Proyecto de Gestión

ORGANIZACIÓN DE UN SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN AL PARTO DOMICILIARIO

en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga

II Experto Universitario en Gestión de Cuidados

Escuela Andaluza de Salud Pública

Noviembre 2006

Mª Teresa de la Torre Palomo

Enfermera Matrona, Supervisora de la UGC de Obstetricia y Ginecología

Hospital de Antequera

Nacer y morir son dos acontecimientos muy importantes, tanto para la persona que los sufre como para sus familiares, y muy similares, marcan nuestro paso a otra vida; pero con una diferencia significativa, pues cuando nacemos, nosotros lloramos y los demás sonríen y cuando morimos, nosotros sonreímos y los demás lloran. En ambos procesos vamos a necesitar que nos cuiden, tanto a nosotros como a nuestros familiares. Intentar que se produzcan de la forma más humanizada y digna posible, es responsabilidad de los profesionales sanitarios.

ÍNDICE

1.- CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA 3

1.1.- Problemática actual y Revisión de conocimientos: 4

1.1.1.- Institucionalización 4

1.1.2.- Medicalización 4

1.2.3.- Práctica rutinaria, no basada en la evidencia 5

1.1.4.- "La cascada del intervensionismo" 6

1.1.5.- Sus consecuencias: 7

1.1.6.- La cesárea no está exenta de riesgos 14

1.1.7.- La práctica obstétrica condicionada por factores ajenos a la situación clínica de la embarazada 15

1.1.8.- Necesidad de recuperar el parto natural 18

1.1.9.- El parto en casa es una opción segura 19

1.1.10.- Algunas mujeres desean participar en su parto 25

1.1.11.- ¿Cuánto cuesta? 25

1.2.- Marco Teórico: 26

1.3.- Objetivos Estratégicos: 28

2.- DEFINICIÓN DE UNA ESTRATEGIA 29

2.1.- Ámbito del Proyecto: 30

2.2.- Descripción de los Centros, Unidades y Recursos: 32

2.2.1.- Distrito Sanitario "La Vega" de Antequera 32

2.2.2.- Hospital de Antequera 33

2.2.3.- Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio 35

2.3.- Cartera de Clientes: 36

2.4.- Cartera de Servicios: 38

2.5.- Descripción de la Intervención: 52

2.5.1.- Elección informada 52

2.5.2.- Educación Maternal 52

2.5.3.- Visita domiciliaria preparto y envío del material 53

2.5.4.- Asistencia del parto a domicilio 53

2.5.5.- Traslado al hospital (si precisa) 55

2.5.6.- Gestión de residuos generados 56

2.5.7.- Control y visitas domiciliarias posparto 56

2.6.- Procedimientos de Evaluación: 58

2.7.- Pertinencia: 66

2.8.- Aspectos Éticos y Legales: **68**
2.8.1.-Funciones de las matronas 68
2.8.2.-Consentimiento informado 69
2.8.3.-Prescripción de medicamentos 69
2.8.4.-Intereses de los profesionales 70

3.- PLANIFICACIÓN OPERATIVA **71**
3.1.- Duración del Proyecto y Cronograma: **72**
3.1.1.- Etapa de preparación 72
3.1.2.- Etapa de ejecución 74
3.2.- Equipo de Trabajo: **76**
3.2.1.- Turnos 76
3.2.2.- Competencias 77
3.3.- Plan de Recursos: **80**

4.- ANEXOS **83**
Anexo 2.- Modelo de consentimiento informado **85**
Anexo 3.-Modelo de documento de información clínica específica para la asistencia del parto domiciliario **86**
Anexo 4.- Material que debe tener preparado en casa **87**
Anexo 5.-Modelo de Registro de atención domiciliaria: parto y puerperio **88**
Anexo 7.-Modelo de cuestionario para la evaluación de la satisfacción de las usuarias **96**

5.- BIBLIOGRAFÍA **98**

1.- CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Este proyecto de gestión se circunscribe en el campo de la Organización del Sistema de Asistencia Sanitaria al parto. La evolución de la atención a la mujer durante el parto y de sus resultados, a lo largo de los años, hasta llegar a la situación actual, enmarcan el origen de este proyecto y se describe a continuación.

1.1.- Problemática actual y Revisión de conocimientos:

1.1.1.- INSTITUCIONALIZACIÓN

Hasta no hace muchos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia.

A mediados del siglo XX los partos comienzan a ser atendidos en los hospitales, con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos (no más del 20%). Esto fue considerado un progreso, ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron; pero a la vez, significó la incorporación a los hospitales, regidos por los conceptos de personas enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos. Éstas, ingresaban en los hospitales para el parto, separadas de sus familias, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso[1].

1.1.2.- MEDICALIZACIÓN

El parto dejó de ser una experiencia íntima para transformarse en un acto médico en el que el cuerpo de la mujer es visto como una máquina, siempre potencialmente defectuosa, que la medicina puede manipular o arreglar para que pueda parir. De esta manera se fomenta la idea de que se requieren médicos especialistas para salvar a las mujeres y sus bebés del peligro, administrándoles fármacos y realizándoles intervenciones de forma rutinaria.[2]

Los médicos pasaron a ser el eje de las decisiones, a asumir la responsabilidad absoluta y unilateral de todos los partos, de los de alto y de los de bajo riesgo. En este contexto, las matronas, bajo la prescripción médica y con escasa autonomía, hemos pasado a utilizar las tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los casos, no teniendo en cuenta ni las decisiones de las mujeres referentes al parto, ni sus necesidades intelectuales, emocionales, sociales o culturales. Hemos transformado las acciones excepcionales en rutinarias y hemos olvidado que parir y nacer son procesos delicados, altamente sensibles a la influencia de sentimientos, temperatura, luz, olores, posturas corporales y muchas otras sensaciones. En palabras de Lemani, negar a las mujeres estos aspectos elementales (sus sentimientos y necesidades tanto físicas como emocionales) es parte de un esquema más grande de violencia contra las mujeres en la cultura patriarcal.

Actualmente, aunque hemos avanzado en algunos aspectos y ya no vemos las grandes salas comunes de dilatación con salas de espera ocupadas por padres ansiosos que fuman caminando de un lado para otro, en la mayoría de los hospitales, seguimos tratando rutinariamente todos los partos, con el mismo nivel de intervencionismo y medicalización[a] y seguimos manteniendo ambientes y condiciones hostiles para el parto y el nacimiento.

---

[a] ¿Qué es la medicalización?[3] La medicalización puede adoptar tres grandes modos: 1) Redefinir las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la "mirada médica" como entidades patológicas abiertas a la intervención médica. 2) Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica, y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican. 3) La marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte.

1.2.3.- PRÁCTICA RUTINARIA, NO BASADA EN LA EVIDENCIA

Así, la OMS[4] advierte que en la mayoría de los hospitales aún se considera conveniente seguir realizando intervenciones que son claramente inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias y que deberían ser eliminadas. En 1.985 un grupo de trabajo constituido por la OMS para la Región Europea, la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud, revisaron los trabajos científicos sobre la asistencia obstetricia y después de analizar las evidencias, el grupo de trabajo clasificó sus recomendaciones acerca del Parto Normal[a] 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.**

A pesar de que han pasado más de 20 años desde que se hicieron estas recomendaciones y de que se han publicado numerosas revisiones sistemáticas posteriores sobre muchas de estas intervenciones, aún seguimos realizando una gran cantidad de prácticas incluidas en las tres últimas categorías, tales como:

- Uso rutinario del rasurado púbico/perivulvar/perineal[5], uso rutinario del enema[6], infusión intravenosa de rutina, inserción de cánula intravenosa profiláctica de rutina, posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación y el expulsivo[7], esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto, masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto. ***Categoría B.***
- Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto[8], ligadura y sección precoz del cordón umbilical[9,10]. ***Categoría C.***
- Restricción de líquidos y alimentos durante el parto, monitorización fetal electrónica[11], llevar mascarilla y bata estériles durante la atención al parto, exámenes vaginales repetidos o frecuentes (especialmente si los realiza más de un asistente), cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase del parto, sondaje vesical rutinario, estimulación con oxitocina[12], alentar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es completa (antes de que sienta la necesidad de hacerlo ella misma), rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto (incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa) y uso sistemático de la episiotomía[13]. ***Categoría D.***

[a] La OMS considera Parto Normal: Parto de comienzo espontáneo, de bajo riesgo al comienzo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

Además, seguimos sin poner en práctica otras, que si son reconocidas como claramente útiles. ***Categoría A***:

- Elaboración de un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto.
- Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto.
- Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto[14].
- Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, dónde el nacimiento sea factible y seguro y dónde la mujer se sienta más segura y confiada.
- Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
- Apoyo efectivo de los asistentes durante el parto[15].
- Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
- 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, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre la lactancia.

España es uno de los países con más retraso en la implantación de las recomendaciones de la OMS para la atención al parto, sólo unos cuantos hospitales han tomado medidas para modernizar sus protocolos y adaptarlos a las normas de la OMS. Países como Inglaterra, Suecia u Holanda emprendieron hace años el camino hacia la racionalización y la modernización. La desgracia es que, encima, en España, después de padecer todo esto, una gran parte de las mujeres y sus familiares creen que eso es "lo normal", y que es la mejor asistencia posible para ellas y sus hijos. Y esto es así, porque en nuestro país, como en casi todo el mundo, la medicalización del parto sigue teniendo un gran prestigio y poder sobre el manejo de los cuerpos de las mujeres en el embarazo y parto[2]. El nacimiento se ha transformado en una enfermedad y hay madres que aceptan ser dominadas y subordinadas por el Equipo de Salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones[1]. La categorización de los procesos normales de la vida como "procesos médicos", lleva a que la personas vayan perdiendo su capacidad de decidir sobre sus vidas, mientras en ellas se afianza la seguridad de estar haciendo lo correcto al acudir a "los expertos" y seguir sus consejos.[16]

1.1.4.- "LA CASCADA DEL INTERVENSIONISMO"

En este escenario, no es raro que el miedo al dolor del parto y la actuación del personal sanitario en los centros públicos se identifiquen como los factores psicosociales que originan mayor ansiedad durante el embarazo[17]. Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a la atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño[1], desencadenando lo que se ha venido denominando "*la cascada del intervencionismo*".[4]

Muchas de las intervenciones realizadas durante la dilatación y el expulsivo involucran co-intervenciones o incrementan las probabilidades de otras intervenciones para supervisar, prevenir o tratar efectos adversos. Por ejemplo, si a una mujer le administramos

innecesariamente un enema, le rasuramos el pubis y la vulva, le canalizamos de forma rutinaria una vía venosa, le rompemos innecesariamente la bolsa, le limitamos el movimiento a los 90 cm. de su cama y encima le administramos rutinariamente oxitocina para "terminar antes", le preguntamos si quiere una analgesia epidural, es difícil que nos diga que no, y entonces continuamos con nuestras intervenciones, porque a partir de ahora, además, vamos a necesitar monitorización electrónica fetal continúa, monitorización continúa de las constantes maternas (tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, temperatura) y en algunos casos electrocardiograma, perfusión de líquidos para evitar la hipotensión materna, sondajes vesicales intermitentes, etc. Poco diferencian la imagen de una mujer de parto en estas condiciones de la de un paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos. Con la analgesia epidural conseguiremos aliviar el dolor que hemos potenciado durante el parto, situando a la mujer en un mayor riesgo de parto instrumental[18], que también tiene sus riesgos tanto para la madre como para el recién nacido.

Los estudios que han intentado dar explicación a las relaciones entre el miedo y la ansiedad, la respuesta al estrés y las complicaciones del embarazo y parto han demostrado que la ansiedad durante el trabajo de parto se asocia con altos niveles de la hormona de estrés, la epinefrina (adrenalina) en sangre. Cuando la adrenalina aumenta, disminuye el nivel de oxitocina en proporción directa a la cantidad de adrenalina producida, lo que a su vez puede ocasionar una disminución en el aporte de sangre al útero provocando que las contracciones resulten más dolorosas, una alteración en el flujo sanguíneo útero-placentario con patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal y una disminución de la contractilidad uterina, que además son menos eficaces, haciendo que la fase de trabajo de parto se prolongue o incluso se estanque[19,2]. De hecho, sucede a menudo, que al llegar al hospital después de haber tenido contracciones fuertes y seguidas en casa, todo se detiene.

1.1.5.- SUS CONSECUENCIAS:

La institucionalización, la medicalización y el intervencionismo en el parto han llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo de cesáreas sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales[1].

a) Aumento de las cesáreas

La OMS considera que no existe justificación para que más del 10 al 15% de los partos sean por cesárea[19], pero sabemos que, el porcentaje de cesáreas ha aumentado en gran parte del mundo. La bibliografía de datos estadísticos muestra que en 1981, de 19 **países industrializados de Europa** que fueron encuestados, Checoslovaquia presentaba el más bajo porcentaje de cesáreas con 5%, en esos años Francia ostenta un 15%, mientras que en América, Estados Unidos ese mismo año tiene un 18% de partos por operación cesárea. Quince años después en 1.996, Francia presenta un 16% prácticamente la misma cifra, mientras Estados Unidos, publica una tasa de cesáreas de casi 21% cifra que aumentó a 25% en 1.999. [20]

En Chile la curva de cesáreas presenta un ascenso sostenido en los últimos años, llegando en el año 2.000 a una tasa de 30% en los hospitales estatales y 60% en el extrasistema. Estas cifras representan el promedio, por lo cual existen extremos, como un 80% de cesáreas en algunas zonas, por lo que no es alarmante que existan estudios extranjeros

que se preocupen y muestren estas cifras, que aparecen indicando por su frecuencia que la cesárea es la forma normal de parir.[20]

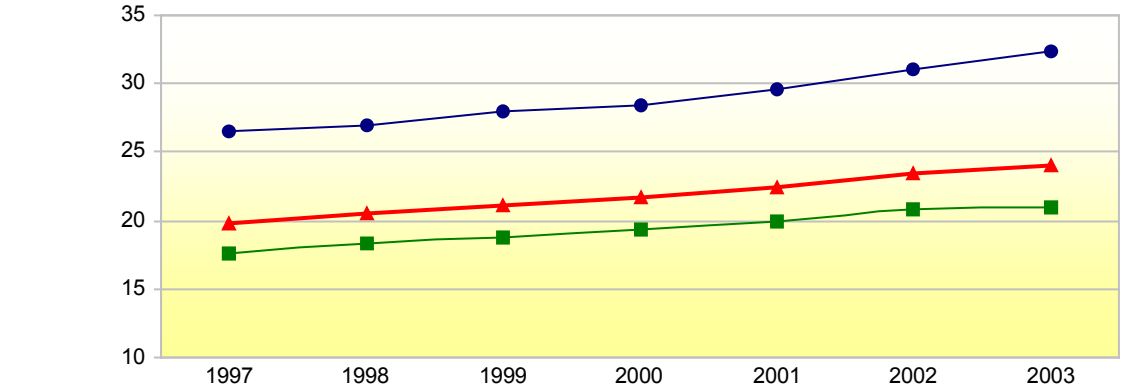
En México, en 1.999 la tasa de cesáreas fue de 25,41%; en 2.001 de 32,52%; y de 36% en 2.002. Representando en los hospitales privados del 56,9 al 70% de los partos.[21]

Actualmente en Europa, especialmente los **países nórdicos**, se mantienen en menos de un 10% la tasa de cesáreas, con importantes porcentajes de partos bajo el agua, o atendidos en domicilio. [20]

España también parece estar afectada por esta "pandemia de cesáreas". Sobrepasa ampliamente el estándar marcado por la OMS y además se ha observado un incremento en la tasa anual de cesáreas, existiendo grandes variaciones, entre hospitales públicos y privados, entre regiones y entre los propios hospitales públicos.

En el gráfico 1 podemos observar como esta tasa se incrementa anualmente, aproximadamente en un punto, tanto en los hospitales públicos como en privados y como se mantiene una diferencia entre ellos de aproximadamente de 10 puntos, llegando en el 2.003 a un 32,36% en los privados frente al 21,03% en los públicos.

Gráfico 1: ***Evolución del nº de cesáreas por cada 100 nacimientos en los Hospitales por dependencia. España 1.997 – 2.003***



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Públicos	17,59	18,27	18,8	19,36	19,96	20,83	21,03
Privados	26,45	26,97	27,99	28,4	29,56	31,07	32,36
Total	19,8	20,5	21,13	21,68	22,45	23,5	24

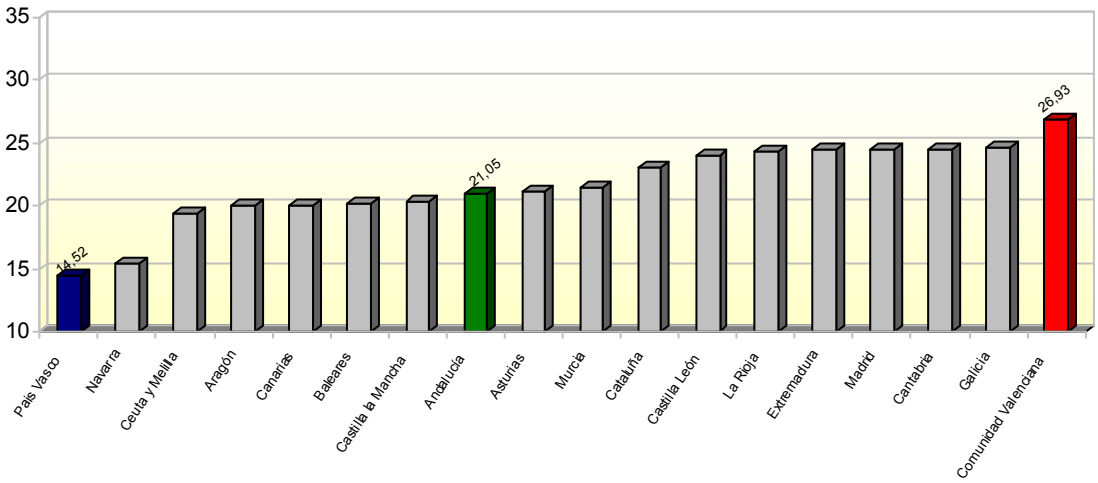
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento.

En el gráfico 2 se refleja la variación tan espectacular que existe en la tasa de cesáreas entre comunidades autónomas. En el año 2.001, la tasa más baja la presentaba el País Vasco, con 14,52% y la más alta, la Comunidad Valenciana con 26,93%, situándose los hospitales de Andalucía en una posición intermedia.

En **Andalucía**, la evolución de la tasa de cesáreas en los hospitales públicos del SAS responde al patrón nacional, sufriendo también un incremento progresivo con cifras muy similares a las de los hospitales públicos españoles. Gráfico 3.

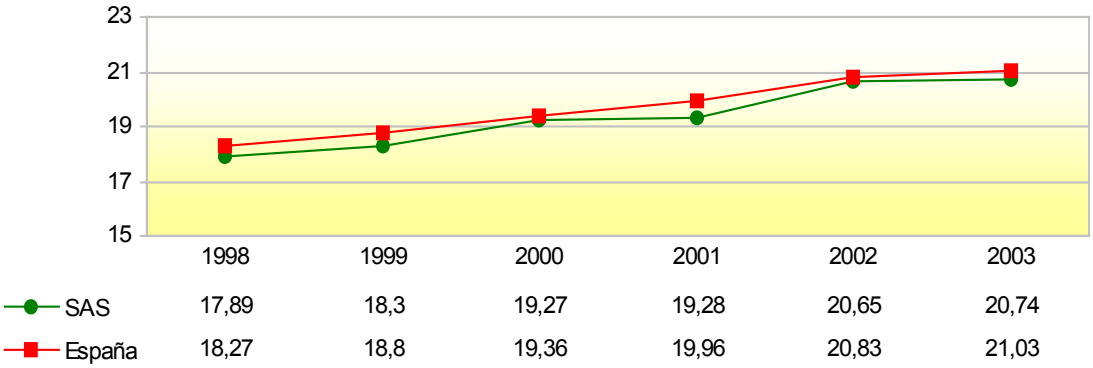
Entre las distintas provincias andaluzas, en el 2.003, también existían diferencias; Sevilla con 17,99% presentaba la más baja y Málaga con 25,23% la más alta. Gráfico 4.

Gráfico 2: ***Tasa de cesáreas en España por Comunidades Autónomas. Año 2.001.***



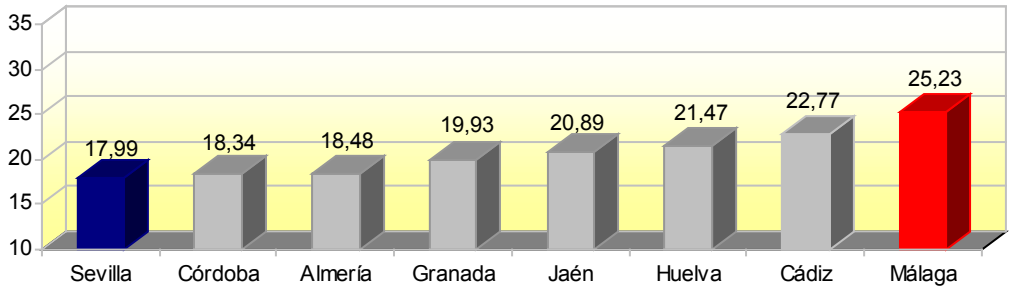
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento.

Gráfico 3: ***Evolución de la tasa de cesáreas de los Hospitales Públicos del SAS y del SNS. Años: 1.998-2.003.***



Fuente: Memorias Estadísticas del SAS 1.998-2.003.

Gráfico 4: ***Comparación entre provincias de la tasa de cesáreas de los hospitales del SAS. Año 2.003.***

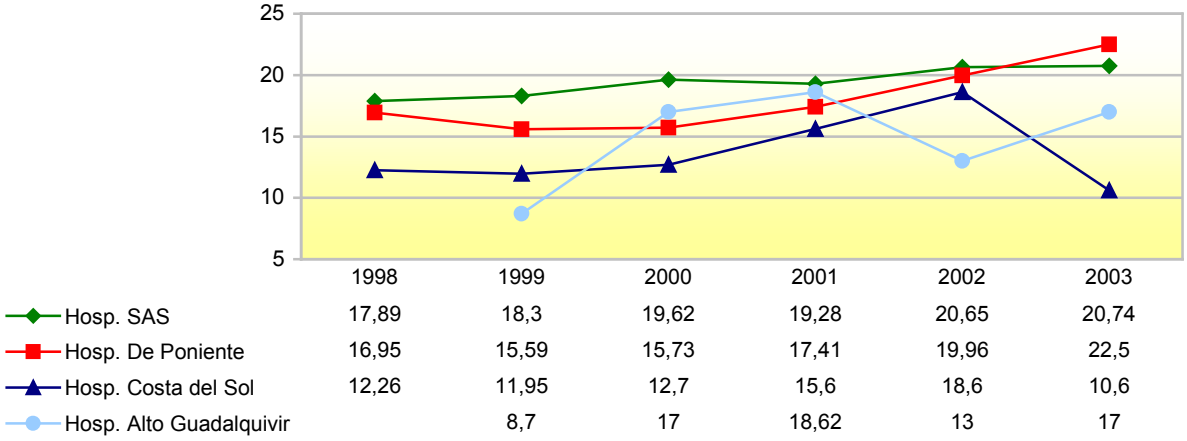


Fuente: Memoria Estadística del SAS 2.003.

Los **hospitales públicos del SAS** tampoco se comportan igual que las empresas públicas, existiendo además diferencias entre ellas. En el gráfico 5 se observa:

- Los hospitales del SAS mantienen un porcentaje mayor que el de las empresas públicas y se incrementa lentamente pero de forma constante.
- El Hospital Costa del Sol y el de Poniente, tras un periodo estable entre 1.998 y el 2.000, inician a partir de ese año un incremento más rápido que los hospitales del SAS y que se mantiene en el 2.003 para el segundo de ellos; mientras que el Costa del Sol para ese año, alcanza una de las más bajas (10,6%).
- El Hospital Alto Guadalquivir, se inicia con la más baja (8,7%), pero en el 2.001, se sitúa a nivel de los hospitales del SAS, para bajar y subir posteriormente

Gráfico 5: ***Evolución de la tasa de cesáreas de los hospitales públicos del SAS y de las empresas públicas de Andalucía. Años: 1.998-2.003.***



Fuente: Memorias Estadísticas del SAS 1.998-2.003.

El Contrato Programa de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud del 2.001 para el periodo 2.001-2.004, establecía como objetivos relacionados con las cesáreas, tener un porcentaje de cesáreas inferior al 18%, evaluar el porcentaje de cesáreas e implantar en su caso las actuaciones necesarias para ajustarse a las indicaciones reconocidas por las entidades científicas implicadas. La mayoría de los hospitales no logró la consecución de este objetivo en su primer punto (porcentaje inferior al 18%) ningún año y ya, en el 2.005, el nuevo Contrato Programa para el periodo 2.005 – 2.008, no fija límite al porcentaje de cesáreas.

Tras comparar el porcentaje de cesáreas a nivel internacional, nacional, regional y provincial, se analizan a continuación los resultados obtenidos en todos los hospitales del SAS del grupo IV[a], ya que el Hospital de Antequera, centro de referencia del ámbito geográfico del presente proyecto, pertenece a dicho grupo. La Tabla 1 muestra como ha evolucionado, en los 3 últimos años, el porcentaje de cesáreas en estos hospitales, encontrándose que:

[a] Los 28 centros hospitalarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía se clasifican según su nivel de complejidad en cuatro niveles (nivel 1 a 4). Esta clasificación se realiza según la cartera de servicios ofertada por cada uno de los centros.

- Aunque para el total hay un ligero incremento (1,08 puntos), existe una gran diferencia en la evolución de la actividad de los distintos centros:
    - Hospitales que se han mantenido una cierta estabilidad: Osuna, Baza, Motril y Pozo Blanco.
    - Hospitales que han disminuido su porcentaje de forma significativa: Axarquía.
    - Hospitales que lo han incrementado significativamente: Antequera, Ronda, Riotinto y Huércal Overa.
- El Hospital de Huércal Overa, a pesar de su incremento, es el que mantiene la tasa más baja en los tres años.
- Los Hospitales de Málaga (Antequera, Ronda y Axarquía), se sitúan los tres años, por encima de la media de los hospitales de su grupo, presentado la Axarquía máximas en el 2.003 y 2.004 y Ronda en el 2.005.

Tabla 1: ***Variación del porcentaje de cesáreas en los hospitales del Grupo 4. Años 2.003-2.005.***

Centro	2003	2004	2005	Diferencia 2003-2005
Hospital de Osuna	17,84	14,15	16,67	- 1,17
Hospital de Baza	16,42	16,95	18,18	1,76
Hospital Santa Ana - Motril	20,33	21,79	20,40	0,07
Hospital de Pozo Blanco	21,22	17,95	20,91	- 0,31
Hospital de Antequera	20,69	21,52	22,44	2,25
Hospital Serranía de Ronda	20,26	19,47	23,80	3,54
Hospital de la Axarquía – Vélez Málaga	25,30	23,19	22,36	- 2,94
Hospital de Riotinto – Huelva	15,04	18,11	18,97	3,93
Hospital La Inmaculada – Huércal Overa	11,20	13,33	14,15	2,95
Total Grupo 4	**18,91**	**18,64**	**19,66**	**1,08**

Fuente: Análisis comparativo de Hospitales. Periodos: Enero-Diciembre 2.004 y Enero-Diciembre 2.005. Servicio de Gestión Sanitaria. SAS. Cuadro de Mandos del Hospital de Antequera.

Actualmente, como vemos en la tabla, el **Hospital de Antequera** es uno de los que tiene la tasa de cesáreas más elevada. En los últimos 5 años, el porcentaje de nacimientos por esta vía ha pasado de un 17,84 % en el año 2.000 a un 22,44% en el 2.005; lo que supone que casi la cuarta parte del total de nacimientos terminan en cesárea. Para intentar reducir este porcentaje, a principios del 2.005, se introdujo la práctica de la amnioinfusión y la monitorización interna de la frecuencia cardiaca fetal; pero los intentos fueron en vano, pues al contrario de lo que se pretendía conseguir, esta cirugía se ha seguido incrementando.

Como dice Foradada, citado por Aceituno[22], aunque no existen evidencias científicas que den soporte a ninguna cifra de cesáreas, de forma genérica se podría afirmar que la tasa adecuada sería la menor tasa que se consiga sin, por ello, incrementar la morbimortalidad perinatal y materna. Siguiendo este razonamiento, se podría justificar un incremento progresivo de las cesáreas siempre que se asocie a una mejora en los resultados perinatales y maternos. Así que una vez visto como evoluciona la tasa de cesáreas, se muestra la evolución de la mortalidad perinatal y materna.

Las tasas de mortalidad perinatal[a] y materna[b], a pesar de ser datos referentes a la muerte, continúan siendo los mejores indicadores de la salud durante el periodo perinatal y de la calidad de la asistencia sanitaria que se presta a la mujer durante el embarazo, que generalmente están disponibles.

b) Estabilización de la mortalidad perinatal

La tasa de mortalidad perinatal en **España** se redujo en un 51% desde el año 1.985 hasta el 2.002, variando la tasa entre estos dos años desde 11 muertes perinatales por 1.000 nacidos vivos hasta 5,4. Grafica 6.

Andalucía mantiene una tasa de mortalidad perinatal superior a la media de España; sin embargo, las diferencias se van haciendo con el paso de los años menores y con tendencia a la estabilización. Así, en 1.985 la mortalidad perinatal en Andalucía era de14,1 muertes por mil nacidos vivos, mientras que la media nacional era de 11. En el 2.002, la diferencia se reduce (6,5 por mil en Andalucía vs. 5,4 en España). Grafica 6.

c) Estabilización de la mortalidad materna

En **España**, el número absoluto de muertes maternas y la tasa de mortalidad materna[c] han descendido desde el comienzo del siglo. En 1.901 ocurrieron 3.674 muertes maternas y la tasa de mortalidad fue de 564,7 muertes por 100.000 nacidos vivos. Durante los dos primeros decenios del siglo, las tasas se mantuvieron estables por encima de 500 muertes por 100.000 nacidos vivos. A partir de 1.920 se inicia un descenso continuado hasta 1.985, año en el que se produjeron 20 muertes maternas con una tasa de mortalidad de 4,4 muertes por 100.000 nacidos vivos[23]. Desde entonces y hasta ahora la tasa de mortalidad materna se ha mantenido en unos mínimos estables, siendo la media de estos años de 3,87. Gráfico 7.

En **Andalucía**, la mortalidad materna media mantenida entre los años 1.985 – 2.004 es de 4,85 (0,98 puntos superior a la media española) y desde el 2.001 esta tasa se encuentra por encima de la nacional. Gráfico 7.

Es probable que la mejor calidad de vida de las mujeres en los últimos 50 años haya contribuido a la maternidad más segura; se han visto mejoras notables en la sanidad, la vivienda, la dieta, la educación, el acceso al control prenatal y, quizás los factores que más han contribuido han sido la atención al parto por profesionales y la disminución de la

---

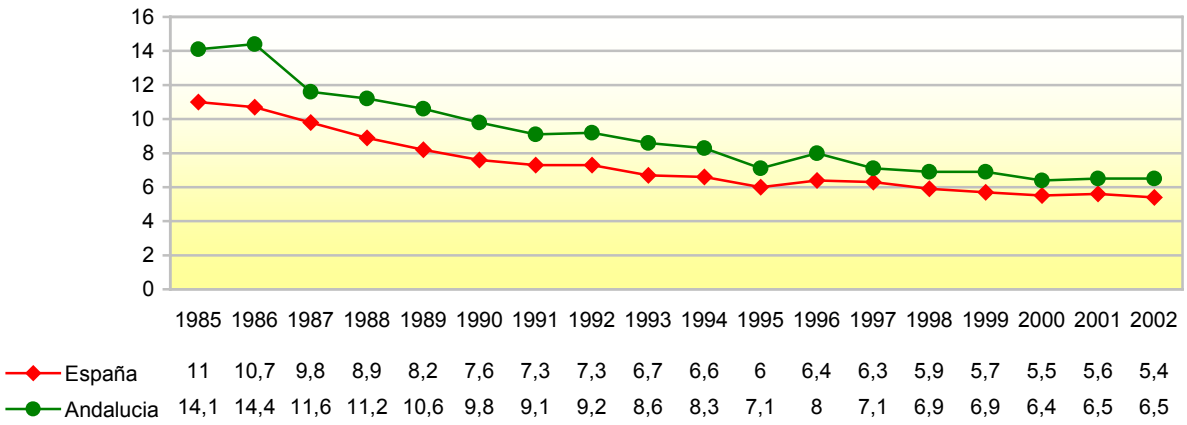
[a] ***Tasa de Mortalidad Perinatal:*** Es la relación entre el número de fetos muertos de más de 28 semanas cumplidas (más de 1000 grs. o 35 cm. de longitud vertex-talón), hasta el 7º día de vida postnatal, dividido por el número total de nacidos vivos y por mil, considerado un año civil en una población determinada. (Tasa de Mortalidad Básica I). La OMS recomienda incluir en el numerador, además, el nº de fetos muertos entre las 22 semanas cumplidas y la 28, o bien entre 500 y 999 grs. (Tasa de Mortalidad Perinatal Ampliada). Debido a que en España sólo existe obligación de comunicar al Registro Civil las muerte fetales de más de 180 días de gestación, el INE (fuente utilizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo) considera en sus estadísticas sólo los fetos muertos con seis o más meses de gestación

[b] ***Mortalidad materna:*** Una muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días a partir de la terminación del mismo, con independencia de la duración y de la colocación del embarazo y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por dicho embarazo o su tratamiento, pero no la debida a causas accidentales o contingentes.

[c] ***Tasa de mortalidad materna****:* Número de muertes maternas directas o indirectas por 100.000 nacidos vivos o muertos.

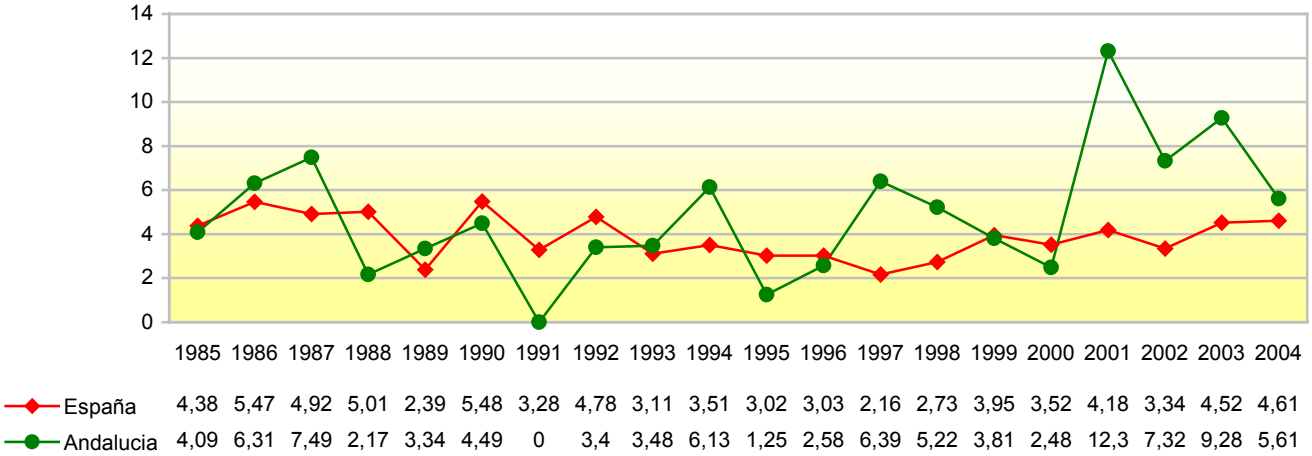
fecundidad. Hace solamente una generación, era común que la mujer tuviera diez o más hijos; ahora, tienen un promedio de dos.[24]

Gráfico 6: ***Evolución de la tasa de mortalidad perinatal. España y Andalucía. Años: 1.985-2.002.***



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas y Estudios. Salud materno-infantil.

Gráfico 7: ***Evolución de la tasa de mortalidad materna. España y Andalucía. Años: 1.985-2.004***



Fuente: INE. Movimiento Natural de Población y Defunción según causa de muerte.

d) Relación entre los resultados

Si relacionamos los datos de las tres últimas variables estudiadas a nivel nacional (porcentaje de cesáreas, tasa de mortalidad perinatal y tasa de mortalidad materna), y analizamos su evolución en el período 1.998-2.002, encontramos que efectivamente se produce un incremento del número de cesáreas, un 3%, que logra disminuir la mortalidad perinatal en un 0,5 por 100.000 nacidos vivos, incrementándose la mortalidad materna en un 0,61 por 100.000 nacidos. Esto quiere decir, que **hemos asistido a un incremento importante de cesáreas para conseguir disminuir minimamente la mortalidad perinatal y que ello ha ido acompañado de un ligero aumento de la mortalidad materna.**

Resultados similares se han obtenido en países como México, donde el análisis del comportamiento de la operación cesárea realizado por la Secretaría de Salud durante 1.990-1.995 observó un incremento del 13.5% en 1.990 a 21,9% en el año 1.995, encontrándose una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la frecuencia de cesáreas y la mortalidad materna, sin asociación con la disminución en la mortalidad perinatal.[21]

Sin embargo, en los hospitales donde se ha realizado un control de la tasa de cesáreas no se ha observado un incremento de la mortalidad materna e infantil[28]. Un ejemplo de ello lo encontramos en el Hospital de Huércal-Overa, que entre los años 1.996 a 1.998 presentaba un tasa de cesáreas de un 12,32% que consiguió disminuir tras la aplicación de un protocolo a un 10,31% en el periodo 1.999 a 2.001, consiguiendo además disminuir la mortalidad perinatal (de 10,33 por mil en el primer período a 8,06 por mil en el segundo), aunque esta diferencia no era estadísticamente significativa (p=0,35).[21]

La no existencia de una proporcionalidad entre el aumento de las cesáreas en la población general con la disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal, han hecho que esta tendencia ascendente se convierta en una preocupación mundial.[21]

1.1.6.- LA CESÁREA NO ESTÁ EXENTA DE RIESGOS

La cesárea es la operación obstétrica que se realiza con mayor frecuencia, al considerarse que es la forma más segura de resolver la mayoría de las distocias y de preservar la salud fetal[25], pero no es una intervención sin riesgos. Aunque la mortalidad en las cesáreas debe ser actualmente inferior al 1 por mil, **la morbilidad y mortalidad son superiores en las cesáreas que los partos vaginales, aproximadamente entre 3 y 10 veces.** También la mortalidad perinatal es superior en las cesáreas que en los partos vaginales normales, aunque los grupos no son evidentemente comparables, por tratarse con cesárea muchas veces los casos de mayor riesgo fetal. Finalmente, las estadísticas ponen de manifiesto que la mortalidad es también superior en los hospitales sin servicio especializado o en los pequeños servicios obstétricos en comparación con los medianamente importantes o en los grandes hospitales. Sus mayores peligros son las hemorragias, las infecciones y los accidentes anestésicos. Mediante las nuevas técnicas quirúrgicas y anestésicas, con la instauración de la asepsia, la posibilidad de transfusiones y la utilización de antibióticos, las mortalidad materna descendió a menos del 1% en los años 40 y a menos de 1 por mil en los años 80, pero sigue siendo por lo menos el triple de la que se registra en los mismos servicios en partos vaginales, además **condiciona un 50% de nuevas cesáreas**.[23]

Por otra parte, el tipo de parto, también incide significativamente en la probabilidad de inicio de la lactancia materna. Según un estudio realizado en Andalucía[26], en el año 2.004, cuando el nacimiento tiene lugar mediante cesárea, la proporción de recién nacidos que son alimentados al pecho disminuye cerca de 15 puntos porcentuales con respecto a los partos vaginales, ya sean de tipo eutócico o instrumental (88,2% en eutócicos y 89,0% en instrumentales vs. 74,1% en cesáreas) . **La cesárea constituye un factor de riesgo para no iniciar la lactancia natural**.

1.1.7.- LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA CONDICIONADA POR FACTORES AJENOS A LA SITUACIÓN CLÍNICA DE LA EMBARAZADA

El periodista Hugo Cerdá, en el año 2.001, publicó un artículo en el País[27], titulado "Uno de cada cuatro niños nace por cesárea", en el que escribió:

> *"Los especialistas insisten en que no se puede establecer objetivamente si el sistema sanitario de un país realiza o no demasiadas cesáreas. Habría que ir hospital por hospital viendo qué tanto por ciento de los partos que realizan terminan con una cesárea y si, por las características de la población a la que atienden, tal índice de intervenciones está justificado".*

Los especialistas tienen dificultades para explicar las causas de este incremento en el número de embarazos que terminan en cesárea. Según Lluís Cabero, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (citado por Hugo Cerdá en el artículo del País referenciado anteriormente), un motivo fundamental para este incremento es el cambio de escenario que se ha producido en los últimos 15 años. Por un lado, el impacto de la fecundación asistida en el *número, cada vez mayor, de embarazos gemelares*. Por otro lado, ha *aumentado la edad en que las mujeres se quedan embarazadas*. En estos momentos la edad media del primer embarazo se sitúa en 30,7 años. De hecho, el 30% de las mujeres que esperan un hijo por primera vez ya tienen más de 35 años. Al aumentar la edad de la madre, crece también la probabilidad de que sufra ciertas *patologías* que hacen más probable que acabe siendo necesaria la cesárea.

Aunque esto es una realidad, desde luego, no explica la existencia de las grandes variaciones en la proporción anual de cesáreas que se observa entre regiones, entre hospitales públicos y privados y entre los propios hospitales públicos. Antonio Sarría, jefe de servicio de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, encuentra en su estudio[28] que, aunque la edad y los factores de riesgo obstétricos son importantes factores de riesgo para la terminación en cesárea, la ***dependencia asistencial*** (centro público / privado) y el ***volumen asistencial*** son también factores de riesgo independientes. El riesgo de cesáreas aumentaba en los centros privados y en los hospitales con un menor volumen asistencial. Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios que han observado una mayor probabilidad de cesáreas cuando los médicos ***cobran por acto*** que cuando cobran un salario fijo, así como en las mujeres con seguros privados.[28,30].

También la probabilidad de tener un sufrimiento fetal o de distocia, ajustado según características de la madre y del hospital, presenta el mismo tipo de variación en función de la organización aseguradora[29]. En algunos centros, *el* ***momento del día*** también ayuda a estimar la probabilidad de cesárea, observándose picos por la tarde, cuando el estímulo del descanso resulta más potente[29]. Variables organizativas, vulnerables a la gestión sanitaria, también influyen en la tasa de cesáreas. Así se ha observado que ésta es menor en centros sanitarios donde la ***atención al parto es realizada por matronas*** con implicación del ginecólogo, que realiza guardias localizadas, únicamente en casos de riesgo o complicación. [29]

Otro de los factores que parece influir en el intervencionismo obstétrico es la ***presión medico legal y la práctica defensiva***. Ya en el 2.002, el Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido hacía frente a una factura por negligencia médica de 2,6 billones de libras esterlinas (4,2 billones de euros), el doble de la cantidad de 1.997. Un 70% de las denuncias se relacionaban con la obstetricia, la mayoría con el trabajo de parto y el 99% de ellas se referían a una falta o a un retraso en la intervención; siendo pocos los casos que llegan a los tribunales por una intervención innecesaria.[30]

En Andalucía, según los datos publicados por la Asociación "El Defensor del Paciente" (ADEPA), Ginecología y Obstetricia se encuentra entre los servicios con más denuncias por negligencias médicas, ocupando el segundo puesto en el 2.004 y ascendiendo al primero en el 2.005. Tabla 2.

Tabla 2: ***Servicios con mayor número de denuncias por negligencia médica. 2004-2005.***

	2004	2005
1º	Traumatología	Ginecología y Obstetricia
2º	Ginecología y Obstetricia	Traumatología
3º	Urgencias	Cirugía general
4º	Cirugía general	Urgencias
5º	Oncología	Oncología

Fuente: Memoria de la ADEPA 2004 y 2005.

La reducción de la mortalidad perinatal y el desarrollo de la ciencia médica, cada vez más sofisticada, han llevado a un cambio en las expectativas de la población. Hay una tendencia a creer que la mayoría de las muertes, si no todas, habrían podido ser prevenidas. Aunque las investigaciones de neonatos muertos y de muertes infantiles muestran que el déficit de cuidado es un problema importante que contribuye a las muertes evitables, en algunos bebés, la muerte es probablemente inevitable.[30] En el año 2.004, en el caso de las muertes fetales tardías, el 48% corresponde al grupo de causas mal definidas, por no haber sido especificadas por el médico. Del 52% restante, el 92% se debieron a causas perinatales y el 8 % a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.[31]

El aumento de las demandas judiciales por mal resultado neonatal, provoca en el médico la sensación de que no vale la pena el esfuerzo por obtener un parto vaginal, y así la toma de decisiones se realiza más en el marco de evitar los posibles conflictos legales.[21]

Igualmente, se han argumentado como factores que contribuyen a elevar la práctica de la cesárea, *la* ***comodidad del médico***, evitando las largas horas de vigilancia del trabajo de parto, mediante un procedimiento más rápido, más controlable y en horarios hábiles; el ***aprendizaje de los futuros obstetras***, en la época de la residencia. Últimamente se contempla también la ***solicitud de la paciente*** por temor al dolor o al eventual daño para su hijo, por razones de comodidad (al poder programar su parto), por razones de tipo estético, por temor a los prolapsos genitales o las disfunciones sexuales. [21]

Otros factores que pueden participar son la ***reducción en el entrenamiento del parto operatorio, de la versión por maniobras externas y de la atención del parto vaginal en presentación pélvica*** aún en presencia de todas las condiciones favorables para su ejecución.[21]

El ***uso de la monitorización electrónica fetal continúa de rutina durante el trabajo de parto*** también es otro factor de riesgo. Su uso incrementa los índices de nacimientos por cesárea (riesgo relativo: 1,41; intervalo de confianza del 95%: 1,23 a 1,61) y de partos vaginales instrumentados (riesgo relativo: 1,20; intervalo de confianza del 95%: 1,11 a 1,30) sin que se observen diferencias significativas en los puntajes de Apgar al primer minuto inferiores a cuatro o siete, el índice de ingresos a unidades de cuidados intensivos neonatales, las muertes perinatales o la parálisis cerebral.[11]

El desarrollo y la introducción de los modernos sistemas de monitorización fetal crearon la esperanza de que sería posible reducir la incidencia de parálisis cerebral, al posibilitar una detección precoz de la asfixia y permitir establecer intervenciones obstétricas de rescate más precoces. Durante los últimos 30 años, estas creencias en obstetras, pediatras, legisladores y en la sociedad en su conjunto han conducido a una sobrestimación de la asfixia perinatal como causa de discapacidad permanente en los niños, a expectativas desmesuradas acerca de la capacidad de monitorización fetal durante el parto para prevenir la parálisis cerebral, a un porcentaje creciente de partos por cesárea y quizás a un exceso de intervenciones obstétricas con sus costes y riesgos inherentes. Pero durante la última década, han entrado en crisis varias convicciones alrededor de la asfixia perinatal y su relación con la parálisis cerebral, al ponerse de manifiesto que la mayoría de los casos de parálisis cerebral no tienen su origen en la asfixia intraparto, que la generalización de la monitorización fetal no ha conllevado una reducción franca en la incidencia de parálisis cerebral, que ésta puede desarrollarse a pesar de un control y manejo obstétrico adecuados, y que la asfixia perinatal es una condición compleja y mal definida que precisa una redefinición en el terreno de la práctica clínica. Los conocimientos actuales indican que sólo un 10%, aproximadamente, de todos los casos de parálisis cerebral se pueden atribuir a asfixia intraparto y que no existe evidencia de que las prácticas obstétricas actuales puedan reducir la presente incidencia de parálisis cerebral. El resto de casos son debidos a factores presentes antes del nacimiento.[32]

A esto hay que añadir que la cardiotocografía es un método de control muy sensible, pero poco específico, con una tasa de falsos positivos extremadamente alta, sobre todo en los casos de bajo riesgo, entre un 25-80%. Así, en 1.996, Nelson ya manifestaba su preocupación por la indicación de cesáreas basándose únicamente en la supervisión electrónica de la frecuencia cardiaca fetal intraparto.[33]

La OMS indica la auscultación intermitente como método de elección para la monitorización de un feto durante un parto normal y que sólo deben someterse a monitorización electrónica continua las mujeres con riesgo elevado, como los partos inducidos o estimulados, con líquido amniótico meconial o con cualquier otro factor de riesgo; ya que, en la mayoría de los partos sin riesgo la monitorización electrónica fetal continua incrementa el número de intervenciones, sin claro beneficio para el feto y con un grado adicional de incomodidad para la mujer. Otro inconveniente en los hospitales dotados de monitorización centralizada, es que hace que la matrona sólo se fije en los monitores sin tener necesidad de entrar en la habitación de la mujer,[4] con lo que es imposible que le preste apoyo durante el trabajo de parto; estando reconocido que el ***apoyo continuo*** mejora los procesos normales del parto, y en consecuencia, la necesidad de intervenciones obstétricas. Las mujeres que reciben apoyo continuo son menos proclives a los fármacos para aliviar el dolor y más proclives a manifestarse satisfechas y a tener partos "espontáneos" (sin necesidad de cesárea ni ventosa o fórceps).[15]

Todos estos factores, ajenos en su mayoría a la situación clínica de las embarazadas, influyen decisivamente en la práctica obstétrica; **presentándose el aumento progresivo de la tasa de cesáreas como el punto final a la innecesaria medicalización del embarazo y del parto, al encarnizamiento diagnóstico y terapéutico sobre estos dos eventos fisiológicos**. Tanto los médicos como los hospitales o las propias madres tienen complejos y diversos motivos que pueden estimular la utilización de este procedimiento.

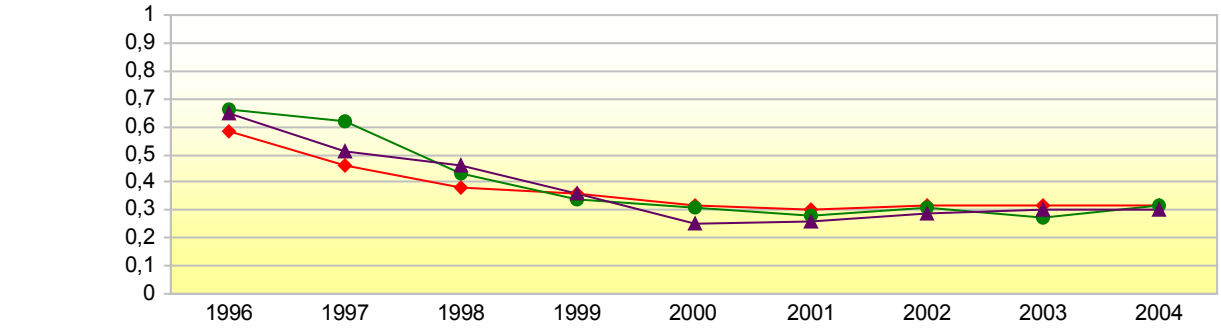
1.1.8.- NECESIDAD DE RECUPERAR EL PARTO NATURAL

En un intento por volver a la naturaleza y vivir el nacimiento de sus hijos sin someterse a procedimientos médicos innecesarios, algunas parejas buscan una forma distinta de atención al parto; pero las opciones son escasas. En España, a diferencia de otros países como Reino Unido, Países Bajos, Suecia, Dinamarca, Australia, Méjico y otros países de Norteamérica , la mujer no puede elegir el lugar de su parto (en el hospital, en el domicilio o en una casa de partos); y aunque el parto sea normal, tampoco puede elegir entre que sea de baja intervención o someterse al intervencionismo habitual, ni la postura del parto, etc. El Sistema Sanitario Público sólo ofrece en su cartera de servicios un modelo, el que marcan los protocolos hospitalarios; por lo tanto, si la mujer desea tener a su hijo en su domicilio y su caso lo permite, tiene que recurrir a la medicina privada. Además, para buena parte de la clase médica nacer en casa es un imprudente regreso al pasado.

La práctica clínica varía mucho de un país a otro e incluso regionalmente. En los Países Bajos la política del gobierno holandés es promover el nacimiento domiciliario para las mujeres con embarazo de bajo riesgo, sin restringir su libertad de elección, lo que lleva a que el 33% de los nacimientos se produzcan en la casa[34]. En el Reino Unido, en el 2.004, casi el 2% de los partos fueron domiciliarios, porcentaje que es considerado insuficiente por el gobierno británico, por lo que se planea dar incentivos a las embarazadas para que no vayan al hospital.[35]

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, en los últimos diez años, sólo el 0,37% de los partos han sido atendidos por profesionales en el domicilio. En Andalucía y en la provincia de Málaga las cifras son similares, 0,39% y 0,37% respectivamente. En este periodo de tiempo se ha observado un marcado descenso hasta el año 2.000, desde entonces y hasta la actualidad las cifras se han mantenido estables, alrededor del 0,3%, con ligeros incrementos anuales. Gráfico 8. Pero no todas las Comunidades Autónomas han seguido el mismo patrón; Cataluña en 1.996 presentaba un porcentaje de partos atendidos en domicilio superior a media nacional, 0,64% (351 partos), porcentaje que ha variado minimamente con el transcurso de los años. La provincia de Málaga, en el 2.004, último año del que hay datos disponibles, fueron atendidos 50 partos en el domicilio, lo que supone una media de 4 partos por mes.

Gráfico 8 : ***Porcentaje de partos atendidos en domicilio por profesionales. España, Andalucía y provincia de Málaga. 1996-2004.***



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
España	0,58	0,46	0,38	0,36	0,32	0,3	0,32	0,32	0,32
Andalucia	0,66	0,62	0,43	0,34	0,31	0,28	0,31	0,27	0,32
Málaga	0,65	0,51	0,46	0,36	0,25	0,26	0,29	0,3	0,3

Fuente: INE. Demografía y Población. Partos.

La escasa información sobre esta alternativa, el temor a los problemas imprevistos, la dificultad para encontrar matronas que atiendan partos en el domicilio y su coste, entre 1200 y 2000 euros, frenan a muchas parejas. Así, aunque actualmente y en nuestro medio, el nacimiento en casa es solicitado por una minoría de mujeres, se trata de una opción muy valorada y perseguida, que está motivando la publicación de artículos en prensa, la emisión de programas televisivos y la creación de asociaciones y de foros que luchan para conseguir que esta opción sea una realidad en nuestro sistema sanitario marcadamente intervensionista y medicalizado en la atención al parto. En un sistema sanitario como el nuestro, en el que se intenta dar protagonismo al usuario como ciudadano, no se puede dar la espalda a las demandas de las mujeres, sino que su opinión debe contribuir a modificar y mejorar los servicios que se le prestan durante el parto.

Parir en el hospital parece invitar al uso de la tecnología. Según Albers, citado por Murphy[36], a medida que avanza la disponibilidad de la tecnología perinatal en los hospitales, también se incrementa el uso de las intervenciones médicas en el nacimiento, incluso en las mujeres de bajo riesgo. Este grupo de gestantes, que paren en el hospital, pueden recibir intervenciones innecesarias incluso cuando son llevadas por matronas que consideran mínima su intervención en el nacimiento normal. Quizá sea hora de plantearse que el parto de baja intervención, como el que ocurre en los centros de nacimiento o en el domicilio, ofrece ventajas a las madres de bajo riesgo que desean evitar las intervenciones médicas innecesarias.

1.1.9.- EL PARTO EN CASA ES UNA OPCIÓN SEGURA

La seguridad ha sido uno de los aspectos más investigados de la asistencia al parto domiciliario. Según diversos investigadores, la seguridad de este tipo de partos no puede ser demostrada mediante ensayos clínicos aleatorios controlados, ya que la mayoría de las mujeres rechazarían ser asignadas aleatoriamente a un lugar de nacimiento[37] y además se requeriría un tamaño muestral grande para demostrar los efectos adversos, dada la baja frecuencia de los mismos.[37, 38] Tampoco debe de conducirse un ensayo de este tipo a expensas de limitar las preferencias que la mujer tiene sobre el lugar del parto[39]. Según Crandon AJ, citado por Wiegers y col.[40], los niveles de ansiedad se han demostrado como predictores de las complicaciones obstétricas. Por lo tanto, la eliminación de la posibilidad de elección, como ocurriría en un ensayo clínico, podría por sí misma tener una mayor impacto en los resultados perinatales, por inducir inseguridad y ansiedad en las mujeres que son asignadas a un tipo de parto que ellas no prefieren.

Así, la revisión realizada por la Cochrane[14] encontró solamente un pequeño ensayo (Dowswell y col. 1.996) [37], el único que hay publicado, que no proporcionó evidencia sólida para favorecer el parto programado en el hospital o el parto programado en el hogar para las mujeres con embarazos de bajo riesgo. El pequeño tamaño de la muestra, once mujeres, no permitió basarse en los resultados de la revisión para adoptar una decisión aplicable a la práctica. No obstante, los resultados no entran en conflicto con los resultados de las dos única revisiones sistemáticas que hay publicadas (Olsen, 1.995 y 1.997)[41, 42]. El primero de ellos incluía cuatro estudio; y en el segundo seis y 24.092 nacimientos. En estas revisiones sistemáticas, de estudios observacionales, realizados en Europa y en Estados Unidos, sobre la seguridad del nacimiento domiciliario planificado, respaldado por un sistema hospitalario eficaz en caso de ser necesaria una transferencia, frente al nacimiento en el hospital, en gestantes de bajo riesgo en el mundo occidental, se concluye que ***no hay prueba sólida alguna a favor del nacimiento planificado en el hospital para mujeres seleccionadas de***

bajo riesgo y con ayuda, y que el nacimiento en casa es una alternativa aceptable al nacimiento en el hospital, que conduce a una reducción del intervensionismo.

Por tanto, *en ausencia de ensayos clínicos aleatorios sobre la seguridad del parto domiciliario, los datos que se conocen actualmente proceden únicamente de estudios observacionales.*

A la hora de evaluar la seguridad del parto en casa debe tenerse en cuenta que tiene distintos resultados en los **países desarrollados**, en los que es una alternativa voluntaria al parto hospitalario, y en los países en vías de desarrollo, en los que en muchas ocasiones es la única posibilidad existente, por la distribución y características de los hospitales. Otro aspecto a tener en cuenta es que el parto en casa debe ser atendido por **personal cualificado**. Así mismo, **es un error usar las cifras brutas de mortalidad**, cuando no todos los nacimientos han sido planificados en el domicilio o bien cuando no se han seleccionado previamente a las mujeres teniendo en cuenta los factores de riesgo obstétrico, ambas circunstancias conducirían a resultados desfavorables para el parto en casa. De igual modo, las muertes perinatales ocurridas en mujeres cuyo parto se inicia en casa pero que son trasladadas al hospital, deben ser contabilizadas en el primer grupo.

Un estudio realizado sobre mortalidad perinatal sobre 558.691 nacimientos registrados en el norte del Reino Unido[43], en el periodo de 1.981-94, informó de 134 muertes perinatales producidas en 3.466 nacimientos producidos fuera del hospital. Mortalidad aproximadamente cuatro veces mayor que la registrada para todos los nacimientos de la región[a] (38,7 vs. 9,7). A primera vista, estos datos parecen apoyar la idea de que el hospital es el sitio más seguro para el parto; pero el 97% de estas muertes perinatales en casa se produjo entre mujeres cuyos partos estaban planificados para el hospital o bien que no tenían plan de parto previo; siendo la mortalidad perinatal entre las madres que tenían planificado el parto en el domicilio, independientemente de donde se produjera el nacimiento (casa u hospital) de 4,8. En cuanto a los factores de riesgo, Bastian y col.[44] demuestran con un estudio de la mortalidad perinatal en Australia, que mientras que el parto en casa para mujeres de bajo riesgo es comparable favorablemente con el parto en el hospital, el parto en casa para mujeres de alto riesgo es inadmisible.

Springer y col.[38], después de revisar varios estudios, concluyen que ***el nacimiento planificado en casa es seguro en mujeres seleccionadas y con una adecuada infraestructura y soporte***. Destacan la importancia de que exista una adecuada coordinación entre el asistente del parto a domicilio y el médico obstetra del hospital así como la posibilidad de un traslado seguro de la mujer en caso de que surja alguna complicación. Ambos aspectos son también identificados por Davis-Floid[45] como elementos claves para la seguridad del nacimiento en casa, quien además añade, que debe estar garantizado un cuidado eficaz a la llegada al hospital y que la coordinación, la comunicación y el respeto entre los profesionales de ambos niveles son claves para garantizar la continuidad asistencial y un buen resultado materno-fetal.

---

[a] La alta mortalidad y morbilidad en los nacimientos ocurridos antes de llegar al hospital se han relacionado fundamentalmente con la inmadurez y con el bajo peso al nacimiento.
Bhoopalam PS, Watkinson M. Babies born before arrival at hospital. Br J Obst Gynaecol 1991 Jan;98(1):57-64

En cuanto a la **necesidad de trasladar a la madre o al recién nacido entre las mujeres que inician el parto en casa**[a], Jhonson y col.[46] en el 2.005, encuentra, tras evaluar el resultado de 5.418 mujeres de Estados Unidos y Canadá, en un estudio prospectivo, que el 10,4% de las mujeres (9,1% antes del nacimiento y un 1,4% después del mismo) y el 0,7% de los recién nacidos tuvieron que ser trasladados al hospital; siendo urgentes el 3,4% sobre el total de las mujeres (2,1% por complicaciones intraparto, 0,8% posparto y 0,5% por problemas de los recién nacidos). Cifras muy similares son halladas por Murphy y col.[47], en 1.998 en un estudio prospectivo multicéntrico en el Reino Unido con 1.216 mujeres (8,3% intraparto, 0,9% posparto y 1,2 % de los neonatos) y por Anderson y col.[48], en 1.995 en uno retrospectivo con 11.081 mujeres en Estados Unidos (8,2% de traslados intraparto, 0,8% posparto y de los recién nacidos el 1%). Sin embargo, otros estudios hayan cifras superiores. Janssen y col. [49] en el 2.002, evalúa el resultado de 862 mujeres en British Columbia, donde el 16,5% fueron trasladadas al hospital, del total de mujeres fueron urgentes el 3.6% (1,74% intraparto, 0,92% posparto y un 0,92% de los recién nacidos) y Davies y col.[50] ,1.996, con 142 mujeres en el norte del Reino Unido, encuentra que un 14% se traslada intraparto y un 1,4% después.

Los criterios para considerar posible el parto en casa, variaba en cada uno de los estudios e incluso según las matronas asistentes. Los problemas por los que se trasladaron a las mujeres se recogen en la tabla 3.

Tres de estos estudios(47, 48 y 49) hacen referencia al **tiempo empleado en el traslado**. En el primero[47], la mayoría de los asistentes al parto en casa tenían como requisito previo, que el sitio del parto estuviese a menos de 30 minutos de los servicios de provisión de cuidados obstétricos. En el segundo[48], el 80,77% de los traslados se realizaron en un tiempo inferior a 30 minutos, unos en coches particulares y otros en ambulancia. Y en el tercero[49], el tiempo medio de llegada al hospital fue de 37 minutos, con un intervalo de 15-93 minutos. En relación con el tiempo empleado en el traslado, hay que considerar los hallazgos de Campbell and Macfarlane (1.994) citados por el Real Colegio de Matronas del Reino Unido[51], ya que según estos autores, *los riesgos iatrogénicos asociados con un parto hospitalario pueden ser igual o mayores que los beneficios de un acceso inmediato a la atención médica.*

Los estudios que analizan los resultados perinatales coinciden en que la **mortalidad intraparto y neonatal en los partos planificados que se inician en casa, excluyendo las asociadas a anomalías congénitas, es baja,** encontrándose entre 0,9/1000 (Anderson[48]), 1,7/1000 (Johnson[46]), 1,8/1000 (NRP[43]), 2,3/1000 (Janssen[49,] Ackermann[52]) y 2,5/1000 (Murphy[47]). Al compararlas con la de los partos de bajo riesgo ocurridos en el hospital, no se encontraron diferencias significativas (Johnson[46], Janssen[49], Ackermann[52]). Así pues, resulta posible seleccionar un grupo grande de mujeres embarazadas de bajo riesgo, para las que la mortalidad perinatal sea baja y a veces incluso menor que en un entorno más tecnológico[14]. La revisión sistemática de Olsen[42] no encontró diferencia estadística para la mortalidad perinatal entre ambos grupos, OR 0,87 (95% IC 0,54-1,51).

[a] El porcentaje de mujeres que se trasladan durante la dilatación está calculado sobre el total de mujeres que inician el parto en casa; mientras que el porcentaje de las que se trasladan después del mismo y de los recién nacidos lo están sobre el número de mujeres que paren en la casa y no sobre el total de las que lo inician. Algunas de las cifras citadas han sido recalculadas porque no todos los autores contabilizaban lo mismo.

Tabla 3: ***Causas para el traslado al hospital entre las mujeres que inician el parto en casa, según distintos estudios.***

Autor	Lugar y fecha	n	Causas (n)		
			Intraparto	Posparto	Neonatos
Anderson RA y col.[48]	US 1.987-91	11.081	No progreso de la dilatación (496) Rotura prolongada de membranas (121) Líquido amniótico meconial (116) No presentación cefálica (72) Sufrimiento fetal (54) Alivio del dolor (36)	Hemorragia posparto, con o sin retención placentaria (43) Retención placentaria sin hemorragia (23) Reparación de desgarros (12)	Distrés respiratorio, incluyendo aspiración de meconio (62) Anomalías congénitas (30) Sepsis (5) Apgar <7 a los 5min (28) Bajo peso al nacer (<2500 g) (5)
Davies J y col. [50*]	UK 1.993	142	Presentación compleja o de cara (2) Desproporción (1) Sospecha de sufrimiento fetal (2) Hemorragia intraparto (2) Dilatación lenta (12) Expulsivo prolongado (1)	Atonía uterina (1) Sutura de episiotomía (1)	Defecto septum ventricular (1) Sd. Down (1)
Murphy PA y col.[47]	US 1.994-95	1.216	Cambio de opinión (2) Matrona no puede atender el parto en casa (4) No auscultación de tonos fetales al inicio (2) Presentación no cefálica (12) Sufrimiento fetal (13) Expulsión de meconio (3) Sangrado vaginal (2) Parto prolongado o rotura de membranas (63) Prolapso de cordón (1)	Sutura de periné (4) Retención placentaria (3) Hemorragia posparto (3)	Neonato muerto (1) Problemas respiratorios (7) Evaluación anomalías (4) Evaluación por sepsis (2)
Janssen P y col.[49]	CB 1.998-99	862	Evitar un parto sin atención (1) Falta de supervisor disponible para el registro (1) Desaceleraciones de la FCF (7) Presentación de nalgas (2) Herpes activo (1) Expulsión de meconio (2) Estancamiento de la 2ª fase del parto (1)	Hemorragia (3) Retención placentaria (3) Sutura de episiotomía (3)	Distrés respiratorio (5) Asfixia (2) Distensión de abdomen (1)
Johnson KC y col. [46]	US y Canadá 2.000	5.418	No progreso de la dilatación (227) Estancamiento de expulsivo (80) Alivio del dolor (119) Agotamiento materno (112) Alt. Presentación (94) Expulsión de meconio (49) Sospecha de sufrimiento fetal (49) Condición del bebé (21) Rotura prolongada o prematura de membranas(19) Desprendimiento placentario o placenta previa (10) Hemorragia (7) Preeclampsia o hipertensión (13) Prolapso de cordón (6) Nalgas (3) Otras (17)	Hemorragia (34) Retención de placenta (28) Sutura o reparación de desgarro (14) Agotamiento materno (4) Otras razones (8)	Problemas respiratorios (33) Evaluación de anomalías (8) Otras razones (17)

[*] Datos referidos a los traslados urgentes.

Las *gestaciones de 42 semanas o más y la presencia de meconio* fueron los dos factores que más incrementaron el riesgo de traslado al hospital y de mortalidad perinatal.[47] No obstante, no se observan diferencias en la tasa de eliminación de meconio espeso, ni en la de aspiración meconial, entre los partos domiciliarios y los hospitalarios. Es importante destacar, que los recién nacidos expuestos a meconio espeso y con test de Apgar inferior a 7 al minuto vida, obtienen mejores resultados, en términos de asistencia ventilatoria, cuando se les realiza aspiración traqueal.[49]

Los resultados referentes a la puntuación del test de Apgar varían de unos estudios a otros. Así, Janssen y col.[49] al comparar las puntuaciones del test de Apgar menores de 7 a los 5 minutos entre recién nacidos del grupo de parto planificado en casa, con las de los nacidos en el hospital atendidos por médicos encuentra que no hay diferencia entre ambos grupos, OR 0,84 (95% IC 0,32-2,19), ni tampoco al comparar el primer grupo con los nacidos en el hospital atendidos por matronas, OR 2,28 (95% IC 0,59-8,80). En cambio, Ackermann y col.[52] no encuentra diferencias entre el grupo del parto en casa y del hospital al minuto, pero a los 5 y a los 10 minutos las puntuaciones de los bebés nacidos en casa eran más altas. Los resultados de Olsen[42], fueron aún más favorables, pues las puntuaciones de Apgar fueron significativamente más bajas en el grupo del hospital, con independencia de donde se realizase el corte de la puntuación y de que fuese al minuto, OR 0,50 (95% IC 0,40-0,64), o a los cinco minutos, OR 0,55 (95% IC 0,41-0,74) .

Este último autor, Olsen, en la revisión sistemática que realizó con anterioridad[41] encontró además que en el grupo domiciliario fueron significativa y sistemáticamente menor: el número total de complicaciones, la frecuencia de sufrimiento fetal, de problemas respiratorios neonatales y de trauma del nacimiento; mientras que la distocia de hombros fue sistemática pero no significativamente menos frecuente.

Wiegers y col,[40] en 1996, tras realizar un estudio prospectivo con 1.836 mujeres en la provincia de Gelderland, en los Países Bajos, demostró que **el lugar del nacimiento afecta al resultado perinatal en gestantes de bajo riesgo**. No encontró relación entre el lugar del nacimiento y el resultado perinatal en mujeres primíparas cuando se controlaban las variables de los antecedentes personales favorables y desfavorables; mientras que en las multíparas el resultado perinatal era significativamente mejor para los partos planificados en casa que para los planificados en el hospital[a], con o sin control de las variables de los antecedentes personales.

Las madres también obtienen resultados favorables: en ninguno de los estudios mencionados anteriormente se produjo muerte materna alguna, los desgarros severos fueron menos frecuentes[42,49] y más los perinés intactos[52,59], menos infecciones[49], menos analgésicos[52], menos epidurales[49] y además no se encontraron diferencias ni en la duración del parto[52] ni en las hemorragias posparto[49,52]. Se realizaron menos intervenciones médicas: monitorizaciones electrónicas de la frecuencia cardiaca fetal[46,49], estimulaciones (con oxitocina, prostaglandinas o rotura artificial de la bolsa)[42,46,49], inducciones[42,46,49,52], partos instrumentales[42,46,49], episiotomías[42,46,49,52], cesáreas[42,46,49,52] y administración de medicación [52,53].Tabla 4.

[a] En el hospital las mujeres y sus recién nacidos eran dados de alta a las pocas horas del parto.

Tabla 4: ***Comparativa de intervenciones y resultados maternos entre partos planificados en domicilio y en el hospital.***

	Estudio	Porcentaje en domicilio	Porcentaje en hospital	p	OR (95 % IC)
Desgarros severos	Olsen O.[42]	-	-	-	0,67 (0,54-0,83)
	Janssen P y col.[49]	2,2	2,6[1] 4,6[2]	0,64[1] 0,02[2]	0,85 (0,43-1,66)[1] 0,53 (0,22-1,00)[2]
Perinés intactos	Ackermann U y col.[52]	38,4	8,7	< 0,001	6,58 (4,27-10,11)
	Janssen P y col.[49]	55,0	48,5[1] 44,1[2]	0,009[1] < 0,001[2]	-
Infecciones	Janssen P y col.[49]	0,7	3,0[1] 3,5[2]	0,001[1] < 0,001[2]	0,24 (0,10-0,59)[1] 0,26 (0,10-0,68)[2]
Analgésicos	Ackermann U y col.[52]	17,1	48,7	< 0,001	0,22 (0,16-0,30)
Epidurales	Janssen P y col.[49]	7,7	27,6[1] 26,3[2]	- -	0,20 (0,14-0,27)[1] 0,25 (0,17-0,35)[2]
Duración del parto	Ackermann U y col.[52]	349[3]	387[3]	0,17	-
Hemorragias posparto	Janssen P y col.[49]	4,4	4,8 5,3	0,67[1] 0,52[2]	0,90 (0,58-1,45)[1] 0,83 (0,50-1,38)[2]
	Ackermann U y col.[52]	0,6	1,3	0,31	0,46 (0,11-1,94)
Monitorización electrónica de la FCF	Jhonson KC.[46]	9,6	84,3	-	-
	Janssen P y col.[49]	14,7	82,6[1] 58,0[2]	< 0,001[1] < 0,001[2]	-
Estimulaciones	Olsen O.[42]	-	-	-	0,26-0,69[4]
	Jhonson KC y col.[46]	9,6	21,0	-	-
	Janssen P y col.[49]	22,15	53,8[1] 46,23[2]	< 0,001[1] < 0,001[2]	0,33 (0,23-0,47)[1] 0,34 (0,24-0,51)[2]
Inducciones	Olsen O.[42]	-	-	-	0,06-0,39[4]
	Jhonson KC y col.[46]	9,6	21	-	-
	Janssen P y col.[49]	4,3	22,3[1] 14,0[2]	< 0,001[1] < 0,001[2]	0,16 (0,11-0,24)[1] 0,30 (0,20-0,46)[2]
	Ackermann U y col.[52]	4,6	16,0	< 0,001	0,25 (0,15-0,42)
Partos instrumentales	Olsen O.[42]	-	-	-	0,03-0,42[4]
	Jhonson KC y col.[46]	1,6	7,4	-	-
	Janssen P y col.[49]	3,2	13,5[1] 12,3[2]	- -	-
Partos espontáneos	Janssen P y col.[49]	90,4	68,4[1] 75,8[2]	- -	-
Episiotomías	Olsen O.[42]	-	-	-	0,02-0,39[4]
	Jhonson KC.[46]	2,1	33,0	-	-
	Janssen P y col.[49]	3,8	15,3[1] 10,9[2]	< 0,001[1] < 0,001[2]	0,22 (0,13-0,33)[1] 0,43 (0,27-0,69)[2]
	Ackermann U y col.[52]	26,0	76,5	< 0,001	0,11 (0,07-0,15)
Cesáreas	Olsen O.[42]	-	-	-	0,05-0,31[4]
	Jhonson KC y col.[46]	3,7	19	-	-
	Janssen P y col.[49]	6,4	18,2[1] 11,9[2]	< 0,001[1] < 0,001[2]	0,30 (0,22-0,43)[1] 0,66 (0,44-0,99)[2]
	Ackermann U y col.[52]	5,2	13,6	< 0,001	0,35 (0,21-0,57)
Medicación en expulsivo	Ackermann U y col.[52]	20,4	35,6	< 0,001	0,46 (0,33-0,64)

[1]Atendidas por médicos; [2]Atendidas por matronas; [3]Duranción media del parto en minutos, desde el inicio del parto hasta el expulsivo; [4]Intervalo de odds ratio.

1.1.10.- ALGUNAS MUJERES DESEAN PARTICIPAR EN SU PARTO

Longworth y col.[54] encontró que las mujeres que prefieren parir en su domicilio valoran la continuidad de los cuidados, el ambiente de casa y la posibilidad de tomar sus propias decisiones sobre lo que les sucede durante la dilatación y el parto. Este último aspecto, la **participación en la toma de decisiones durante el nacimiento**, ha sido identificado en otros estudios[55,56] como motivación principal para la elección de esta opción. En línea con estos resultados, Cunningham[57] al comparar las mujeres que elegían el parto en casa con las que lo hacían en el hospital o en un centro de nacimiento, encontró que las que elegían el domicilio tenían un nivel de educación prenatal más alto, habían leído más sobre el parto, era más probable que fuesen multíparas y estaban más dispuestas a aceptar la responsabilidad en el mantenimiento de su salud. También son significativos los resultados en lactancia materna entre estas mujeres. Johnson y col. [46] encuentran que a las seis semanas después del parto, el 95,8 % de las mujeres que habían parido en la casa daban lactancia materna a sus hijos, el 89,7 % de forma exclusivamente.

1.1.11.- ¿CUÁNTO CUESTA?

El peso y el coste de los GDR de la atención al parto de las mujeres atendidas en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, para el año 2003, se muestran en la tabla 5. El análisis económico realizado en Estados Unidos por Anderson, citado por Jhonson y col.[46], encontró que **un parto vaginal no complicado cuesta una media de tres veces más que un parto similar atendido en casa por una matrona**. Al estudiar la costo-efectividad de los partos domiciliarios, hospitalarios y los realizados en centros de nacimiento, Anderson y col.[58] encuentran que **un parto normal en domicilio cuesta un 68% menos que en el hospital, ofreciendo, además los partos iniciados en casa, una mortalidad intraparto y neonatal más baja y una menor tasa de cesáreas.**

Tabla 5: ***Peso y coste de los GDR relativos al parto en el Sistema Sanitario Público español, para el año 2.003.***

GDR	Descripción	Peso	Coste (euros)
370	Cesárea, con complicaciones	0,7796	2459,93
371	Cesárea, sin complicaciones	0,6727	2122,68
372	Parto con complicaciones	0,4547	1434,88
373	Parto sin complicaciones	0,3813	1203,20

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas y Estudios. Pesos de los GDRs del Sistema Nacional de Salud. 1.999-2.003.

1.2.- Marco Teórico:

Una vez expuesta la problemática actual y revisados los conocimientos existentes, este proyecto se plantea desde el convencimiento de que:

Para gestantes seleccionadas de bajo riesgo, el nacimiento domiciliario planificado, respaldado por un sistema hospitalario eficaz en caso de ser necesaria una transferencia, es una alternativa aceptable al nacimiento en el hospital, que conduce a una reducción del intervensionismo.

La oferta y desarrollo de este servicio se basa en los siguientes principios:

- **Normalidad del proceso del nacimiento:**
  - El nacimiento es un proceso normal , natural y saludable.
  - Las mujeres y los niños tienen las capacidades innatas necesarias para el nacimiento.
  - El nacimiento puede producirse de forma segura en hospitales, en centros de nacimiento y en el hogar.
- **Protagonismo de la madre:**
  - La capacidad y la confianza de la mujer para parir y cuidar de su hijo se ven potenciadas o mermadas por las personas que la atienden y por el ambiente en el se encuentren.
  - El embarazo, el parto y el posparto son hitos en el camino de la vida. Estas experiencias afectan profundamente a las mujeres, a los bebés, a los padres y a las familias, y tienen efectos importantes y persistentes sobre la sociedad.
- **Autonomía. Cada mujer debe tener la oportunidad de:**
  - Experimentar un parto sano y gozoso para ella y su familia, independientemente de su edad y circunstancias.
  - Parir según sus deseos en un ambiente en que se sienta segura, cuidada y en el que se respeten su bienestar, su intimidad y sus preferencias personales.
  - Tener acceso a una información detallada sobre todos los lugares, profesionales y métodos disponibles para parir.
  - Recibir información completa y actualizada sobre los beneficios y riesgos de todos los procedimientos, fármacos y pruebas que se usan durante el parto y el período posparto, con derecho al consentimiento informado y al rechazo informado.
  - Recibir apoyo para tomar decisiones informadas sobre lo que es mejor para ella y su hijo, basándose en sus valores y creencias personales.

- **Responsabilidad:**
  - Cada profesional es responsable de la calidad del cuidado que ofrece.
  - Las intervenciones durante el embarazo, parto o posparto no deben ser rutinarias. Muchos procedimientos, tecnologías y fármacos usados en la práctica médica habitual comportan un riesgo para la madre y su hijo, y deben evitarse si no existe una indicación científica específica para su uso.
  - La atención a la maternidad debe basarse en las necesidades de la madre u su hijo, y no en las del profesional.
  - La sociedad, a través de su gobierno y del sistema de salud, es responsable de garantizar el acceso de todas las mujeres a los servicios de maternidad, y de supervisar la calidad de dichos servicios.
  - Los individuos son en último término responsables de tomar decisiones informadas sobre la atención sanitaria para sí mismos y para sus hijos.

1.3.- Objetivos Estratégicos:

OBJETIVO GENERAL:

Organizar un sistema público de atención al parto domiciliario en el Área Sanitaria Norte de Málaga, para ofrecer una alternativa segura a aquellas mujeres que no desean un parto hospitalario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A corto plazo. En el plazo de 9 meses, de enero a septiembre de 2007, se pretende:

- *Conseguir los recursos humanos y materiales necesarios.* El logro de este objetivo es imprescindible para poder continuar.
- *Lograr la motivación y participación de las matronas implicadas*. Planteamiento que se debe conseguir desde el inicio y que se debe mantener todo el proceso.
- *Determinar la cartera de clientes, la cartera de servicios y los indicadores de evaluación del servicio.*

A medio plazo: A partir de octubre de 2007, se pretende:

- *Poner en marcha el servicio.*
- *Organizar y coordinar al personal que interviene en la asistencia.*

A largo plazo. Durante el 2008, se pretende:

- *Mostrar la mejora conseguida en los resultados, maternos y neonatales, de la atención obstétrica.*

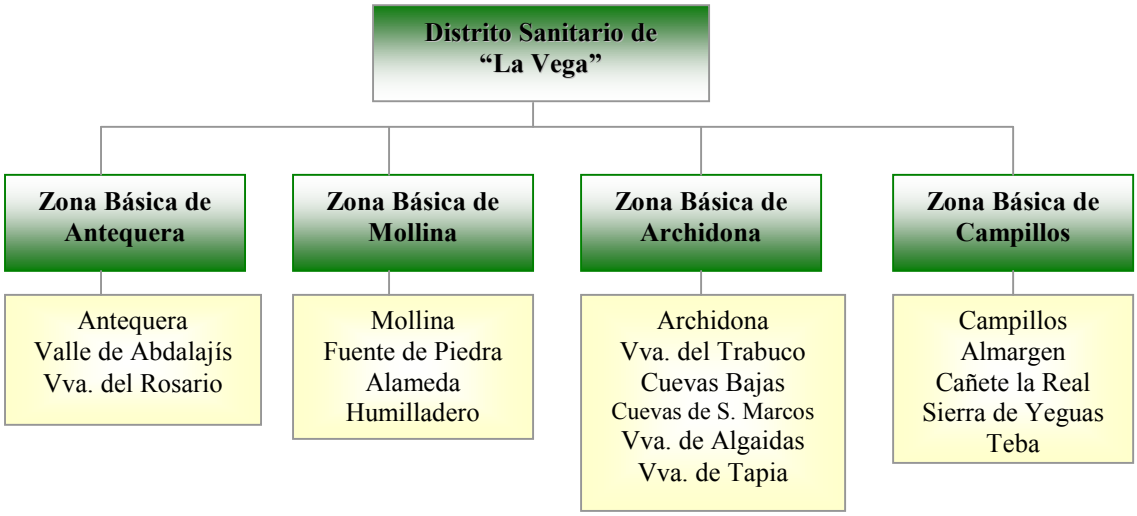
2.- DEFINICIÓN DE UNA ESTRATEGIA

La atención domiciliaria al parto será ofertada a todas las embarazadas de bajo riesgo pertenecientes al Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga, como alternativa al parto hospitalario marcadamente intervensionista y medicalizado, incluyendo una serie de intervenciones que garanticen la continuidad y la calidad asistencial durante el proceso de embarazo, parto y puerperio y sobre todo la dignidad, el protagonismo y la autonomía de la mujer durante el parto.

2.1.- Ámbito del Proyecto:

La organización de este servicio afecta al **Área Hospitalaria Norte de la provincia de Málaga, población correspondiente al Distrito Sanitario de la Vega**, cuya asistencia sanitaria especializada es realizada por el Hospital de Antequera y comprende 18 municipios:

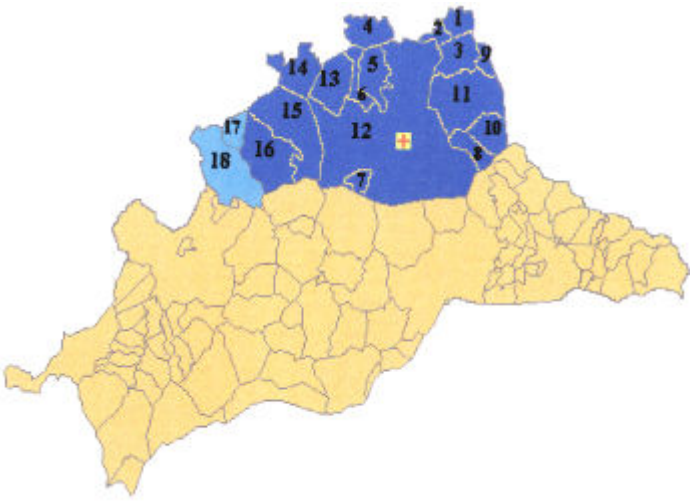
- *ZBS de Antequera*: Antequera, Valle de Abdalajís y Villanueva del Rosario.
- *ZBS de Mollina*: Mollina, Fuente de Piedra, Alameda y Humilladero.
- *ZBS de Archidona*: Archidona, Villanueva del Trabuco, Cuevas Bajas, Cuevas de San Marcos, Villanueva de Algaidas y Villanueva del Tapia.
- *ZBS de Campillos*: Campillos, Almargen, Cañete la Real, Sierra de Yeguas y Teba.



La distancia media desde los municipios del área hospitalaria de Antequera hasta el hospital es de unos 45 Km. Este hecho, junto con las características de la red viaria, hace que las **isocronas sean inferiores a los 60 minutos**. Así, un 48,76 % de la población puede desplazarse hasta el hospital en un tiempo inferior a los 30 minutos y el 51,24 % restante tarda entre 30 y 60 minutos.

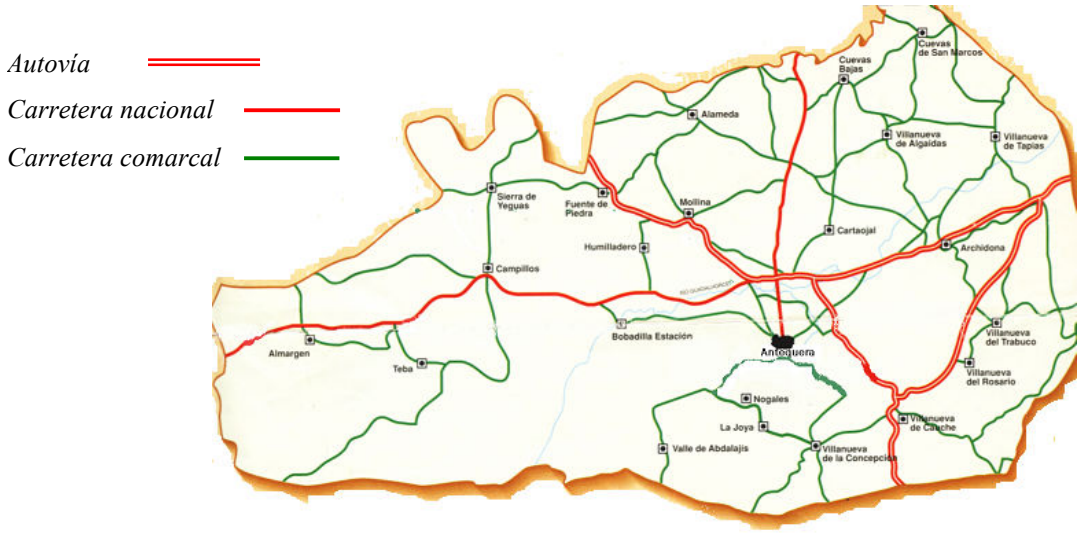
Los siguientes mapas muestran el área geográfica que corresponde a la zona de influencia del Hospital de Antequera y su red de carreteras. (Mapa 1 y 2).

***Mapa 1:** Área de cobertura del Hospital de Antequera.*



1. Cuevas de San Marcos
2. Cuevas Bajas
3. Villanueva de Algaidas
4. Alameda
5. Mollina
6. Humilladero
7. Valle de Abdalajís
8. Villanueva del Rosario
9. Villanueva de Tapia
10. Villanueva del Trabuco
11. Archidona
12. Antequera
13. Fuente de Piedra
14. Sierra de Yeguas
15. Campillos
16. Teba
17. Almargen
18. Cañete la Real

***Mapa 2:** Carreteras de la comarca de Antequera.*



2.2.- Descripción de los Centros, Unidades y Recursos:

Los servicios del parto domiciliario serán realizados por el equipo de matronas del Distrito Sanitario "La Vega" de Antequera, con el apoyo del resto del personal sanitario y no sanitario de cada zona básica y del personal de los servicios de Obstetricia-Ginecología (ginecólogos y matronas), Pediatría, Otorrino y Laboratorio del Hospital de Antequera.

Recientemente, por Orden de 5 de octubre de 2006, se ha constituido el **Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga** para la gestión unitaria de los recursos del Área Hospitalaria de Antequera y el Distrito de Atención Primaria "La Vega" de Antequera.

2.2.1.- DISTRITO SANITARIO "LA VEGA" DE ANTEQUERA

Los Centros Sanitarios de Atención Primaria que se encuentran en cada una de las Zonas Básicas del Distrito Sanitario de Antequera se muestran en la tabla 6.

Tabla 6: ***Centros Sanitarios de Atención Primaria del Distrito Sanitario "La Vega" de Antequera.***

DISTRITO SANITARIO DE LA VEGA DE ANTEQUERA				
	ZBS de Antequera	***ZBS de Mollina***	***ZBS de Archidona***	***ZBS de Campillos***
Centro de Salud	Antequera	Mollina	Archidona	Campillos
Consultorios Locales	Bobadilla-Estación Valle de Abdalajís Villanueva de la Concepción Villanueva del Rosario	Alameda Fuente de Piedra Humilladero	Cuevas Bajas Cuevas de San Marcos Villanueva de Algaidas Villanueva de Tapia Villanueva del Trabuco	Almargen Cañete la Real Sierra de yeguas Teba
Consultorios Auxiliares	Bobadilla Pueblo Cartaojal Colonia Santa Ana La Joya-Nogales	Los Carvajales	Estación Archidona Estación Salinas	Navahermosa

En cuanto al personal, cada una de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) cuenta, entre otros profesionales, con una matrona y/o una enfermera, con uno o más médicos generales que llevan la consulta médica de control de embarazo y con uno o más celadores de enlace.

Tres matronas y dos enfermeras atienden a las mujeres gestantes, puérperas y menopáusicas de los municipios de la comarca con la siguiente distribución (tabla 7):

- Dos matronas para la ZBS de Antequera, exceptuando Villanueva del Rosario.
- Una matrona, con media jornada, que atiende la ZBS de Mollina.
- Una enfermera para la ZBS de Archidona y Villanueva del Rosario.
- Una enfermera para la ZBS de Campillos.

Tabla 7: ***Distribución actual de matronas en el Distrito Sanitario "La Vega" de Antequera.***

Matrona/Enfermera	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
ZBS de Antequera (1)	Antequera	Antequera	Antequera	Antequera	Antequera
ZBS de Antequera (2)	Antequera	Antequera	Antequera	Valle	Concepción
ZBS de Archidona	Archidona	C. Bajas y S. Marcos	Algaidas y Tapia	Archidona	Trabuco y Rosario
ZBS de Campillos	Campillos	Almargen	Campillos y S. Yeguas	Teba	Cañete
ZBS de Mollina (1/2 jornada)			Mollina	Alameda	Humilladero y F. Piedra*

** Un viernes sí y otro no.*

Cada matrona / enfermera acude cada día a uno o dos de los municipios de su zona (de los que cuentan con centro de salud o consultorio local) en los que actualmente realizan: Consulta de Embarazo (la 1ª consulta, antes de las 12 semanas y la 5,ª a las 24 semanas), Educación Maternal, una Visita Domiciliaria entre el 4º y el 6º día posparto y trabajo con grupos de mujeres menopáusicas.

Los celadores de enlace están en los centros de salud durante las 24 horas del día[a]. En la franja horaria de 8 a 15 horas, entre otras funciones, actúan de mensajeros entre los distintos centros entre sí, el distrito y el hospital. A partir de las 15 horas recepcionan a los pacientes que acuden a los centros.

En todos los centros sanitarios del distrito, se encuentra implantado el "Diraya", la historia digital de salud que permite que la información sanitaria de cada usuario, incluida la relativa al proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio, esté disponible donde y cuando se precise por los profesionales.

El Distrito cuenta con diez ambulancias las 24h del día, que se encuentran coordinadas por el 061 y ubicadas en: Antequera (dos), Valle de Abdalajís, Villanueva de la Concepción, Mollina, Campillos, Almargen, Archidona, Algaidas y Cuevas de San Marcos.

2.2.2.- HOSPITAL DE ANTEQUERA

El Hospital de Antequera es un Hospital Comarcal, perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía y se enmarca dentro de la red de Hospitales del Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. A dicho centro se accede por la carretera N-342 que enlaza con las autovías de Málaga y Sevilla y con la carretera de Córdoba.

El hospital dispone de 105 habitaciones, con posibilidad de habilitar hasta 210 camas, distribuidas en las plantas segunda, tercera y cuarta. Actualmente están habilitadas 120 camas de adulto, 8 camas / cunas para pacientes pediátricos y 6 cunas para neonatos.

[a] Excepto en el centro de salud de Antequera, que cierra a las 21 horas.

La planta de Obstetricia-Ginecología se localiza en el ala izquierda de la segunda planta y dispone de 30 camas, de las que normalmente se encuentran habilitadas 20. La de **Pediatría** se localiza en el a ala derecha de la misma planta y cuenta con una habitación para la permanencia de las madres lactantes en el centro durante el ingreso de los neonatos.

La profilaxis de la oftalmia neonatal se realiza en planta administrándole al recién nacido una gota de colirio de clortetraciclina en cada saco conjuntival cada ocho horas hasta 3 dosis. La prueba de hipoacusia, la 1ª dosis de la vacuna anti-Hepatitis B y la toma de muestra de sangre del talón del recién nacido para el screening del hipotiroidismo se realizan antes del alta, a las 48 horas de vida. Si el resultado de la prueba de la hipoacusia resulta dudoso, el recién nacido es citado en la consulta de Otorrino, en un plazo máximo de 2 meses.

Los resultados del grupo y Rh neonatal son recibidos en planta, administrándoseles la gammaglobulina anti-D, a aquella madres en las que esté indicado antes del alta.

El área de Partos se encuentra situada en la primera planta del Hospital y ella se distinguen dos zonas:

Zona de partos, que cuenta, entre otras, con las siguientes dependencias:

- *1 Consulta de urgencias / programadas* donde son atendidas las mujeres con problemas ginecológicos u obstétricos que precisan atención urgente, así como las que sin ser urgente, no permiten demora en su atención.
- *3 Boxes* individuales. Aquí se asiste a las embarazadas en trabajo de parto, durante la fase de dilatación y puerperio inmediato, o a aquellas que precisan una vigilancia estricta.
- *2 Paritorios*, para la asistencia de las usuarias en fase de expulsivo y de neonatos sin problemas.
- *1 Sala de reanimación neonatal* para la atención de los recién nacidos de riesgo o con complicaciones por el personal de pediatría.

Zona de consulta de fisiopatología fetal, que cuenta con una sala para monitorización cardiotocográfica y de una consulta médica. Esta consulta funciona tres días en semana en turno de mañana. En ella se realiza el control de embarazo a partir de las 37 semanas de gestación, fecha en que se programa la primera consulta. En ella, entre otras intervenciones, se le informa de los resultados de la analítica de sangre del tercer trimestre de embarazo (hemograma, coagulación, bioquímica y marcadores de Hepatitis B) y se le recoge la muestra de exudado vagino-rectal para el cultivo del estreptococo del grupo B, haciéndole entrega del resultado en la siguiente consulta, a las 38 semanas.

El equipo de profesionales de partos está constituido por: 10 matronas, 7 auxiliares y 9 Médicos especialistas en Obstetricia-Ginecología, siendo su distribución por turnos la que se muestra en la tabla 8.

Los datos referentes a la actividad del Servicio de Partos se muestran en la tabla 9. En ella podemos ver como, en los últimos 6 años, el número de nacimientos y el porcentaje de cesáreas se van incrementando progresivamente y como el porcentaje de epidurales se ha incrementando desde su instauración hasta alcanzar una estabilización. En cuanto a la mortalidad materna, no se ha producido ningún fallecimiento.

Tabla 8: ***Distribución por turnos del equipo de partos.***

Profesionales	Plantilla	Cobertura		
		Mañana	Tarde	Noche
Matronas	10	2	2	1[a]
Auxiliares	7	2[b]	1	1
Médicos especialistas	9	2[c]	1[d]	1[d]

[a] .-Durante 3 meses al año, 2 matronas / noche

[b] .-Excepto sábados, domingos y festivos, en los que hay una.

[c] .-Los días que funciona la consulta de monitores hay dos; el resto, uno. Las mañanas de sábado, domingo y festivos hay otro localizado.

[d] .-Uno de presencia y otro localizado.

Tabla 9: ***Datos del Servicio de Partos del Hospital de Antequera.***

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nacimientos	926	988	1.012	1035	1069	1172
Partos	761	806	801	826	839	909
Cesáreas	165	182	211	209	230	22,44
% Cesáreas	17,84	18,42	20,84	20,69	21,52	22,44
Epidurales (%)		31,8	45,31	60,41	65,44	62,05
Muertes perinatales (nº)	7	7	5	6	6	9
Muertes maternas (nº)	0	0	0	0	0	0

El servicio cuenta con un programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos, que son introducidos por la secretaria al alta hospitalaria de la puérpera.

El Hospital está acreditado como **centro docente para la formación de matronas**, con dos plazas por año, existiendo dos residentes de primer curso y dos de segundo. Durante los dos años de formación rotan entre el hospital y los centros de atención primaria en los que hay matrona.

El Servicio de Laboratorio, tiene informatizados todos los datos sobre el procesamiento y resultado de las determinaciones que les son solicitadas, estando disponible esta información, a través de la intranet, en todos los servicios del hospital y, además, en todos los Centro de Salud del Distrito Sanitario de Antequera.

2.2.3.- PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

En el área Hospitalaria se encuentra constituido un **Grupo de mejora para el Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio**, en el que participan todos los médicos de familia del área que llevan consulta de embarazo, las 5 matronas / enfermeras de Atención Primaria, un ginecólogo, dos matronas del hospital y una enfermera de la planta de Maternidad. Este grupo se reúne periódicamente, unas 3-4 veces al año, para detectar y tratar aspectos deficientes del Proceso en nuestro ámbito.

2.3.- Cartera de Clientes:

Podrán recibir este servicio todas las gestantes con domicilio en el área perteneciente al Distrito Sanitario de la "Vega" de Antequera, que deseen parir en su casa. Para garantizar los resultados, sólo se ofertará a aquellas gestantes en las que no se identifique ninguno de los factores de riesgo que a continuación se detallan[59]:

Antecedentes:

- Anomalía pélvica.
- Malformación uterina.
- Obesidad (IMC ≥ 30).
- Desnutrición (IMC < 20).
- Estatura baja (<1,50 m).
- Diabetes pregestacional.
- Problemas psicológicos graves.
- Mutilación genital.
- Gran multiparidad (≥ 4 partos con fetos > 24 semanas).
- Abortos anteriores (≥ 3 abortos con o sin legrado).
- Muerte perinatal anterior.
- Cesárea anterior u otra cirugía uterina.
- Endometritis, ablación endometrial o radiación uterina.
- Hemorragia posparto anterior.

Gestación actual:

- Edad menor de 16 años[a].
- Control insuficiente de la gestación (primera visita después de la semana 20 ó menos de 4 visitas o sin pruebas complementarias).
- Gestación no deseada con situación clara de rechazo.
- Embarazo gemelar o múltiple (≥ 3 fetos).
- Drogadicción.
- Alcoholismo.
- Fumadora (≥ 10 cig/día a partir de la semana 20).
- Problemas psicológicos.
- Infección materna con: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmoxis, lues, rubéola, citomegalovirus.
- Patología asociada grave (cardiopatía, enfermedad pulmonar, renal, endocrina, hepática, neurológica...).
- Riesgo de enfermedad de transmisión sexual (prostitutas, antecedentes de ETS de repetición, dos o más compañeros sexuales...).
- Tumoración genital (uterina, anexial...).
- Isoinmunización materna.
- Diabetes gestacional con mal control metabólico.
- Trastorno hipertensivo (HTA crónica, hipertensión gestacional o preeclampsia).
- Sospecha o confirmación de macrosomía fetal (peso fetal estimado ecográficamente a término > 4 Kg.

[a] En mujeres con edad comprendida entre los 16 y los 18 años, se tendrá en cuenta la madurez, estado emocional y la situación familiar.

- Sospecha o confirmación de crecimiento intrauterino retardado.
- Sospecha o confirmación de malformación fetal o enfermedad hereditaria grave (antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas).
- Alteraciones del líquido amniótico: oligoamnios o polihidramnios.
- Anemia en el tercer trimestre (Hb < 10).
- Hemorragias en el tercer trimestre.
- Placenta previa en cualquiera de sus grados.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Prolapso de cordón.
- Rotura de membranas con más de 12 horas de evolución.
- Líquido amniótico meconial.
- Presentación fetal no cefálica después de la semana 37.
- Inicio del parto < 37 ó $\geq 41^{+5}$ semanas.
- Muerte fetal anteparto.

2.4.- Cartera de Servicios:

Con la puesta en marcha del Servicio de Atención Domiciliaria al Parto, algunas de las intervenciones que actualmente realizan las matronas de Atención Primaria cobrarán especial relevancia y a ellas se añadirán otras nuevas, específicas del servicio. Dichas intervenciones[60], que se citan en la tabla 10 y que se detallan a continuación, no se limitan al parto, sino que se extienden también al embarazo y al puerperio.

Tabla 10: ***Intervenciones ofertadas en la Cartera de Servicios del Parto Domiciliario.***

Código	Intervenciones	Embarazo	Parto	Puerperio
7400	Guías del Sistema Sanitario.			
6610	Identificación de riesgos.			
5250	Apoyo en la toma de decisiones.*			
6760	Preparación para el parto.			
5568	Educación paterna niño.			
1054	Ayuda en la lactancia materna.			
6485	Manejo ambiental: preparación del hogar.			
8180	Consulta por teléfono.			
8020	Reunión multidisciplinar sobre cuidados.*			
6830	Cuidados intraparto.			
6482	Manejo ambiental: confort.			
1400	Manejo del dolor.			
0180	Manejo de energía.			
6720	Parto.			
6930	Cuidados posparto.			
6880	Cuidados del recién nacido.			
6890	Monitorización del recién nacido.			
6710	Fomento del acercamiento.			
6974	Resucitación neonato.*			
2300	Administración de medicación.*			
8100	Derivación.*			

** Sólo se realizará si se precisa.*

Guías del sistema sanitario (7400): ***Facilitar a la paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios.***

- Explicar el sistema de cuidados sanitarios inmediato, su funcionamiento y lo que puede esperar la mujer/familia.
- Instruir a la mujer sobre el tipo de servicio que puede esperar de cada clase de cuidador sanitario (matrona, enfermera, medico general, obstetra, pediatra)
- Información a la gestante sobre la posibilidad de elegir el lugar del parto, en el hospital o en la casa.
- Informar a la mujer cómo acceder a los servicios de urgencia por medio del teléfono o transporte, si procede.

- **Identificación de riesgos (6610):** ***Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.***

  - Realizar una valoración rutinaria de riesgos mediante instrumentos fiables y válidos.
  - Revisar el historial médico y el Documento de Salud de la Embarazada para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
  - Valorar los resultados de los urocultivos realizados durante el embarazo, de la analítica de sangre (hemograma, coagulación, bioquímica, VIH, rubéola, sífilis, toxoplasma y marcadores de Hepatitis B) y del cultivo vagino-rectal del estreptococo del grupo B.
  - Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.
  - Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
  - Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con la mujer.
  - Proceder a derivar a otro personal de cuidados y / o instituciones, según corresponda.

- **Apoyo en la toma de decisiones (5250):** ***Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.***

  - Determinar si hay diferencias entre el punto de vista de la mujer y el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición de la mujer.
  - Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
  - Obtener el consentimiento válido cuando se requiera.
  - Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
  - Proporcionar la información solicitada por el paciente.

- **Preparación para el parto (6760):** ***Proporcionar información y apoyo para facilitar el parto y potenciar la capacidad de desarrollo y realización por parte de una persona del papel de madre / padre.***

  - Preparar a la mujer y al asistente para identificar el inicio del parto.
  - Enseñar a la mujer y al asistente las técnicas de respiración y relajación a utilizar durante las contracciones y el parto.
  - Enseñar a la mujer y al asistente medidas de alivio durante el parto (frotar la espalda, presión en la espalda, posición, baño, etc.).
  - Enseñar a la mujer y al acompañante la evolución de un parto normal.
  - Determinar el conocimiento y la actitud de la mujer y del acompañante sobre la maternidad.
  - Ayudar a la mujer con la planificación de estrategias para preparar a los hermanos acerca del parto y del recién nacido.
  - Enseñar a la mujer y al acompañante los cuidados que se prestarán en el parto.
  - Informar de las circunstancias que precisarían un traslado al hospital y el plan del mismo.

Educación paterna: niño (5568) : ***Enseñanza de los cuidados de nutrición y físicos necesarios durante los primeros años de vida.***

- Enseñar a los padres las características físicas del lactante normal.
- Enseñarles cómo colocar y coger correctamente al recién nacido.
- Enseñar a los padres a preparar y escoger fórmulas de alimentación.
- Enseñar habilidades para cuidar al recién nacido: baño e higiene, cuidados del cordón umbilical, vestido adecuado...
- Enseñar a los padres cómo colocar los pañales y cómo tratar la zona del pañal.
- Instruir sobre las características normales de evacuación del bebé.
- Instruir a los padres acerca de las variaciones de peso del recién nacido.
- Informar sobre el patrón de sueño del recién nacido y aconsejar acerca de la higiene del sueño.
- Alentar a los padres a coger, abrazar, dar masajes, hablar y tocar al bebé.
- Proporcionar información a los padres para que el entorno del hogar sea seguro para el bebé.
- Advertir de los signos de alarma que pueden observar en el recién nacido.
- Informar del calendario de revisiones, vacunaciones y pruebas del recién nacido.
- Suministrar material escrito para reforzar la enseñanza en casa.

Ayuda en la lactancia materna (1054): ***Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.***

- Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el bebé para que dé el pecho dentro de las dos horas siguientes al nacimiento.
- Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la lactancia materna.
- Proporcionar información sobre la evolución fisiológica de la leche materna.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e impresiones acerca de la alimentación al pecho.
- Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.
- Observar al bebé al pecho para determinar si se coge correctamente, si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar deglutir.
- Ayudar a los padres a identificar las horas del despertar del bebé como oportunidad para practicar la alimentación al pecho.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Enseñar cómo hacer para que su bebé se agarre al pecho.
- Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebé.
- Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé.
- Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebé.

- Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al bebé.
- Enseñar los signos indicativos de que el bebé está recibiendo suficiente leche.
- Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- Enseñar métodos para facilitar el vaciado de las mamas (masaje, ducha caliente, aplicación de calor local)
- Instruir sobre el almacenamiento y calentamiento de la leche materna.
- Fomentar el uso de sujetadores cómodos, de algodón y con buena capacidad de soporte para dar el pecho.
- Informar de los signos de mastitis, obstrucción de los conductos o traumatismos del pezón y de las medidas iniciales de tratamiento.
- Suministrar material escrito para reforzar la enseñanza en casa.
- Instruir a la madre sobre las dietas bien equilibradas durante la lactancia.
- Informar a la madre sobre el paso de sustancias ingeridas a la leche materna.
- Advertir sobre los efectos de dar biberones o chupetes en las primeras semanas.
- Informar a los padres acerca de clases o grupos adecuados de alimentación de pecho (Liga de la Leche), si es necesario.

Manejo ambiental: preparación del hogar (6485): ***Preparación del hogar para proporcionar cuidados de manera segura y eficaz.***

- Observar el ambiente del hogar para atender al parto (temperatura, limpieza, ventilación, espacio, confortabilidad).
- Proporcionar información escrita respecto al material que necesita tener preparado.
- Organizar el programa del personal de apoyo. Se recomendará que exista un acompañante y otra persona de apoyo (pareja, doula, amiga o familiar).
- Realizar un seguimiento para asegurarse que los programas son factibles y se llevaron a cabo (visita preparto).

Consulta por teléfono (8180): ***Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo , información o enseñanzas en respuesta a dichas preocupaciones por teléfono.***

- Obtener información acerca del propósito de la llamada.
- Informarse de quejas / síntomas relacionados.
- Determinar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad de sistemas de apoyo.
- Determinar el riesgo de seguridad de la mujer.
- Determinar si las inquietudes requieren evaluación complementaria.
- Responder a las preguntas.

- Dar información acerca del régimen de tratamiento y de las responsabilidades resultantes de autocuidados, según sea necesario.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior, si procede.

Reunión multidisciplinar sobre cuidados (8020): ***Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales de la salud de otras disciplinas (médico de familia, ginecólogo, pediatra, psicólogo).***

- Resumir los datos del estado de salud correspondiente a la planificación de cuidados.
- Identificar los diagnósticos de cuidados actuales.
- Explicar las intervenciones de enfermería que se han de poner en práctica.
- Describir la respuesta de la mujer / recién nacido y de la familia a las intervenciones de enfermería.
- Revisar el plan de cuidados, si procede.
- Recomendar cambios al plan de tratamiento, si procede.

Cuidados intraparto (6830): ***Monitorización y manejo de los estadios uno y dos del parto.***

- Realizar valoración inicial y exploración obstétrica (palpación abdominal, tacto vaginal, amnioscopia y auscultación de la frecuencia cardiaca fetal).
- Determinar la preparación y objetivos de la paciente para el parto.
- Monitorizar los signos vitales maternos entre las contracciones (tensión arterial y temperatura), cada dos horas.
- Monitorizar el progreso de las contracciones, pérdida vaginal, dilatación cervical, presentación y descenso fetal:
    - La intensidad y frecuencia de las *contracciones*, así como las características de las *pérdidas vaginales* se realizarán cada hora en la fase latente y cada 30-60 minutos en la fase activa. La valoración de las contracciones se realizará por palpación abdominal.
    - Las *exploraciones vaginales* se realizarán, al menos cada tres horas y cada vez que la gestante refiera percibir sensaciones diferentes (aumento de la intensidad o de la frecuencia de las contracciones, aumento de la sensación dolorosa, sensación de pujo...)
- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal basal y asociada a las contracciones con sonicaid. La auscultación debe comenzar antes del inicio de la contracción uterina y continuar al menos hasta un minutos después de su acmé. La frecuencia de auscultación variará según la etapa del parto:
    - Periodo de dilatación (fase de latencia): cada 30-60 minutos.
    - Periodo de dilatación (fase activa): cada 15-30 minutos.

    - Periodo expulsivo: cada 5 minutos

- Mantener a la mujer y al acompañante informado de los progresos.
- Animar a la mujer a utilizar los métodos enseñados para alivio del dolor y evolución del parto. Puede adoptar la postura que desee (acostada, sentada, de rodillas...), cambiar de posición, deambular, darse un baño o una ducha con agua caliente, realizar balanceo pélvico, uso de técnicas de respiración y relajación.
- Explorar las posiciones que mejoran la comodidad materna y mantienen la perfusión placentaria.
- Alentar al acompañante a dar apoyo y consuelo durante las contracciones (contacto, masajes, presión, respiración).
- Animar a la paciente a que vacíe la vejiga cada dos horas.
- Explicar el objeto de las intervenciones de parto requeridas (amniotomía, sondaje vesical...):
    - La *amniorrexis artificial* se realizará en el expulsivo (dilatación completa y altura de la presentación fetal en II-III plano); sólo se realizará antes en caso de detención en la progresión del parto o de sospecha de pérdida del bienestar fetal[a] (sospecha de líquido amniótico meconial por amnioscopia con patrón de frecuencia cardiaca fetal dudoso).
    - El *sondaje vesical* se realizará cuando la mujer no pueda vaciar espontáneamente la vejiga llena por la compresión uretral de la presentación fetal.
- Monitorizar los progresos de empuje y descenso fetal.
- Fomentar los esfuerzos de bajada espontáneos durante el segundo estadio.
- Recomendar cambios de empuje para mejorar el descenso fetal, si precisa.
- Documentar los sucesos del parto.

Manejo ambiental: confort (6482): ***Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.***

- Limitar las visitas.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.
- Mantener seca y limpia la ropa de cama, la silla, sillón o lugar en el que la mujer se encuentre.

[a] La amnitomía temprana de rutina se asocia a una reducción en la duración del trabajo de parto y de las puntuaciones anormales de Apgar a los 5 minutos, pero muestra una tendencia hacia un aumento en las cesáreas.[8]

- **Manejo del dolor (1400):** ***Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptables para el paciente.***

  - Realizar una valoración del dolor que incluya localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor (utilizar escala de evaluación analógica) y factores desencadenantes.
  - Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
  - Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan.
  - Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
  - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
  - Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor: respiración, relajación, visualización, contacto, masaje, distracción, baño, etc.
  - Para seleccionar las estrategias de alivio del dolor, considerar las preferencias de la mujer, su capacidad para participar y fase del parto.
  - Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta de la paciente.
  - Administrar y /o indicar analgésico, en el puerperio, si precisa (PARACETAMOL o METAMIZOL).
  - Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor.

- **Manejo de energía (0180):** ***Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.***

  - Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
    - En las fases muy iniciales del trabajo de parto, fase latente, se podrá permitir dietas ligeras basadas en alimentos de fácil absorción, lo que permite incrementar la sensación de bienestar de la parturienta y reducir sus niveles de estrés.
    - Una vez iniciada la fase activa del parto, se recomendará la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos claros, tales como agua, café, té, zumos claros...
    - Ante la sospecha de alteración en el proceso del parto o de pérdida de bienestar fetal o ante la presencia de vómitos, se mantendrá dieta absoluta.
  - Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física o emocional.
  - Facilitar la alternancia de periodos de reposos y de actividad.
  - Ayudar en las actividades físicas (deambulación, traslados, cambios de posición), si resulta necesario.

Parto (6720): ***Nacimiento de un niño.***

- Ayudar a la mujer con la posición para el parto.
- Animar a la mujer a que adopte la postura más cómoda para ella.[7]
- Animar a la mujer a que jadee o que de sólo pequeños pujos a medida que se expulsa la cabeza.
- Realizar episiotomía, sólo si precisa[a] (alteración de la frecuencia cardiaca fetal, expulsivo prolongado, distocia de hombros, presentación en occipito posterior, periné cicatricial o periné rígido). Previamente, realizar infiltración de periné con anestésico local (10cc. MEPIVACAÍNA al 2% sin vasoconstrictor).
- Procurar la salida lenta de la cabeza fetal, manteniendo su flexión hasta que salgan los parietales.
- Sostener el perineo durante el expulsivo.
- Reducir la presencia del cordón en la nuca, si procede (deslizando sobre la cabeza o cortando el cordón).
- Aspirar o limpiar la boca y la nariz del bebé.
- Ayudar en la salida de los hombros.
- Realizar maniobras para liberar la distocia de los hombros (presión suprapúbica, maniobra de Mc Roberts, maniobra de Woods, liberación de hombro posterior y maniobra de Rubin), si procede.
- Sacar el cuerpo del bebé lentamente.
- Colocar al bebé sobre el cuerpo de la madre.
- Pinzar y cortar el cordón umbilical a partir de los 3 minutos de la expulsión fetal o después de que hayan cesado las pulsaciones, si no está contraindicado.
- Realizar manejo activo del alumbramiento: administración IM de 10 UI de oxitocina tras las salida del bebé, tracción controlada del cordón tras su sección y masaje uterino.[61,62,63]
- Inspeccionar la placenta, las membranas y el cordón.
- Inspeccionar si hay desgarros.
- Infiltrar con anestesia local, si no se hizo previamente.
- Suturar los desgarros y la episiotomía, si procede.
- Realizar examen rectal para asegurar la integridad de los tejidos.
- Limpiar el perineo.
- Aplicar compresa perineal.
- Alabar el esfuerzo materno y el de la persona de apoyo.

---

[a] La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo. No obstante, con el uso restrictivo de la episiotomía, hay un mayor riesgo de trauma perineal anterior.[13]

- Animar a la manifestación verbal de preguntas o inquietudes acerca de la experiencia del parto y del recién nacido.
- Recogida de 2 ml de sangre del cordón umbilical, para determinar grupo sanguíneo del recién nacido y test de Coombs directo, si procede.
- Registrar el desarrollo del parto.
- Realizar el certificado de nacimiento.

Cuidados posparto (6930): ***Control y seguimiento de la paciente que ha dado a luz recientemente.***

- Después del alumbramiento masajear suavemente el fondo uterino e intentar exprimir los coágulos hasta que esté firme, si es necesario.
- Colocar una bolsa de hielo en el perineo después del parto para minimizar la inflamación, si precisa.
- Control de los signos vitales (tensión arterial, temperatura y pulso) cada hora, durante las tres primeras horas posparto.
- Animar a la mujer para que también se masajee el fundus durante las primeras 24 horas.
- Conseguir que la paciente vacíe la vejiga antes de cada exploración posparto (valoración de altura y firmeza del fondo uterino).
- Comprobar la altura y firmeza del útero cada 15 minutos durante la primera hora, cada 30 minutos durante la segunda, cada hora en la tercera y posteriormente en cada visita.
- Vigilancia de los loquios para determinar la cantidad, color, olor y presencia de coágulos, cada hora durante las tres horas siguientes y posteriormente en cada visita.
- Vigilancia el estado de la episiotomía y / o desgarros para ver si hay enrojecimiento, edema, equimosis, hematoma, supuración y aproximación (si se realizó episiotomía o se produjeron desgarros).
- Vigilancia del estado de las mamas para determinar existencia de congestión mamaria, mastitis o alteraciones del pezón.
- Administrar o indicar un analgésico, si precisa (PARACETAMOL O METAMIZOL).
- Observar si hay síntomas de depresión posparto.
- Animar a la madre a que comente la experiencia del parto.
- Mostrar confianza en la capacidad de la madre para cuidar al recién nacido.
- Reforzar las técnicas de higiene perineal y general adecuadas para evitar infecciones.
- Fomentar el consumo de líquidos y fibras para evitar el estreñimiento.
- Fomentar la deambulación precoz para promover la movilidad intestinal y evitar tromboflebitis.
- Animar a la mujer a que inicie los ejercicios posparto lentamente y vaya aumentando según su tolerancia.
- Animar a la madre a reanudar sus actividades normales, según tolerancia.

- Proporcionar una guía anticipada respecto de la sexualidad y de la planificación familiar.
- Informar de los signos de alarma ante los cuales debe consultar.
- Programar la siguiente visita de seguimiento en casa.
- Registro de los datos.

Cuidados del recién nacido (6880): ***Actuación con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina y el subsiguiente período de estabilización.***

- Secar al bebé después del nacimiento sobre el cuerpo de la madre para evitar pérdidas de calor.
- Cubrir al bebé con una manta y empapador precalentados para mantener la temperatura corporal.
- Si el recién nacido no tiene ningún problema evidente y el estado de la madre lo permite mantener al bebé en contacto, piel con piel, con la madre.
- Aspiración de secreciones orofaríngeas, sólo si precisa.
- Comprobar permeabilidad de coanas y de ano con sonda de aspiración del nº 8.
- Limpiar el cordón con alcohol de 70º y dejar al aire.
- Pesar, tallar y medir los perímetros cefálico y torácico.
- Valorar la adecuación del peso a la edad gestacional del recién nacido.
- Administrar:
    - 1 mg. de VITAMINA K intramuscular (en muslo derecho)[64] para la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido.
    - Primera dosis de la vacuna de la HEPATITIS B (muslo izquierdo) si pesa 2 Kg o más
    - Pomada de CLORTETRACICLINA al 0,5% en cada saco conjuntival en los primeros 30 minutos del nacimiento (dosis única) para la profilaxis de la oftalmia neonatal por gonococos o por chlamydias.
- Vestir al recién nacido y envolver en una manta.
- Recoger huella del dedo pulgar e índice de la mano derecha del recién nacido para el certificado de nacimiento.
- Realizar el screening de la hipoacusia. Si el resultado es dudoso, se facilitará el teléfono de la consulta de otorrino del Hospital de Antequera para la solicitud de una cita.
- Ayudar en el inicio de la lactancia materna, si la madre ha optado por esta opción.
- Registro de los datos.

- **Monitorización del recién nacido (6890):** ***Medición e interpretación del estado fisiológico del recién nacido durante las primeras 24 horas.***

  - Valoración del test de Apgar al minuto y a los cinco minutos (a los 10 minutos sólo si a los cinco minutos era menor de siete).
  - Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
  - Observar el estado respiratorio comprobando si hay signos de distrés respiratorio: taquipnea, ensanchamiento nasal, gruñidos, retracciones, ronquidos o estertores.
  - Valorar el ritmo cardiaco del recién nacido.
  - Observar color del recién nacido.
  - Observar conducta y reflejos.
  - Valorar alimentación del bebé.
  - Observar el cordón umbilical.
  - Registro de los datos del recién nacido.

- **Fomento del acercamiento (6710):** ***Facilitar el desarrollo de la relación padres-bebé.***

  - Animar a la participación del acompañante, personal de apoyo y hermanos en el proceso del parto de forma coherente con las metas de la paciente.
  - Animar a la madre a coger, acariciar y examinar al bebé mientras el cordón umbilical es cortado.
  - Animar a los padres a que cojan al bebé apoyándolo en su cuerpo.
  - Compartir la información obtenida de la valoración física inicial del recién nacido con los padres.
  - Informar a los padres de los cuidados proporcionados al recién nacido.
  - Animar a los padres a tocar y a hablar al recién nacido.
  - Animar a los padres a identificar las características familiares observadas en el recién nacido.
  - Examinar las características de comportamiento del bebé con los padres.

- **Resucitación: neonato (6974):** ***Adopción de medidas de urgencia para apoyar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.***

  - Preparar el equipo de resucitación antes del nacimiento.
  - Realizar las acciones iniciales de estabilización en 15-30 segundos: secar, calentar, limpiar secreciones y estimular.
  - Colocar al recién nacido en decúbito supino con el cuello en posición neutra para aspirar secreciones de boca y orofaringe, si precisa.
  - Evaluar la respiración, frecuencia cardiaca y color del recién nacido y determinar la necesidad de ventilar o de administrar oxígeno.
  - Si realiza respiraciones espontáneas efectivas, evaluar la frecuencia cardiaca.

- Si presenta apnea o respiraciones jadeantes, aplicar ventilación con presión positiva y oxígeno a 5 litros por minuto durante 15-30 segundos y evaluar la frecuencia cardiaca.
- Si la frecuencia cardiaca es menor de 100 lpm, ventilación con presión positiva intermitente.
- Mantener ventilación con presión positiva mientras la frecuencia cardiaca sea menor de 100, aunque las respiraciones sean espontáneas.
- Realizar la primera ventilación tiempo inspiratorio de 5 segundos y presión entre 30-40 cm de H_2O; las siguientes con un tiempo inspiratorio de alrededor de 1 segundo, presión entre 15-20 cm de H_2O y frecuencia entre 40-60 insuflaciones por minuto.
- Si la ventilación se mantiene durante más de 2 minutos, colocar sonda nasogástrica.
- Si está sonrosado o presenta acrocianosis (con frecuencia cardiaca mayor de 100 y respiraciones espontáneas), mantener observación.
- Si presenta cianosis central (con frecuencia cardiaca mayor de 100 y respiraciones espontáneas), administrar oxígeno mediante máscara, sin presión positiva.
- Realizar masaje cardiaco si la frecuencia cardiaca en el momento del nacimiento es cero o si tras 15-30 segundos de ventilación con presión positiva con oxígeno, la frecuencia cardiaca sigue siendo menor de 60 o entre 60 y 80 sin incremento.
- Comprimir el tercio inferior del esternón, justo por debajo de la línea intermamilar, entre 1,25 y 1,75 cm, a un ritmo aproximado de 90-120 por minuto, sincronizando con las ventilaciones en una relación 3:1.
- Continuar con el masaje cardiaco mientras la FC sea menor de 80 lpm.
- Intubar y administrar medicación si la frecuencia cardiaca es 0 al nacer o si es menor de 80 lpm. pese a ventilación adecuada con oxígeno al 100 % y compresiones torácicas durante 30 segundos.
- Suspender reanimación si de un periodo de 20 –30 minutos de ventilación con presión positiva intermitente, masaje cardiaco y administración de drogas vasoactivas (ADRENALINA 1:10.000, intratraqueal, 0,02 mg/kg), el recién nacido no es capaz de establecer respiraciones espontáneas.
- Ayudar con la transferencia o transporte del recién nacido, si procede.
- Registrar maniobras de reanimación realizadas.

Administración de medicación (2300): ***Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.***

- Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco.
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuados.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en la paciente por los medicamentos administrados.
- Registrar la administración de la medicación.

Además de los medicamentos mencionado en las intervenciones anteriores (oxitocina, mepivacaína sin vasoconstrictor al 2 %, vitamina K, vacuna antihepatitis B, pomada oftálmica de clortetraciclina, metamizol y paracetamol), la matrona podrá administrar medicación bajo las siguientes indicaciones y con la siguientes pautas:

- ***Profilaxis intraparto para la prevención de la infección neonatal por estreptococo del grupo B (EGB).***

Indicaciones:

- A todas las gestantes identificadas como portadoras vaginales o rectales de EGB en un cultivo practicado durante las 5 semanas previas al parto.
- A todas las gestantes en que se detecte EGB en orina durante la gestación, independientemente del resultado del cultivo vaginal o rectal si éste se ha realizado.
- A todas las gestantes que previamente hayan tenido un hijo con infección neonatal por EGB, con independencia del cultivo vaginal o rectal realizado.
- En todos los partos en que exista fiebre intraparto.

Pauta:

- *Recomendada:* PENICILINA G iv 5 millones UI como dosis inicial al comienzo del parto y repetir 2,5 millones cada 4 horas hasta su finalización.
- *Alternativa:* AMPICILINA iv 2 gr. al comienzo del parto y 1 gr. cada 4 horas hasta el expulsivo.
- *Alergia a betalactámicos:* CLINDAMICINA iv 900 mg. cada 8 horas o ERITROMICINA iv 500mg cada 6 horas hasta la finalización del parto.

Para la administración se canalizará un vía intravenosa del calibre 18G, que se dejará salinizada hasta la siguiente dosis y que se retirará a las tres horas del expulsivo.

En caso de fiebre, además de administrar el antibiótico, se iniciará hidratación con suero fisiológico.

- ***Uterotónicos.***

Indicación:

Atonía uterina mantenida tras la administración de 10 UI de oxitocina im, vaciamiento vesical y expulsión de coágulos intrauterinos.

Pauta:

METILERGOMETRINA im o iv 0,20 mg. (1 ampolla). Si persiste tras 3- 5 minutos o reaparece, administrar OXITOCINA iv 20 UI en 500cc de Ringer Lactato a 200 ml/h.

- ***Profilaxis de la Isoinmunización Rh.***

Indicaciones:

- A todas las madres Rh negativas con recién nacidos Rh positivos que no presenten anticuerpos anti-D.
- Madres Rh positivas, variante Du.

Pauta:

GAMMAGLOBULINA ANTI-D im 300 µg. dentro de las 72 horas posparto.

- ***Tratamiento de los vómitos intraparto.***

Indicación:

Gestante en trabajo de parto con vómitos repetidos.

Pauta:

METOCLOPRAMIDA im o iv 10mg. (1 ampolla).

Derivación (8100): ***Disponer los arreglos para el suministro de servicios por parte de otros cuidadores o institución.***

- Establecer los cuidados necesarios previos y durante el traslado.
- Ponerse en contacto con el centro / cuidador correspondiente (ginecólogo de guardia, pediatra de guardia o del Centro de Salud, médico de cabecera o enfermera)
- Disponer el modo de transporte.
- Comentar el plan de cuidados del paciente con el siguiente proveedor de cuidados.

2.5.- Descripción de la Intervención:

2.5.1.- ELECCIÓN INFORMADA

La matrona será la responsable de aplicar los criterios de selección para garantizar unos resultados seguros para la madre y el recién nacido, promoviendo en todos los casos la toma de la decisión como una responsabilidad compartida entre la mujer, su familia y ella. Así pues, en la primera consulta de embarazo, ofertará, a aquellas gestantes que no posean ninguno de los factores de riesgos citados anteriormente en el apartado "cartera de clientes", la posibilidad de elección del lugar del parto. Para ello, le proporcionará información sobre las ventajas y desventajas del parto en el hospital y en la casa y sobre la posibilidad de asistir, a partir de la semana 20 de embarazo, a las reuniones mensuales organizadas específicamente para las mujeres que desean planificar su parto en casa.

En aquellos casos en los que exista duda sobre la pertinencia de este servicio, por la existencia de condicionantes no descritos en la cartera de clientes, se organizará una reunión multidisciplinar sobre cuidados.

Una vez que la gestante haya tomado la decisión deberá comunicárselo a la matrona. El lugar seleccionado para el parto debe ser registrado en el Documento de Salud de la Embarazada y en su historia clínica. Aquellas que seleccionen el parto domiciliario serán inscritas en un registro específico que llevará cada matrona y deberán firmar el Consentimiento Informado.

El registro de gestantes solicitantes de la asistencia del parto a domicilio, estará informatizado, será único para todo el distrito y puesto en red para utilización de todas las matronas, disponiendo cada zona básica de una hoja del archivo. (Anexo 1)

El modelo de consentimiento que se empleará es el que actualmente está en uso en los hospitales públicos del SAS para los procedimientos generales, que consta de dos hojas autocalcables (Anexo 2). La original (blanca) se quedará en el centro y la copia (amarilla) será entregada a la mujer. Ambas hojas deben ir acompañadas de la información específica (Anexo 3).

2.5.2.- EDUCACIÓN MATERNAL

En la siguiente visita de embarazo con la matrona, en la semana 24, se volverá a valorar la presencia de factores de riesgo, se preguntará a la mujer sobre el lugar para el parto, si no lo expresó anteriormente, y se le citará para la Educación Maternal.

Es recomendable que la mujer y el acompañante, escogido por ella, estén preparados específicamente para parir en el domicilio, por lo que además de asistir a las sesiones ordinarias de Educación Maternal, deben asistir, al menos, a una de las reuniones sobre el parto en casa.

De las sesiones ordinarias, se debe insistir en la importancia de la asistencia a las siguientes reuniones: cuidados del recién nacido, lactancia materna y cuidados posparto. De forma que si alguna de ellas tiene problemas para asistir, se le debe facilitar el calendario de reuniones de otros centros. La intervenciones educativas sobre estos temas se inician en el embarazo y se continuarán después del parto.

Como se ha dicho anteriormente, las reuniones para las mujeres que desean planificar su parto en casa tendrán periodicidad mensual, y una fecha y hora fijas para todos los meses, pudiéndose asistir a tantas reuniones como se deseen. Se organizarán en el Centro de Salud de Antequera, de forma conjunta para todas las mujeres del distrito y con la participación de todas sus matronas, con objeto de que las gestantes conozcan a todas las posibles matronas que pueden atenderle el parto y a su vez, posibilitar que las matronas conozcan a las gestantes de las otras zonas. Esta organización se basa en que la confianza de la mujer en la matrona y la calidad de la relación entre ellas, son factores muy importantes que pueden influir no solamente en la decisión de planificar el parto en casa, sino también en el resultado del mismo[65,66]. En ellas se realizarán las actividades descritas anteriormente en las intervenciones "preparación para el parto" y "manejo ambiental: preparación del hogar". Además, se les proporcionará información sobre las circunstancias ante las cuales han de llamar a la matrona, el número de teléfono y las actuaciones consecuentes que se llevarán a cabo. También podrán acudir mujeres que hayan parido en casa, para comentar su experiencia.

La asistencia a las sesiones se registrará en su historia clínica y su cartilla maternal.

2.5.3.- VISITA DOMICILIARIA PREPARTO Y ENVÍO DEL MATERIAL

En la semana 36, la matrona concertará con la gestante una visita al domicilio, en la que nuevamente se comprobará la presencia de factores de riesgo y se valorará el ambiente del hogar para atender a la mujer y al recién nacido en el parto y que el material que necesita está preparado (Anexo 4). En esta visita se debe transmitir seguridad y confianza a la mujer / pareja y ofrecer oportunidad para que manifiesten sus dudas y sentimientos.

Si todo es correcto, se le informará que el celador de la zona, se pondrá en contacto con ella, en esa misma semana, antes de que cumpla las 37 semanas, para concertar la fecha de la entrega del material necesario para el parto. Así mismo, se le indicará las condiciones en las que debe mantener almacenado el material hasta la fecha de su uso, revisándose también el lugar planificado por la mujer para ello. La medicación de frigorífico será transportada en bolsa-nevera portátil con acumulador de frío.

Realizada la visita domiciliaria, se inicia el registro en el documento "Atención domiciliaria: parto y puerperio" (Anexo 5), cumplimentando los datos de filiación, antecedentes más destacados, datos relevantes de la gestación actual y de la visita efectuada. Este documento se incluirá en el material que el celador llevará al domicilio.

2.5.4.- ASISTENCIA DEL PARTO A DOMICILIO

Cuando la gestante sospeche que el parto se ha iniciado, llamará al teléfono de la centralita del hospital de Antequera. Cada matrona dispondrá de un teléfono móvil corporativo y la telefonista dispondrá de un listado con los números y turnos de ellas y pasará la llamada a la matrona correspondiente. Las actuaciones que la matrona llevará a cabo son las descritas en la intervención "atención por teléfono", desplazándose al domicilio de la mujer cuando lo considere pertinente y tantas veces como sea necesario.

Cuando se desplace al domicilio, lo registrará en el documento "Atención domiciliaria: parto y puerperio", en el apartado "valoraciones previas", en el que deberá constar el motivo de la visita, los datos de la valoración, el juicio diagnóstico, las intervenciones realizadas y el plan propuesto. Así mismo, el material que vaya consumiendo lo irá registrando en la "hoja de

consumo de material" (Anexo 6), información que se utilizará posteriormente para la evaluación del gasto por proceso y para la reposición de la "partida de material del parto en casa" por la matrona.

Una vez iniciado el parto, la matrona permanecerá en todo momento con la mujer hasta transcurridas las tres primeras horas siguientes al alumbramiento, teniendo en cuenta que en la primera es cuando hay mayor riesgo de aparición de complicaciones puerperales. Durante todo este periodo, las intervenciones que va a realizar son las descritas anteriormente: identificación de riesgos, cuidados intraparto, manejo ambiental: confort, manejo del dolor, manejo de la energía, parto, cuidados posparto, cuidados del recién nacido, monitorización del recién nacido, ayuda en la lactancia materna, fomento del acercamiento y educación paterna niño.

Si en el Documento de Salud de la Embarazada no consta el resultado de la analítica de sangre del tercer trimestre o del exudado vagino-rectal, la matrona los solicitará telefónicamente al servicio de laboratorio del Hospital de Antequera. Ahora bien, si en el momento de dirigirse al domicilio se encontrase en el hospital, podrá localizarlos ella misma antes de salir, en el archivador de la consulta de fisiopatología fetal.

La muestra de sangre para la determinación del grupo y Rh del recién nacido será recogida en un tubo de hematimetría que se identificará con las iniciales del nombre de la madre y las siglas "RN" y que irá acompañado con el volante de petición debidamente cumplimentado, haciendo constar en el nombre "RN de... (nombre de la madre)". Se solicita con el nombre de la madre porque el recién nacido aún no tiene número de usuario de la seguridad social. Hasta su recogida, la muestra podrá permanecer a temperatura ambiente en invierno y en verano se mantendrá en el frigorífico.

El registro de los datos de la dilatación se realizarán en el apartado "partograma" del documento anterior; los datos del expulsivo, del alumbramiento, del recién nacido y de las tres primeras horas del puerperio se harán en los apartados nombrados como tales. Así mismo en el Documento de Salud de la Embarazada se harán constar también los datos del parto y del recién nacido. Con respecto a la vacuna de la hepatitis B, en el apartado correspondiente de ambos documentos ("Atención domiciliaria: parto y puerperio" y "Documento de Salud de la Embarazada"), se hará constar la fecha de administración y se pegará el adhesivo indicativo del número de lote del vial.

Al finalizar la asistencia en el domicilio, la matrona realizará las siguientes actividades:

- Lavar el instrumental utilizado, organizar el material y avisar al celador para la recogida de éste y de la muestra de sangre del cordón umbilical. El material será llevado al Centro de Salud, y la muestra de sangre al Hospital de Antequera. El celador de enlace realizará los desplazamiento a los domicilios, en el turno de mañana, de lunes a viernes. Los fines de semana, la matrona llevará la muestra de sangre al hospital.
- Informar a la matrona de la zona y a la que realizará la primera visita domiciliaria, de la evolución y resultados. La primera visita será realizada por la matrona localizada o por la de su pueblo, si se encuentra en él; la segunda visita, la realizará la de su zona.
- Llevar el registro "Atención domiciliaria: parto y puerperio" al centro sanitario de la localidad y transcribir los datos al programa informático estadístico. Este programa será una adaptación del existente actualmente en el servicio de partos del Hospital de

Antequera y constituirá una base de datos única para todo el Distrito Sanitario. En los casos en los que haya sido necesario trasladar a la madre o al recién nacido al hospital, los datos se completarán en el programa, después de finalizar la visita domiciliaria posparto.

2.5.5.- TRASLADO AL HOSPITAL (SI PRECISA)

A pesar de que se haya realizado una valoración de riesgos y una selección de mujeres adecuada durante el embarazo, es posible que cuando la matrona acuda al domicilio para asistir a la gestante en el parto, durante su evolución o después del mismo, se presenten circunstancias maternas, fetales o neonatales que desaconsejen el parto en casa y que requieran un traslado de la mujer o del neonato al hospital. Entre estas situaciones se encuentran las siguientes:

Intraparto:

- Anemia del tercer trimestre o alteración de la coagulación.
- Presentación no cefálica.
- No auscultación de latido cardiaco fetal.
- Alteración de la frecuencia cardiaca fetal.
- Prolapso de cordón.
- Líquido amniótico meconial.
- Fiebre (≥ 38 ºC).
- Hipertensión arterial (≥140/90).
- Hemorragia.
- Detención brusca de las contracciones.
- Hipertonía mantenida.
- Fase latente prolongada (duración en nulíparas ≥ de 20 horas y multíparas de 14)
- Detención secundaria de la dilatación (cese de la progresión en la fase activa de 2 horas o más).
- Estancamiento de expulsivo (duración ≥ 60 minutos, sin que se prevea próximo).
- Mala tolerancia al dolor.

Posparto:

- Desgarros de tercer o cuarto grado.
- Retención placentaria (ausencia de signos de desprendimiento placentario en 30 minutos).
- Placenta incompleta.
- Hemorragia que no responde a tratamiento.
- Inversión uterina.
- Fiebre (≥ 38 ºC).
- Hipertensión arterial (≥140/90).

Neonatales:

- Anomalía congénita.
- Dificultad respiratoria.
- Cianosis o palidez cutánea.
- Hipotonía.

- Ausencia o disminución de reflejos neonatales.
- Fiebre (≥ 37 ºC).
- Peso < 2500gr. o >4000gr.
- Recién nacido de madre colonizada con EGB y profilaxis incompleta (< 2 dosis de antibiótico administradas antes del expulsivo.

Para proceder al traslado la matrona debe llamar al 061, ya que éste debe realizarse siempre en ambulancia y con la matrona. Previamente habrá contactado telefónicamente con el ginecólogo o con el pediatra de guardia para explicarle la situación clínica de la mujer o del neonato y el plan de cuidados realizado. A la llegada al hospital, el celador realizará una fotocopia del documento "Atención domiciliaria: parto y puerperio"

2.5.6.- GESTIÓN DE RESIDUOS GENERADOS

Para el manejo de los residuos generados como resultado de la atención al parto en el domicilio se tendrá en cuenta El Decreto 134/1998 de 23 de Junio (publicado en el BOJA nº 91, por el que se aprueba el Plan de Gestión de Residuos Peligrosos de Andalucía), en el que los residuos procedentes de medicamentos y curas en el domicilio son identificados como peligrosos, siendo responsabilidad de los ayuntamientos la creación de puntos de limpio para su recogida y tratamiento. Así pues, los producidos en el parto, serán considerados como tales, almacenándose y recogiéndose de la siguiente forma:

- Las gasas, compresas, empapadores, guantes, bata de un solo uso, sondas, bolsas de aspiración, jeringas, ampollas y restos de medicación deben ser depositados en doble bolsa de basura.
- La placenta y objetos punzantes (agujas de punción y de sutura) serán depositados en un contenedor hermético.

Una vez finalizado el parto:

(Opción A).- La familia avisará al servicio de gestión de residuos de la localidad, para concertar su recogida.

(Opción B).- En caso de pueblos pequeños, en los que estos servicios no estén disponibles a diario, cuando el celador se desplace al domicilio para recoger el material del parto, recogerá también los residuos en un contenedor y los transportará hasta el Centro de Salud.

2.5.7.- CONTROL Y VISITAS DOMICILIARIAS POSPARTO

Después del parto, se realizarán tres controles programados, el primero se realizará por teléfono y el segundo y el tercero en el domicilio. En cada uno de ellos, se identificarán los riesgos, pudiéndose incrementar el número de controles (si la mujer o el recién nacido lo precisan), realizar una reunión multidisciplinar de cuidados o realizar derivación .

Todos los datos deben registrarse en el apartado de controles posparto del registro específico, en el Documento de Salud de la Embarazada y posteriormente en la historia digital de la mujer. El tipo de lactancia a los cuatro-seis día del nacimiento y la aparición de alguna complicación, serán registrados también en la base de datos del programa informático estadístico del parto.

Con la última visita posparto que realice, la matrona da salida a la mujer del proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio. A partir de ahora la madre será seguida en al programa de planificación familiar y el recién nacido, en el de salud infantil.

A continuación se describen los controles y visitas programadas:

1.- Al día siguiente, consulta por teléfono:

La matrona realizará consulta telefónica con la puérpera para valorar su estado y evolución y el del recién nacido, realizando además las actividades incluidas en la intervención "consulta por teléfono", descrita anteriormente. Así mismo, concertará la visita en el domicilio para el día siguiente.

2.- A las 48 horas, 1ª visita domiciliaria:

Antes de acudir al domicilio, la matrona recogerá en el centro sanitario de la zona la hoja de registro y consultará en la información del laboratorio del Hospital de Antequera, a través de la intranet, de cualquier Centro de Salud, el resultado del grupo y Rh del recién nacido. Una vez en el domicilio, realizará las intervenciones que habitualmente lleva a cabo en la visita domiciliaria posparto (valoración de la madre, del recién nacido, de la relación entre ellos y del apoyo social y aportación de las recomendaciones necesarias) y además:

- Extracción y manejo de la muestra de sangre del talón del recién nacido para el screening del hipotiroidismo.
- Administración de la gammaglobulina anti-D a la madre, si procede.

La valoración e intervenciones realizadas, las registrará en la hoja de registro "Atención domiciliaria: Parto y Puerperio".

3.- Al 4º-6º día, 2ª visita domiciliaria:

Esta visita es similar a la realizada a las mujeres que han parido en el hospital.

2.6.- Procedimientos de Evaluación:

Para la evaluación de este servicio, se emplearán medidas de las perspectivas básicas que plantea un Cuadro de Mandos Integral como instrumento de gestión estratégica. El responsable de la recogida de los datos necesarios y emisión de los resultados de la evaluación será el responsable de calidad y de los procesos asistenciales integrados. Las dimensiones y medidas que se van a considerar inicialmente se recogen en la tabla 11 y se describen a continuación; no obstante, según los resultados que se obtengan, tanto los indicadores como sus estándares, así como la periodicidad de las mediciones, podrán ser modificados.

Tabla 11: ***Dimensiones e Indicadores de evaluación.***

Clientes	Procesos internos
% de embarazadas incluidas en la asistencia del parto a domicilio. Satisfacción de las usuarias.	% de embarazadas, sin factores de riesgo para la asistencia del parto a domicilio, a las que la matrona les oferta el servicio en la primera consulta de embarazo. % de perinés íntegros o con desgarros de grado I. % de partos espontáneos, instrumentales y cesáreas. % de puérperas con lactancia materna exclusiva a los 4-6 días. % de recién nacidos con todos los screening (hipotiroidismo, fenilcetonuria e hipoacusia) % y causas de mujeres y neonatos trasladados. Tiempo empleado en el traslado. Mortalidad fetal intraparto y neonatal. Mortalidad materna.
Financiera	
Media de gasto / proceso. % de cesáreas evitadas.	
Aprendizaje	
% matronas formadas en RCP neonatal / año.	
Crecimiento	
nº de embarazadas con parto planificado en domicilio / zona básica de salud / mes. % de partos que inician la atención en el domicilio.	

Porcentaje de embarazas incluidas en la asistencia del parto a domicilio.

Justificación: Monitorizar la demanda y aceptación del servicio.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de gestantes que han elegido la opción del parto en casa, con independencia de que posteriormente fuese excluida.}}{\text{nº de gestantes del distrito que han pasado por el Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio en el año.}} \times 100$$

Fuente: El número de gestantes que han pasado por el proceso asistencial se obtendrá de Diraya y el de mujeres solicitantes de la asistencia domiciliaria del registro de solicitud de cada matrona.

Periodicidad de la medición: anual.

Satisfacción de las usuarias.

Justificación:

a) Proporcionar una medida legítima del servicio para satisfacer las necesidades de las usuarias, pudiendo ser utilizado como un indicador en el control de calidad del servicio.

b) Proporcionar un feedback imprescindible para la gestión y optimización de los recursos, que persigue incorporar la perspectiva de las usuarias.

c) Predecir las reacciones o comportamientos de las mujeres.

Método: El día del parto, la matrona entregará a la mujer un cuestionario en un sobre, que deberá cumplimentar independientemente de donde finalice el parto y que será recogido en el sobre cerrado, en la última visita domiciliaria. Cada matrona conservará los cuestionarios recogidos hasta final de año, fecha en que serán enviados al responsable del análisis de los datos. Este cuestionario tendrá carácter anónimo y se entregará a todas las mujeres que hayan iniciado la asistencia en el domicilio.

El modelo de encuesta propuesto (Anexo 7) y que debe ser validado incluye :

- Una primera pregunta de opinión general (pregunta 1).
- Siete preguntas referidas a aspectos concretos de la satisfacción (preguntas 2-8).
- Una pregunta abierta que permite recoger las demandas más sentidas (pregunta 9).
- Dos preguntas de tipo dicotómico dirigidas a indagar la fidelización de las usuarias (preguntas 10 y 11).
- Tres cuestiones que pueden influir en la satisfacción (preguntas 12-14).

Los valores posibles de las ocho primeras preguntas se recogen en una escala ordinal, considerándose los dos puntos altos de la escala como las respuestas que expresan satisfacción.

***Criterios de exclusión*:** muerte fetal o neonatal.

Periodicidad de la medición: anual.

Media de gasto por proceso

Justificación: Proporcionar información sobre el gasto medio por proceso para poder realizar la previsión presupuestaria para este servicio.

Fórmula:

$$\frac{\sum_{n=1}^{n=\text{nº de partos / año}} \text{gasto por proceso}_n}{\text{nº de partos / año}}$$

Se denomina gasto por proceso $_n$ al gasto de cada uno de los partos iniciados en el domicilio del año valorado.

Fuente: Hoja de consumo de material.

Periodicidad de la medición: anual.

Porcentaje de cesáreas evitadas.

Justificación: Este sistema de atención será más rentable cuantas más cesáreas evite, ya que ello supone un ahorro en días de estancia hospitalaria materna y neonatal, en consumo de fármacos y de material fungible y de más cesáreas para siguientes gestaciones.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de cesáreas}}{\text{nº de gestantes, sin factores de riesgo, que inician la asistencia del parto en el hospital}} - \frac{\text{nº de cesáreas}}{\text{nº de mujeres que inician la asistencia del parto en el domicilio}} \times 100$$

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el hospital.

Estándar: >8 %

Periodicidad de la medición: anual.

Porcentaje de matronas formadas en reanimación cardio-pulmonar pediátrica por año.

Justificación: Se considerará imprescindible que las matronas posean los conocimientos y habilidades necesarias para realizar una reanimación cardio-pulmonar avanzada a un neonato en domicilio. Dada la baja frecuencia con la que se realiza esta maniobra, tanto en el medio hospitalario como en el domiciliario es necesario su entrenamiento en un medio no natural.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de matronas formadas en RCP neonatal cada año}}{\text{nº de matronas del distrito}} \times 100$$

Fuente: Responsable de enfermería de las matronas

Estándar:100 %.

Periodicidad de la medición: anual.

Número de embarazadas con parto planificado en domicilio / zona básica de salud / mes.

Justificación: Proporcionar una medida para la previsión de recursos, a corto plazo.

Método: Cada mes, se contabilizará el número de partos que hay planificados en domicilio, de cada zona básica, para el mes siguiente.

Fuente: Registro informático de gestantes solicitantes de la asistencia del parto a domicilio.

Estándar: 1 / ZBS / mes. Ese estándar debe entenderse no como un ideal a conseguir, sino como la demanda para la que están calculados, inicialmente, los recursos.

Periodicidad de la medición: mensual.

Porcentaje de partos que inician la atención en el domicilio.

Justificación: Proporcionar una medida para la previsión de recursos, a largo plazo.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de partos iniciados en domicilio}}{\text{nº de nacidos en hospital + nº nacidos en domicilio}} \times 100$$

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio y base de datos de los atendidos en el hospital.

Periodicidad de la medición: anual.

Porcentaje de embarazadas, sin factores de riesgo para la asistencia del parto a domicilio, a las que la matrona les oferta el servicio en la primera consulta de embarazo.

Justificación: Se considerará norma de calidad que la matrona, en la primera visita de embarazo, oferte a las gestantes sin factores de riesgo la posibilidad de parir en el domicilio. Como ya se ha dicho anteriormente, se trata de informar a las gestantes de las alternativas sobre el lugar de parto, para posibilitar la toma de decisiones informada.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de embarazadas sin factores de riesgo para la asistencia del parto en domicilio que han sido informadas por la matrona en la primera visita}}{\text{nº de embarazadas incluidas en el Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio en el Distrito de Antequera}} \times 100$$

Fuente y método: El número de embarazadas incluidas en el proceso asistencial se obtendrá de Diraya, del que se obtendrá un listado, por centros, con los nombres de las usuarias. De cada centro se escogerá un número representativo por muestreo aleatorio simple, excluyéndose las que tengan algún factor de riesgo registrado en su historia clínica, y se las llamará por teléfono para preguntarles si fueron informadas por su matrona en la primera consulta de embarazo.

Estándar:100 %.

Periodicidad de la medición: anual.

Porcentaje de perinés íntegros o con desgarro de tipo I, porcentaje de desgarros tipo II, porcentaje de desgarros tipo III o IV y porcentaje de episiotomías.

Justificación: Se considerará norma de calidad el uso selectivo de la episiotomía, por lo que este grupo de indicadores se introduce para monitorizar su práctica y sus consecuencias.

Fórmulas:

$$\frac{\text{nº de mujeres con expulsivo atendido en domicilio sin episiotomía y con periné íntegro o con desgarro de tipo I}}{\text{nº de mujeres con expulsivo atendido en domicilio sin episiotomía}} \times 100$$

$$\frac{\text{nº de mujeres con expulsivo atendido en domicilio sin episiotomía y con desgarro de tipo II}}{\text{nº de mujeres con expulsivo atendido en domicilio sin episiotomía}} \times 100$$

$$\frac{\text{nº de mujeres con expulsivo atendido en domicilio sin episiotomía y con desgarro de tipo III o IV}}{\text{nº de mujeres con expulsivo atendido en domicilio sin episiotomía}} \times 100$$

$$\frac{\text{nº de mujeres con expulsivo atendido en domicilio con episiotomía}}{\text{nº total de mujeres con expulsivo atendido en domicilio}} \times 100$$

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio.

Estándares:

- Periné íntegro o desgarros tipo I: > 47 %.
- Desgarros de tipo II: < 18 %
- Desgarros tipo III o IV: < 1 %
- Episiotomía: < 40 %

Periodicidad de la medición: anual.

Porcentaje de partos espontáneos, instrumentales y cesáreas

Justificación: Monitorizar el tipo de finalización del parto, ya que uno de los beneficios de la asistencia del parto a domicilio es el aumento de partos espontáneos y el descenso de los instrumentales y de las cesáreas.

Fórmulas:

$$\frac{\text{nº de mujeres con parto espontáneo}}{\text{nº de mujeres que inician el parto en el domicilio}} \times 100$$

$$\frac{\text{nº de mujeres con parto instrumental (fórceps, vacuo o espátulas)}}{\text{nº de mujeres que inician el parto en el domicilio}} \times 100$$

$$\frac{\text{nº de mujeres que finalizan en cesárea}}{\text{nº de mujeres que inician el parto en el domicilio}} \times 100$$

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio.

Estándares: Porcentaje de:

- Partos espontáneos: > 85 %
- Partos instrumentales: < 5 %
- Cesáreas: < 10 %

Periodicidad de la medición: anual.

Porcentaje de puérperas con lactancia materna exclusiva a los 4-6 días.

Justificación: Monitorizar la proporción de madres que inician y mantienen (a corto plazo) la lactancia materna exclusiva, decisión que depende, entre otros factores, del efecto de la intervención de ayuda en la lactancia materna[67]. Esta intervención, detallada anteriormente, incluye actividades educativas, de asesoramiento y de apoyo, prenatales y postnatales.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de mujeres que mantienen la lactancia materna exclusiva a los 4-6 días}}{\text{nº de mujeres que han sido atendidas en el domicilio durante el parto y el puerperio}} \times 100$$

Criterios de exclusión:

- Muerte fetal o neonatal.
- Traslado de la madre al hospital durante el parto o el puerperio
- Traslado del neonato al hospital.

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio.

Estándar: >90 %

Periodicidad de la medición: anual.

Porcentaje de recién nacidos con todos los screening (hipotiroidismo, fenilcetonuria e hipoacusia)

Justificación: Actualmente a todos los nacidos en el hospital de Antequera y que permanecen en el centro hasta las 48 horas de vida, se les realiza el screening del hipotiroidismo y de la hipoacusia y a aquellos que aún permanecen al quinto día se les realiza también el de la fenilcetonuria. La asistencia del parto en el domicilio, no debe significar un descenso en la proporción de recién nacidos a los que se les realizan los screening.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de recién nacidos en domicilio a los que se les ha realizado los tres screening}}{\text{nº de nacidos en domicilio}} \times 100$$

Criterios de exclusión: neonatos trasladados al hospital tras el nacimiento

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio.

Estándar: 100 %

Periodicidad de la medición: mensual.

Porcentaje y causas de mujeres (antes y después del nacimiento) y neonatos trasladados.

Justificación: No sería recomendable la asistencia del parto a domicilio si fuese preciso trasladar un gran número de mujeres o de neonatos.

Fórmulas:

$$\frac{\text{nº de mujeres trasladadas durante la dilatación o el expulsivo}}{\text{nº de mujeres que inician el parto en el domicilio}} \times 100$$

$$\frac{\text{nº de mujeres trasladadas después del nacimiento}}{\text{nº mujeres a las que se les ha atendido el expulsivo en domicilio}} \times 100$$

$$\frac{\text{nº de neonatos trasladados}}{\text{nº de nacidos en domicilio}} \times 100$$

Para cada uno de estos grupos se identificarán las causas del traslado.

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio.

Estándares:

- Traslado de mujeres antes del nacimiento: <15 %.
- Traslado de mujeres después del nacimiento: < 2 %.
- Traslado de neonatos: < 1,8 %.

Periodicidad de la medición: anual.

Tiempo empleado en el traslado.

Justificación: La adecuada organización del sistema de transporte es un componente de la seguridad de la asistencia del parto a domicilio, en caso de ser necesaria una transferencia al hospital.

Fórmulas:

$$\frac{\text{Sumatorio de los tiempos, medidos en minutos, transcurridos desde que se solicita la ambulancia hasta la entrada en la admisión de urgencias del hospital}}{\text{nº de traslados realizados}} \times 100$$

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio.

Estándar: < 60 minutos.

Según la bibliografía consultada, entre las mujeres que inician el parto en casa, sólo precisan traslado urgente al hospital entre un 3,4 y un 3,6 % de las mujeres que inician el parto en casa, incluyendo las causas neonatales.

Periodicidad de la medición: anual.

Mortalidad fetal intraparto y neonatal.

Justificación: La seguridad fetal y neonatal son valores fundamentales de cualquier sistema de atención al parto.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de fetos muertos intraparto + muertes neonatales}}{\text{nº de mujeres que inician el parto en el domicilio}} \times 100$$

Criterios de exclusión: muertes asociadas a anomalías congénitas.

Fuente: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio.

Estándar: < 3/1000

Periodicidad de la medición: anual.

Mortalidad materna.

Justificación: La seguridad materna es valor fundamental de cualquier sistema de atención al parto.

Fórmula:

$$\frac{\text{nº de muertes maternas intraparto + muertes en puerperio por causa asociada al parto}}{\text{nº de mujeres que inician el parto en domicilio}} \times 100$$

Fuentes: Base de datos del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio.

Estándar: 0

Periodicidad de la medición: anual.

2.7.- Pertinencia:

La Ley Básica de Autonomía de los Pacientes, Ley 41/2002, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información, reconoce:

- Los pacientes tienen derecho a ***conocer***, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la ley (art. 4.1).

- El paciente o usuario tiene derecho a ***decidir libremente***, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles (art. 2.3).

- Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los ***deberes de información*** y de documentación clínica , y al ***respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente*** por el paciente (art. 2.6).

Por lo tanto, si el proceso que nos ocupa es el de embarazo, parto y puerperio normales, ***las mujeres tienen derecho a conocer y a decidir sobre las prácticas obstétricas y tienen derecho a participar plenamente en el parto*** y mientras esto no sea posible en el hospital, habrá madres que deseen tener a sus hijos en su casa y esta opción debe ser posible, respetada y facilitada. Y aún cuando en el hospital sean respetados estos derechos, las mujeres pueden decidir parir en casa; **opción que está amparada por la FIGO y por la OMS**:

Se recomienda que la mujeres paran en el lugar en el que ellas se encuentren más seguras y en el nivel de asistencia más "bajo" posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado (FIGO 1982).

Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se enfoquen en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y de su cultura (OMS 1986).

La organización y funcionamiento de este servicio, también está en línea con la propuesta del **Plan Estratégico del SAS,** que hace una fuerte apuesta por:

- ***La colocación del ciudadano como punto central, objeto y sujeto de la propia organización.*** La extensión de un amplio panel de derechos, el incremento de su participación a todos los niveles y la máxima libertad de elección en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía, son las piedras angulares de este enfoque, que no busca otra cosa que atender las necesidades con la máxima satisfacción del ciudadano.

- ***El impulso de nuevas orientaciones en el seno del SAS, sobre la base de ofertar servicios nuevos y mejores:*** cuidados paliativos, nuevas formas de enfocar la atención a ancianos y discapacitados, teléfono de atención ciudadana durante 24 horas, etc. Aunque la atención al parto en el domicilio probablemente sea el servicio de cuidados más antiguo, pues se trata del origen mismo de la vida, la propuesta de este servicio, tal y como se concibe en este proyecto, no deja de ser una idea innovadora y que mejora la oferta de servicios de la atención al parto.

- ***La adaptación de la cartera de servicios a las nuevas demandas y conocimientos***. La práctica clínica de los profesionales y la cartera de servicios de los centros sanitarios debe estar basada en la mejor evidencia disponible. Ésta nos debe servir para eliminar de nuestra práctica aquellas intervenciones que muestran ser ineficaces o incluso perjudiciales y para practicar con cautela aquellas para las que no existe un clara evidencia; pero también nos debe servir para incorporar aquellas que son claramente útiles. *La asistencia del nacimiento planificado en el domicilio a mujeres de bajo riesgo es una práctica basada en la evidencia*. Las investigaciones realizadas sobre el parto en casa demuestran que para las gestantes seleccionadas, de bajo riesgo, el nacimiento domiciliario planificado, respaldado por un sistema hospitalario eficaz es una alternativa aceptable al parto en el hospital, que además conduce a una reducción del intervensionismo y de las cesáreas. Según el Centro para la Medicina Basada en la Evidencia (CEBM) de Oxford, teniendo en cuenta el tipo de estudios que se han realizado, *el nivel de evidencia es 2a* (revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad) *y el grado de recomendación es B.*

A pesar de todos estos aspectos que, indudablemente, abalan la puesta en marcha del proyecto que nos ocupa, es posible que se planteen los siguientes problemas:

1.-Resistencia del colectivo médico e incluso de algunas matronas, tanto de atención primaria como de hospital.

2.- Dificultad para encontrar matronas, para las zonas básicas en las que actualmente no hay. Por lo general, las nuevas matronas que se forman están más motivadas por la atención al parto que por la labor desempeñada en otras áreas del hospital o en atención primaria, posiblemente por el valor que se le concede a la realización de técnicas, a que el producto del trabajo es tangible y a la gran satisfacción que supone ser las primeras manos que reciben el cuerpo de un niño.

3.- Falta de práctica en la atención al parto y al neonato de algunas de las actuales matronas de atención primaria.

2.8.- Aspectos Éticos y Legales:

2.8.1.-FUNCIONES DE LAS MATRONAS

Las funciones de las matronas se rigen por la Orden de 26 de Abril de 1973, por la que se aprueba, el que pasaría a denominarse posteriormente, Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. En él se recoge, entre otras, que la matrona asistirá a los partos y puerperios normales, de conformidad con las instrucciones que haya recibido de los especialistas, dentro de las instituciones y excepcionalmente a domicilio (art. 66.3). En este artículo aunque, efectivamente, se reconoce que la matrona puede atender partos y puerperios normales en el domicilio, especifica que debe hacerlo de conformidad con las instrucciones dadas por un médico. Sin lugar a dudas, esto a quedado ya obsoleto, ya que la matrona esta formada y capacitada para identificar y atender partos y puerperios normales sin necesidad de recibir instrucciones de un médico especialista.

La Confederación Internacional de Matronas[a] reconoce claramente la actividad de la matrona como una profesión autónoma, lo que significa que las matronas deciden y controlan las normas para la formación, la regulación y el ejercicio de su profesión. Así mismo, define a la matrona[b] como una persona reconocida como profesional responsable que trabaja conjuntamente con mujeres para ofrecerles la supervisión, el cuidado y los consejos necesarios durante sus embarazos, partos y el período de posparto, para dirigir los partos bajo su propia responsabilidad y de prodigar los cuidados al recién nacido y al lactante.

En el 1999, esta confederación dispuso también el código deontológico de la matrona , en el que se destacan los siguientes puntos:

1. Las matronas respetan el derecho de las mujeres a la elección informada.
2. Las matronas trabajan con las mujeres apoyando su derecho a participar activamente en las decisiones sobre su cuidado.
3. Las matronas, junto con las mujeres, trabajan con las políticas y agencias de financiación para definir las necesidades de servicios para las mujeres.
4. Las matronas trabajan con otros profesionales de la salud, consultando y derivando, cuando la necesidad de cuidado de la mujer excede las capacidades de la matrona.
5. Las matronas utilizan su conocimiento profesional para proporcionar prácticas seguras para el nacimiento en todos los ambientes y culturas.
6. Las matronas responden a las necesidades psicológicas, físicas, emocionales y espirituales de las mujeres que buscan cuidados sanitarios, de acuerdo con sus circunstancias.
7. Las matronas buscan activamente su crecimiento personal, intelectual y profesional a través de su carrera de obstetricia, integrando este conocimiento en su práctica.
8. Las matronas son responsables de sus decisiones y acciones, y son responsables de los resultados relacionados en el cuidado de las mujeres.

---

[a] La **Confederación internacional de matronas** es una confederación de 83 asociaciones nacionales de matronas en 70 países fundada en 1919. Su propósito es el de hacer avanzar las metas y aspiraciones de las matronas en el mundo entero en su afán de mejorar los resultados para las mujeres durante los años de embarazo y parto, el recién nacido y sus familias dondequiera que residan.

[b] Definición adoptada el 19 de julio de 2005 en Brisbane, Australia.

9. Las matronas entienden las consecuencias adversas que las violaciones de los derechos éticos y humanos tienen en la salud de mujeres y de niños, y trabajan para eliminar estas violaciones.
10. Las matronas participan en el desarrollo y la puesta en práctica de las políticas sanitarias que promueven la salud de las mujeres y de las familias en el nacimiento.

2.8.2.-CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las mujeres que deseen planificar su parto en el domicilio y que cumplan los criterios para ello, deben firmar el consentimiento informado. Antes de firmar el documento, la matrona debe haber informado, de forma verbal y por escrito, sobre el parto en casa y sobre la única alternativa existente en la actualidad, el parto en el hospital. La información aportada debe contener datos sobre ambos servicios, así como de las ventajas y riesgos de cada uno de ellos. El consentimiento no será válido si no va acompañado de este documento de información específica.

En las pacientes menores de edad, pero con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación[a].

Las usuarias de este servicio tendrán el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera[b], por lo que no debe ocultar a la matrona la existencia de factores de riesgo que no hagan recomendable la prestación de esta asistencia. Así mismo, si tras la firma del consentimiento, apareciese algún factor de riesgo, también tendrá el deber de comunicárselo.

La mujer podrá revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento[c]; por lo que, si iniciada la asistencia del parto en el domicilio, la gestante solicitase el traslado al hospital, éste se realizará aunque no exista indicación clínica.

2.8.3.-PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

La administración de medicamentos a la mujer y al recién nacido es una intervención que va a realizar la matrona en el domicilio, pero según la Ley 29/06, de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, los únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos son los médicos y los odontólogos[d]. Así que, para evitar incurrir en problemas legales, deberá solicitarse, antes del parto, a los médicos que llevan el control del embarazo de estas mujeres, la firma que autorice dicha práctica con las pautas e indicaciones citadas anteriormente.

En Europa esta situación está regulada para las matronas que ejercen en Suecia, Holanda, Francia, Reino Unido, Italia, Suiza, Dinamarca y Luxemburgo, en donde pueden indicar fármacos de una lista consensuada previamente con el gobierno. Este listado de

---

[a] Art. 9.3 apartado c) de la ley de Autonomía de los Pacientes.

[b] Art. 2.5 de la ley Básica de Autonomía de los Pacientes.

[c] Art. 8.5 de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes.

[d] Art. 77.1 de la Ley 29/06, de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE n. 178 de 27/07/2006; pág. 28122-28165.

fármacos es revisado periódicamente en base a la evidencia existente sobre su utilidad. Todo ello facilita el ejercicio del papel autónomo de las matronas, y un rol de colaboración en aquellas situaciones clínicas consensuadas con los médicos.[68]

2.8.4.-INTERESES DE LOS PROFESIONALES

Mediante resolución 32/89, el Consejo General de Enfermería aprobó el Código Deontológico de la enfermería española. En el artículo 78 de dicho código, se recoge que el profesional debe subordinar sus intereses a los de su cliente. Las matronas deben tener en cuenta este principio ético a la hora de considerar el lugar, las posturas y los tiempos del parto, ya que los beneficios para la mujer y el nacimiento prevalecen sobre los intereses de los profesionales.

3.- PLANIFICACIÓN OPERATIVA

La puesta en marcha de este servicio implica la planificación previa de una serie de intervenciones que hagan posible la obtención de los recursos humanos y materiales necesarios, así como la organización y coordinación de los profesionales que van a intervenir.

3.1.- Duración del Proyecto y Cronograma:

Para poder llevar a cabo el proyecto es necesario, en primer lugar, su aprobación por la Dirección de Enfermería del Área Sanitaria y posteriormente conseguir los recursos humanos, materiales y de soporte necesarios. Además, el proyecto debe ser conocido por todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio y debe contar con la participación e incorporación de ideas de los profesionales que lo van a llevar a cabo. Es por todo ello, por lo que su ejecución irá precedida de una etapa de preparación, realizándose las siguientes actividades (tabla 12):

3.1.1.- ETAPA DE PREPARACIÓN

a) Presentación del proyecto inicial a la Dirección de Enfermería del Área Sanitaria Norte de Málaga. La responsable del proyecto hará entrega de una copia del proyecto a la directora de enfermería para su valoración, acordándose una reunión posterior entre ambas para su discusión e introducción de las mejoras pertinentes.

Plazo de realización: 8 semanas (del 1 de enero al 28 de febrero de 2007).

b) Solicitud de los recursos humanos y materiales necesarios. Para la ejecución del proyecto se precisa la contratación de una matrona para las zonas básicas de salud que actualmente no cuentan con ella (Archidona y Campillos) y otra más que rotará por los centros del área como posteriormente se explica. En cuanto a los recursos materiales, se solicitará a suministros la compra del material no fungible.

Plazo de realización:

- Contratación de matronas:12 semanas (del 28 de febrero al 30 de abril de 2007).
- Compra del material:1 año (del 28 de febrero del 2007 al 28 de febrero de 2008).

c) Acordar con los responsables de las empresas de gestión de residuos, la recogida de los residuos generados en el parto. La responsable del proyecto debe contactar con los responsables de estos servicios para informales de la puesta en marcha del servicio y acordar la recogida de los residuos.

Plazo de realización: 4 semanas (del 1 al 31 de marzo de 2007).

d) Presentación del proyecto a las matronas del distrito sanitario. Se organizarán dos reuniones. En la primera se explicarán los motivos por los que se pretende poner en marcha este servicio, se informará del estado actual de los conocimientos del parto domiciliario, se discutirán e introducirán las mejoras pertinentes en la cartera de clientes y servicios, en el modo de desarrollar las intervenciones y en los indicadores de evaluación. En una segunda reunión se tratará la organización del equipo, los registros que utilizarán y la hoja informativa que será entregada a las mujeres (estos documentos habrán sido entregados en la primera reunión para trabajarlos en la segunda).

Plazo de realización: 8 semanas (del 1 de abril al 31 de mayo de 2007).

e) Presentación del proyecto al grupo de trabajo del Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio. La responsable del proyecto solicitará al responsable del proceso la convocatoria de una reunión para la presentación del proyecto. A esta reunión serán invitados también los directores o los adjuntos de enfermería de los distintos centros de salud y un representante de los celadores conductores. Éste último, el celador conductor, será incorporado como otro

componente del grupo de trabajo del proceso, que asistirá a partir de ahora a todas las reuniones en las que se vaya a tratar de la asistencia del parto a domicilio. Los distintos capítulos de este proyecto serán expuestos y discutidos en este grupo y de igual modo se introducirán posteriormente las mejoras que se consideren pertinentes.

Para todos los profesionales que tienen contacto con la mujer a lo largo de su proceso de embarazo, parto y puerperio, tiene que quedar claro que deben respetar la profesionalidad de la matrona y por supuesto, la dignidad de mujer y su derecho a participar en su parto y a que tome sus propias decisiones previamente informadas. Por tanto, si alguno de los profesionales no está de acuerdo con la decisión tomada entre la mujer y la matrona sobre el lugar de la atención del parto, deberá tratar dicho tema con la matrona responsable.

Plazo de realización: 2 semanas (del 1 al 15 de junio de 2007).

f) Presentación del proyecto definitivo a la Dirección de Enfermería. La responsable del proyecto informará a la dirección de enfermería de las mejoras introducidas.

Plazo de realización: 2 semanas (del 15 al 30 de junio de 2007).

g) Presentación de los documentos que serán incluidos en la historia clínica de la paciente al responsable de documentación clínica. La responsable del proyecto presentará impreso la hoja de registro de "Atención Domiciliaria: Embarazo, Parto y Puerperio" y realizará las modificaciones necesarias.

Plazo de realización: 2 semanas (del 1 al 15 de julio de 2007).

h) Petición al servicio de informática del área sanitaria, **la instalación en todos los centros sanitarios del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos de los partos atendidos en el domicilio**. Como se mencionó en otro apartado, este programa es una adaptación del que actualmente existe en el hospital. En principio, las modificaciones necesarias son las siguientes:

Suprimir los campos:

- Numero de historia clínica
- Fecha de ingreso en el hospital.
- Gemelar.
- Motivo de ingreso.
- Comienzo del parto.
- Motivo de inducción.
- Método de inducción.
- Recién nacido 2.

Introducir:

- Localidad.
- □ Sondaje vesical (marcar si ha realizado durante la dilatación o el expulsivo).
- □ Vacuna hepatitis B (marcar, si se administra)
- Hipoacusia: dudoso o positivo (seleccionar lo que proceda)
- □ Hipotiroidismo (marcar, si se realiza la toma de muestra para screening)
- Tipo de lactancia(4º-6º día): materna, mixta o artificial
- □ Fenilcetonuria (marcar, si se realiza la toma de muestra para screening)
- Traslado madre: antes del nacimiento o después (seleccionar lo que proceda). Motivo: (campo abierto)

- Traslado neonato. Motivo: (campo abierto)
- Tiempo de traslado: (campo abierto)

Plazo de realización: 4 meses (del 1 de julio al 31 de octubre de 2006).

i) Petición de documentos necesarios a imprenta. Se entregará a la unidad de suministros del área sanitaria, en formato electrónico y en papel, los documentos que a continuación se citan, para que sean solicitados a imprenta.

- Documento de información específica: Atención domiciliaria al parto.
- Hoja de registro: "Atención Domiciliaria: Embarazo, Parto y Puerperio".
- Hoja de "Consumo de material".
- Encuesta de satisfacción del usuario.

Plazo de realización: 4 meses (del 15 de julio al 31 de octubre de 2006).

j) Solicitud a la unidad del conocimiento del área sanitaria la organización de un curso de reanimación neonatal. Este curso se celebrará en el hospital con una periodicidad anual y asistirán obligatoriamente como discentes todas las matronas de atención primaria y las de hospital.

Plazo de realización: El curso se solicitará en la primera quincena de julio y se llevará a cabo en el mes de noviembre o diciembre.

3.1.2.- ETAPA DE EJECUCIÓN

k) Inicio de la rotación de las matronas por el hospital y de la oferta del servicio de atención del parto a domicilio el día 1 de octubre de 2007. El calendario mensual de rotación de las matronas, será facilitado al responsable de las telefonistas del hospital. Con este cronograma se prevé la atención de los primeros partos a partir de la segunda quincena de abril de 2008.

l) Evaluación e introducción de mejoras necesarias. A lo largo del mes de enero del 2009, se realizará la evaluación del servicio y se convocará una reunión de las matronas para comunicar los resultados y valorar la necesidad de mejoras. El equipo de matronas se constituye así como grupo de calidad y se reunirá semestralmente para analizar el funcionamiento del equipo, analizar nuevos problemas y proponer mejoras.

Tabla 12: ***Cronograma***

ETAPAS	ACTIVIDADES	2007												08		09
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiemb.	Octubre	Noviemb.	Diciemb.	Enero	Febrero	Enero
PREPARACIÓN	Presentación proyecto inicial a Dirección de Enfermería															
	Solicitud de recursos humanos y material															
	Acuerdo con las empresas de gestión de residuos peligrosos															
	Presentación proyecto a las matronas del distrito sanitario															
	Presentación proyecto al grupo de trabajo del Proceso de EPP															
	Presentación proyecto definitivo a Dirección de Enfermería															
	Valoración documentos HC por responsable de documentación clínica															
	Solicitud curso RCP neonatal															
	Instalación del programa informático para el tratamiento estadístico de los datos															
	Petición de documentos a imprenta															
EJECUCIÓN	Inicio rotación por hospital y oferta del servicio															
	Realización curso de RCP neonatal															
	Evaluación e introducción de mejoras															

3.2.- Equipo de Trabajo:

Los profesionales con intervención directa en la asistencia del parto a domicilio son los siguientes:

- **Telefonistas del hospital de Antequera:** Reciben la llamada y la pasan a la matrona correspondiente.
- **Matronas del distrito sanitario:** Realizan la oferta y ayuda en la toma de la decisión en la consultas de embarazo, la preparación de las gestantes y acompañantes en las sesiones de educación para el parto en casa, las visitas domiciliarias preparto y la atención en domicilio de las mujeres en trabajo de parto y en el puerperio.
- **Celadores de enlace del distrito sanitario:** Entregan y recogen de los domicilios el material necesario para la atención del parto y llevan las muestras de sangre para el grupo sanguíneo de los recién nacidos al hospital.

De las tres categorías profesionales, sobre las matronas recae el grueso de las intervenciones que se van a realizar con la puesta en marcha de este servicio, por lo que los siguientes apartados hacen referencia exclusivamente a la gestión de este colectivo.

3.2.1.- TURNOS

La distribución de trabajo entre las matronas se realizará de la siguiente forma: Cada día de la semana de lunes a viernes, una de las 6 matronas, estará localizada para la atención de partos y puerperios[a] a domicilio y las otras cinco realizarán su trabajo habitual en las localidades correspondientes, según se muestra en la propuesta de la tabla 13, siendo la sexta matrona la que va cubriendo los días que las otras cinco están localizadas.

Tabla 13: ***Propuesta de rotación de las matronas del distrito sanitario***

Matrona	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes*
ZBS de Antequera (1)	Localizada	Antequera	Antequera	Antequera	Antequera
ZBS de Antequera (2)	Antequera	Localizada	Antequera	Antequera	Concepción
ZBS de Archidona	Archidona	Cuevas Bajas y S. Marcos	Localizada	Archidona	Trabuco y Rosario
ZBS de Campillos	Campillos	Almargen	Campillos y S. Yeguas	Localizada	Cañete
ZBS de Mollina (1/2 jornada)			Mollina	Alameda	Localizada**
Distrito "Matrona 6ª"	Humilladero y F. Piedra	Valle	Tapia y Algaidas	Teba	Mollina*** Localizada

* Las localizadas de los viernes, las realizarán las matronas de Mollina y "la sexta matrona" de forma alterna, un viernes una y el siguiente la otra. ** Un viernes localizada y el siguiente con reducción de jornada. *** Un viernes irá a Mollina y el siguiente estará localizada.

[a] En Antequera las visitas posparto serán realizadas por una de las dos matronas de la localidad, ya que todos los días hay matrona. En el resto de los pueblos, si el día que a la puérpera le toca la primera visita posparto, la matrona de la zona se encuentra allí, será ésta quien la realice y no la localizada.

De lunes a viernes las guardias localizadas tendrán una duración de 24 horas, desde las 22:00 horas del día anterior hasta las 22:00 horas del día señalado. El día que estén localizadas, en horario de 8 a 15 horas prestarán su servicio en el hospital, si no tienen trabajo a domicilio y excepto si han trabajado durante la noche anterior. Con ello se pretende, en un principio, el reciclaje en la atención al parto y al puerperio inmediato(siendo conscientes de las diferencia entre el parto domiciliario y el hospitalario) y el establecimiento de una relación profesional directa entre los profesionales de ambos niveles asistenciales (matronas de atención primaria con matronas de atención hospitalaria, ginecólogos y pediatras).

En cuanto a los fines de semana, también se establecerá una rotación, de forma que cada fin de semana le toca a una de ellas, estableciéndose ciclos de 6 semanas. Estas guardias se iniciarán a las 22:00 horas del viernes y terminarán a las 22:00 horas del domingo. Las mañanas de sábados, domingos y festivos no tendrán que ir al hospital, pero sí realizarán la primera visita domiciliaria.

3.2.2.- COMPETENCIAS

A continuación se muestran las competencias **específicas** que han de tener las matronas para producir los resultados deseados y lograr los objetivos previstos y que además servirán para su evaluación y dirigir su desarrollo profesional. De las competencias tipo de las matronas, es decir, de que aquellas que el Sistema Sanitario Público de Andalucía considera como reflejo de su organización, estructura y cultura y que, por tanto, todos sus profesionales deben poseer, sólo se han incluido las que se consideran más importantes para este servicio.

En el desarrollo de competencias del profesional se consideran tres niveles (óptimo, experto y excelente) y en cada **nivel de desarrollo** se establece la necesidad de cada competencia como deseable (D) o imprescindible (I), de forma que en el nivel de excelencia todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible; sin embargo, no son entre sí de igual **valor relativo**, por lo que a cada una se le ha dado un valor, siendo 1 el de menor prioridad y 4 el de máxima. Se genera así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

MATRONAS
SERVICIO DE ATENCIÓN AL PARTO DOMICILIARIO
Distrito Sanitario "la Vega" de Antequera (Málaga)

CÓDIGO	CONOCIMIENTOS	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELEN	1	2	3	4
C-0512	Fisiología y exploración materno-fetal	I	I	I				
C-0513	Patología básica del embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0514	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso integral de embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0515	Patologías médicas y quirúrgicas preexistentes y concurrentes al embarazo que pueden condicionar el proceso	I	I	I				
C-0541	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso integral de embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0516	Conocimiento de la utilización de fármacos en embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0517	Impacto de factores psicosociales en la embarazada y entorno familiar	I	I	I				
C-0518	Analgesia Obstétrica	I	I	I				
C-0520	Reanimación del recién nacido	I	I	I				

C-0363	Educación maternal y promoción de lactancia materna	I	I	I				
C-0382	Urgencias obstétricas	I	I	I				
IC-0558	Cuidados enfermeros específicos "embarazo, parto, puerperio y del recién nacido"	I	I	I				
C-0519	Fisiología, patología y exploración del recién nacido normal y patológico	D	I	I				
C-0165	Conocimiento en metodología de cuidados enfermeros	D	I	I				
C-0179	Conocimiento básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control de gasto...)	D	I	I				
C-0117	Programas y bases de datos específicas de las organizaciones	D	I	I				
C-0552	Transporte enfermo crítico y no crítico desde el lugar del suceso hasta el hospital, dentro del hospital y entre hospitales.	D	I	I				
C- 0644	Gestión de residuos	D	I	I				
C- 0643	Enfermería basada en la evidencia	D	D	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsqueda bibliográficas, normas de publicación)	D	D	I				
C- 0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica elaboración de protocolos)	D	D	I				
CÓDIGO	**HABILIDADES**	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELEN	**1**	**2**	**3**	**4**
H-0312	Asistencia clínica al embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
H-0004	Capacidad de "humanizar" la tecnología	I	I	I				
H-0322	Extracción y manipulación de muestras biológicas	I	I	I				
H-0308	Exploración gineco-obstétrica, mamaria y del recién nacido	I	I	I				
H-0326	Capacidad de identificación de riesgos en el proceso	I	I	I				
H-0320	Manejo de dinámica de grupos en educación maternal	I	I	I				
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de recursos disponibles	I	I	I				
H-0053	Orientación al cliente	I	I	I				
H-0085	Dar apoyo	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0420	Cuidados específicos del embarazo, parto, puerperio y recién nacido	I	I	I				
H-0293	Manejo de técnicas específicas: amnioscopia, canalización de vía venosa, sondaje vesical, protección de periné, sutura de desgarros o episiotomía	I	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I				
H-0324	Capacidad de fomento y adiestramiento en lactancia materna	I	I	I				
H-0313	Realización de técnicas de reanimación del recién nacido	D	I	I				
H-0023	Capacidad para la toma de decisiones	D	I	I				
H-0024	Capacidad para las relaciones interpersonales (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0031	Habilidades de gestión de tiempo	D	I	I				
H-0091	Proporcionar a la gestante y entorno familiar seguridad y confianza durante el proceso del parto	D	I	I				
H-0140	Capacidad de decisión en situaciones de riesgo en el parto	D	I	I				
H-0339	Traslado y transferencia de pacientes críticos y urgentes	D	I	I				
H-0419	Elaboración de planes de cuidados en el proceso de embarazo, parto, puerperio y recién nacido	D	D	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	D	D	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0022	Capacidad para detectar problemas y aplicar soluciones	D	D	I				

CÓDIGO	ACTITUDES	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		ÓPTIMO	EXPERTO	EXCELEN	1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	I	I	I				
A-0072	Fomentar la autonomía del paciente	I	I	I				
A-0012	Escucha activa, asertividad	I	I	I				
A-0071	Continuidad asistencial	I	I	I				
A-0019	Equilibrado, prudente, rigurosa	I	I	I				
A-0021	Humanista y con sensibilidad social	I	I	I				
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	I	I	I				
A-0023	Intuitivo y con sentido común	I	I	I				
A-0064	Paciencia	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0004	Autonomía y colaboración	D	I	I				
A-0039	Implicación	D	I	I				
A-0054	Acogedor (atención especial al inicio del proceso, primer contacto)	D	I	I				
A-0056	Amabilidad	D	I	I				
A-0070	Promueve en el paciente la expresión de emociones (dudas, temores)	D	I	I				
A- 0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				
A- 0059	Sentido de pertenencia: de ser un elemento integrador del SSPA	D	D	I				

3.3.- Plan de Recursos:

Se prepararán cuatro partidas de material para la asistencia del parto en casa, una para cada zona básica de salud. Cada una de ellas debe contener el material que a continuación se detalla y después de cada parto debe reponerse el material fungible que se haya gastado.

	Artículo	Unid.	Precio unitario (Euros)	Precio total (Euros)
	Registros y documentos:			
	Hoja de registro: "Atención Domiciliaria: Embarazo, Parto y Puerperio".	1	0,18	
	Hoja de "Consumo de material".	1	0,0035	
	Encuesta de satisfacción del usuario.	1	0,70	
	Certificado de nacimiento para inscripción del recién nacido en el Registro Civil	1	-	
	Volante de solicitud de determinación de grupo y Rh del recién nacido	1	0,636	
	Soporte de muestras para hipotiroidismo	1	1,32	
	Soporte de muestras para fenilcetonuria	1	1,32	
	Documento de Salud Infantil	1	2,87	
				7
	Material de uso común en todas las etapas:			
No fungible	Tensiómetro	1	40	40
	Fonendo de adulto	1	36	36
	Termómetro	1	0,28	0,28
	Botella de oxígeno portátil de 3 litros con caudalímetro (imagen nº 1)	1	273,42	273,42
				349,7
Fungible	Pares de guantes estériles	15	0,20	3
	Caja de guantes no estériles.	1	1,88	1,88
	Paquetes de gasas estériles	5	0,064	0,32
	Contenedor hermético capacidad 1 litro	1	0,50	0,50
	Sondas de orina corta femenina nº 10	3	0,11	0,33
	Mascarilla de oxígeno de adulto	1	1,06	1,06
	Jeringas de 2 cc.	6	0,021	0,126
	Jeringa de 5 cc.	2	0,025	0,050
	Jeringa de 10 cc.	2	0,036	0,072
	Aguja sc	2	0,014	0,028
	Aguja im. pediátrica	1	0,014	0,014
	Agujas im. de adulto	5	0,014	0,07
	Agujas iv. de adulto	5	0,014	0,07
	Compresor de goma	1	0,24	0,024
	Catéteres venosos periféricos del nº 16, 18 y 20	2 c/ nº	1,10	6,6
	Llaves de tres pasos	2	0,18	0,36
	Sistemas de suero	3	0,28	0,84
	Puntos de aproximación de papel estériles	1	0,26	0,26
	Apósito adhesivo transparente de 5 x 7,5 cm	1	0,14	0,14
				15,744
	Material de uso durante la dilatación:			
No f.	Sonicaid (imagen nº 2)	1	243,15	
	Linterna médica (imagen nº 3)	1	2,25	
				244,40
Fungible	Amnioscopio de un sólo uso	2	0,97	1,94
	Lanceta de amniorrexis	1	0,14	0,14
	Bote de gel conductor de 250 cc.	1	0,46	0,46
				2,54

	Artículo		Unid.	Precio unitario[a] (Euros)	Precio total (Euros)
Material de uso durante el expulsivo:					
No fungible	Set de instrumental de partos	Pinza hemostática de Kocher 20 cm	3	17	51
		Tijera recta 20 cm	2	22,13	44,26
		Pinza de disección sin dientes 20 cm	1	10,063	10,063
		Porta-agujas 20 cm	1	33,64	33,64
					138,963
Fungible	Cepillo manos cirujano		1	0,45	0,45
	Paños estériles de un sólo uso		2	1,38	2,76
	Bata estéril de un sólo uso		1	2,89	2,89
	Paquetes de compresas estériles		2	0,05	0,10
	Sutura sintética reabsorbible	nº 0	2	2,34	4,68
		nº 2/0	3	2,34	7,02
					17,90
Material de uso con el recién nacido					
No fungible	Pesabebés (imagen nº 4)		1	134,59	
	Cinta métrica		1	0,69	
	Aparato de otoemisiones evocadas transitorias*		1	10438[b]	
	Aspirador de secreciones portátil (imagen nº 5)		1	250	
	Bolsa de resucitación neonatal (ambú) de 250 ml con reservorio y mascarilla transparente del nº 0		1	165	
	Fonendo pediátrico		1	28,74	
	Laringoscopio de pala recta del nº 1		1	241,18	
					11256,2
Fungible	Pinza umbilical.		1	0,22	0,22
	Tampón de tinta para la recogida de la huella del recién nacido en el certificado de nacimiento		1	3,90	3,90
	Tubo de hematimetría		1	0,11	0,11
	Jeringa de insulina con aguja		1	0,056	0,056
	Sonda de aspiración del nº 6, 8 y 10		1 c/nº	0,17	0,51
	Bolsa de aspiración		1	0,38	0,38
	Tubo burbuja para aspirador de secreciones (rollo de 30m)		80cm	5,40	1,44
	Sonda nasogástrica nº 8		1	0,30	0,30
	Tubo endotraqueal de 3,5 mm		1	2,28	2,28
	Cinta de algodón para sujeción del tubo endotraqueal		1 m	0,14	0,14
					9,336
Medicación y sueros					
	Oxitocina amp 10 UI/1ml*		5	0,605	3,025
	Metilergometrina amp 0,2 mg/1ml*		3	0,453	1,36
	Metoclopramida clorhidrato amp 10 mg/2ml.		2	0,268	0,53
	Mepivacaína sin vasoconstrictor amp 2 % 10ml.		1	0,89	0,89
	Penicilina G sódica vial de 5 mill. de UI		5	2,28	11,4
	Clindamicina amp. 900mg/6 ml		3	4,90	14,7
	Eritromicina vial iv 1 gr.		3	8,54	36
	Vitamina K pediátrica amp. 2 mg/0,2 ml		1	1,358	1,358
	Vacuna anti-hepatitis B vial 5mcg/0,5 ml*		1	8,875	8,875
	Pomada oftálmica de clortetraciclina al 0,50 % (tubo 3 gr.)		1	1,32	1,32
	Adrenalina amp. 1 mg/1 ml.		1	0,231	0,231
	Suero Ringer Lactato de 500 cc.		1	1,341	1,341
	Suero Fisiológico al 0,9 % de 500 cc.		1	1,358	1,358
	Suero Fisiológico al 0,9 % de 100 cc.		3	1,170	3,51
	Suero Fisiológico al 0,9 % de 10 cc.		2	0,216	0,432
	Voluven 6 % de 500 cc.		1	11,75	11,75
	Clorhexidina solución 0,5 % (frasco de 500 ml)		1	1,68	1,68
					99,76

a.- Precios con iva incluido. b.- Si la compra de este artículo no es aceptada por su alto coste, se planteará la alternativa de que los neonatos sean citados en la consulta de otorrino del hospital en el plazo máximo de 2 meses tras su nacimiento. * .- Medicación de conservación en frigorífico.

También se incluirá en el presupuesto del material inventariable la bolsa-nevera que se empleará para el traslado de la medicación de frigorífico y el acumulador de frío, cuyo precio es de 1,60 € .

Según este presupuesto, el coste del material no fungible o inventariable sería de 11.990,863 € y el del fungible de 156,28 €, por lo que **cada partida supondría 12.147,143 €, y el total de la cuatro 48.588,572 €**. Los cuatro teléfonos móviles no supondrían ningún gasto adicional, sólo habría que solicitarlos a la empresa de telefonía con la que actualmente mantiene contrato el hospital.

A continuación se muestra la imagen de algunos de los artículos propuestos para inclusión:

Imagen nº 1:

Modelo de botella de oxígeno con caudalímetro

Imagen nº 2

Modelo de sonicaid

Imagen nº 3

Modelo de pesabebés

Imagen nº 4

Modelo de linterna médica

Imagen nº 5

Modelos de aspirador de secreciones portátil

Imagen nº 6

Modelo de nevera portátil

4.- ANEXOS

Anexo 1.- MODELO DE REGISTRO DE GESTANTES SOLICITANTES DEL PARTO DOMICILIARIO

Nombre y Apellidos	NUSS	Teléfono	Municipio de residencia	FUR	FPP	Motivo de salida

ZBS ANTEQUERA | ZBS MOLLINA | ZBS ARCHIDONA | ZBS CAMPILLOS

Anexo 2.- MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Procedimiento: Asistencia del parto en domicilio

Servicio /Unidad:_____ Historia clínica_____

Médico:_____(Matrona) CNP:_____

Paciente:_____ NUSS:_____

Este documento tiene como finalidad dejar constancia de que usted ha otorgado su consentimiento a la aplicación del procedimiento arriba mencionado y, por tanto, nos autoriza a intervenir en los términos acordados previamente. Antes de firmar este documento, usted debe haber sido informado de forma verbal y por escrito sobre el procedimiento que le aplicarán.

CONSENTIMIENTO

Manifiesto que estoy conforme con el procedimiento que me han propuesto, y que he recibido y comprendido satisfactoriamente toda la información que considero necesaria para adoptar mi decisión. Asimismo, se me ha informado sobre mi derecho a retirar mi consentimiento en el momento en que lo considere oportuno, sin obligación de justificar mi voluntad y sin que ello se derive en ninguna consecuencia adversa para mí.

También manifiesto que se me ha informado sobre mi derecho a solicitar más información complementaria en caso de que lo necesite y a que no se e practique ningún procedimiento adicional, salvo aquellos de los que he sido informado, para el que doy mi aprobación, salvo que sea estrictamente necesario para salvar mi vida o para evitar algún daño irreparable para mi salud.

RIESGOS MÁS IMPORTANTES POR LAS CIRCUNSTANCIAS DEL PACIENTE

_____

_____

_____

Firma del paciente Fecha:	Firma persona que representa DNI: Fecha:	Firma de la matrona que informa CNP: Fecha:
Representación por: ☐ Voluntad de la persona interesada ☐ Minoría de edad ☐ Incapacidad persona interesada	FIRMA POR REVOCACION Nombre: DNI: Fecha:	

Documento autocopiativo con 2 copias: 1.Original Hª Clínica 2.Copia para interesad

Anexo 3.-MODELO DE DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA PARA LA ASISTENCIA DEL PARTO DOMICILIARIO

El nacimiento en la casa es seguro cuando se realiza de una forma planificada para aquellas embarazadas que no tienen factores de riesgo, por lo que la matrona valorará la presencia de riesgos para la madre o el niño durante el embarazo y el parto. Así mismo, la embarazada debe de informar a la matrona de cualquier problema o complicación que surja y que pudiera desaconsejarlo.

El nacimiento en casa requiere un preparación especial tanto de la madre como de la persona que la vaya a acompañar durante el parto, por lo que es necesario que ambos realicen el curso de educación maternal durante la gestación y que asistan a alguna de las reuniones que se organizan para las mujeres que desean parir en su casa.

Unas semanas antes del parto, la matrona visitará el domicilio para revisar el lugar en el que se producirá el nacimiento y posteriormente un celador entregará el material que es necesario para la asistencia. La familia será responsable de la conservación del material en su domicilio hasta su retirada. Cuando la mujer sospeche que está de parto, llamará a la matrona para que valore su estado. Iniciado el parto, la matrona permanecerá en el domicilio con la mujer hasta tres horas después del nacimiento. Durante todo el proceso, la matrona prestará los cuidados necesarios y solamente realizará las intervenciones que sean absolutamente necesarias. Nada se realizará sin su consentimiento y podrá elegir la ropa, la posición y el ambiente que quiera. Para el alivio del dolor, no será posible la administración de analgesia epidural, sino que se recurrirá a los baños de agua caliente, masajes y técnicas de relajación y respiración. Si surgiese alguna complicación en la madre, en el feto o en el neonato, que no pudiese resolverse en el domicilio, se realizaría el traslado al hospital de referencia en ambulancia. Las causas más frecuentes de traslado son:

- Intraparto: parto prolongado, líquido meconial y alteración de la frecuencia cardiaca fetal.
- Posparto: hemorragia posparto y retención placentaria.
- Recién nacido: problemas respiratorios.

Es necesario trasladar, aproximadamente a 10 mujeres de cada 100 que inician el parto en casa; a 1 de cada 100 después del parto y a 1 de cada 100 de los nacidos.

Después del parto, la matrona realizará un mínimo de tres controles, el primero será telefónico, al día siguiente. El segundo, a los 2 días en el domicilio; y el tercero, tambien en el domicilio, a los 4-6 días del nacimiento.

Actualmente el parto en casa es la única alternativa que existe al parto hospitalario. Entre ambos tipos de parto, no hay diferencias en cuanto a la duración del parto, la mortalidad intraparto y neonatal, la mortalidad materna, presencia de líquido amniótico meconial y hemorragia posparto. En el hospital hay mayor riesgo de episiotomía, desgarros severos de periné, estimulación del parto con oxitocina, parto instrumental, cesárea e infecciones; no obstante, si ocurre alguna complicación, no tiene que desplazarse y dispone de todos los especialistas de forma inmediata.

Anexo 4.- MATERIAL QUE DEBE TENER PREPARADO EN CASA

Para la asistencia al parto:

- Fuente de calor que no sea por aire, sino tipo radiador o mata eléctrica.
- Foco o lámpara de luz móvil, tipo flexo.
- Ropa de cama limpia y de repuesto.
- Ropa cómoda.
- Manta.
- Compresas de algodón y de celulosa.
- Empapadores (1 paquete).
- Toalla.

Menaje para el recién nacido:

- Toalla.
- Pañales.
- Camiseta.
- Pijama y gorro.
- Toquilla, arrullo o mantita.
- Ampollas de suero fisiológico.
- Gasas.
- Jabón neutro y esponja vegetal.
- Capazo o moisés o cuna.
- Gasas de algodón.

Anexo 5.-MODELO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA: PARTO Y PUERPERIO

Nombre y apellidos:..... ..... NUSS:.....

Edad:..... Teléfono:.....

Dirección:..... Localidad:.....

DATOS PERSONALES

Nombre del acompañante:..... Parentesco:.....Alergias: □ No □ Si:.....

Antecedentes familiares:.....

Antecedentes personales:.....

Peso:..... Talla:..... G:…….P:……A:…….C:…….

Año	Embarazo	Terminación	Recién nacido	Lactancia	Observaciones

GESTACIÓN ACTUAL

Nombre y apellidos del RN:.....

FUR:..... FPP:..... EG 1ª visita:..... Nº de visitas:.....

Screening bioquímico: □ Si □ No Ecografía sem. 20: □ Si □ No Nº de ecografías:.....

Hallazgos ecográficos de interés:.....

Educación Maternal completa: □ Si □ No .....

Ganancia ponderal:..... Hábitos tóxicos: □ No □ Si:.....

Problemas:.....

Medicación:.....

Grupo y Rh:..... Coombs Indirecto:..... HBsAg: □ negativo □ positivo

EGB urocultivos: □ negativo □ positivo EGB cultivo vagino-rectal: □ negativo □ positivo

Analítica III^{er} trimestre: □ normal □ alterada.....

VISITA DOMICILIARIA PREPARTO

Fecha:..... EG:..... Matrona:.....

Factores de riesgo: □ No □ Si:.....

Ambiente adecuado: □ Si □ No.....

ASPECTOS RELEVANTES que deban ser tenidos en cuenta en el parto y que no se hayan citado anteriormente:.....

.....

.....

VALORACIONES ANTEPARTO

1 **FECHA:**..... **HORA:**..... **MATRONA:**.....

MOTIVO:.....

.....

.....

DATOS DE LA VALORACIÓN:.....

.....

.....

.....

JUICIO DIAGNÓSTICO:.....

INTERVENCIONES REALIZADAS:.....

.....

PLAN PROPUESTO:.....

.....

2 **FECHA:**..... **HORA:**..... **MATRONA:**.....

MOTIVO:.....

.....

.....

DATOS DE LA VALORACIÓN:.....

.....

.....

.....

JUICIO DIAGNÓSTICO:.....

INTERVENCIONES REALIZADAS:.....

.....

PLAN PROPUESTO:.....

.....

FECHA: **EG:**

FCF								
HORA								
PLANO DE HODGE / **DILATACIÓN** SES 10								
9								
I 8								
7								
II 6								
5								
III 4								
3								
IV 2								
1								
ESTADO DEL CUELLO								
DINÁMICA UTERINA (nº/10 min)								
TENSIÓN ARTERIAL								
TEMPERATURA								
EVA (0-10)								
PROC. ALIVIO DOLOR								
VACIAMENTO VESICAL (SV/ME)								
PROFILAXIS ATB								
OBSERVACIONES								
Matrona								

FINALIZACIÓN:

Fecha:..... **Hora**:..... **Atendido por**:.....

Presentación: cefálica: occipitoanterior, occipitoposterior, cara

Infiltración de periné: no , si: ..... cc. Mepivacaína **Episiotomía:** no , si.....

Desgarro (localización y grado):.....

Sutura (técnica y material):.....

Vaciamiento vesical: si (ME , SV), no **Tacto rectal:** - , +

Observaciones:.....

ALUMBRAMIENTO

Hora:..... **Tipo:** dirigido, espontáneo **Aguas posteriores:** claras, meconiales

Placenta: completa, incompleta, dudosa **Membranas:** completas, incompletas, dudosas

Patología del cordón:.....

Observaciones:.....

RECIÉN NACIDO

Apgar	Latidos	Respiración	Tono	Reflejo	Color	Total
1´						
5´						
10’						

Tipo de reanimación: I, II , III , IV .....

.....

.....

Sexo:..... **Peso:**..... **P. cefálico:**..... **P. torácico:**..... **Longitud:**.....

Estómago permeable: si, no **Ano permeable:** si, no **Screening hipoacusia:** negativo, dudoso

Profilaxis: ☐ Vitamina K ☐ Oftalmia neonatal ☐ **Vacuna anti-HB**

Observaciones:.....

PUERPERIO INMEDIATO

Hora					
Tensión arterial					
Temperatura					
Pulso					
Hemorragia					
Globo					
OBSERVACIONES					

Desea lactancia materna: si , no **Iniciada en puerperio:** si, no **Efectiva:** si , no

.....

.....**Salida** del domicilio a las ..... horas.

CONTROL Y VISITAS DOMICILIARIAS POSPARTO

1 **Fecha:**.....**Hora:**..... **Matrona:**.....

MADRE: Estado general.....

Loquios:..... Periné:.....

Mamas:..... Estado de ánimo:.....

RECIÉN NACIDO: Estado general:.....

Color:..... Comportamiento:.....

Alimentación:.....

JUICIO DIAGNÓSTICO:.....

INTERVENCIONES REALIZADAS:.....

.....

PLAN PROPUESTO:.....

.....

2 **Fecha:**.....**Hora:**..... **Matrona:**.....

MADRE: Estado general..... Altura uterina:.....(traveses de dedos)

Loquios:..... Periné:.....

Mamas:..... Estado de ánimo:.....

RECIÉN NACIDO: Estado general:..... Grupo y Rh:.....

Color:..... Comportamiento:.....

Alimentación:.....

Higiene:..... Estado del cordón:.....

JUICIO DIAGNÓSTICO:.....

INTERVENCIONES REALIZADAS: ☐ Screening hipotiroidismo ☐ Adm. gammaglobulina anti-D

.....

PLAN PROPUESTO:.....

.....

3 **Fecha:**.....**Hora:**..... **Matrona:**.....

MADRE: Estado general..... Altura uterina:.....(traveses de dedos)

Loquios:..... Periné:.....

Mamas:..... Estado de ánimo:.....

RECIÉN NACIDO: Estado general:..... Grupo y Rh:.....

Color:..... Comportamiento:.....

Alimentación:.....

Higiene:..... Estado del cordón:.....

JUICIO DIAGNÓSTICO:.....

INTERVENCIONES REALIZADAS: ☐ Screening hipotiroidismo ☐ Adm. gammaglobulina anti-D

.....

PLAN PROPUESTO:.....

4 **Fecha:**.....**Hora:**..... **Matrona:**.....

MADRE: Estado general..... Altura uterina:.....(traveses de dedos)

Loquios:..... Periné:.....

Mamas:..... Estado de ánimo:.....

RECIÉN NACIDO: Estado general:.....

Color:..... Comportamiento:.....

Alimentación:.....

Higiene:..... Estado del cordón:.....

JUICIO DIAGNÓSTICO:.....

INTERVENCIONES REALIZADAS: ☐ Screening fenilcetonuria.....

.....

PLAN PROPUESTO:.....

.....

Anexo 6.- REGISTRO DE CONSUMO DE MATERIAL, MEDICACIÓN Y FLUIDOS

Artículos		Unid. contenidas	Precio/unid. (€)	Unid. consumidas	Gasto (€)
Aguja im. pediátrica		1	0,014		
Aguja sc		2	0,014		
Agujas im. de adulto		5	0,014		
Agujas iv. de adulto		5	0,014		
Amnioscopio de un sólo uso		2	0,97		
Apósito adhesivo transparente de 5 x 7,5 cm		1	0,14		
Bata estéril de un sólo uso		1	2,89		
Bolsa de aspiración		1	0,38		
Bote de gel conductor de 250 cc.		1	0,46		
Caja de guantes no estériles.		1	1,88		
Catéteres venosos periféricos del nº 16, 18 y 20		2 c/ nº	1,10		
Cepillo manos cirujano		1	0,45		
Cinta de algodón para sujeción del tubo endotraqueal		1 m	0,14		
Compresor de goma		1	0,24		
Contenedor hermético capacidad 1 litro		1	0,50		
Jeringa de 10 cc.		2	0,036		
Jeringa de 5 cc.		2	0,025		
Jeringa de insulina con aguja		1	0,056		
Jeringas de 2 cc.		6	0,021		
Lanceta de amniorrexis		1	0,14		
Llaves de tres pasos		2	0,18		
Mascarilla de oxígeno de adulto		1	1,06		
Paños estériles de un sólo uso		2	1,38		
Paquetes de compresas estériles		2	0,05		
Paquetes de gasas estériles		5	0,064		
Pares de guantes estériles		15	0,20		
Pinza umbilical.		1	0,22		
Puntos de aproximación de papel estériles		1	0,26		
Sistemas de suero		3	0,28		
Sonda de aspiración del nº 6, 8 y 10		1 c/nº	0,17		
Sonda nasogástrica nº 8		1	0,30		
Sondas de orina corta femenina nº 10		3	0,11		
Sutura sintética reabsorbible	nº 0	2	2,34		
	nº 2/0	3	2,34		
Tampón de tinta para la recogida de la huella del recién nacido en el certificado de nacimiento		1	3,90		
Tubo burbuja para aspirador de secreciones (rollo de 30m)		80cm	5,40		
Tubo de hematimetría		1	0,11		
Tubo endotraqueal de 3,5 mm		1	2,28		

Medicación y fluidos	Unid. contenidas	Precio/unid. (€)	Unid. consumidas	Gasto (€)
Adrenalina amp. 1 mg/1 ml.	1	0,231		
Clindamicina amp. 900mg/6 ml	3	4,90		
Clorhexidina solución 0,5 % (frasco de 500 ml)	1	1,68		
Eritromicina vial iv 1 gr.	3	8,54		
Mepivacaína sin vasoconstrictor amp 2 % 10ml.	1	0,89		
Metilergometrina amp 0,2 mg/1ml	3	0,453		
Metoclopramida clorhidrato amp 10 mg/2ml.	2	0,268		
Oxitocina amp 10 UI/1ml	5	0,605		
Penicilina G sódica vial de 5 mill. de UI	5	2,28		
Pomada oftálmica de clortetraciclina al 0,50 % (tubo 3 gr.)	1	1,32		
Suero Fisiológico al 0,9 % de 10 cc.	2	0,216		
Suero Fisiológico al 0,9 % de 100 cc.	3	1,170		
Suero Fisiológico al 0,9 % de 500 cc.	1	1,358		
Suero Ringer Lactato de 500 cc.	1	1,341		
Vacuna anti-hepatitis B vial 5mcg/0,5 ml	1	8,875		
Vitamina K pediátrica amp. 2 mg/0,2 ml	1	1,358		
Voluven 6 % de 500 cc.	1	11,75		

Gasto total	.....(€)

Anexo 7.-MODELO DE CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS

La información obtenida en esta encuesta está protegida por ley 12/89 que regula el secreto estadístico para las administraciones públicas, no pudiéndose tratar ni difundir más que de forma numérica y agregada para garantizar el anonimato de las entrevistadas.

Queremos conocer su opinión sobre el servicio de atención al parto en el domicilio, con el fin de mejorarlo. La entrevista es completamente anónima y el centro no tendrá ningún conocimiento sobre sus respuestas. Por tanto, siéntase libre para responder lo que piense.

1. ¿Cómo se encuentra de satisfecha con el servicio que ha recibido?

Muy satisfecha.....5
Satisfecha.....4
Ni satisfecha ni insatisfecha.....3
Insatisfecha.....2
Muy insatisfecha.....1
No sabe.....6
No contesta.....7

2. ¿Cómo valora la comodidad del edificio y de las instalaciones del centro?

Muy bien.....5
Bien.....4
Ni bien ni mal.....3
Mal.....2
Muy mal.....1
No sabe.....6
No contesta.....7

3. ¿Cómo valora las reuniones organizadas para las mujeres que desean planificar su parto en el domicilio?

Muy bien.....5
Bien.....4
Ni bien ni mal.....3
Mal.....2
Muy mal.....1
No sabe.....6
No contesta.....7

4. ¿Cómo le resultó hablar por teléfono con la matrona cuando la necesitó?

Muy fácil.....5
Fácil.....4
Ni fácil ni difícil.....3
Difícil.....2
Muy difícil.....1
No sabe.....6
No contesta.....7

5.¿Cómo considera la información sobre los procedimientos y pruebas que le realizaron durante el parto y el posparto?

Muy bien.....5
Bien.....4
Ni bien ni mal.....3
Mal.....2
Muy mal.....1
No sabe.....6
No contesta.....7

6. ¿Se sintió segura y cuidada durante el parto y el posparto?

Mucho.....5
Bastante.....4
Ni mucho ni poco.....3
Poco.....2
Muy poco.....1
No sabe.....6
No contesta.....7

7. ¿Hasta que punto se respetaron sus preferencias personales durante el parto?

Mucho.....5
Bastante.....4
Ni mucho ni poco.....3
Poco.....2
Muy poco.....1
No sabe.....6
No contesta.....7

8. ¿Cómo valora la amabilidad y el respeto en el trato durante todo el proceso?

Muy bien.....5
Bien.....4
Ni bien ni mal.....3
Mal.....2
Muy mal.....1
No sabe.....6
No contesta.....7

9. ¿Qué mejoraría en primer lugar de este servicio? (por favor, diga sólo el aspecto más importante para usted)

_____

_____

_____

_____

10. ¿Recomendaría parir en el domicilio a un familiar o amiga?

Si.....1
No.....2
No sabe.....3
No contesta.....4

11. ¿Recomendaría la matrona que le atendió en el parto a un familiar o amiga?

Si.....1
No.....2
No sabe.....3
No contesta.....4

12. ¿Ha sido este su primer parto?

Si.....1
No.....2
No sabe.....3
No contesta.....4

13. ¿Usted o su hijo sufrieron alguna complicación en el parto o después?

Si.....1
No.....2
No sabe.....3
No contesta.....4

14. Si surgió alguna complicación, ¿Usted o su hijo tuvieron que ser trasladados al hospital?

Si.....1
No.....2
No sabe.....3
No contesta.....4

5.- BIBLIOGRAFÍA

[1] Uranga A, Urman J, Lomuto C, Martínez I, Wisburd MJ, García O, Galimberti D, Queiruga M. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud, Argentina. 2004.

[2] Lemay G. La naturaleza de parir y nacer de "El parto es nuestro". Disponible en : http://www.elpartoesnuestro.es

[3] Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria.2003; 5:47-53.

[4] OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Salud Reproductiva. Ginebra, 1996.

[5] Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 1. Oxford: Update Software Ltd.

[6] Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 1. Oxford: Update Software Ltd.

[7] Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 1. Oxford: Update Software Ltd.

[8] Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.

[9] Sánchez A, Gómez A, Pérez MC, Martínez E. Pinzamiento tardío vs. Pinzamiento precoz del cordón umbilical. Medicina Naturista 2006;10:620-637.

[10] Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

[11] Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.

[12] García, I. ¿Está justificada la administración de oxitocina de forma rutinaria a todas las mujeres en trabajo de parto? Evidentia 2006 ene-feb 3 (7)

[13] Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006, número 1. Oxford: Update Software Ltd.

[14] Olsen O, Jewell MD. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006 Número1. Oxford: Update Software Ltd.

[15] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006 Número1. Oxford: Update Software Ltd.

[16] Márquez S, Meneu R. Creación de enfermedades. Boletín INFAC. 2005. Volumen 13, número 7. Julio –agosto. En: www.osanet.euskadi.net.

[17] Giribet ME, Rodríguez A, Martínez V. Análisis de las diversas ansiedades que presentan las futuras madres durante la gestación. Enfermería Científica 1992 julio-agosto; 124-125:27-32.

[18] Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

[19] OMS. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM.

[20] Cabrera J. Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: Renacer del parto natural. . Revista chilena de obstetricia y ginecología 2003;68(1):65-67.

[21] Villanueva LA. Operación cesárea. Una perspectiva integral. Revista de la Facultad de Medicina [en línea]. México 2004 Nov- Dic [citado (7 Julio 2006)];47(6). Disponible en: http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no47-6/RFM47605.pdf

[22] Aceituno L, Segura M.H, Quesada J Rodríguez-Zarauz R, Ruiz-Martínez E, Barqueros A.I, Sánchez M.T. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. Progresos en Obstetricia y Ginecología 2003;46(10):430-440.

[23] González-Merlo J. Obstetricia. Tomo I. 4 ed. Barcelona; 1996.p.795-816.

[24] Tyndall M. Mortalidad materna: La maternidad segura se encuentra en el protagonismo de las mujeres mismas. El parto es nuestro 2006. Disponible en: http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=116&Itemid=53

[25] Grupo de trabajo sobre asistencia al parto y puerperio patológicos. Sección de medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. 1ª Edición. España: E. Fabre González;1999.p.297.

[26] Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S, Ramírez Troyano A, Rello Yubero C, Martínez Rodríguez MT. Bonal Pitz P. La lactancia materna en Andalucía. Resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.

[27] Cerdá H. Uno de cada cuatro niños nace por cesárea. El País. Suplemento. 30 de mayo de 2001.

[28] Sarría A, López ET. Diferencias en la probabilidad de una cesárea asociadas con la dependencia del hospital, el volumen de casos y el riesgo obstétrico. Atención Primaria 2003;32(6).

[29] Spetz J, Smith MW, Ennis SF. Physician incentives and the timing of caesarean sections: evidence from California. Med Care 2001;39:536-550.

[30] Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? British Medical Journal 2002; 324: 892-895.

[31] Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte. Año 2004 [notas de prensa]. 10 de abril de 2006.

[32] García A, García JA, Blanco D, Quero J, Esqué MT, Figueras J. Asfixia perinatal y parálisis cerebral. Anales Españoles de Pediatría 2000;53:40-42.

[33] Nelson KB, Dambrosia JM, Ting TY, Grether JK. Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. The New England Journal of Medicine 1996;334:613-618.

[34] Anthony S, Buitendijk SE, Offerhaus PM, van Dommelen P, van der Pal-de Bruin KM. Maternal factors and the probalility of a planned home birth. An International Journal of Obstetrics and Gynecology 2005 Jun;112(6):748-753

[35] Suárez G, Ovarejo M. Dar a luz en casa la última moda. La Razón Digital [sociedad]. 23 de mayo de 2006.

[36] Murphy PA. Planned home birth with a regulated midwife is as safe as hospital birth for low-risk women. Commentary. Evidence-based Healthcare 2002;6:119.

[37] Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford RJL. Measuring outcomes other than safety is feasible. British Medical Journal 1996;312:753.

[38] Springer NP, Van Weel C. Home birth: Safe in selected women, and with adequate infrastucture and support. British Medical Journal 1996;313:1276-1277.

[39] Newburn M, Dodds R. Such a trial should not limit the choices of women who already have a preference. British Medical Journal 1996;312:756.

[40] Wiegers TA, Keirse MJNC, van der Zee J, Berghs GAH. Outcomes of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. British Medical Journal 1996;313(7068):1309-1313.

[41] Olsen O. Are home births the future? Tidsskrift for Jordemodre 1995;105:8-13.

[42] Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. Birth 1997;24(1):4-13.

[43] Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. British Medical Journal 1996;313:1306-1309.

[44] Bastian H, Keirse MJNC, Lancaster PAL. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. British Medical Journal 1998;317:384-388.

[45] Davis-Floid, R. Home- birth emergencies in the US and Mexico: the trouble with transport. Social Science and Medicine 2003; 56: 1911-1931.

[46] Jhonson KC, Davis BA. Outcomes of planned home births with certified profesional midwives:large prospective study in North América. British Medical Journal 2005; 330(7505):1416-14 330(7505):1416-1419.

[47] Murphy PA, Fullerton J. Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. Obstetrics and Gynecology 1998;92(3):461-470.

[48] Anderson RE, Murphy PA. Outcomes of 11.788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retropective descriptive study. Journal Nurse Midwifery 1995; 40(6):483-492.

[49] Janssen P, Lee S, Ryan E, Etches D, Farquharson D, Peacock D, Klein M. Outcomes of planed home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. Canadian Medical Association or its licensors 2002;166(3):315-323.

[50] Davies J, Hey E, Reid W, Young G. Prospective regional study of planned home births. British Medical Journal 1996;313(7068):1302-1306.

[51] The Royal College of Midwives. Position Paper. Home Birth. January 2002.

[52] Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Gunter-Witt K, Kunz I, Zuling M, Schindler C, Maurer M. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. British Medical Journal 1996;313(7068):1276-1277.

[53] Schirm E, Tobi H, de Jong-van den Berg L.T.W. Low use of medication in hoe deliveries in the Netherlands. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2002;79:5-9.

[54] Longworth L, Ratcliffe J, Boulton M. Investigating women's preferences for intrapartum care; home versus hospital births. Health Soc Care Commnunity 2001 Nov;9(6):404-413.

[55] Schneider D. Planned out-of-hospital births, New Jersey, 1978-1980. Social Science & Medicine 1986;23(10):1011-1015.

[56] Morison S, Hauck Y, Percival P, McMurray A. Constructing a home birth environment through assuming control. Midwifery 1998 Dec;14(4):233-241.

[57] Cunningham JD. Experiences of Australian mothers who gave birth either at home, at a birth centre,or in hospital labour wards. Social Science & Medicine 1993;36(4):475-483.

[58] Anderson RE, Anderson D.A. The cost effectiveness of home birth. Journal of Nurse-Midwifery Jan-Feb 1999;44(1):30-35.

[59] Principal Nursing Adviser's Office. Department of Health. Homebirth policy and guidelines for management of risk factors. August 2001.

[60] McCloskey JC, Bulechecek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª Edición. Madrid: Harcourt.

[61] Elbourne Dr, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

[62] McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Administración profiláctica de sintometrina versus ocitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2 . Oxford: Update Software Ltd.

[63] Prevendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

[64] Puckett RM, Offringa M. Uso profiláctico de vitamina K para la hemorragia por deficiencia de vitamina K en recién nacidos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.

[65] Vedam S, Kolodji Y. Guideliness for client selection in the home birth midwifery practice. Journal Nurse Midwifery. 1995 Nov- Dec;40(6):508-521.

[66] Lidgren H, Hildingsson I, Radestad I. A Swedish interview study: parents` assessment of risks in home births. Midwifery 2006;22:15-22.

[67] García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Atención Primaria 2005; 35 (6):295.-300.

[68] Seguranyes G. La prescripción de las enfermeras y matronas, y la nueva Ley del medicamento [editorial]. Matronas Profesión 2006; 7(2).