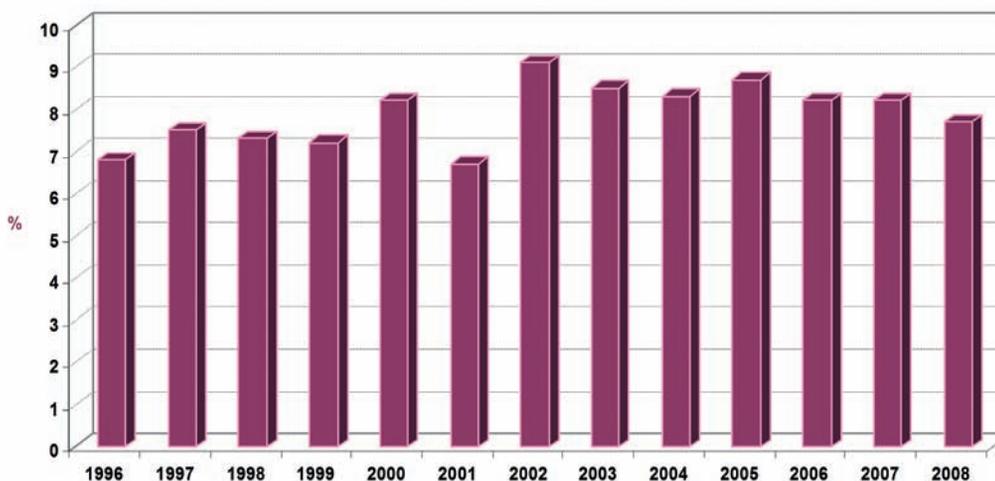
Comunitat Valenciana. Periodo 1993-2008



Fuente: Registro de Metabolopatías. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

En la CV, el porcentaje de recién nacidos prematuros, es decir los nacimientos de edad gestacional inferior a 37 semanas, ha ido incrementándose de forma mantenida en las dos últimas décadas, con un pico máximo del 9,4% en el año 2003. Desde entonces se ha estabilizado la tendencia, mostrando un ligero descenso en el último año. El indicador de bajo peso al nacimiento (recién nacidos de <2500Kg), ha seguido una evolución similar, con una tendencia ligeramente descendente que sitúa la cifra en el último año, en el 7,7% de los recién nacidos.

Recién nacidos con bajo peso
Comunitat Valenciana. Período 1996-2008

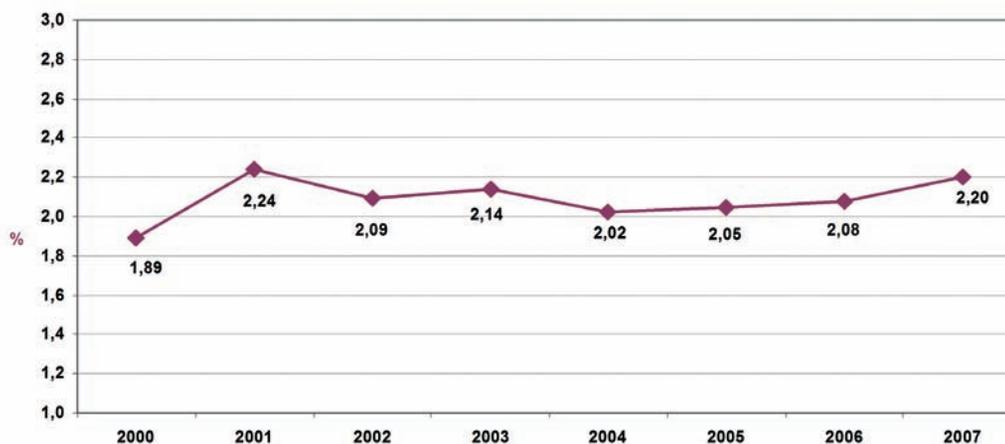


Fuente: Registro de Metabolopatías. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

El incremento en la proporción de embarazos múltiples en los países desarrollados se ha relacionado, entre otros factores, con el aumento en la edad de las madres, así como con la práctica cada vez más extendida de técnicas de reproducción asistida. Los partos múltiples presentan un mayor riesgo de nacimientos pretérmino, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal e infantil. En la CV, en el año 2007, se registraron un 2,2% de partos múltiples.

Partos múltiples

Comunitat Valenciana. Periodo 2000-2007

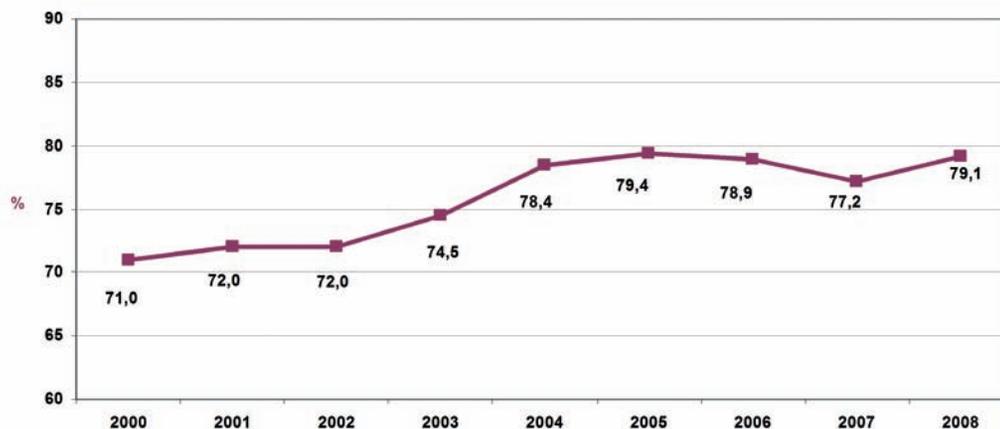


Fuente: Movimiento Natural de la Población. INE

La lactancia materna proporciona múltiples beneficios tanto a la madre como al recién nacido. Un inicio satisfactorio de la misma depende en gran medida del apoyo, información y atención proporcionada por los profesionales sanitarios durante el embarazo y el postparto inmediato. En los últimos 5 años, en la CV, el porcentaje de recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria se sitúa, con pequeñas oscilaciones, próximo al 80%.

Inicio de la lactancia materna exclusiva

Comunitat Valenciana. Periodo 2000-2008



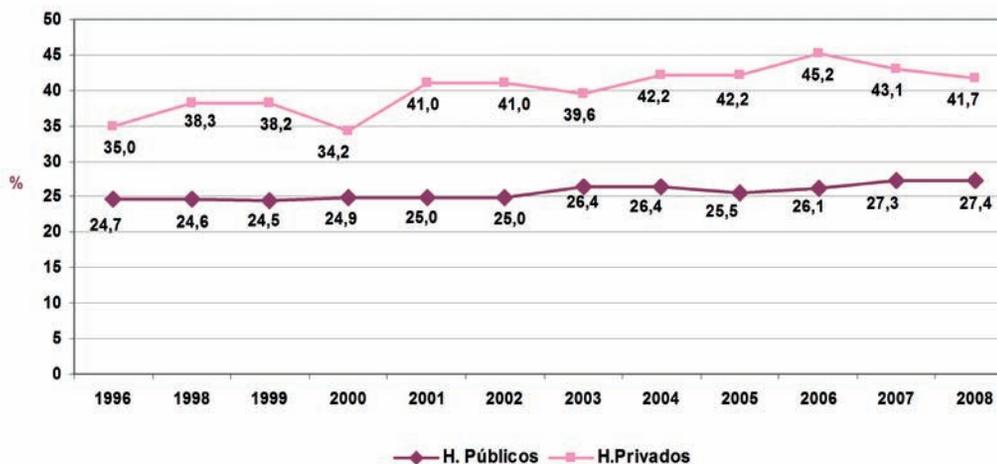
Fuente: Registro de Metabolopatías. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PARTO

La atención sanitaria del parto y nacimiento en la CV, se realiza mayoritariamente en el ámbito hospitalario, aconteciendo en la actualidad alrededor del 75% de los partos en hospitales de la red pública. Si bien con la asistencia hospitalaria se ha conseguido mejorar de forma significativa los resultados en salud materna y perinatal, como contrapartida se ha visto asociada en ocasiones a un excesivo intervencionismo, con una marcada variabilidad en la práctica obstétrica entre centros.

La inducción del parto, ya sea mediante técnicas médicas o quirúrgicas, es una práctica especialmente frecuente en los hospitales privados, no exenta de riesgos tanto para la madre como para el feto, y cuyo uso se ha incrementado en los últimos años. En el año 2008, el porcentaje de partos inducidos alcanzó el 27,4% en los hospitales públicos de la CV y el 41,7% en los privados, cifras ambas superiores al 10% recomendado por la OMS.

Partos inducidos según centro de atención
Comunitat Valenciana. Periodo 1996-2008

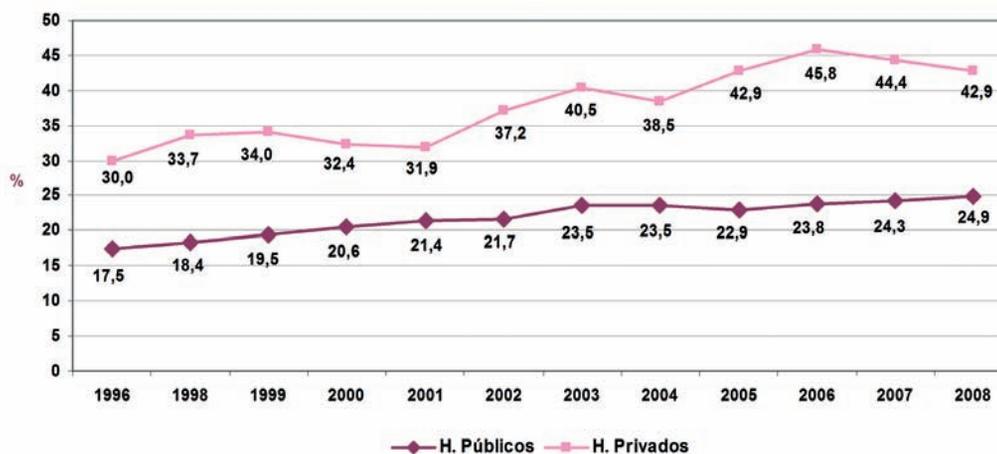


Fuente: Programa Control y Seguimiento del Embarazo. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

La cesárea, al igual que la inducción del parto, ha sido una práctica creciente en los últimos años, y sujeta a una gran variabilidad entre centros asistenciales. La proporción de cesáreas en los hospitales públicos de la CV en su conjunto ha pasado de un 17,5% en 1996 a un 24,9% en 2008. En el caso de los centros privados, este incremento ha sido más acusado, ya que se ha pasado de un porcentaje medio de un 30,0% en 1996 a un 42,9% en 2008. Entre los factores que se han relacionado con el incremento en el número de cesáreas cabe citar, entre otros, el aumento de la edad materna, la práctica de una medicina defensiva y la percepción generalizada de que se trata de un procedimiento seguro, minimizando las repercusiones que puede tener sobre la salud y el bienestar de la madre y del recién nacido.

Partos por cesárea según centro de atención

Comunitat Valenciana. Periodo 1996-2008

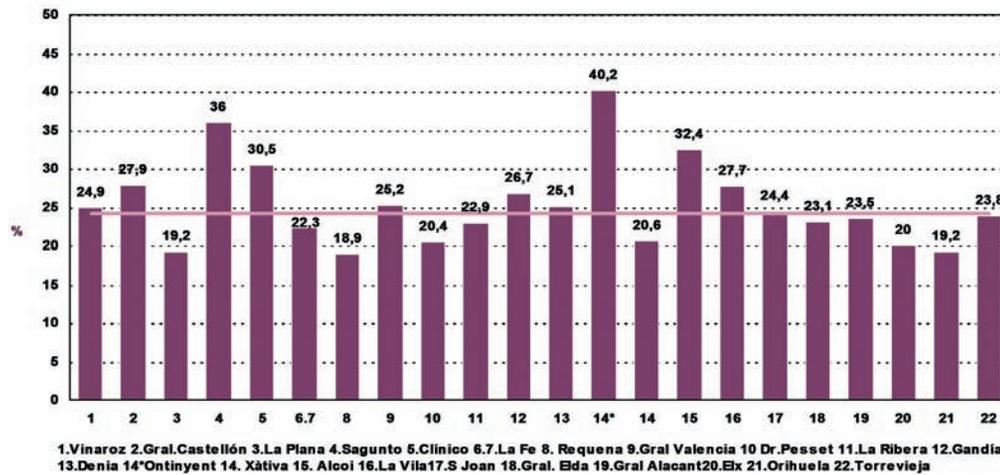


Fuente: Programa Control y Seguimiento del Embarazo. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

Independientemente de la titularidad del centro de atención del parto, existe además una gran variabilidad en la magnitud de este indicador cuando se analiza de forma individualizada por centro sanitario, que no puede ser atribuida únicamente a una distribución desigual de factores de riesgo en la población atendida, sino más bien a diferencias en los protocolos de atención del parto y nacimiento. En el conjunto de hospitales públicos, la proporción de cesáreas en 2008 osciló entre un 18,9% y un 40,2%. En el caso de centros privados, este rango se situó entre un mínimo de 22,8% y un máximo de 58,3%.

Partos por cesárea en centros públicos

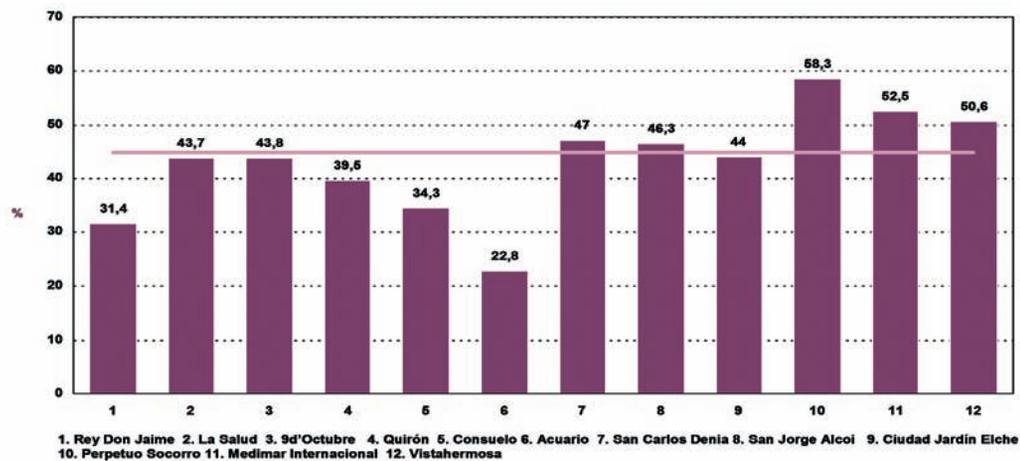
Comunitat Valenciana, 2008



Fuente: Indicadores de la Agència Valenciana de Salut. 2008

Partos por cesárea en centros privados

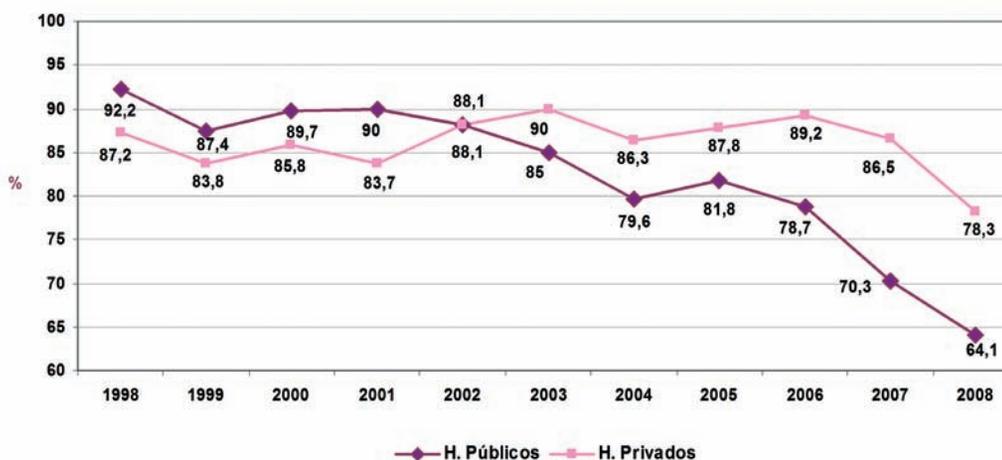
Comunitat Valenciana, 2008



Fuente: Registro de Metabolopatías. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

Existe una amplia evidencia de los beneficios que ofrece la práctica restrictiva de la episiotomía en los partos vaginales frente a su realización de forma sistemática o rutinaria, como venía haciéndose hasta hace poco tiempo. En los últimos años, en la CV, ha comenzado a observarse una tendencia decreciente en esta práctica, con un descenso más acusado en el caso de los hospitales públicos. Si en 1998, se realizaba la episiotomía en alrededor del 90% de los partos vaginales, en el año 2008, la aplicación del criterio restrictivo, ha hecho descender la cifra hasta el 64,1% en los hospitales públicos y el 78,3% en los privados.

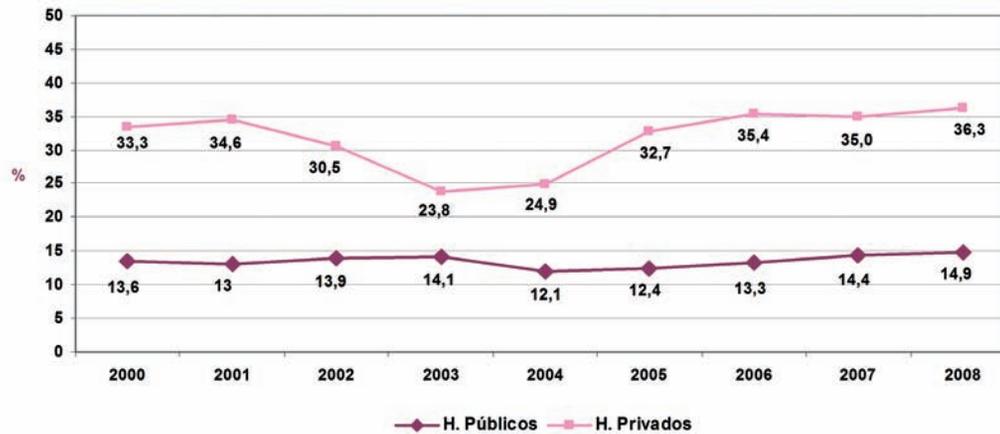
Episiotomías en partos vaginales según centro de atención
Comunitat Valenciana. Periodo 1998-2008



Fuente: Programa Control y Seguimiento del Embarazo. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

Respecto a la frecuencia de partos instrumentados (utilización de ventosa, fórceps o espátulas), de nuevo se constatan diferencias importantes en la práctica obstétrica entre centros. En el año 2008, el 14,9% de los partos vaginales atendidos en maternidades públicas fueron instrumentados mientras que esta cifra alcanzó el 36,3% en los hospitales privados.

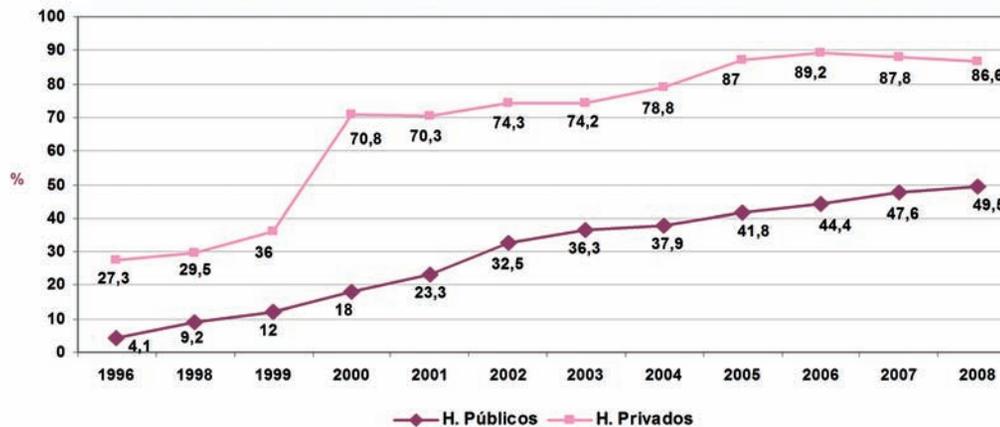
Partos vaginales instrumentados según centro de atención Comunitat Valenciana. Periodo 2000-2008



Fuente: Programa Control y Seguimiento del Embarazo. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

Una cuestión fundamental en la atención del parto es proporcionar a la mujer los medios necesarios para el alivio del dolor. Si bien la anestesia epidural es el método más eficaz, aunque no exento de efectos contraproducentes como el incremento de los partos instrumentados, existen otras alternativas que pueden ofertarse a la mujer, siempre de forma individualizada y en función de sus necesidades a lo largo del parto.

Utilización de anestesia epidural en el parto según centro de atención Comunitat Valenciana. Periodo 1996-2008

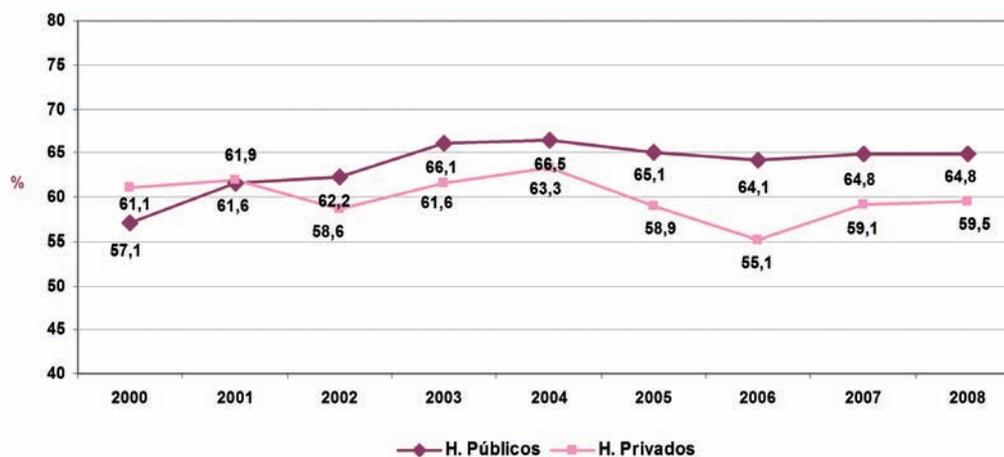


Fuente: Programa Control y Seguimiento del Embarazo. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat

La anestesia epidural continúa siendo una práctica más extendida en los hospitales privados que en los públicos, aunque con una tendencia creciente en los últimos años en ambos casos. El porcentaje de partos atendidos en hospitales privados en la CV en 2008 en los que se utilizó anestesia epidural fue del 86,6% frente al 49,5% en el caso de los hospitales públicos.

El acompañamiento y apoyo continuo de la mujer durante el trabajo del parto y el parto, se ha relacionado, entre otros beneficios, con una necesidad menor de recibir analgesia y una mayor satisfacción con la experiencia vivida. En nuestro entorno, en la mayoría de los casos, es la pareja la persona elegida por la mujer para brindarle el apoyo necesario y compartir ese momento tan importante para ambos. En los últimos años, se han logrado mejoras considerables en este aspecto, alcanzando en el año 2008 un 64,8% de partos con presencia del padre en los hospitales públicos de la CV y un 59,5% en los hospitales privados.

Presencia del padre en el parto según centro de atención Comunitat Valenciana. Periodo 2000-2008



Fuente: Programa Control y Seguimiento del Embarazo. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat





3.1. OBJETIVOS GENERALES

Definir los criterios que debe incluir un protocolo de actuaciones para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana sobre dos ejes:

1. Fomentar la capacidad de decisión de la mujer gestante, haciéndola protagonista del proceso del parto.
2. Asegurar una intervención sanitaria mínima, aunque suficiente, para garantizar la seguridad de la madre y el niño/a en el proceso del parto normal.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir parto normal y límites de inicio y fin del proceso.
2. Establecer las prácticas basadas en la mejor evidencia que deben ofrecerse en la atención del parto normal.
3. Delimitar necesidades estructurales para favorecer el parto normal en los centros.
4. Analizar expectativas de las gestantes respecto del parto normal y conocer sus necesidades personales y emocionales.
5. Establecer condiciones para un consentimiento informado que favorezca la participación activa en la toma de decisiones de la gestante.
6. Definir responsabilidades asistenciales en el proceso del parto normal, estableciendo criterios para la seguridad de la madre y el niño/a.

3.3. METODOLOGÍA

La técnica Phillips 6/6 consiste en que un grupo grande queda dividido en equipos de seis personas durante 6 minutos para debatir y extraer una conclusión a un tema dado. Los objetivos pretendidos con esta técnica son:

- | Favorecer la intervención de los miembros del grupo.
- | Ofrecer una variada gama de opiniones en un tiempo mínimo.
- | Discutir y analizar un problema de forma simultánea.
- | Repartir el trabajo y la responsabilidad.
- | Facilitar la obtención rápida de acuerdos.
- | Permitir el establecimiento de una atmósfera informal y favorable al diálogo.

El procedimiento a seguir es el siguiente:

1. Durante no más de 10 minutos, el coordinador propone la constitución de los subgrupos y la forma de trabajo (número de integrantes por grupo, tiempo de trabajo, roles diferenciados de coordinador y observador, búsqueda de conclusiones y oportunidad de participación para todos los miembros del equipo).
2. Cada subgrupo designa portavoz y observador.
3. Uno a uno los miembros exponen sus ideas durante un minuto.
4. Todas ellas se anotan y discuten brevemente durante cinco minutos, dedicando el último minuto a resumirlas. Es conveniente que durante esta fase los grupos se reúnan en estancias separadas.
5. Finalizada la discusión por subgrupos, éstos regresan a la sala común y se vuelven a configurar como el grupo inicial. En esta situación, cada portavoz expone las conclusiones obtenidas en su grupo.
6. Las conclusiones de cada subgrupo van anotándose en una pizarra o sobre un papelograma.
7. El coordinador hace una síntesis de todas ellas (contemplando convergencias y divergencias) y extrayendo las definitivas.
8. Este último apartado de consenso en la sala común no debe superar un tiempo máximo de 20 minutos aproximadamente.

Se planteó llevar a cabo un esquema modificado de la técnica de consenso Phillips 6/6. La metodología utilizada es la misma con la variante de que se introducen más de 6 grupos, en este caso concreto 8 grupos, con más de 8 personas por cada subgrupo, con varias preguntas a debatir y con un tiempo de debate para cada pregunta superior a los 30 minutos. De esta forma se celebró una sesión de trabajo con 8 grupos de informantes clave configurados conforme se detalla en la siguiente tabla:

Composición de los grupos de trabajo

GRUPOS DE PARTICIPANTES	COMPOSICIÓN
GRUPO A y B: obstetras	<p>4/5 médic@s especialistas obstetras con más de 3 años de experiencia, pertenecientes a plantillas de hospitales de la red pública y pertenecientes a SEGO u otras organizaciones científicas.</p> <p>2 médic@s especialistas obstetras que desempeñan su trabajo en centros que hayan instaurado el proceso parto normal.</p>
GRUPO C y D: matronas	<p>3 matron@s con más de 3 años de experiencia, pertenecientes a plantillas de hospitales de la red pública y con conocimientos del protocolo de parto normal elaborado por FAME.</p> <p>3 matron@s cuyo desempeño laboral se realiza en centros que hayan instaurado el proceso parto normal.</p> <p>1 matron@ con más de 3 años de experiencia en Atención Primaria.</p>
GRUPO E y F: neonatólogos	<p>2 médic@s especialistas neonatólog@s con más de 3 años de experiencia pertenecientes a plantillas de hospitales de la red pública.</p> <p>3 médic@s especialistas neonatólog@s cuyo desempeño laboral se realiza en centros que han instaurado el proceso parto normal.</p> <p>1 psicólog@ con experiencia en la etapa neonatal.</p>
GRUPO G y H: madres	<p>3 mujeres con gestación reciente (últimos 12-15 meses) atendidas en centros de la red sanitaria pública que no han instaurado el proceso parto normal.</p> <p>3 mujeres con gestación reciente (últimos 12-15 meses) atendidas en centros de la red sanitaria pública que han instaurado el proceso parto normal.</p>

Para la aplicación de la técnica se procedió de la siguiente forma:

1. Se partió de una sesión plenaria, en la que participaron 49 personas, dónde el coordinador explicó los objetivos de la reunión, así como el procedimiento de la técnica.
2. Se distribuyeron los informantes clave en cada grupo, asignando en cada uno de ellos a un miembro como portavoz. De igual modo, cada grupo estaba apoyado por un auxiliar, encargado de recoger las aportaciones de los participantes para que, posteriormente, se comparasen las propuestas entre los grupos y poder realizar la triangulación¹.
3. Se constituyó un noveno grupo de trabajo definido para el segundo día de debate, integrado solamente por los portavoces representantes de cada subgrupo y al que se incorporaron 3 personas de la Direcció General de Salut Pública.
4. Se definieron entre 4-5 preguntas clave para la jornada de mañana, dependiendo del cuestionario elaborado para cada uno de los grupos (anexo 1).
5. Una vez constituido el grupo de trabajo, se siguieron los pasos tal como la técnica elegida propone. Así pues, en las diferentes sesiones grupales paralelas, se presentaba la primera pregunta y durante un tiempo limitado a 40 minutos se debatía para llegar a una propuesta consensuada.
6. Se produjeron rondas sucesivas con el mismo método hasta responder las preguntas previamente establecidas.
7. Una vez recogidas las propuestas de cada grupo se estableció una sesión vespertina en la que, cada portavoz resumió en 20 minutos las ideas fundamentales de lo tratado en la jornada de mañana.
8. Finalmente, en una reunión posterior llevada a cabo al día siguiente, los portavoces junto al personal de la Direcció General de Salut Pública consensuaron las propuestas de actuaciones para una atención del parto normal en la Comunitat Valenciana.

¹ Triangulación, método para otorgar validez a la captura de información cuando se aplican técnicas de investigación cualitativa y que consiste en comparar las ideas aportadas por los expertos comprobando en qué medida coinciden los planteamientos de los grupos que trabajan en paralelo sobre las mismas cuestiones.

3.4. RESULTADOS

3.4.1. DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL

DEFINICIONES ACEPTADAS

- Definición de FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España)
- Definición de parto normal. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1996
- Definición de la AIMS (Association for Improvements in the Maternity Services)
- Definición del Royal College of Midwives (Colegio de Matronas en UK)
- Recomendaciones de la guía NICE (Guía Clínica del National Institute for Health and Clinical Excellence)
- Definición de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Recomendaciones sobre la asistencia al parto, julio 2007

DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL: COINCIDENCIAS ENTRE LOS 8 GRUPOS

El curso del embarazo en general ha de ser de no riesgo. Gestante sin patología. Bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento.

Parto único de inicio espontáneo en las semanas 37-42 completas, con respeto de su ritmo fisiológico y progresión adecuada sin signos de sufrimiento fetal.

Termina con el nacimiento de un recién nacido sano en posición cefálica, líquido amniótico claro, que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina.

OTRAS APORTACIONES Y SUGERENCIAS

El nacimiento es una situación fisiológica, por lo que la intervención clínica no debe recomendarse si el parto evoluciona de forma normal. La presencia sanitaria debe centrarse en el apoyo integral y respetuoso mediante acompañamiento y asesoramiento, limitando la intervención a cuando sea estrictamente necesario.

El parto normal puede tener lugar en un centro de baja intervención, adaptado en la estructura del hospital o anexo a ella pero con rápido acceso al mismo, que permita un ambiente más cálido y cercano al domiciliario.

Se destaca la figura de la matrona como persona de referencia en todo el proceso del parto normal. Por otro lado, parece adecuado reforzar el rol de la matrona en la emisión de informes.

Los protagonistas principales del parto son la madre y su hijo/a. Los servicios de salud deben ser capaces de dar respuesta a las expectativas de la mujer, ofreciéndole las diferentes opciones para que elija.

Todos los partos se deben beneficiar de las características de humanización, independientemente de la manera en la que se produzca el parto.

3.4.2. PRÁCTICAS QUE DEBE CONTEMPLAR UN PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL

Como fuentes más importantes de evidencias científicas se destacan:

- OMS
- COCHRANE
- Ministerio de Sanidad (niveles de evidencia científica)
- Guía de la Sociedad Canadiense (Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada)
- SEGO
- Guía NICE Ampliada, se encuentra toda la bibliografía junto a todos los niveles de evidencia
- Sistemas de Alerta Bibliográfica. Suscripciones sistemáticas financiadas por la propia Conselleria

- | No hay guías específicas de atención al recién nacido.
- | En cuanto al consentimiento oral no existe todavía jurisprudencia en la Comunitat que guíe posibles interpretaciones, pese a que en la Ley 41 de autonomía del paciente, así lo contempla.

RELACIÓN ENTRE LA MADRE Y LOS PROFESIONALES QUE LA ATIENDEN Y ACOMPAÑAN

- | Proporcionar información completa y contrastada de todas las actuaciones durante el embarazo, parto y puerperio, para que la mujer tenga un rol activo y pueda participar en la toma de decisiones.
- | Se debe potenciar la educación para la salud prenatal y la preparación al parto en los centros de atención primaria.
- | Es importante un conocimiento previo de los profesionales que la van a atender durante el parto y del espacio físico en el que se va a desarrollar.
- | Presentación de los profesionales que la van a asistir durante el parto, proporcionando un trato respetuoso tanto a nivel físico como emocional.
- | Preguntar a la mujer sobre sus deseos y expectativas ante el parto. Comprobar si tiene elaborado un plan de parto y en tal caso leerlo y discutirlo con ella.
- | Dar a conocer los métodos disponibles para el alivio del dolor, proporcionando información objetiva para que elija el que mejor se adapte a su situación.
- | Garantizar la privacidad. En el momento del parto el número de profesionales que habitualmente hay en el paritorio es elevado, las luces son excesivas, etc., y esto crea molestias a la mujer que está a punto de dar a luz.
- | Permitir el acompañamiento deseado por la madre. Es decir que pueda estar acompañada en el momento del parto (incluso si se practica una cesárea) por quien ella decida: la pareja, algún familiar, algún amigo/a, etc.
- | Favorecer el apoyo y participación de su pareja/acompañante.
- | Proporcionar información a la mujer sobre la evolución del parto.
- | Animar a la mujer a la movilidad y a adoptar aquellas posturas que les resulten más cómodas.
- | No restringir ingesta de líquidos y permitir tomar alimentos (dieta ligera) si lo necesita.
- | Medidas higiénicas: enema opcional (si lo solicita la mujer), no rasurar de rutina.

VALORACIÓN INICIO PARTO

- | Escuchar y valorar las necesidades de la mujer.
- | Revisar la historia clínica y antecedentes y evaluar riesgo.
- | Constantes: pulso, temperatura y tensión arterial.
- | No se recomienda analítica si se verifican analíticas previas de embarazo normal.
- | Valorar contracciones uterinas: duración, intensidad y frecuencia.
- | Auscultación fetal. No se considera necesaria la monitorización.
- | Exploración vaginal. No se debe realizar amnioscopia.
- | Conocer los deseos de la mujer para el alivio del dolor.
- | Actitud expectante. No intervenir si el parto progresa adecuadamente.

PRIMERA FASE: DILATACIÓN

- | Considerar las necesidades emocionales de la mujer.
- | Actitud expectante, si progresa adecuadamente: contracciones regulares y dilatación cervical progresiva >4 cms.
- | La amniotomía y el uso de oxitocina no se deben utilizar de forma rutinaria.
- | No administrar fluidos endovenosos.
- | Valorar la canalización de una vía intravenosa.
- | Uso del partograma.
- | Control del estado fetal y las contracciones uterinas: monitorización intermitente vs continua según se asegure una asignación uno a uno.
- | Control de constantes cada 2 horas.
- | Exploración vaginal cada 2-4 horas.
- | Comprobar micción espontánea y evacuación de vejiga.
- | Libertad de movimientos durante la dilatación.
- | Ofrecer las técnicas disponibles para el alivio del dolor.
- | Se considera recomendable un único espacio en la dilatación y expulsivo.

SEGUNDA FASE: EXPULSIVO

- | Uso del partograma para documentar observaciones: constantes maternas, estado fetal, bolsa y líquido amniótico, dilatación y dinámica uterina.
- | Control intermitente del estado fetal y de las contracciones uterinas si hay asignación uno a uno. En caso contrario, monitorización continua.
- | Control de constantes y exploración vaginal cada hora. Micción espontánea.
- | Evaluar progreso del parto: altura y posición de la presentación.
- | Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.
- | Esperar a que la mujer tenga necesidad de pujar.
- | Ofrecer las técnicas disponibles para el alivio del dolor.
- | Postura: facilitar la que le resulte más cómoda a la mujer.
- | Proporcionar apoyo y estímulo.
- | Episiotomía restrictiva: sólo si hay indicación clínica.
- | Contacto precoz del recién nacido piel con piel con su madre, encima del vientre.

ALUMBRAMIENTO

- | Vigilar estado general de la mujer.
- | Observar la hemorragia genital.
- | Conducta expectante: sin medidas farmacológicas de rutina, pinzamiento tardío del cordón.
- | Manejo activo: oxitocina (reduce el riesgo de hemorragia), pinzamiento y corte temprano del cordón.
- | La maniobra Credé en el alumbramiento es recomendable si mediante la misma se evita una extracción manual.
- | El tiempo estimado para el alumbramiento se sitúa entre 30 y 60 minutos según el manejo sea activo o expectante.

CUIDADOS DE LA MADRE TRAS EL NACIMIENTO

- | Controlar el estado general, constantes, contracciones uterinas, loquios, vaciamiento de la vejiga.
- | Examinar el cordón, placenta y membranas.
- | Evaluar el estado emocional de la mujer.
- | Revisar el periné para evaluar posible trauma, suturar si es necesario empleando anestesia local si fuera preciso.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- | Test de Apgar 1' y 5'.
- | Permitir contacto “piel con piel” sin interrupción, como mínimo, durante las dos horas posteriores al nacimiento. No se debería separar sistemáticamente al niño y la madre, ni siquiera para valorar al bebé.
- | Atención inicial del bebé en la sala de partos en presencia de los padres.
- | Las intervenciones médicas que se le realizan al bebé, como son la somatometría (peso, talla, perímetro craneal), la profilaxis ocular, la administración de vitamina K y la identificación del bebé; se realizarán después del tiempo de 1 a 2 horas que se le deja junto a su madre.
- | Inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- | No practicar sondajes ni aspiraciones de rutina, ya que no existen evidencias de que dichas prácticas detecten posibles anomalías que pueda tener el bebé.

3.4.3. NECESIDADES ESTRUCTURALES Y ORGANIZATIVAS PARA EL DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

- | **ENTORNO DOMÉSTICO EN EL PARTO:** la creación de un entorno más cálido en el proceso del parto se planteó de forma general, con diferentes matices.
- | **CAMBIO DE ACTITUDES:** otro aspecto que se matizó fue que, para mejorar la situación actual, no son tan necesarios los cambios arquitectónicos, sino los cambios de actitudes para que no existan barreras en la comunicación.

PREPARACIÓN PRENATAL

- | Disponer de un entorno físico adecuado para la preparación al parto en Atención Primaria: gimnasio amplio con material adecuado (pelvis, pelotas, colchonetas, etc.).
- | Oferta horaria para facilitar la compatibilidad con la vida laboral de las mujeres.
- | Educación para la salud a la población. En este sentido se habla de la elaboración de unas guías y charlas que proporcionen una “educación sanitaria de la mujer para el parto.”

COORDINACIÓN CONTROL PRENATAL Y ATENCIÓN DEL PARTO

- | Coordinación entre matronas de atención primaria y atención especializada.
- | Potenciar la rotación entre matronas de primaria y especializada.
- | Sesión informativa en el hospital dirigida a usuarios/as respecto a la atención del parto.
- | Se considera conveniente ampliar la documentación que contiene la cartilla maternal.

CAMBIOS ORGANIZATIVOS DEL SERVICIO

- | Cada maternidad debería establecer un protocolo escrito que implique a todo el personal y en el que queden reflejadas cuáles son las funciones y responsabilidades de todo el equipo.
- | La matrona debería ser la responsable máxima de la sala de puerperio, siempre y cuando no hayan complicaciones.
- | Importancia de la unificación de registros entre personal médico y de enfermería.
- | Adecuar los recursos humanos al número de partos.

ENTORNO FÍSICO EN EL PARTO

- | Integración de todas las salas utilizadas durante el parto: sala de dilatación, paritorio y puerperio inmediato.
- | Las matronas recomiendan “Centros de baja intervención”.
- | En la sala de dilatación-paritorio poner TV u ordenador para que las madres puedan estar entretenidas.
- | Decoración de estas salas para lograr un ambiente cálido. El mobiliario y decoración donde la madre va a dar a luz y a permanecer después, debe de ser adecuado (por ejemplo paredes pintadas de color y decoración infantil).
- | Material adecuado: camas, sillas, pelotas, bañera, etc.
- | Puerperios con cesárea (recomendación fuera del parto normal): en la reanimación por cesárea debería estar el niño con su madre (matronas y enfermeras lo apoyan).

ENTORNO FÍSICO DE LA HABITACIÓN

- | Habitaciones con un ambiente cálido, doméstico, tanto para la madre como para el bebé: báscula, cambiador, que se pueda explorar a la criatura en la habitación.
- | Luz regulable dentro de la habitación, poco ruido, música.
- | Madre e hijo que cuenten como dos personas ingresadas de forma que dispongan de los mismos derechos.

ENTORNO FÍSICO DE LAS UNIDADES NEONATALES

- | Recomendar que el pediatra no se lleve al recién nacido de la habitación.
- | Eliminar la “sala de nidos”.
- | Unidades neonatales de puertas abiertas. En las salas de neonatos las visitas de los padres deberían ser durante las 24 horas, pudiendo asistir a ver al bebé en cualquier momento (en aquellas UCIS neonatales que dispongan de habitaciones). No obstante, se debe tomar medidas para conjugar la presencia familiar con el exceso de visitas, priorizando la familia sobre otro tipo de visitas.

CAMBIOS EN LA RELACIÓN CON LOS PADRES Y EL BEBÉ

- | Acompañamiento de la madre en todo el proceso de parto/nacimiento.
- | Creación de una sala de puerperio inmediato, en la que puedan estar la madre, el padre y el hijo.
- | En caso de ingreso del bebé en una unidad neonatal fomentar la relación madre-recién nacido permitiendo que estén juntos todo el tiempo.

3.4.4. OTRAS MEDIDAS DE APOYO PARA DESARROLLAR UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

En primer lugar se destaca por el grupo que se necesita principalmente un **CAMBIO ACTITUDINAL** tanto de los profesionales, como de las propias mujeres así como de las medidas legislativas.

FORMACIÓN DE PROFESIONALES

- | La formación de los residentes es fundamental tanto a nivel teórico como práctico.
- | Los especialistas deberían reciclarse periódicamente. Del mismo modo deberían hacerlo las matronas que no están actualmente en período de formación.
- | Recomendaciones y formación a otros colectivos sobre el parto normal, por ejemplo celadores, auxiliares.
- | Formación del personal para conocer las técnicas de valoración del bebé encima de la madre.
- | Incluir como contenidos de la formación: habilidades de comunicación y aspectos emocionales del proceso del parto.
- | Alertas y recordatorios de las evidencias existentes sobre la práctica del parto normal.
- | Formación en lactancia materna y en cuidados del recién nacido.
- | Existencia de sesiones clínicas conjuntas de todos los profesionales que podrían intervenir en el parto en los hospitales.

MEDIDAS LEGISLATIVAS

- | Reconocimiento del papel de la matrona como referente en la atención del parto normal.
- | Reconocimiento del niño/a como tal desde su nacimiento.
- | Reconocimiento electrónico digital de las huellas dactilares del niño/a en el documento del recién nacido.

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN

- | Sistema de Información (ORION): inclusión de los aspectos relacionados con el parto normal y desarrollo de indicadores para evaluar proceso, resultados y satisfacción de profesionales.
- | Publicación periódica de informes técnicos con indicadores.
- | Mayor comunicación entre los Sistemas ABUCASIS y ORION.
- | Ligar objetivos e incentivación. La formulación del sistema de indicadores debe conllevar, no sólo la incentivación económica a través de la productividad, sino también motivar como un objetivo de calidad a alcanzar.

INVESTIGACIÓN: IDENTIFICACIÓN DE TEMAS

- | Percepción del dolor.
- | Comparación de las disfunciones del suelo pélvico.
- | Movilidad materna.
- | Complicaciones obstétricas.
- | Resultados neonatales.
- | Satisfacción de las mujeres.

3.4.5. IMPLICACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SU VIVENCIA DE LA MATERNIDAD: EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO

INFORMACIÓN A LA MUJER Y SU PAREJA EN EL EMBARAZO

- | Fomentar/potenciar que las mujeres tomen sus propias decisiones sobre su maternidad.
- | Cursos de preparación al parto y talleres de puerperio fundamentales como fuente de información. Interacción de matronas de hospital y atención primaria, ofreciendo clases conjuntas.
- | Asesoramiento por la matrona de atención primaria sobre la elaboración del Plan de parto.
- | Visita al hospital donde se va a parir.
- | Proporcionar material de apoyo sobre las diferentes opciones de parto (cuadernos, folletos, vídeos informativos).
- | Edición, por parte de Conselleria, de un cuaderno sobre el parto.
- | Contacto con asociaciones de mujeres que puedan facilitar información sobre parto normal.
- | Amplia oferta de horarios de los talleres preparto para fomentar la asistencia de los dos miembros de la pareja.

INFORMACIÓN A LA MUJER DURANTE EL PARTO

- | Informar y/o pedir permiso en las exploraciones e intervenciones.
- | Situaciones que requieren consentimiento informado.
- | Respeto a las decisiones de las mujeres, lo que implica cambios en las actitudes de algunos profesionales.

PLAN DE PARTO

- | Inclusión en la cartilla maternal de un modelo de plan de parto.

INFORMACIÓN DE ACONTECIMIENTOS DESFAVORABLES

- | Desarrollar habilidades de comunicación en los profesionales para comunicar resultados adversos en el neonato.

COORDINACIÓN PRIMARIA/ HOSPITAL

- | Visita al hospital con la matrona de primaria para conocer el lugar dónde se va a dar a luz como parte de la preparación al parto.
- | Se propone que la evaluación del proceso sea tanto en primaria, mediante encuestas sobre expectativas del parto; como en hospitalaria, a través del grado de satisfacción tras el parto, valorando si ha sido posible llevarse a cabo su plan de parto.

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- | Publicación en la página web de la Conselleria de los indicadores asistenciales para medir el cambio en la atención del parto.

SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES

- | Mayor sensibilización.
- | Movilidad e intercambio de experiencias entre los profesionales dedicados a este tema. Favorecer los intercambios entre centros, dentro del horario laboral.
- | Rotación de las matronas por los diferentes servicios para que se produzca un mayor enriquecimiento de los profesionales.
- | Feedback positivo del trabajo de las matronas, por ejemplo las encuestas de satisfacción.

CAMBIOS NORMATIVOS Y LEGISLATIVOS

- | Los grupos de mujeres demandan la existencia de un apoyo entre iguales.
- | Apoyo a las asociaciones por parte de la Administración.
- | Reorientación y unificación de los distintos documentos de consentimiento informado en las maternidades de la Comunitat.
- | Vigilancia de la información que se da a las madres en el hospital y no es la oficial y consensuada por la Conselleria (industria farmacéutica, casas comerciales, etc.).

CONTENIDOS PÁGINA WEB DE LA CONSELLERIA

- | Sistemas de alertas sobre medicina basada en la evidencia.
- | Con información adaptada a la población general.
- | Cada hospital pueda ofrecer su protocolo de atención del parto normal.
- | Facilitar un teléfono de información 24 horas para todo el proceso en general hacia la mujer.

3.4.6. VENTAJAS O PUNTOS FUERTES Y DESVENTAJAS O PUNTOS DÉBILES DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

Los miembros del grupo comentan que lo que se percibe desde fuera es una agresión de unos contra otros, es decir hay un marketing negativo e inadecuado, y lo que se pretende buscar son sinergias entre todos los grupos implicados.

	Puntos FUERTES	Puntos DÉBILES
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> Percepción de la necesidad de cambio. Respaldo de la evidencia científica. Apoyo institucional. Implantación de un protocolo de actuación a partir de la unificación de criterios. Refuerzo de la actitud de muchos profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Desconocimiento de las competencias y responsabilidades de las matronas, por parte tanto de otros profesionales sanitarios como de usuarias/os. Cultura del parto tecnológico. Resistencias al cambio por algunos profesionales. Medicina defensiva. Necesidades estructurales y de adecuación del personal. Los indicadores de evaluación actuales son poco adecuados a la estrategia de parto normal.
Población (madres, padres y bebés)	<ul style="list-style-type: none"> Documento público que la mujer puede consultar. Más información a las mujeres. Más autonomía. Mejora el vínculo y lactancia materna. Propicia empoderamiento de la mujer en su salud física y psicológica. La mujer recupera el protagonismo. 	<ul style="list-style-type: none"> Que sea considerado como “moda” pasajera. La mayoría de las mujeres no disponen de información. Miedo a que no se administre anestesia epidural en caso de haber elegido inicialmente la opción de parto normal. Existencia de planes de parto que están totalmente en contra de la figura del obstetra y del pediatra.





De acuerdo con los resultados del estudio cualitativo llevado a cabo con los ocho grupos de trabajo, la estrategia de actuación en la Comunitat Valenciana pasa por desarrollar cuatro líneas fundamentales de actuación.

1. Proporcionar información a la gestante y su pareja sobre la atención del parto normal, teniendo en cuenta la perspectiva de género y las distintas capacidades y culturas.

- | Elaboración de materiales divulgativos dirigidos a las mujeres, con información contrastada sobre los cuidados en el embarazo, parto, puerperio y cuidados de la criatura recién nacida.
- | Traducción y adaptación cultural de los materiales a los idiomas más frecuentes de las madres inmigrantes que están dando a luz en estos momentos en la Comunitat.
- | Elaboración de material de apoyo para ser utilizado en la educación prenatal y preparación al parto por las matronas.
- | Inclusión en la cartilla maternal de un modelo de plan de parto, que facilite a las mujeres expresar sus expectativas, contrastando con los profesionales que la atienden las distintas opciones y posibilidades que se ofertan en su departamento de salud.
- | Favorecer y reconocer la labor de las asociaciones de madres y grupos de apoyo entre mujeres puérperas.

2. Sensibilización y formación del personal sanitario en la atención del parto normal: matronas, obstetras, pediatras (cursos y jornadas).

- | Inclusión en los planes de formación del personal sanitario de la Conselleria de Sanitat, a través de la EVES, de cursos sobre atención del parto normal.
- | Fomentar y apoyar la realización de jornadas científicas y de debate entre los diferentes colectivos profesionales que intervienen en la atención del parto y nacimiento: matronas, obstetras, neonatólogos/as, anestesistas, enfermería pediátrica.

- | Potenciar la realización de sesiones conjuntas de atención primaria-hospital sobre temas relacionados con la atención del parto. La creación de comités de seguimiento, para la monitorización de la estrategia en cada departamento también podría ser de utilidad.
- | Favorecer las visitas e intercambios de profesionales entre centros, dentro del horario laboral.

3. Establecer un marco común de actuación para la atención del parto en la Agència Valenciana de Salut (AVS): Elaboración de un protocolo de atención del parto normal.

- | Adopción de las recomendaciones propuestas en el tercer capítulo de este documento como protocolo marco de actuación para el conjunto de la Comunitat Valenciana.
- | Adaptar este protocolo de actuación a la realidad de cada departamento, consensuado por todo el personal implicado (matronas de hospital y de atención primaria, obstetras, neonatólogos/as, anestesistas y personal de enfermería de pediatría).
- | Dar a conocer a las embarazadas el protocolo en cada departamento, a lo largo del seguimiento del embarazo y la educación prenatal que realizan las matronas de atención primaria.
- | Establecer un comité de seguimiento multidisciplinar (obstetras, matronas, neonatólogos/as, anestesistas, enfermería y personal auxiliar, madres) en cada maternidad.
- | Adecuar progresivamente el entorno físico para que resulte un ambiente más cálido, incorporando elementos que faciliten las prácticas asociadas al parto normal: telemetría, sillas de parto, pelotas, bañera, etc.
- | Salas de neonatos donde se fomente y facilite la relación madre-recién nacido/a en estas unidades, permitiendo que estén juntos permanentemente.

4. Evaluación de la implantación.

- | Diseñar en el sistema de información de atención especializada (ORION) el registro del parto.
- | Incorporar en la historia obstétrica de atención primaria (ABUCASIS) las variables que permitan evaluar las expectativas de la gestante en relación al parto y lactancia.
- | Analizar los sistemas de información corporativos para obtener indicadores que permitan monitorizar la situación.
- | Evaluar la formación e investigación: nº cursos, alumnos, perfil profesional, proyectos de investigación, publicaciones.
- | Difundir resultados a los profesionales y a la población.



La Conselleria de Sanitat, a través de la Agència Valenciana de Salut, la Direcció General de Salut Pública y la Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES), incluirá la dotación presupuestaria necesaria para el desarrollo de la estrategia de atención del parto normal.

El Ministerio de Sanidad y Política Social, mediante subvenciones y convenios de colaboración con la Conselleria de Sanitat, financiará también la puesta en marcha de la estrategia.





6.1. EXPERTOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO CUALITATIVO

GINECÓLOG@S

GRUPO A

- | Rosario Quintana. Asesora del Gobierno Vasco
- | Alfredo Perales. Hospital Universitario La Fe, Valencia
- | Francisco Nohales. Hospital de Gandia
- | Lorenzo Vaquer. Hospital General Universitario, Alicante
- | Amparo Pastor. Hospital de La Plana, Vila-real
- | Juan Carlos de la Puente. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy

GRUPO B

- | Longinos Aceituno. Hospital la Inmaculada, Almería
- | Manuel Fillol. Hospital de La Plana, Vila-real
- | Reyes Balanzá. Hospital Doctor Peset, Valencia
- | Jose M^a Rodríguez. Hospital Universitario, Elche
- | Javier Valero. Hospital Universitario La Fe, Valencia
- | Ezequiel Pérez. Hospital de Requena
- | Enrique Calpe. Hospital General de Castelló

MATRON@S

GRUPO C

- | Concepción Cuenca. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy
- | Rosario Rozada. Hospital Universitario La Fe, Valencia
- | Lourdes Margaix. Hospital de La Plana, Vila-real
- | Amparo Fabra. Hospital Doctor Peset, Valencia
- | Carmen Garrido. Centro de Salud de Aldaia
- | Herme Mataix. Hospital General Universitario, Alicante

GRUPO D

- | Milagrosa González. Hospital General Universitario, Elche
- | Josefa Inés Santamaría. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy
- | Soledad Carregui. Hospital de La Plana, Vila-real
- | Amparo Albiñana. Centro de Salud San Marcelino, Valencia
- | Marisa Clari. Hospital Universitario La Fe, Valencia
- | Julia Gil. Hospital de Requena
- | Fina García. Hospital General de Castelló

NEONATÓLOG@S

GRUPO E

- | Carmen Pallás. Hospital 12 de Octubre, Madrid
- | Jose M^a Paricio. Hospital Marina Alta, Dénia
- | Remedios García. Hospital General Universitario, Alicante
- | Antonio Martínez. Hospital de Requena
- | Luis Cerveró. Hospital Doctor Peset, Valencia
- | Paz Viguer. Psicóloga, Universitat de València

GRUPO F

- | Josefa Aguayo. Coordinadora del Proyecto humanización perinatal de Andalucía
- | Vicente Roqués. Hospital Universitario La Fe, Valencia
- | Joaquín Carbonell. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy
- | José Quiles. Hospital General Universitario, Elche
- | Jorge Colomer. Hospital de La Plana, Vila-real
- | M^a José Cantero. Psicóloga, Universitat de València

REPRESENTANTES DE MADRES Y ASOCIACIONES CIUDADANAS

GRUPO G

- | Sara Jort
- | Arantxa Grau
- | Julia Ruiz
- | Monica Balaguer
- | Empar Carbonell
- | Ester Albert

GRUPO H

- | Susana Ramírez
- | Carmen Amoraga
- | Salomé Laredo
- | Adoración Aviñó
- | Tania Alamar
- | Sara Royo

6.2. PREGUNTAS DEL ESTUDIO CUALITATIVO

1. Pregunta clave

¿Qué características debe reunir un parto/nacimiento para poder ser definido como normal?

Preguntas racimo

- | Características de la madre.
- | Características del inicio y desarrollo de la gestación.
- | Características relacionadas con la evolución y terminación de la gestación.
- | Características vinculadas al feto y recién nacido/a.
- | Características del centro sanitario que lo atiende: estructura física y protocolo asistencial.

2. Pregunta clave

¿Qué prácticas considera que debe contemplar prioritariamente un protocolo de asistencia del parto normal?

Preguntas racimo

- | Relación entre la madre y los profesionales que la atienden y acompañan.
- | Valoración inicio parto.
- | 1ª fase: dilatación.
- | 2ª fase: expulsivo.
- | Alumbramiento.
- | Cuidados de la madre tras el nacimiento.
- | Cuidados del recién nacido/a.
- | Atenciones al recién nacido/a tras la primera hora de vida.

3. Pregunta clave

¿Qué necesidades estructurales y organizativas lleva implícitas el desarrollo de una estrategia de atención del parto normal?

Preguntas racimo

- | Entorno físico en la preparación prenatal: atención primaria.

- | Entorno físico en el parto: sala de dilatación, paritorios, material (sillas, cama de partos, telemetría, etc.).
- | Entorno físico de la habitación tras el nacimiento.
- | Entorno físico de las unidades neonatales en caso de necesitar cuidados especiales el bebé (incubadoras, salas de lactancia, etc.).
- | Cambios organizativos del servicio: personal necesario y distribución de responsabilidades.
- | Cambios organizativos en la relación con los padres y el bebé.
- | Coordinación control prenatal y atención del parto.

4. Pregunta clave

¿Qué otras necesidades de apoyo comporta el desarrollo de la estrategia de atención del parto normal?

Preguntas racimo

- | Medidas legislativas.
- | Formación de profesionales: identificar contenidos de los programas de formación dirigidos a matronas, residentes y médicos especialistas en la formación continuada.
- | Investigación: identificar temas.
- | Sistema de Información (ORION) de asistencia especializada: desarrollo de indicadores para evaluar proceso, resultados y satisfacción de profesionales.

5. Pregunta clave

¿Cómo puede mejorar la implicación y participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su vivencia de la maternidad: embarazo, parto y nacimiento?

Preguntas racimo

- | Información a la mujer y su pareja en el embarazo.
- | Información a la mujer durante el parto.
- | Plan de parto.
- | Información de acontecimientos desfavorables.
- | Coordinación primaria/hospital.
- | Evaluación de la satisfacción de las mujeres.
- | Difusión de resultados.

6. Pregunta clave

¿Qué ventajas o puntos fuertes y qué desventajas o puntos débiles considera que tiene la implantación de un protocolo de atención del parto normal?

- | Para los profesionales.
- | Para la población (madres, padres y recién nacidos/as).

7. Aspectos transversales: Estrategia de implantación

- | Elaboración de un protocolo marco de actuación.
- | Edición y difusión.
- | Diseño en el sistema de información de atención especializada del registro del parto.
- | Inclusión en los planes de formación y sensibilización de profesionales cursos y jornadas de parto normal.
- | Adecuación de recursos materiales y humanos: utilización de los fondos que aporta el Ministerio de Sanidad.
- | Adecuación de los contenidos de la educación sanitaria grupal para que se aborde la opción de parto no intervenido.
- | Inclusión del Plan de Parto en la Cartilla del Embarazo.
- | Material divulgativo para las mujeres. Cuaderno sobre el parto (opciones de parto), video.
- | Inclusión de indicadores y publicidad sobre experiencias de buena práctica en la página web de la Conselleria.
- | Encuesta de satisfacción a las mujeres sobre la atención recibida.
- | Fomentar la investigación en este campo.

6.3 INDICADORES BÁSICOS DE EVALUACIÓN

INDICADOR 1

Proporción de partos vaginales atendidos exclusivamente por matronas

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ partos vaginales atendidos exclusivamente por matronas} / \text{N}^\circ \text{ total partos vaginales} \times 100$

INDICADOR 2

Proporción de partos con aplicación de oxitocina artificial

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ partos en los que se ha administrado oxitocina} / \text{N}^\circ \text{ total partos} \times 100$

INDICADOR 3

Proporción de partos realizados con analgesia epidural

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ partos con analgesia epidural} / \text{N}^\circ \text{ total de partos} \times 100$

INDICADOR 4

Proporción de episiotomía en partos eutócicos

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ episiotomías en partos eutócicos} / \text{N}^\circ \text{ total de partos eutócicos} \times 100$

INDICADOR 5

Proporción de desgarros perineales grado III y IV

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ desgarros perineales grado III y IV} / \text{N}^\circ \text{ total partos vaginales} \times 100$

INDICADOR 6

Proporción de pinzamiento de cordón al dejar de latir en partos eutócicos

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ partos con pinzamiento de cordón al dejar de latir en partos eutócicos} / \text{N}^\circ \text{ total de partos eutócicos} \times 100$

INDICADOR 7

Proporción de partos instrumentales

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ partos vaginales instrumentales} / \text{N}^\circ \text{ total partos vaginales} \times 100$

INDICADOR 8

Proporción de cesáreas

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ cesáreas} / \text{N}^\circ \text{ total partos} \times 100$

INDICADOR 9

Proporción de partos por vía vaginal después de una cesárea

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ partos vía vaginal después de cesárea} / \text{N}^\circ \text{ total partos con cesárea anterior} \times 100$

INDICADOR 10

Proporción de partos inducidos por causas (especificar causas)

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ de partos inducidos por las causas concretas que se especifique} / \text{N}^\circ \text{ total partos} \times 100$

INDICADOR 11

Proporción de recién nacidos/as que inician contacto piel con piel en paritorio (2 horas)

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos/as que inician contacto piel con piel en paritorio} / \text{N}^\circ \text{ total recién nacidos/as} \times 100$

INDICADOR 12

Proporción de ingreso neonatal (en alojamiento conjunto con su madre)

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ ingresos realizados por el Servicio de Neonatología en alojamiento conjunto con su madre} / \text{N}^\circ \text{ recién nacidos/as que ingresan en el Servicio de Neonatología} \times 100$

INDICADOR 13

Inicio precoz de lactancia materna en el paritorio (2 primeras horas)

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos/as que inician lactancia precoz en paritorio} / \text{N}^\circ \text{ total recién nacidos/as} \times 100$

INDICADOR 14

Proporción de recién nacidos/as con lactancia materna exclusiva al alta

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ de recién nacidos/as con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria} / \text{N}^\circ \text{ total recién nacidos/as} \times 100$

INDICADOR 15

Proporción de planes de parto recibidos

FÓRMULA

$\text{N}^\circ \text{ planes de parto recibidos} / \text{N}^\circ \text{ total partos} \times 100$

NOTA: $\text{N}^\circ \text{ total de partos} = \text{partos vaginales} + \text{cesáreas}$





LITERATURA CIENTÍFICA

Revisiones Cochrane

1. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo del parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. Cluett ER, Burns E. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD000111. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD007214. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia posparto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
10. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

11. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Atención por comadronas versus otros modelos de atención para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 4 Art no. CD004667. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Lauzon L, Hodnett E. Educación prenatal para el autodiagnóstico del inicio del trabajo de parto activo a término (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD003934. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Uso profiláctico de alcaloides del cornezuelo de centeno en la etapa expulsiva del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. McDonald SJ, Middleton P. Efecto del momento de clampeo del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
17. McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Administración profiláctica de sintometrina versus ocitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
18. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Analgesia espinal y epidural combinadas versus analgesia epidural en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
23. Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
24. Torvaldsen S, Roberts CL, Bell JC, Raynes-Greenow CH. Interrupción de la analgesia epidural de manera tardía durante el parto para la disminución de los resultados de parto adversos relacionados con la analgesia epidural (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Otros artículos científicos

1. Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizán JM. A behavioural intervention to improve obstetrical care. *N Engl J Med.* 2008; 358: 1929-40.
2. Baumann P, Hammoud AO, McNeeley SG, DeRose E, Kudish B, Hendrix S. Factors associated with anal sphincter laceration in 40.923 primiparous women. *Int Urogynecol J.* 2007; 18: 985-90.
3. Beilin Y, Guinn NR, Bernstein HH, Zahn J, Hossain S, Bodian CA. Local anesthetics and mode of delivery: bupivacaine versus ropivacaine versus levobupivacaine. *Anesth Analg.* 2007; 105: 756-63.
4. Benedetto C, Marozio L, Prandi G, Rocchia A, Blefari S, Fabris C. Short-term maternal and neonatal outcomes by mode of delivery. A case-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 135: 35-40.
5. Cluett ER, Pickering RM, Getliffe K, St George Saunders NJ. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *BMJ.* 2004; doi: 10.1136/bmj.37963.606412.EE.
6. Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial (COMET) Study Group UK. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2001; 358: 19-23.
7. Gourounti K, Sandall J. Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery. A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44: 1029-35.
8. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005; 293: 2141-8.
9. Hildingsson I, Thomas JE. Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems and solutions. *J Midwifery Womens Health.* 2007; 52: 126-33.
10. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186: 160-72.
11. Hodnett ED, Stremler R, Willan AR, Weston JA, Lowe NK, Simpson KR, Fraser WD, Gafni A. Effect on birth outcomes of a formalised approach to care in hospital labour assessment units: international, randomised controlled trial. *BMJ.* 2008; 337: a1021 doi:10.1136/bmj.a1021.
12. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA.* 2007; 297: 1241-52.
13. Hutton EK, Kasperink M, Rutten M, Reitsma A, Wainman B. Sterile water injection for labour pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG.* 2009; 116:1158-66.
14. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine.* 2008; 6: 7 doi: 10.1186/1741-7015-6-7.
15. Liu EH, Sia AT. Rates of caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusions or opioid analgesia: systematic review. *BMJ.* 2004 doi:10.1136/bmj.38097.590810.7C.
16. Lowe NK. Context and process of informed consent for pharmacologic strategies in labor pain care. *J Midwifery Women's Health.* 2004; 49: 250-9.
17. Martensson L, Wallin G. Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour: a review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008; 48: 369-74.
18. McCool WF, Packman J, Zwerling A. Obstetric anesthesia: changes and choices. *J Midwifery Women's Health.* 2004; 49: 505-13.
19. Patel RR, Peters TJ, Murphy DJ. Prenatal risk factors for caesarean section. Analyses of the ALSPAC cohort of 12.944 women in England. *Int J Epidemiol.* 2005; 34: 353-67.
20. Pretlove SJ, Thompson PJ, Toozs-Hobson PM, Radley S, Khan KS. Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum?. A comparative systematic review. *BJOG.* 2008; 115: 421-34.
21. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008; 37: 94-105.
22. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health.* 2004; 49: 489-504.

23. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortayli N, Erbaydar T. Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 2196-204.
24. Waldenström U, Irestedt L. Obstetric pain relief and its association with remembrance of labor pain at two months and one year after birth. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2006; 27: 147-56.
25. Wiklund I, Norman M, Uvnäs-Moberg K, Ransjö-Arvidson AB, Andolf E. Epidural analgesia: Breast-feeding success and related factors. *Midwifery.* 2009; 25: e31-8.
26. Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy J. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *BJOG.* 2005; 112: 941-5.

GUÍAS, PROTOCOLOS, RECOMENDACIONES

1. De la Cueva P, Parra M, Müller A. Arquitectura integral de maternidades. Material de apoyo a la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud; 2008.
2. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: FAME, 2007.
3. Maceira MC, Salgado A, Atienza G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Avalia-t Núm 2007/03. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=60509.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención hospitalaria al parto. Estándares y recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG; 2007. NICE Clinical Guideline 55. Disponible en: <http://www.nice.org.uk>.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ; 2008. Disponible en: http://hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/documentos/partos/Protocolo_SEGO_Partograma_normal.pdf.
8. Technical Working Group, World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. *Birth* 1997; 24: 121-3.
9. World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group. Ginebra: World Health Organization; 1996. WHO/FRH/MSM/96.24.
10. World Health Organization. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Ginebra: World Health Organization; 2007. WHO/MPS/07.06.

LEGISLACIÓN

1. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. L. N.º 41/2002 (14 noviembre 2002).
2. Ley de la Generalitat de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana. L. N.º 1/2003 (28 enero 2003).
3. Ley de la Generalitat de los derechos de salud de niños y adolescentes. L. N.º 8/2008 (20 junio 2008).





