



**Universidad
de La Laguna**

MÁSTER UNIVERSITARIO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO

Trabajo Fin De Máster 2021/2022

**Percepción de los profesionales en el
paritorio del Complejo Hospitalario
Universitario de Canarias de las prácticas
habituales y análisis de las implicaciones
éticas.**

Autora: Marta Plaza Andrada

Tutora: Janet Delgado

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	12
METODOLOGÍA	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	58

RESUMEN

Introducción: El parto es un momento único e irreplicable en la vida de cada mujer, para acompañarlo adecuadamente es imprescindible que los profesionales sigan las recomendaciones basadas en la evidencia que proponen las Guías de Práctica Clínica (GPC), los Códigos Deontológicos y cumplir con los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Justificación: Pese a que las GPC deberían orientar nuestra práctica habitual, se observa que dichas recomendaciones no acaban de implantarse en los servicios, y aunque sí se viene realizando un cambio gradual en las prácticas, a día de hoy aún encontramos diversidad de opiniones.

Objetivos: Determinar cómo perciben los profesionales del servicio de paritorio del Hospital Universitario de Canarias (HUC), las prácticas que en él se realizan, así como sus implicaciones éticas.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal a los profesionales que trabajan en el Paritorio del HUC, preguntando sobre las percepciones que tienen de las prácticas habituales que se realizan en el servicio.

Resultados: Se obtuvieron datos de 63 participantes. En primer lugar, se extrajeron los resultados generales. Al separar dichos resultados por grupos de edad, género, años de experiencia y categoría profesional, y compararlos, se vio que las preguntas referentes a la idoneidad de realizar el expulsivo en bañera y el momento de realizar el ingreso en la unidad de paritorio, ambas en mujeres de bajo riesgo, fueron las que mayor diferenciación de respuestas obtuvieron.

Discusión: Comparamos lo que recomiendan las GPC con los resultados de este estudio, viendo las implicaciones éticas de estas actuaciones

Conclusiones: Los profesionales del HUC perciben de manera similar las prácticas que se realizan en el servicio, no encontrando mucha diferencia por grupos de edad, género, años de experiencia o categoría profesional. Según esta percepción las prácticas en ocasiones se acercan y otras se alejan de las recomendaciones de las GPC.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth is a unique and unrepeatable moment in the life of each woman, to adequately accompany it, it is essential that professionals follow the evidence-based recommendations proposed by the Clinical Practice Guidelines (CPG), as well as the Code of Ethics and complying with the principles of beneficence, non-maleficence, autonomy and justice.

Justification: Despite the fact that the CPGs should guide our usual practice, it is observed that these recommendations have not yet been implemented in the services, although a gradual change in practices has been made, to this day we still find a diversity of opinions.

Objectives: To determine how the professionals of the delivery room service of the Hospital Universitario de Canarias perceive the practices carried out there, as well as their ethical implications.

Methodology: A quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out on the professionals who work in the delivery room of the Hospital Universitario de Canarias (HUC), asking about their perceptions of the usual practices carried out in the service.

Results: Data were obtained from 63 participants. First, the general results were extracted. When these results were separated by age groups, gender, years of experience and professional category, and compared, it was seen that the questions regarding the suitability of carrying out the delivery in the bathtub and the time of admission to the delivery unit, both in low-risk women, were the ones who obtained the greatest differentiation of responses.

Discussion: We compare what the CPGs recommend with the results of this study, seeing the ethical implications of these actions.

Conclusions: HUC professionals perceive the practices carried out in the service in a similar way, not finding much difference by age groups, gender, years of experience or professional category. According to this perception, practices sometimes come close and others move away from the recommendations of the CPGs.

INTRODUCCIÓN

El parto es un momento de vital importancia, tanto a nivel físico como psicológico y emocional para la mujer, un momento irrepetible que quedará grabado en ella para siempre.

Según la psiquiatra infantil y perinatal Ibone Olza *“cuando el parto es respetado, las mujeres salen del mismo sintiéndose poderosas, capaces de cualquier cosa, listas para criar a sus bebés con fuerza y con seguridad en sí mismas”* (1).

Durante miles de años, el cuerpo de la mujer, como un animal mamífero, evolucionó para permitir este proceso fisiológico, y, por lo tanto, el desarrollo como especie con el nacimiento de nuevos seres humanos.

No obstante, el contexto que rodea a este acontecimiento, ha ido sufriendo diversos cambios que ahondan más allá de las simples repercusiones en el proceso del parto.

A lo largo de la historia, hemos pasado de un modelo matriarcal propio de las primeras etapas del paleolítico, en el que la mujer daba a luz en soledad, apartada de la sociedad en la que vivía, a un modelo patriarcal que transformó la sociedad y la manera de parir tomando cada vez más importancia las decisiones del hombre, y con ello relegando la de las mujeres a un segundo plano. Los hombres, en esta nueva configuración de la sociedad, no dejaban que la mujer pariera sola, pues le daban mucha importancia a la descendencia y para ello, pedían ayuda a otras mujeres con la experiencia de la comunidad que las acompañaban y asistían en este proceso.

Así, durante muchos años la figura de la “partera” acompañó a la mujer en el alumbramiento de sus hijos.

No obstante, en el siglo XV todo empezó a cambiar y, paulatinamente, se empezó a excluir a las mujeres de las cuestiones médicas al volverse esta una disciplina académica, según Martínez y Pardo *“en el siglo XVIII, la hasta entonces hegemonía de las parteras se puso sistemáticamente en cuestión desde el poder político, intelectual y religioso, y fue sustituida de forma progresiva por la de los cirujanos comadrones”* (2).

Estos cambios, en los que la mujer paso de dirigir su propio parto a quedar a expensas de las decisiones de los hombres en la sociedad, supusieron un retroceso en la escucha a los instintos y sensaciones durante el proceso de parto, que no beneficiaron un correcto desenvolvimiento en el proceso fisiológico y normal (3).

Al margen de la figura de la mujer y los aspectos emocionales, a lo largo de la historia se han producido notables avances científicos, que han buscado limitar o eliminar las principales causas de morbilidad materna durante un proceso que, pese a ser fisiológico y normal, dista mucho de desarrollarse en las condiciones en las que la naturaleza nos había hecho evolucionar.

En este punto, podemos enumerar varios de estos avances como son el lavado de manos con líquido clorado o la utilización de mascarilla en el ámbito quirúrgico. Así mismo, también podemos destacar varios nombres que de una manera u otra contribuyeron a desarrollar los avances en obstetricia. Descubrimientos como los de Semmelweiss o Pasteur, que contribuyeron a disminuir la infección puerperal y con ello las altas tasas de mortalidad materna y fetal de la época. Destacar a la familia Chamberlein, pionera en el diseño y utilización de los fórceps, o Mauriceau, quien realizó el primer parto en cama y elaboró un método de extracción para bebés en podálica. También podemos nombrar a Alexandre Lejumeau, que introdujo la auscultación obstétrica para determinar la vitalidad fetal dentro del útero, A. Pinard con el estetoscopio que lleva su nombre, C. Leopold con sus maniobras para determinar la estática fetal, E. Dale con el descubrimiento de la oxitocina etc. (4)

De estos avances podemos clasificar dos grandes grupos, aquellos que permitieron mejorar las condiciones para el trabajo de parto y evitar complicaciones, (la correcta higiene, monitorización, o adelantarnos a posibles complicaciones como el determinar el tamaño o posición del bebé) y aquellos otros avances que permitieron que partos que hasta ese momento no podían llevarse a término, y hacían elegir entre la vida de la madre o del bebé, o incluso, acababan con la de ambos, hayan podido resolverse de forma satisfactoria, contribuyendo a reducir las tasas mortalidad perinatal. (5)

No obstante, los avances científicos han favorecido que, en la práctica clínica actual, se haya producido una tasa de medicalización de los partos que dista mucho de ser la estrictamente necesaria para poder atender los llamados partos de “alto riesgo”, abarcando también a los catalogados como “bajo riesgo” en los que no suele ser necesarias dichas prácticas ya que su curso, en la mayoría de los casos, debería de ser tan fisiológico como es el parto por definición.

Según el informe de la OMS emitido en febrero de 2018 (6), la mayoría de los 140 millones de partos que se producen anualmente no tienen complicaciones, y por lo tanto carece de sentido normalizar prácticas para iniciar, acelerar, finalizar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, como la cesárea o la administración de oxitocina para la dilatación cervical, entre otras.

A esta medicalización de un proceso fisiológico y natural de la mujer, para el que está biológicamente preparada, han contribuido diversos factores, como puede ser el rechazo de la sociedad moderna al dolor, el exceso de información en redes sin que sea cribada adecuadamente, la distorsión del parto a través de los medios audiovisuales, mostrando una perspectiva poco realista o el propio carácter de los profesionales, que intentan desarrollar un parto lo más “cómodo” y rápido para las mujeres, dejando de lado, en ocasiones, lo que la evidencia científica determina que debe realizarse, o lo que es peor, dejando a un lado los deseos de la propia mujer con la excusa de ayudarla en lugar de empoderarlas para que conecten con su cuerpo y sus sensaciones, tomando un modelo paternalista que pretende que la mujer se deje llevar y guiar por “los que saben”, desde que entra por la puerta del paritorio.

Por supuesto, las intervenciones en ocasiones son necesarias, pero muchas veces previamente se han llevado a cabo acciones que no lo eran y que han complicado el proceso sin que fuera necesario.

En este punto, vamos a centrarnos en el parto respetado que según la OMS se entiende como *“El modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo”* (7).

Para que un parto pueda considerarse respetado, los profesionales deben respetar la fisiología del parto y esto pasa por no hacer nada que vaya en contra de la misma, por ejemplo, dejar que se mueva libremente tanto en expulsivo como en dilatación, sin imponerle posturas para nuestro mayor control.

También deben respetarse los deseos de la mujer plasmados en su plan de parto o al menos, comentarlos verbalmente y argumentar en caso de no ser posible llevarlos a cabo, pero siempre teniendo en cuenta que la última decisión es de la mujer.

Y por supuesto se deben respetar los derechos de la mujer gestante y del recién nacido.

Algunos de estos derechos que podemos destacar en el contexto del presente trabajo serían el derecho a la información (8) definido con el siguiente tenor:

“1. 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. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”

Lo expuesto, aplicado a la mujer gestante, implica que todos los profesionales que la atiendan deberán informarla de todas las opciones disponibles, así como de las ventajas e inconvenientes reales de las mismas o riesgos si los hubiera, independientemente del curso que siga su parto o del lugar del mismo, para que ella pueda elegir libremente, que sienta que ha formado parte de la toma de decisiones mediante el consentimiento informado definido por la ley de Autonomía del Paciente como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”*(8). Por esto, solo después de tomar las decisiones de manera informada, podrán sentirse protagonistas de sus partos junto con sus bebés.

Esta obligación consta en la propia actuación ética de los profesionales médicos, por cuanto *“El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias.”* (9).

En esta misma línea se pronuncia la Ley de Autonomía del paciente, que recoge en su artículo 2.6 que *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo 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.”*

También es importante resaltar que todo plan de parto o consentimiento informado podrá revocarse en cualquier momento.

En último lugar, debemos hablar de los derechos del recién nacido que, en el paritorio, se materializan principalmente en el derecho a realizar un “piel con piel”, la lactancia materna y el pinzamiento tardío del cordón. En lo que se refiere al primero de ellos, debe garantizarse el realizar el “piel con piel” sin ningún tipo de interferencias, para beneficiarse del mismo. El “piel con piel” muchas veces es mal entendido, no se presta atención a la necesidad de realizarlo sin interrupciones, ya que no da lo mismo separar al recién nacido de su madre un momento para pesarlo y explorarlo para, luego, continuar ese

contacto estrecho, pues estas actuaciones interfieren en el preciado contacto precoz inmediato.

Lo mismo ocurre con la segunda de las necesidades o derechos del bebé, como es que pueda disfrutar de la lactancia si así lo desea su madre, sin interrupciones. En lo que se refiere al pinzamiento tardío del cordón, debe velarse por garantizar el mismo independientemente del tipo de parto que haya tenido. Todas estas actuaciones, deben entenderse dentro de las posibilidades de la práctica clínica, la cual, en ocasiones, y por cuestiones de urgencia médica, impiden el desarrollo pleno de estos derechos.

Una vez hemos expuesto unas líneas generales de las necesidades, derechos y deberes de las gestantes, trataremos de determinar, a través del presente estudio, si las prácticas clínicas que se realizan en el Servicio de paritorio son adecuadas a lo que se entiende como buenas prácticas, así como si se realizan actuaciones que, pese a no serlo, sí que se interpretan como beneficiosas por los profesionales, y las posibles repercusiones que estas conductas puedan tener sobre las gestantes. A este respecto, la guía de las Buenas Prácticas en Atención Perinatal de la Comunidad Andaluía, emitida en 2008, define como buenas prácticas en atención perinatal *“aquellas que van acordes con el nivel de conocimiento científico-técnico, en una estructura donde la humanización es el hilo conductor. Que responden a necesidades sociales y se adecuan al nivel socioeconómico disponible. En un servicio público de salud han de tener una dimensión universal y de justicia social. Todo ello en un contexto ético de respeto a las personas, a la autonomía de la mujer y a los derechos de la persona recién nacida.”* (10)

JUSTIFICACIÓN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) se definen como el *“conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la*

evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.” (11)

En los últimos años han surgido diversas GPC en el campo de la obstetricia, en España, cabe destacar la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* (12), cuya última actualización data de 2010, y la cual nació con el objetivo de dirigir la práctica profesional y dar respuesta a las actuaciones que se deben seguir, en este caso, en la atención del proceso fisiológico del parto en el marco de la constante actualización, con base en la evidencia científica, manteniendo el respeto a la capacidad de tomar decisiones de la mujer sin que ello suponga ningún riesgo para la gestante o su bebé. Estas guías, junto con las últimas recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto (6), deberían orientar nuestra práctica habitual para, según se recoge en la Guía de Buenas Prácticas en atención perinatal de Andalucía, *“tratar de humanizar el parto y situarlo en su justa dimensión fisiológica, incorporando la mayor calidez a la calidad asistencial por parte de los profesionales y a su vez mantener los máximos niveles de seguridad.”* (10)

No obstante, se observa que dichas recomendaciones no acaban de implantarse en los servicios, y aunque si se viene realizando un cambio gradual en las prácticas, a día de hoy aún encontramos diversidad de opiniones.

La finalidad de este estudio es comprobar cómo perciben los profesionales que trabajan en los Servicios de Obstetricia y ginecología las actuaciones rutinarias que se realizan, y concretamente si en el Servicio de paritorio del Hospital Universitario de Canarias (HUC), los profesionales, dependiendo de la categoría profesional que ocupen, tienen percepciones diferentes sobre la adecuación desde el punto de vista ético de las actuaciones habituales que se realizan. También se pretende determinar si factores como los años de experiencia o el género tienen alguna repercusión o patrón en estas percepciones. Nuestra hipótesis es que estos factores pueden influir en como perciben las prácticas que se realizan. La justificación de este estudio versa en conocer si las diferentes percepciones de los profesionales sobre las prácticas

habituales en su servicio coinciden con lo propuesto en las citadas GPC, y que implicaciones éticas tiene esto a su vez.

La relevancia para la bioética es analizar qué repercusiones puede tener sobre las mujeres que la percepción de los profesionales sobre las prácticas que se realizan no coincida con las recomendaciones enunciadas por las GPC, y si esto puede dañar los valores o principios éticos, así como si podemos apreciar diferencias en las percepciones de los profesionales respecto a la práctica clínica diaria, en función de las condiciones personales de cada profesional, como pueden ser la edad, género, categoría profesional o los años de experiencia.

Desde el punto de vista del bioderecho, intentaremos comprobar cómo pueden verse comprometida la autonomía de las gestantes, así como, los derechos de las mujeres y sus bebés dependiendo de estas prácticas.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Determinar cómo perciben los profesionales del servicio de paritorio las prácticas que en él se realizan, así como sus implicaciones éticas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer si estas percepciones se ajustan a las recomendaciones de las GPC.
- Analizar si la categoría profesional, años de experiencia, género y edad influyen en las percepciones que tengan, y ver si se aprecian patrones razonables y su posible justificación.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal a los profesionales que trabajan en el HUC.

La investigación se ha llevado a cabo mediante un cuestionario online alojado en la plataforma Google Forms, siendo remitido a través de la aplicación de mensajería WhatsApp, así como de correo electrónico a ginecólogos, matronas, enfermeros, residentes de matrona y residentes de ginecología que trabajan en dicho servicio.

Se informó a los participantes de que el cuestionario era anónimo y voluntario, y que sus datos se tratarían respetando la ley de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (13)), que garantiza la total confidencialidad de la información y su no utilización para fines ajenos a este estudio.

Para la realización de este estudio se contó previamente con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Anexo I).

En este estudio estaba incluido todo el personal que realiza su labor profesional en el Área de paritorio del HUC desempeñando funciones de ginecólogo o ginecólogo residente, matrona o matrona residente, así como los profesionales de enfermería de dicho servicio. No se determinaron criterios de exclusión más allá que la voluntad de los profesionales de no participar en el presente estudio.

El cuestionario (Anexo II) constaba de 20 preguntas de elaboración propia, las cuatro primeras recopilaban datos sobre el perfil de los profesionales como son el género y la edad, ambas con la opción de no dar el dato, así como la categoría profesional y los años de experiencia en el servicio. Las preguntas restantes versaban sobre las distintas actuaciones que se realizan en el servicio y cómo las percibían los encuestados. Todas las preguntas contaban con varias opciones a elegir una y al final aparecía la opción de responder “otro” para seleccionarla en caso de que su percepción no se ajustara a ninguna de las

respuestas propuestas para la pregunta. Si seleccionaban la opción “Otros” se abría un campo de texto en el que podían incluir su propia respuesta o aportar cualquier comentario, de forma que la respuesta se adecuase a su propia percepción. Con carácter previo a las preguntas se pedía el consentimiento para participar en el estudio y se explicaba de manera breve en qué consistía el mismo, además de cómo se tratarían los datos de los profesionales encuestados.

El citado cuestionario permaneció abierto desde el 5 de mayo de 2022 al 26 de mayo de 2022, ambos incluidos. Durante este periodo se recordó varias veces a los posibles participantes que podían rellenar el mismo si así lo deseaban.

Para el análisis de los datos, una vez recogidos los mismos se volcaron en una hoja de Excel, donde se codificaron mediante la asignación de un código numérico para hacer más fácil su análisis. Una vez organizados y codificados, los trasladamos al programa SPSS Statistics 28, donde se analizaron las diferentes variables y se obtuvieron los resultados que se plasman más abajo. En primer lugar, se exponen los resultados generales sobre la percepción de los profesionales sobre las prácticas habituales en paritorio y, en segundo lugar, se muestran los resultados más relevantes al comparar las respuestas por género, edad, categoría profesional y años de experiencia.

RESULTADOS

En el estudio participaron 63 profesionales de Área de Paritorio del HUC.

Del total de encuestados el 47,6% eran matronas, el 22,2% ginecólogos, el 15,9% enfermeros, el 9,5% residentes de matrona y el 4,8% restante residentes de ginecología. (Tabla1)

Tabla1. Categoría profesional		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enfermero/a	10	15,9	15,9	15,9
	Ginecólogo/a	14	22,2	22,2	38,1
	Matrón/a	30	47,6	47,6	85,7
	Residente de ginecología	3	4,8	4,8	90,5
	Residente de matrón/a	6	9,5	9,5	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Respecto a los años de experiencia de los profesionales (excluyendo el periodo de formación), encontramos que 7 (11,1%) se encontraban realizando su formación como matrona o ginecólogo en esos momentos, 5 (7,9%) desempeñaban su función desde hacía menos de 2 años, 16 (25,4%) llevaban trabajando en el servicio de 2 a 5 años, 10 (15,9%) lo hacían desde hace 5 a 10 años y 25 (39,7%) realizaban sus funciones desde hacía más de 10 años. (Tabla 2)

Tabla 2. Años de experiencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Actualmente soy residente	7	11,1	11,1	11,1
	De 2 a 5 años	16	25,4	25,4	36,5
	De 5 a 10 años	10	15,9	15,9	52,4
	Más de 10 años	25	39,7	39,7	92,1
	Menos de 2 años	5	7,9	7,9	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Si atendemos al género de los participantes comprobamos que la gran mayoría eran mujeres, representando el 85,7% de los participantes, frente al 14,3% restantes, que eran hombres. (Tabla 3)

Tabla 3. Género		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	54	85,7	85,7	85,7
	Masculino	9	14,3	14,3	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

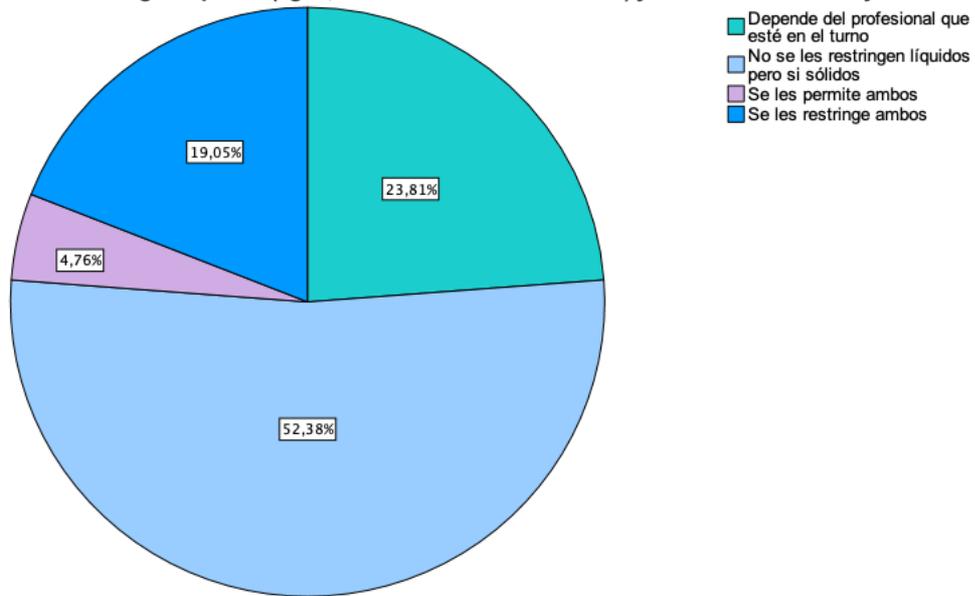
El último dato recogido sobre el perfil de los profesionales fue la edad, cuyos resultados aparecen reflejados en la Tabla 4. Destaca que la mayor parte de los participantes se sitúa en la horquilla comprendida entre 30 y 40 años, seguido por los rangos de 20 a 30 años y de 40 a 50 años que se encuentran igualados, aglutinando estos tres grupos el 95,2% de la muestra. Entre los participantes uno no deseo dar el dato.

Tabla 4. Edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 20 y 30 años	19	30,2	30,2	30,2
	Entre 30 y 40 años	22	34,9	34,9	65,1
	Entre. 40 y 50 años	19	30,2	30,2	95,2
	Más de 50	2	3,2	3,2	98,4
	No deseo dar el dato	1	1,6	1,6	100,0
	Total	63	100,0	100,0	

Si analizamos los resultados generales correspondientes a las preguntas sobre la percepción que tienen los profesionales de prácticas habituales que se realizan en el servicio obtenemos los siguientes resultados:

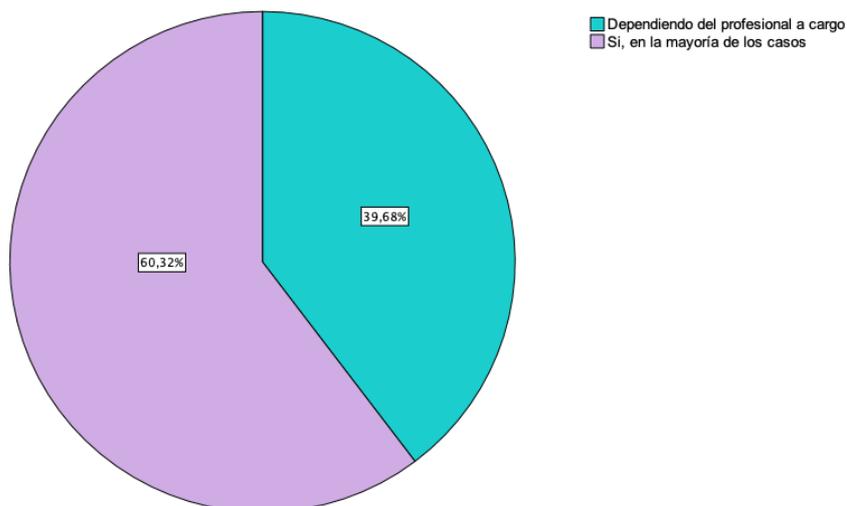
La mayoría de los encuestados opinan que a las mujeres gestantes de bajo riesgo no se les restringen líquidos, pero sí sólidos, de los 63 profesionales que realizaron el cuestionario sólo 3 (4,76%) percibe que se les permiten ambos durante el trabajo de parto activo. (Gráfico 1)

Gráfico 1. ¿Considera que, en su servicio, a las mujeres con embarazos de bajo riesgo, durante el trabajo de parto activo se les restringen líquidos (agua, zumos o bebidas isotónicas) y sólidos de manera injustificada?



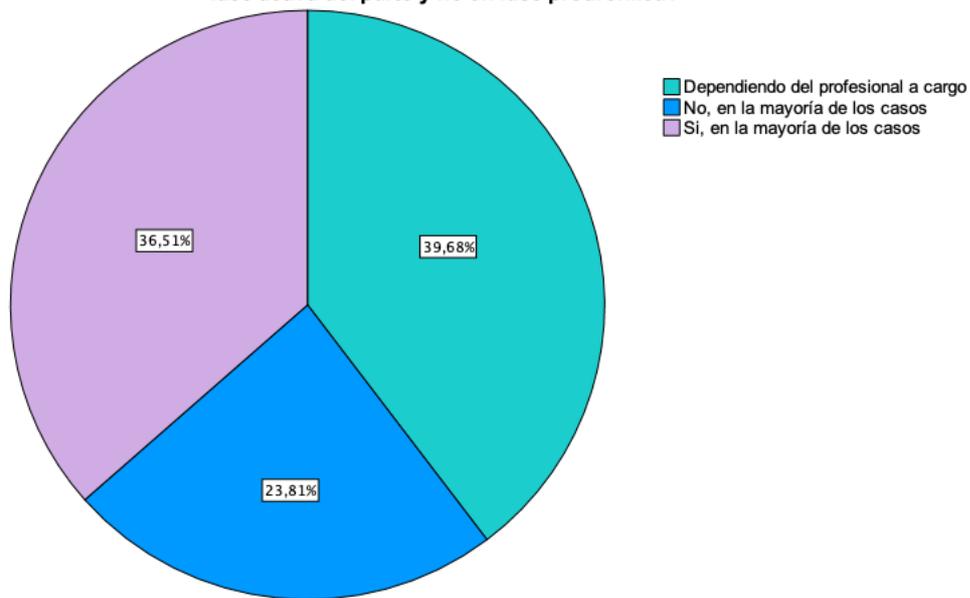
Referente a la comunicación efectiva con la mujer y su pareja por parte del personal un 60,32% cree que, si se produce, frente al 39,68% que opinó que dependía del profesional que los atendiera. Ningún trabajador del servicio percibía que la comunicación no fuera efectiva en la mayoría de los casos. (Gráfico 2)

Gráfico 2. ¿Considera que, en su servicio, se realiza una comunicación efectiva con la mujer y su pareja por parte del personal que la atiende?



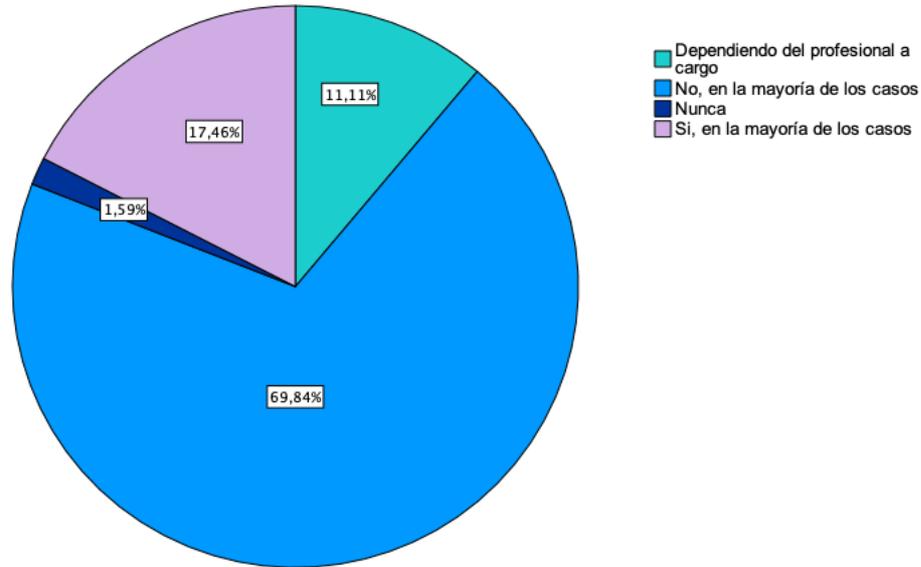
Si atendemos a si se fomenta el ingreso en el servicio de paritorio durante la fase activa del parto en gestantes de bajo riesgo, el 36,51% percibía que se hacía así en la mayoría de los casos, mientras que el 23,81% opinaba que el ingreso se realizaba en fase prodrómica la mayor parte de las veces. El 39,68% creía que el momento del ingreso dependía del profesional que estuviera al frente. (Gráfico 3)

Gráfico 3. ¿Considera que, en su servicio, se fomenta el ingreso de la mujer gestante de bajo riesgo durante la fase activa del parto y no en fase prodrómica?



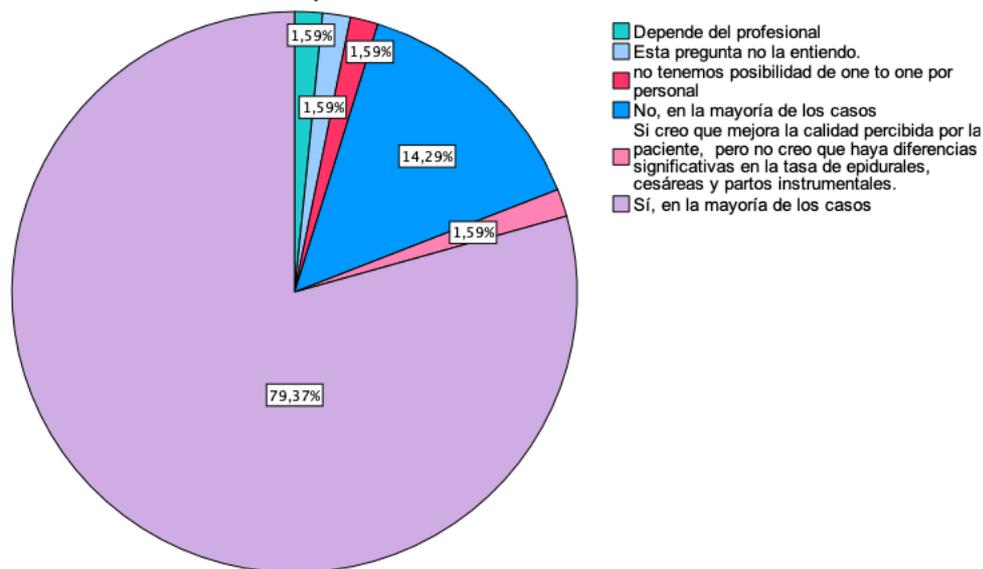
Sobre la realización de auscultación cardiotocográfica intermitente en mujeres de bajo riesgo con un curso fisiológico del parto durante el trabajo activo de su parto, el 69,84% de los profesionales que respondieron opinó que no se hace, uno concluyó que nunca y 11 (17,46%) pensaba que se realizaba así la mayoría de las veces. (Gráfico 4)

Gráfico 4. ¿Considera que, en su servicio, se fomenta la realización de auscultación cardiotocográfica intermitente durante el trabajo de parto activo en gestantes de bajo riesgo cuyo parto siguen un curso fisiológico y normal?



De los profesionales que realizaron el cuestionario, el 79,37% considera que realizar un acompañamiento “one to one” a las mujeres mejoraría la satisfacción de las mismas, su percepción del dolor y contribuiría a bajar tasas de cesáreas y partos instrumentales. En la respuesta “otro”, uno de los encuestados señaló que no tenemos posibilidad de realizar este tipo de acompañamiento en nuestro servicio y otro de los encuestados comentó que sí mejoraría la satisfacción de las mujeres pero que no contribuiría significativamente a disminuir las tasas de epidurales, cesáreas y partos instrumentales. (Gráfico 5)

Gráfico 5. ¿Considera que la práctica del acompañamiento one to one se ve reflejado en indicadores como la satisfacción de las mujeres, su percepción del dolor y así mismo puede contribuir a bajar la tasa de cesáreas y partos instrumentales?



En las preguntas referentes a fomentar el movimiento libre en mujeres de bajo riesgo durante los periodos de dilatación y expulsivo, encontramos diferencias en cuanto a opiniones dependiendo de la fase del parto en la que nos encontremos. Si preguntamos sobre la percepción durante la dilatación activa, el 58,73 de los profesionales opinan que sí se fomenta el movimiento libre, mientras que, durante el periodo de expulsivo, tan sólo 1 de los encuestados (1,59%) percibe que se fomenta en la mayoría de los casos. (Gráfico 6 y 7)

Estos porcentajes se intercambian si centramos la atención en otra de las respuestas, dado que, durante el periodo de dilatación activa, el 1,59% de los profesionales concluyó que el fomento del movimiento dependía del profesional que acompañara a la gestante, no obstante, si atendemos a la fase de expulsivo, el 46,03 de la muestra pensaba que la posibilidad de movimiento libre para la mujer dependía del profesional que estuviese con ella. Algunos de los encuestados argumentaron que no se podía fomentar el libre movimiento porque la epidural bloqueaba demasiado a las gestantes (1,59%), y otros recalcan que la falta de monitores inalámbricos dificultaba la libertad de movimiento. Un 14,29% de los profesionales en ambas preguntas, percibían que no se fomentaba en la mayoría de los casos.

Gráfico 6 . ¿Considera que, en su servicio, se fomenta el libre movimiento de la mujer de bajo riesgo durante el periodo de dilatación activa?

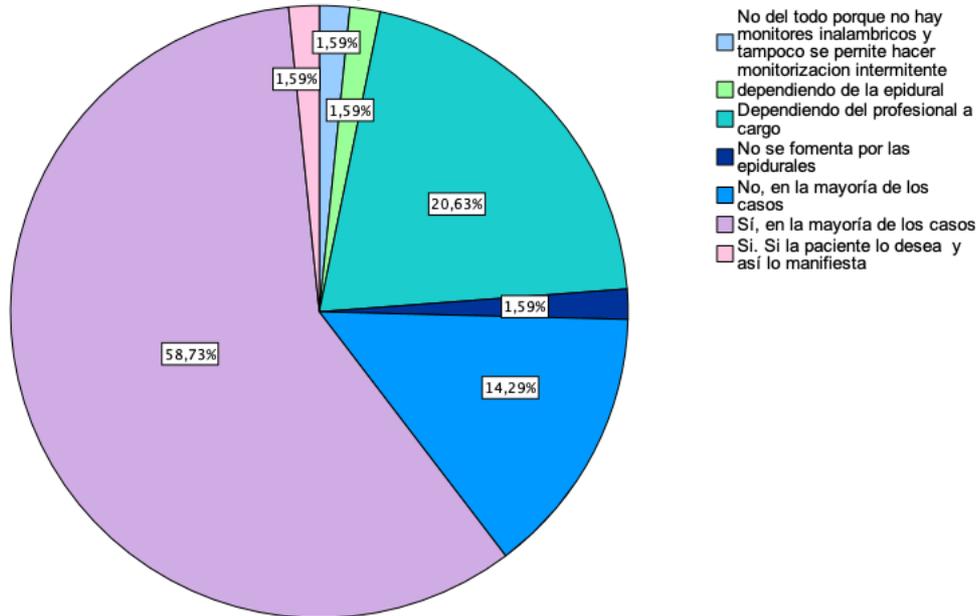
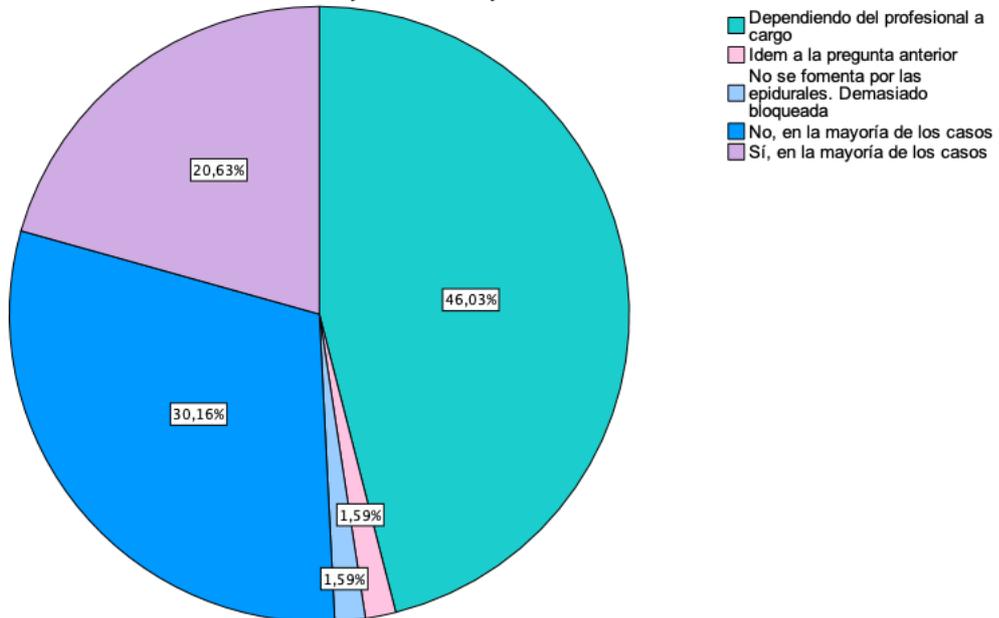


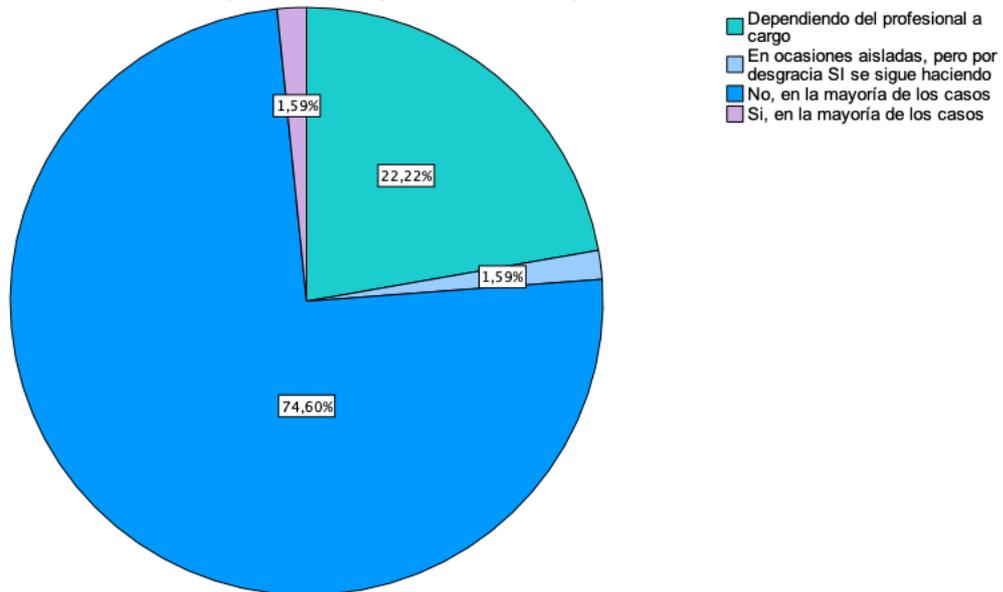
Gráfico 7 . ¿Considera que, en su servicio, se fomenta el libre movimiento de la mujer de bajo riesgo durante el periodo de expulsivo?



Sobre el uso de la Maniobra Kristeller en el servicio, el 74,60% consideraba que no se valoraba como útil y un 22,22% creía que dependía del

profesional. Uno de los compañeros respondió que “*por desgracia*”, si se seguía practicando. (Gráfico 8)

Gráfico 8. ¿Considera que, en su servicio, se valora como beneficioso y útil ejercer presión en el fondo uterino para facilitar el periodo final del expulsivo?



En las preguntas referentes a los bebés que nacen mediante cesárea, un 77,78% de los encuestados perciben que se benefician del contacto piel con piel en la mayoría de los casos. Si atendemos a los que se benefician del pinzamiento tardío del cordón observamos que sólo un 1,59% creen que se practica en la mayoría de los casos, frente a un 50,79% que opina que no se respeta este pinzamiento tardío la mayoría de las veces. Esta vez en el apartado “otros” encontramos respuestas como que “*la decisión depende del equipo de anestesia*”, o que “*sólo se practica si la cesárea es electiva*”. Un 9,52% y un 25,40% perciben que la realización del contacto piel con piel y el pinzamiento tardío del cordón, respectivamente, depende del profesional a cargo durante la cesárea. (Gráfico 9 y 10)

Gráfico 9. ¿Considera que, en su servicio, se favorece el contacto piel con piel durante las CESÁREAS, siempre que el estado del recién nacido y la madre lo permiten?

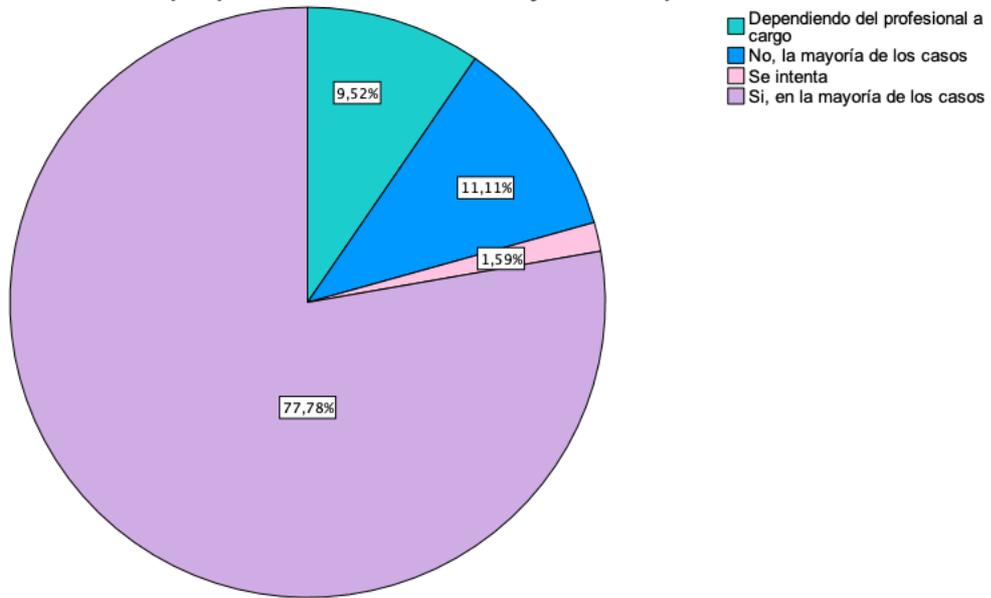
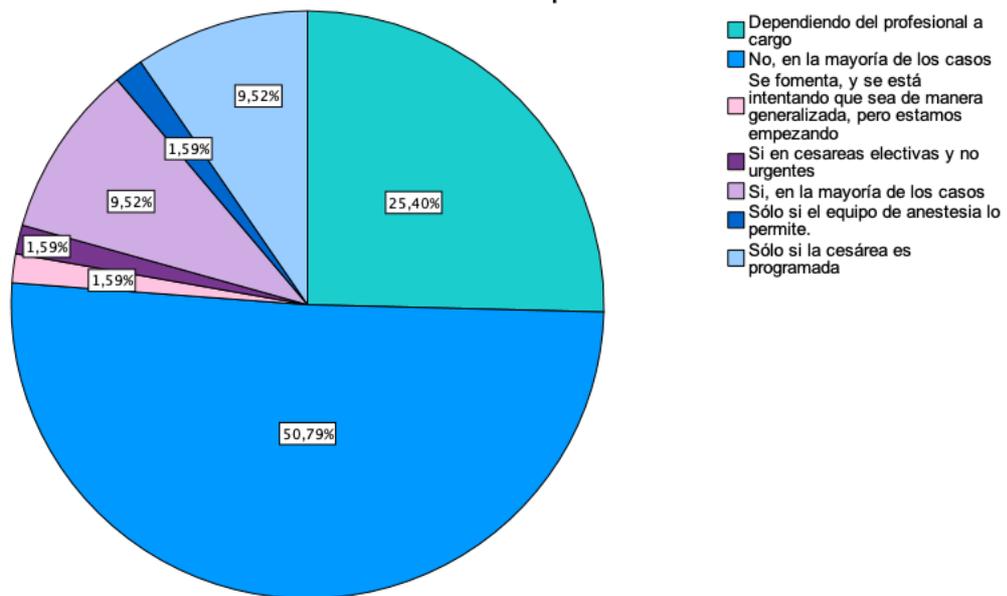
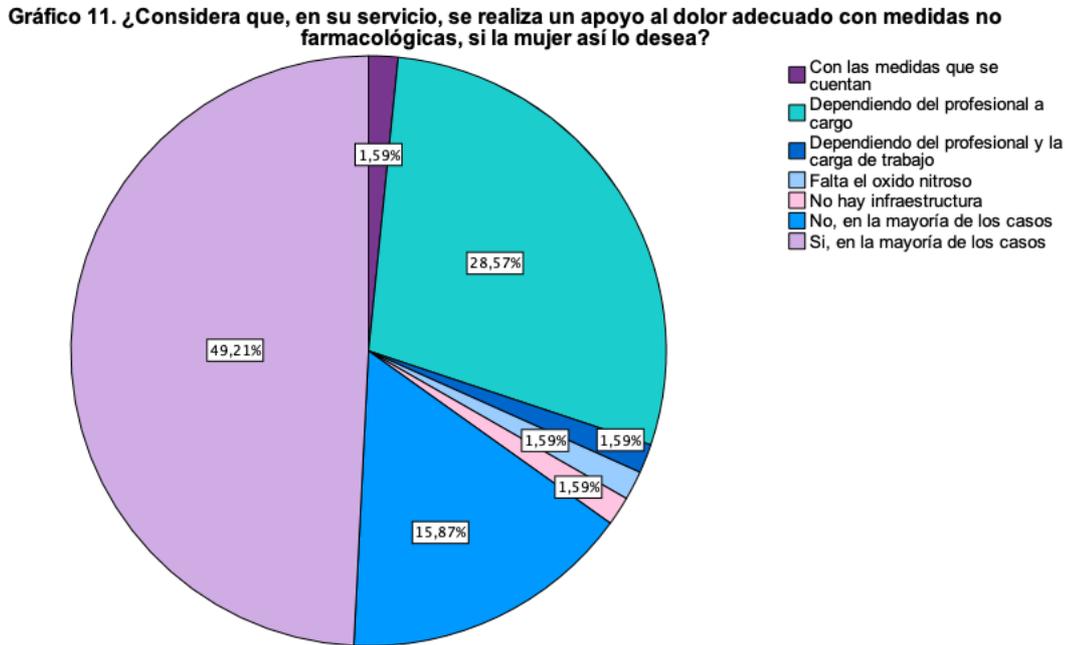


Gráfico 10. ¿Considera que, en su servicio, durante las CESÁREAS, se fomenta el pinzamiento tardío del cordón en recién nacidos sin complicaciones?



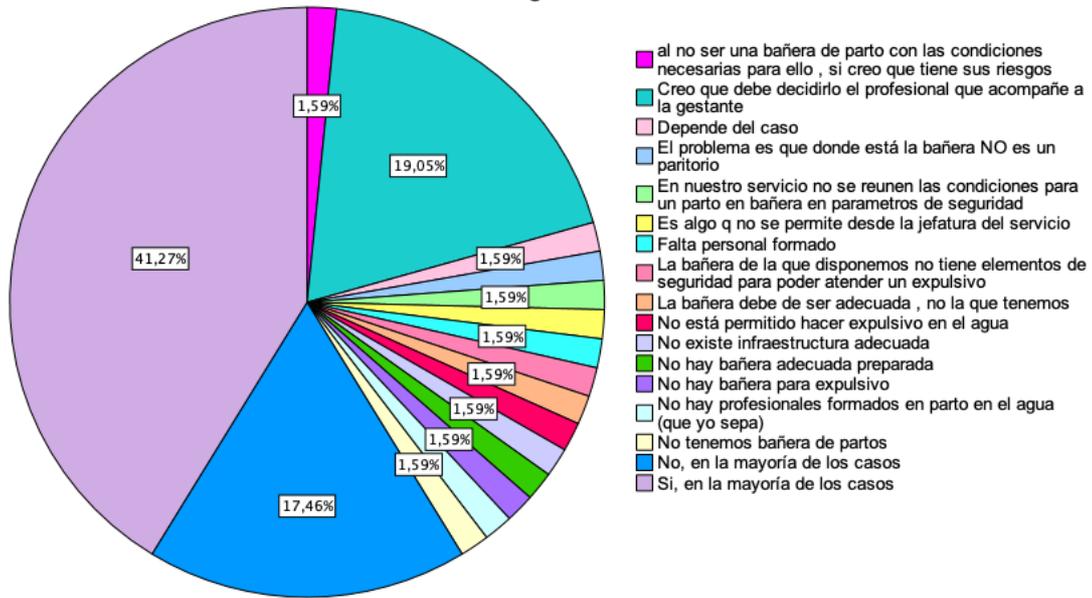
Casi la mitad de los encuestados (49,21%) considera adecuado el apoyo al dolor con medidas no farmacológicas cuando este es el deseo de la mujer. De la mitad restante, el 28,57% asegura que este apoyo es más o menos oportuno dependiendo del profesional que acompañe a la gestante, un 15,87% opina que el apoyo que se ofrece no es adecuado en la mayoría de los casos y un 4,77%

creo que se hace lo que se puede con los medios de los que se dispone. (Gráfico 11)



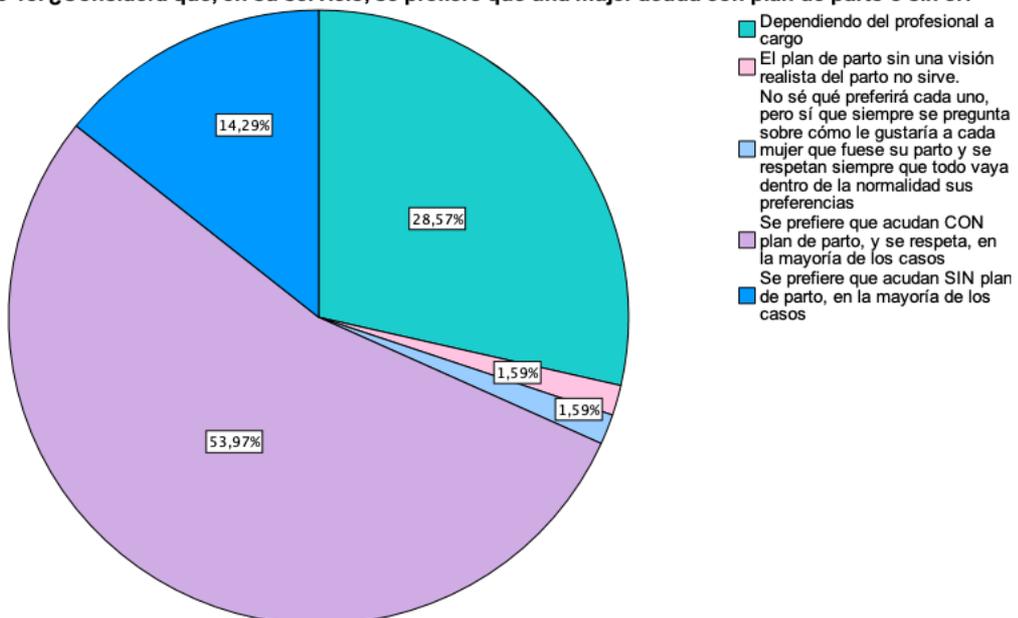
Llegamos a la pregunta que más disparidad de opiniones ha recibido, la que se refiere a los riesgos que, según la percepción de los encuestados, entraña realizar un expulsivo en la bañera cuando este es el deseo de la mujer. Un 17,46% consideró que no se asumía ningún riesgo añadido frente a un 41,27% que tenía claro que si sumaría riesgos al proceso, un 19,05% lo dejaría a decisión del profesional que acompañe el expulsivo. En el apartado de respuesta libre nos encontramos con afirmaciones que aluden a la falta de personal cualificado, a que la bañera de la que se dispone no reúne las condiciones necesarias para afrontar un expulsivo, ya que le faltan elementos de seguridad fundamentales, la falta de infraestructura y otros argumentan que, en el servicio, no está permitido el expulsivo en bañera. (Gráfico 12)

Gráfico 12. ¿Cree qué, en su servicio, entraña riesgos añadidos que el expulsivo se realice en bañera si así lo desea la gestante?



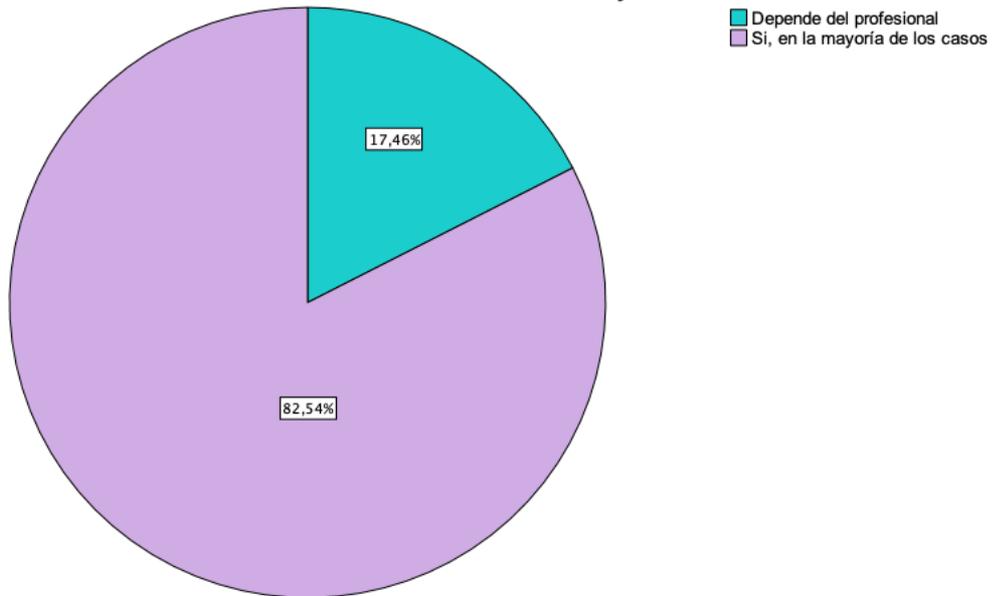
Referente a si en el servicio se prefiere que las gestantes acudan con plan de parto, el 53,97% señala que sí se prefiere que lo lleven y que se respeta cuando lo entregan, el 28,57 cree que depende del profesional que reciba a la mujer, el 14,29% considera que en general se prefiere que acudan sin plan de parto. En esta pregunta hay unanimidad en que se intenta respetar si se presenta siempre que sea posible. (Gráfica 13)

Gráfico 13. ¿Considera que, en su servicio, se prefiere que una mujer acuda con plan de parto o sin el?



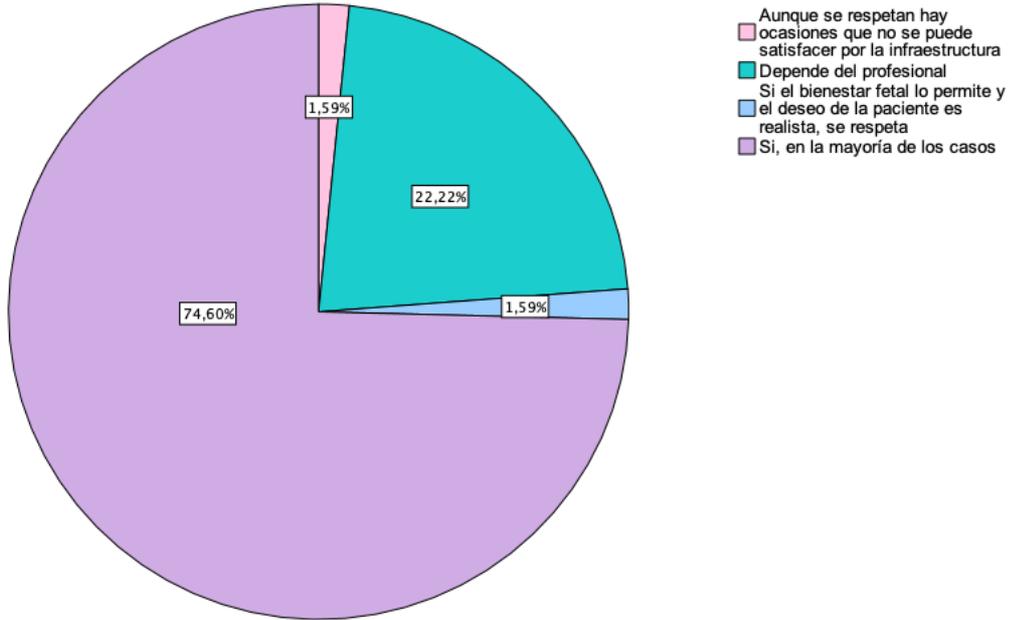
El apoyo a la primera toma de lactancia materna se ha valorado como muy adecuado por el 82,54% de los trabajadores y el porcentaje restante opina que depende del profesional que se encargue de dicho apoyo. (Gráfico 14)

Gráfico 14. ¿Considera que, en su servicio, se presta una atención adecuada en el apoyo a la primera toma de lactancia materna si así lo desea la mujer?



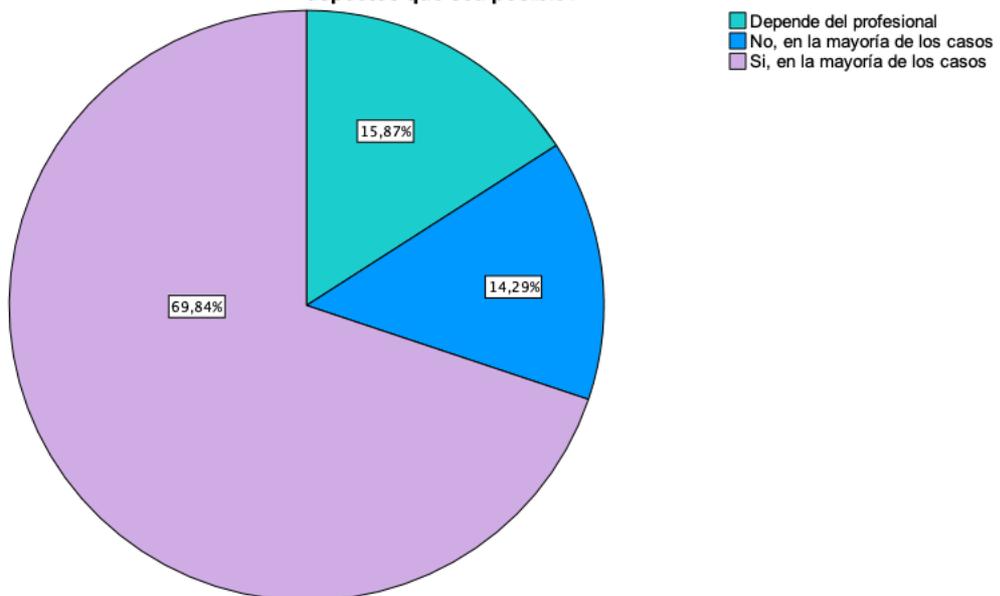
Sobre si se respetan de manera general los deseos de las mujeres que acuden al paritorio el 74,60% cree que si en la mayoría de los casos, el 22,22% sin embargo opina que esto depende del profesional que se encuentre al frente. En la respuesta “otro” los compañeros comentan que si el deseo es realista se respeta y que, aunque se respete a veces no se puede satisfacer por la infraestructura del servicio.

Gráfico 15. ¿Considera que, en su servicio, se respetan generalmente los deseos de las mujeres?



En la última pregunta, referente a si se fomenta la toma de decisiones de la gestante cuando sea posible, la mayoría de los profesionales (69,84%) opina que sí en la mayoría de los casos, pero, a diferencia de la pregunta anterior, un 14,29% percibe que no en la mayoría de los casos, el restante 15,97% considera que dependerá del profesional que la acompañe.

Gráfico 16. ¿Considera que, en su servicio, se fomenta la toma de decisiones de la gestante en todos aquellos aspectos que sea posible?



Una vez comentados los resultados generales, vamos a centrarnos en relacionar los resultados por categoría profesional, años de experiencia, edad y sexo de los participantes y comentar los resultados más significativos.

Si comparamos las respuestas en las preguntas dividiendo por categoría profesional, observamos que en la pregunta sobre si se ingresa a las gestantes en periodo de dilatación activa, o por el contrario se hace en pródromos de parto (Gráfico de barras 1) todas las categorías profesionales, a excepción de las matronas, opinan que sí se ingresa en fase activa del parto, sin embargo, estas últimas, creen en su mayoría que depende del profesional que reciba a la señora o que no se hace en la mayoría de los casos.

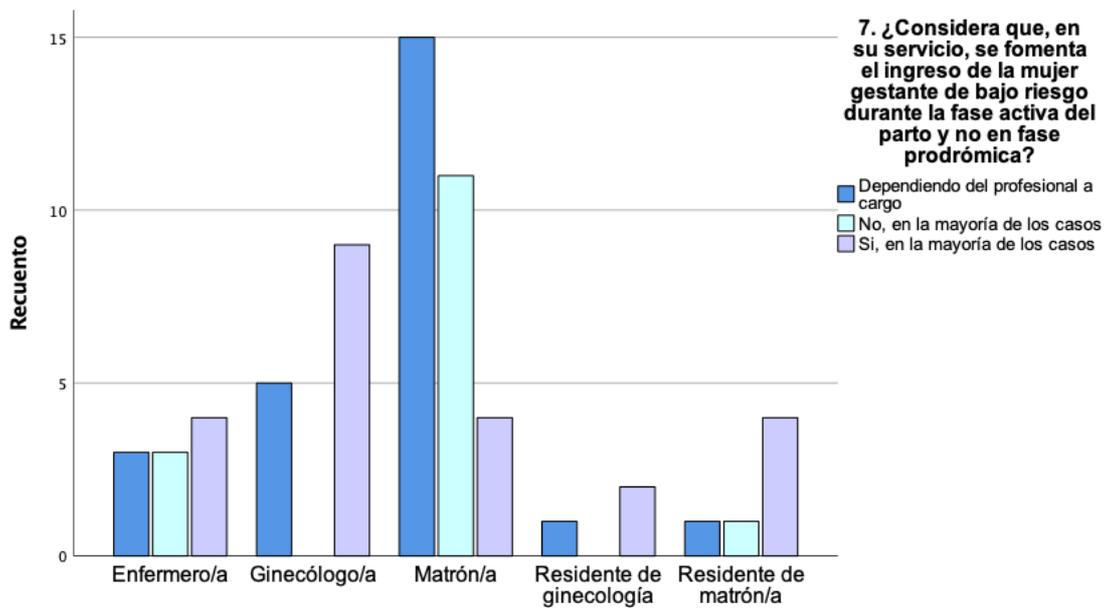


Gráfico de barras 1

Si atendemos a la idoneidad de terminar el expulsivo en bañera si así lo desea la mujer, llama la atención que la mayoría tanto las matronas como las residentes de ginecología consideren que sí entraña riesgos añadidos, mientras que la mayoría de ginecólogos y enfermeros opinan que debe decidirlo el profesional que acompañe a la mujer.

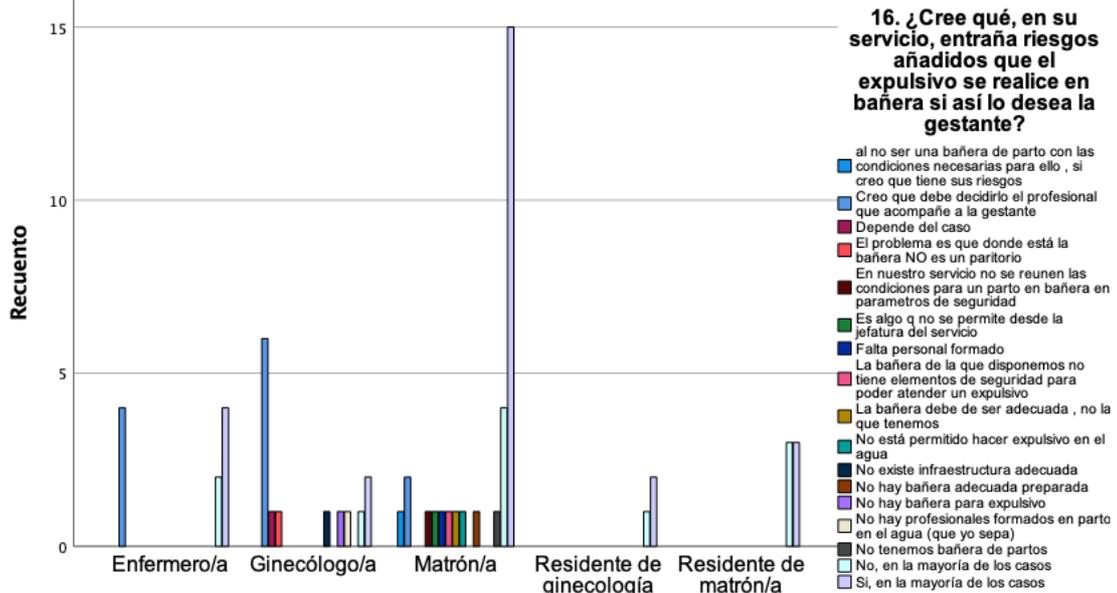
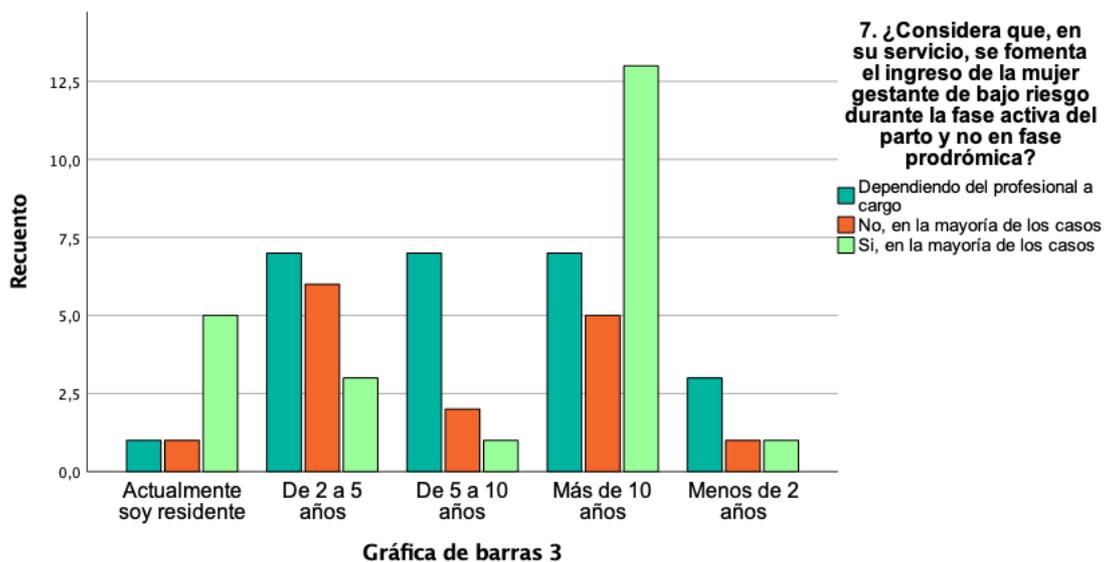


Gráfico de barras 2

En la comparación de respuestas por años de experiencia destacamos también la pregunta referente al momento de ingreso, llama la atención que los profesionales que llevan en el puesto más de 10 años, así como los que se encuentran en periodo formativo opinan que, si se ingresa en fase activa del parto en su mayoría, sin embargo, el resto considera que no se hace así o que depende del profesional.



Gráfica de barras 3

Si comparamos los años de experiencia en la pregunta sobre la posibilidad de libre movimiento en expulsivo, los profesionales con menos de 2 años de experiencia y los que se encuentran en periodo de formación, perciben que sí se fomenta en mayor medida que los que tienen más de dos años de experiencia en el servicio, que valoran en su mayoría que no se fomenta el libre movimiento en periodo de expulsivo o que depende más del profesional responsable.

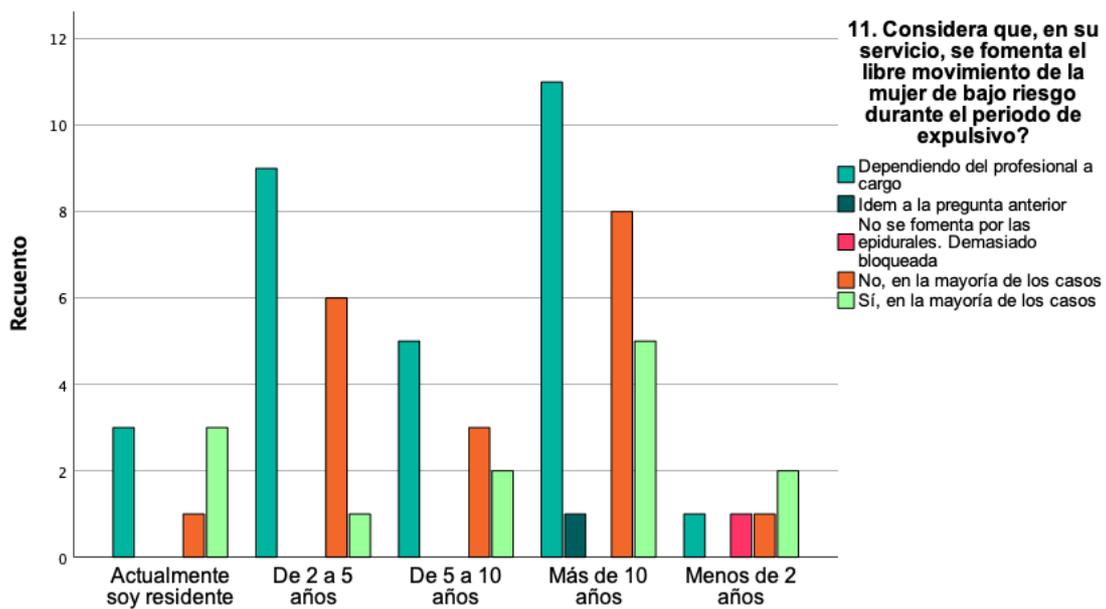
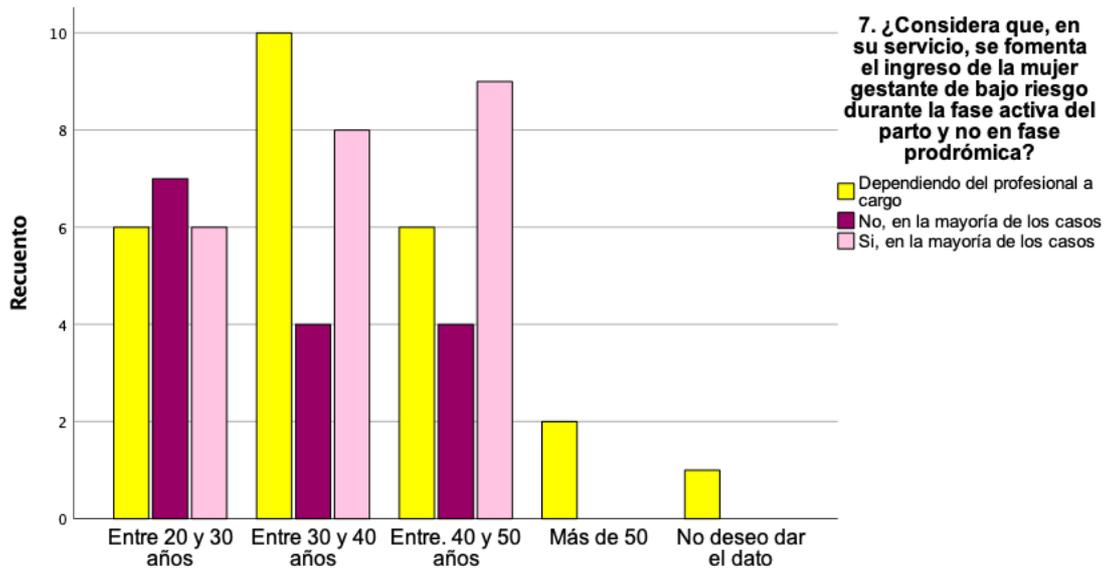


Gráfico de barras 4

Situando la vista en la edad de los participantes, observamos que los de menor rango de edad perciben en su mayoría que se ingresa a la mujer de bajo riesgo en pródromos de parto y según va avanzando el rango de edad esta tendencia se invierte. Exceptuando al grupo de mayores de 50 (2 participantes).



Gáfico de barras 5

En último lugar, vamos a comparar los resultados según el sexo de los encuestados. En este apartado encontramos diferencias en el momento de ingreso, al igual que en las otras categorías, predominando que no se ingresa en fase activa de parto en el género masculino, seguido en frecuencia de que si se hace o que depende del profesional. Por otro lado, las mujeres encuestadas opinan en su mayoría que depende del profesional, seguido de que si y el menor porcentaje corresponde a que no se realiza el ingreso de la mujer de bajo riesgo en fase activa del parto.

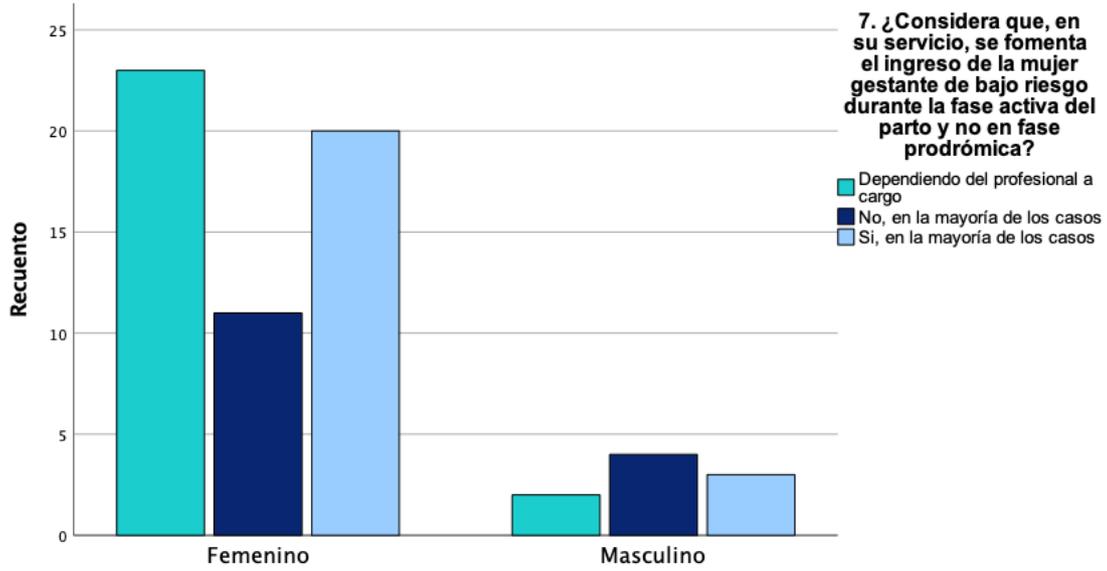


Gráfico de barras 6

En la pregunta sobre la conveniencia de realizar el expulsivo en la bañera siguiendo los deseos de la gestante, solo el grupo de género femenino consideró oportuno dejarlo en manos del profesional que la acompañe.

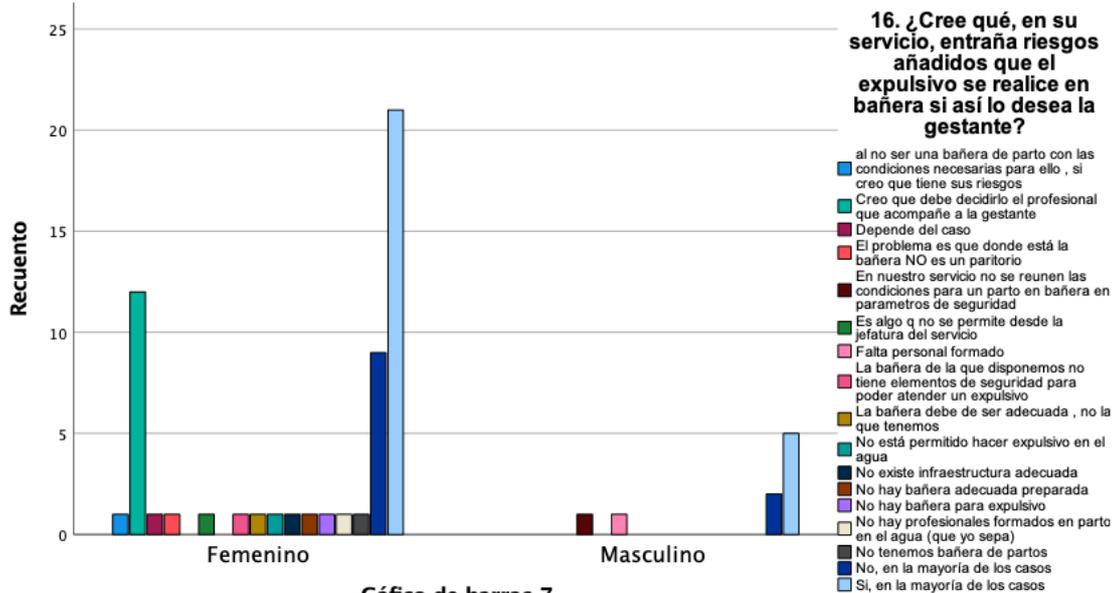


Gráfico de barras 7

DISCUSIÓN

Una vez expuestos los resultados y las diferencias más relevantes separadas por las categorías anteriormente citadas, vamos a centrarnos en qué nos dicen las GPC, si coincide con la percepción general de los profesionales que rellenaron el cuestionario, y cuáles son las implicaciones éticas asociadas a las distintas actuaciones.

1) Restricción de líquidos

Sobre la restricción de líquidos y sólidos durante el trabajo activo de parto, la revisión publicada en la revista electrónica de Portales Médicos considera que *“Respecto a la restricción de la ingesta de líquidos y sólidos intraparto, no se evidencia un tiempo seguro de ayuno. No obstante, la mayoría de las guías apoyan el consumo de líquidos durante el parto, e incluso algunas están a favor de permitir una dieta ligera durante el parto en mujeres de bajo riesgo.”* (14). La GPC sobre la Atención al parto normal (12) ya en 2010 recogía, con nivel de evidencia A (alto), que se debía informar a las mujeres de que el consumo de bebidas isotónicas combatía la cetosis siendo estas preferibles al agua, así como también manifiesta, la posibilidad de consumir pequeñas cantidades de comida por el mismo motivo. La OMS, por su parte, recoge en sus recomendaciones para los cuidados durante el parto los mismos extremos en el siguiente sentido (6): *“Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda el uso de líquidos por vía oral y la ingesta de alimentos durante el parto”, “Dado que la restricción del consumo de líquidos y alimentos por vía oral no aporta ningún efecto beneficioso respecto a resultados clínicos importantes, incluido el uso de la aceleración del trabajo de parto, el GDG (Grupo de Elaboración de Directrices) resalta el respeto a los deseos de la mujer y, por consiguiente, estableció una recomendación positiva”* ,*“el GDG señala que no se registra ningún caso de síndrome de Mendelson (inhalación de alimentos y líquidos del estómago a los pulmones durante la anestesia general), que es el problema de seguridad más importante por el que se limitaba la ingesta oral durante el trabajo de parto, en más de 3000 mujeres que participaron en los ensayos incluidos en la revisión sistemática.”*

En el servicio de paritorio, solo el 4,76% de los encuestados percibe que se les permiten líquidos y sólidos a las gestantes de bajo riesgo en trabajo de parto activo, esta falta de conexión en referencia a lo que indican las Guías puede deberse al miedo de aspiración en caso de intervención urgente. Cros Otero (15) lleva a cabo una revisión, cuyo objetivo era conocer riesgos y beneficios derivados del ayuno prolongado en gestantes de bajo riesgo, a las que se le aplica anestesia epidural en periodo de dilatación, en la que recoge diferentes datos de interés: a) McDonnell et al. (16) evidenciaron que de un total de 1.097 cesáreas con anestesia general solo hubo un caso de broncoaspiración (0,1%); b) Sperling et al. (17) apoyan que se permita a las mujeres de bajo riesgo la ingesta de sólidos durante el trabajo de parto, pues la tasa de anestesia general en estas mujeres es muy baja si tienen que finalizar su gestación mediante cesárea, para esto se apoyaron en una revisión sistemática de 3.130 gestantes de parto, en las que no hubo ningún daño asociado a la ingesta de sólidos durante la analgesia epidural”; c) Se encontraron 6 casos de aspiración por 100000 mujeres con epidural que se sometieron a cesárea (18); d) Myra Parsons (19) en su estudio, refiere que consumir alimentos ligeros y líquidos durante el trabajo de parto ayuda a disminuir las náuseas; e) Es importante que el personal sanitario no sólo se base en la tradición para aplicar sus prácticas, sino informarse y actualizarse sobre cambios en las mismas respaldados por la evidencia científica. (20)

En el Plan de parto elaborado por el Ministerio de Sanidad, (21) tampoco se contempla ninguna opción que se refiera a la ingesta de alimentos durante el trabajo de parto, este únicamente hace referencia a toma de líquidos exponiendo que *“se puede beber agua o zumo durante la dilatación”*. En el artículo Evidence on: Eating and Drinking during labor (22) se recoge que *“When people are free to eat and drink as desired during labor, as is typical in U.S. freestanding birth centers, most of them (95%) choose to eat or drink.”*

Desde el punto de vista ético, no avalar esta práctica atenta contra la autonomía de la mujer, pues no deja que sea ella quien decida si desea beber o ingerir alimentos de manera libre, ni se la informa de esta posibilidad o de las recomendaciones de las GPC, lo que también es contrario a su libertad en la

toma de decisiones informada, actuando bajo el prisma paternalista, eligiendo los profesionales lo que es mejor para la paciente sin contar con su voluntad.

2) Ingreso en la unidad de paritorio

Referente al momento de ingreso de la gestante de bajo riesgo en la unidad de paritorio calificando su ingreso como “parto en curso”, todas las guías consultadas coinciden en que el momento de ingreso en la unidad es cuando la mujer se encuentra en la fase activa del parto (6)(12)(23)(24) y (25). Las recomendaciones de las OMS de 2018 (6) definen este periodo como *“un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes”* mientras que otras, como la Guía NICE (23), establece este inicio en los 4 cm de dilatación. Por su parte, la Guía de Canadá (24) en su capítulo 4 *“Care During labor and birth”*, expone que esta fase se alcanzaría con 6 cm de dilatación. En nuestros resultados, un 23,81% de los profesionales percibían que en la práctica habitual no se ingresaba en fase activa del parto, y un 39,68% que esto dependía del profesional a cargo del ingreso. Según la revisión de la matrona Laura Cámara (26) *“La admisión hospitalaria de mujeres en fase temprana o fase latente de parto se asocia a un mayor intervencionismo durante el parto. De manera que aumenta el uso de oxitocina, analgesia epidural y el ingreso en UCI de los recién nacidos en nulíparas. Así como el riesgo de la terminación del parto por cesárea.”*

Desde el punto de vista ético, no ingresar a las mujeres en trabajo activo de parto puede contraponer el principio de no maleficencia, que implica ante todo no dañar, y el de beneficencia, que incluiría hacer y promover el bien de los pacientes (27) dado que varios estudios concluyen que, ingresarlas en la maternidad antes de esta fase, puede ser el inicio de la llamada “cascada de intervenciones” que consiste, según expone Ibon Olza en su entrevista *“El parto es un viaje psíquico muy vulnerable”* (1) en que *“al llegar al hospital se paran las*

contracciones, para acelerarlo se les da oxitocina y se les acuesta en una cama con un monitor, al no poderse mover casi y con la fuerza de las contracciones producidas por el gotero de oxitocina el bebé empieza a sufrir, a recibir menos oxígeno y finalmente hay que sacarlo rápido con fórceps o con cesárea... Es decir, muchas veces las intervenciones son necesarias porque anteriormente se han hecho cosas que complican el parto sin que fuera necesario.” Por lo tanto, esta actuación podría producir más perjuicio que beneficio a las mujeres.

3) Monitorización Cardiotocográfica Intermitente

Las GPC definen la auscultación intermitente (AI) como *“Auscultar cada 15-30 minutos en la fase activa del periodo de dilatación y cada 5 minutos en el periodo expulsivo”* (6) Del mismo modo, esta guía recoge que no se recomienda la monitorización fetal continua en mujeres de bajo riesgo obstétrico, con un curso fisiológico para comprobar el bienestar fetal dado que, aumenta la tasa de cesáreas, así como de otras intervenciones sin que ello añada beneficios de ningún tipo. Al respecto, la Guía de Monitorización Fetal basada en fisiopatología (28) enuncia que, *“La monitorización electrónica fetal continua (MEFC) en mujeres de bajo riesgo se ha asociado con un aumento de intervencionismo sin mejorar los resultados perinatales. A las mujeres sanas con un embarazo de bajo riesgo se les debería ofrecer y recomendar AI para monitorizar el bienestar fetal. Las mujeres deben ser correctamente informadas de los riesgos y beneficios de la AI y de la MEFC. Si durante el trabajo de parto la mujer escoge no ser monitorizada por el sistema recomendado debería ser asesorada sobre el potencial impacto que pueda tener en ella y su feto.”*

En los resultados de nuestro cuestionario, se aprecia como el 69,84% de los profesionales del HUC advierten que en el servicio no se realiza AI a la gestante de bajo riesgo. Esta práctica, al igual que en el punto anterior, también atenta contra los valores de no maleficencia y de beneficencia, ya que puede intervenir en el curso posterior del parto. En el plan de parto normal (21) se explican ambos tipos de monitorización, pero no se recoge un área específica en la que elegir sobre esta opción, sólo se tendría la posibilidad de recogerlo en el apartado de

“observaciones o indicaciones no recogidas en la tabla anterior” haciendo un poco más complejo que la mujer valore esta opción y exprese sus deseos. Por lo tanto, no se estaría respetando el derecho a la autonomía de la mujer, pues para poder ejercerlo es necesario que la mujer esté informada (y eso también es labor de los profesionales que la acompañan), para que esta pueda tomar una decisión una vez conozca todas las opciones, así como los riesgos y beneficios potenciales que acompañan a las mismas y de esta manera elegir libremente.

4) Acompañamiento “one to one”

El acompañamiento llamado “one to one” es el definido como “cuidado una a una”, es decir, el contar con un profesional capacitado para realizar un acompañamiento continuo a la mujer. Así lo avalan las GPC, la Guía NICE 2017 expone que *“maternity services should: provide a model of care that supports one-to-one care in labour for all women and benchmark services and identify overstaffing or understaffing by using workforce planning models and/or woman-to-midwife ratios”*. Por su parte, la Guía de Canadá (24) recomienda *“that women in active labour receive continuous one-to-one labour support from an appropriately trained person”*. La Federación de Matronas (FAME) en su entrada al blog (30) sobre el acompañamiento explica que *“la evidencia científica demuestra, que las mujeres que reciben el apoyo continuo de una matrona durante el trabajo de parto, tienen mayor probabilidad de desarrollar un parto vaginal espontáneo, reduciendo el porcentaje de usar analgesia epidural, parto instrumentado o una cesárea”* así lo recoge, también, la guía de Canadá (24). En los resultados de nuestra encuesta la mayoría del personal del servicio (79,37%) opina que este tipo de acompañamiento repercute positivamente en los indicadores anteriormente señalados como son la satisfacción de las mujeres, la disminución de la necesidad de analgesia epidural y que contribuye a reducir la tasa de partos instrumentales, así como de cesáreas. Uno de los encuestados comentó que no tenemos posibilidad de acompañamiento one to one, a esto también hacen alusión las GPC, a aumentar la cantidad de ratio profesional/usuario para que se pueda llegar a cumplir estos estándares de calidad. Conviene recordar en este punto el principio de beneficencia por el que

los profesionales deben proporcionar el mayor bien posible a la mujer y su bebé, y esto se consigue en parte ofreciendo unos cuidados continuados a la mujer. Por lo tanto, se estaría privando a la mujer de los posibles beneficios del acompañamiento one to one cuando en el servicio no hay posibilidad, presumiblemente debido a la carga de trabajo, de ofrecer este tipo de apoyo. Y, en consecuencia, también podemos hablar de la desigualdad que se produce cuando a una gestante se le puede dar este tipo de apoyo y a otra no, dependiendo de la carga de trabajo.

5) Libertad de movimiento durante la dilatación y el expulsivo

La Guía ACOG (25) define que la libertad de movimiento reduce la duración del parto, el riesgo de cesárea y la necesidad de epidural. Luces Lagos et al (31) recogen que mantener posiciones verticales y tener libertad de movimiento durante el trabajo de parto pueden contribuir a acortar el periodo de dilatación que el bebé descienda mejor por el canal del parto y que mejore la eficacia de las contracciones, llevando todo ello a que aumenten las posibilidades de un parto eutócico. Esto a su vez ayudará como método de alivio del dolor, aumentando el empoderamiento de la mujer, su satisfacción y mejorando los resultados neonatales sin causar efectos perjudiciales en el binomio mama/bebé. En esta misma línea, la OMS, en sus recomendaciones de Atención al Parto Normal (12), destaca la importancia de la que la pelvis se mueva de manera libre ayudando esto en el alivio del dolor y en las posibilidades de parto eutócico, lejos de colocar a la mujer en posición de litotomía se debería animar a que se movieran como les pidiera el cuerpo y adoptaran las posiciones que creyeran convenientes tanto en el trascurso de la dilatación como durante el expulsivo. Del mismo modo, la OMS declaró, ya en 1985 en su “*Declaración de fortaleza*” (32) que, una de las peores posturas para parir es tumbada con las piernas hacia arriba. En el cuestionario administrado a los profesionales del servicio de paritorio del HUC, un 58,73% de los profesionales opinan que sí se fomenta el movimiento libre durante la dilatación, mientras que, durante el periodo de expulsivo, sólo el 1,59% percibe que se fomenta este en la mayoría de los casos. Toda la bibliografía que encontramos respalda que se debe fomentar el libre

movimiento por los beneficios que tiene en ambos periodos, no que esta libertad deba disminuir según avanza el parto. También llama la atención que el 46,03% de los profesionales, perciba que la adopción de posiciones que siguen los deseos de la mujer de bajo riesgo durante el expulsivo dependa del profesional que la acompañe. Aquí surge un problema ético en el que la autonomía y la toma de decisiones libre de la mujer pasa a depender de la experiencia del profesional que acompañe su proceso y, como se recoge en la Ley de Autonomía del paciente (8), *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado (...) al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente,”* de la misma manera que se recoge en el Código Ético de Medicina (9) *“El médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”*. Por lo tanto, debemos informar a la mujer de que existe esta opción y de sus beneficios y riesgos, para que ella tome una decisión informada y nosotros tendremos el deber de respetarla. Si seguimos investigando en la bibliografía, extraemos del siguiente trabajo (33) *“el famoso obstetra François Mauriceau publicó en 1668 un tratado en el que explicaba que la mejor posición para atender los partos era la posición horizontal, ya que hacía más fácil el uso del fórceps, instrumento que apareció en esta época y se puso de moda. A partir de entonces, la utilización de esta posición se fue extendiendo al resto de Europa y, en las familias de clase alta, las mujeres empezaron a parir en posición horizontal y asistidas por médicos, en lugar de matronas (o comadronas). Parir en posiciones verticales se consideraba de clase baja. La posición horizontal comenzó a utilizarse, por tanto, para aportar mayor comodidad a los profesionales. Por el contrario, a la mujer se le hizo adoptar una actitud pasiva durante el nacimiento, perdiendo todo el control en algo tan íntimo como su propio parto. En el siglo XIX, concretamente en el año 1850, se desarrolló el estetoscopio, instrumento que permitía escuchar el latido del corazón del bebé, pero que hacía necesario que la mujer estuviese tumbada, en posición horizontal, limitando su movilidad.”* En el cuestionario no se abordan los motivos por los que no se fomenta la libertad de movimiento, pero si fuera la comodidad de los profesionales, como suscribo en las líneas que preceden, también estaríamos dañando el derecho de no maleficencia y beneficencia. Las mujeres no deben parir en la posición que mejor domine el profesional, sino en la que ellas se sientan más cómodas o en las que su cuerpo les vaya indicando.

Destacamos también que algunos de los profesionales pensaban que no se podía fomentar el libre movimiento porque la epidural no lo permitía ya que bloqueaba a la señora, (aquí volvemos a recordar los principios de beneficencia y no maleficencia) y otros remarcaban que la falta de monitores inalámbricos dificultaba la libertad de movimiento. En mi opinión, esto se solventaría utilizando una monitorización intermitente en mujeres de bajo riesgo según indica la evidencia. Un 14,29% de los profesionales, en ambas preguntas, percibían que no se fomentaba en la mayoría de los casos. El plan de parto (21) deja lugar a que la mujer escriba sus preferencias sobre el tema que nos ocupa y, dado que el plan de parto expresa la voluntad de la mujer sobre las intervenciones que desea, una vez informada debemos respetarlo siempre que sea posible y en caso de no expresar esta voluntad o no tener una idea clara, actuar según indique la evidencia científica y las GPC, es decir, recomendando libertad de movimiento.

6) Maniobra Kristeller

La maniobra Kristeller consiste en hacer presión del fondo uterino en el período expulsivo, para finalizar la segunda etapa del trabajo de parto (34). Respecto a ella la GPC de la OMS (6) recoge que *“No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo. El GDG mostró una grave preocupación por la posibilidad de que se causen daños a la madre y al bebé con esta intervención”*. La GPC sobre la Atención al parto normal (12) enuncia que no se recomienda la maniobra Kristeller. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, en sus recomendaciones de 2007, afirma que la maniobra de Kristeller está contraindicada para facilitar el descenso del feto. Esta maniobra puede causar a la madre traumatismos que van desde hematomas y dolor en las inserciones musculares y fractura de costillas, hasta rotura del útero e inversión uterina, que pueden provocar a su vez hemorragias graves y, en casos extremos, conducir a la extirpación del útero. En cuanto al bebé, también puede producirle traumatismos y lesiones como las del plexo braquial, que provocan la parálisis de Erb. Respecto a las consideraciones ético legales, la plataforma El parto es nuestro (35) expone que *“Cualquier intervención médica*

requiere el consentimiento previo del paciente. Para recabar este consentimiento los profesionales sanitarios están obligados a informar a las usuarias, como mínimo, de las indicaciones, efectos adversos y alternativas existentes, para que puedan elegir. El consentimiento informado es una figura médico legal con un profundo fundamento ético, que es el derecho de toda persona a decidir sobre la propia salud y el propio cuerpo. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica garantiza el derecho de todo paciente o usuario a negarse a una intervención o tratamiento médico. Además, ello «no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos». La maniobra de Kristeller no sólo es indeseable en sí misma, sino que existen multitud de alternativas mucho más eficaces y, lo más importante, exentas de riesgo». La mayoría de los profesionales encuestados (74,60%) percibió que esta práctica no se valoraba como útil en el servicio de paritorio. Sin embargo, el 22,22% creía que dependía del profesional. Uno de los encuestados respondió que “por desgracia”, sí se seguía practicando, y otro que si se valoraba como beneficiosa en la mayoría de los casos. La evidencia presentada no deja dudas sobre que la utilización de esta técnica atenta contra los principios éticos (el de no maleficencia que señala “no dañar”, y el principio de autonomía cuando no se deja decidir a la mujer sobre si se le practica o no), y por supuesto, se contrapone a lo que la evidencia científica avala.

7) Contacto piel con piel y pinzamiento tardío del cordón en cesáreas

La GPC sobre la Atención al Parto Normal (12) enumera los beneficios del contacto piel con piel entre los que se encuentran, a corto plazo, mantener y aumentar la temperatura del recién nacido, por lo que este, a su vez, duerme más tiempo y llora menos. Entre los beneficios a largo plazo estarían el aumento en el tiempo que dura la lactancia materna y una mayor puntuación en los niveles de sentimientos maternos. Esta guía también hace hincapié en que este contacto sea inmediato e ininterrumpido como mínimo las dos horas posteriores al parto.

Si buscamos evidencia sobre esta práctica en cesáreas, encontramos un documento elaborado por el Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) (36) en el cual se explican los beneficios del contacto inmediato piel con piel que, además de los citados anteriormente también incluyen, una mejor transición del recién nacido y adaptación a la vida extrauterina, aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro y además mejora el vínculo afectivo madre/hijo, facilitando el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo. Esta guía también enumera una serie de “efectos negativos” que trae consigo la cesárea y que se relacionan con la separación de la madre y el bebé, como son: en el bebé, que se interrumpe la transición normal, con ausencia de compresión torácica y menor secreción de hormonas. A esto sumamos los efectos de la separación de la madre. En la madre hay una mayor tasa de complicaciones, peor recuperación, así como aumento del dolor y cansancio. También se producen efectos inherentes a la separación, como una peor vivencia del parto, mayor riesgo de depresión postparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales. Sobre la lactancia materna: Debido a una menor concentración de prolactina y oxitocina tras el parto, a la separación entre madre e hijo para la realización de los cuidados postquirúrgicos de la madre y a las alteraciones físicas (dolor, anestesia.) y psicológicas, las mujeres sometidas a una cesárea tienen más dificultades en iniciar y mantener la lactancia y presentan un alto índice de cese precoz de la misma. Si investigamos sobre por qué no se realiza como práctica habitual el contacto piel con piel en cesáreas, si la situación lo permite, encontramos la resistencia de los profesionales como causa principal. Este documento también ofrece pautas sobre como llevarlo a cabo y lo define como una práctica, beneficiosa, segura y recomendada. En nuestro cuestionario el 77,78% de los profesionales percibió que sí se hacía, he de recalcar que la pregunta inicial del cuestionario tenía escrito la palabra cesárea en minúscula y al cambiarla a mayúsculas empezó a haber respuestas de “no en la mayoría de los casos” y “dependiendo del profesional”. Creo que pudo ocurrir una confusión entre en contacto piel con piel en partos en las salas habilitadas para ello, y el contacto piel con piel durante las cesáreas. Del mismo modo el contacto piel con piel es un derecho de la madre

y el recién nacido, independientemente de la manera en que este venga al mundo, siempre que el estado de ambos lo permita. No realizarlo incurre en el principio de no maleficencia y beneficencia, ya que lo mejor para ambos es realizarlo y así se describe en la evidencia científica. Así mismo, también afectaría a la igualdad entre las mujeres ya que unas se beneficiarían de la práctica y otras no cuando no está justificado.

Si atendemos al pinzamiento tardío del cordón umbilical en cesáreas la evidencia nos dice que *“Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.”* (6) Así mismo, también los recogen las GPC (24)(25) y (29). Entre los beneficios de esta práctica se encuentran (37): mayor aporte de hemoglobina, menor riesgo de anemia durante el primer año de vida, mayor aporte de células madre, mayor peso al nacer, menor riesgo de hipoxia al nacer, mejores habilidades motoras, finas y sociales a la edad de 4 años que indican efectos positivos en el neurodesarrollo a largo plazo y menor riesgo de hemorragia ventricular, enterocolitis necrotizante o necesidad de transfusión sanguínea en bebés prematuros. En este mismo documento se pone de manifiesto como la evidencia ha demostrado que este tipo de pinzamiento no produce un mayor riesgo de ictericia neonatal como se creía. También extraigo las siguientes reflexiones que me parecen muy interesantes *“Nacemos con un reanimador neonatal de serie que es nuestra placenta. Cortar de forma prematura el circuito que nos ayuda y facilita la transición del útero al exterior es peligroso y arriesgado.”* y *“Hemos creído durante años que la intervención humana era mejor que la propia naturaleza, pero la evidencia ha mostrado una vez más que nos equivocamos”*. Es obvio que estos mismos beneficios se producen tanto en el parto vaginal como en la cesárea, pero cito dos referencias bibliográficas que lo resaltan por si alguien desea profundizar más en el tema. (38) (39)

Tras todo lo expuesto volvemos a hacer alusión al presente estudio. En la pregunta referente a la percepción de los profesionales del HUC sobre el pinzamiento tardío del cordón se reflejaron diferencias respecto a la pregunta anterior, los resultados arrojaron que sólo el 9,52% de los encuestados

pensaban que se realizaba en la mayoría de los casos, el 50,79% respondieron que no en la mayoría de los casos y un 25,40% que dependía del profesional. Aquí si encontramos en el apartado de respuesta libre que dependía del profesional de anestesia. No se indagó sobre los motivos de la variabilidad de estas dos prácticas en cesáreas, pero lo que sí se puede extraer es que a un sector de las mujeres parece que se les está privando de los beneficios de esta práctica, y más cuando entendemos que el motivo de impedimento no fue el estado de la madre o el recién nacido ya que las respuestas deberían haber sido similares en ambas preguntas.

Dado los beneficios de estas prácticas, es necesario aunar esfuerzos para que las mujeres que deben someterse a cesárea puedan disfrutar de estos beneficios, así como sus bebés, pues, de lo contrario, no cumplimos el principio de “Primero no hacer daño”. También cabe decir, que las usuarias tienen derecho a decidir libremente después de que se les proporcione toda la información disponible, y por lo tanto, es deber de los profesionales informarlas que si tanto ella como su bebé se encuentran clínicamente estables, tienen derecho a disfrutar del contacto piel con piel así como, del pinzamiento tardío del cordón en sus cesáreas.

8) Apoyo al dolor con medidas no farmacológicas

En la GPC de la OMS sobre el alivio del dolor con medidas no farmacológicas recoge que (6) *“Se recomiendan técnicas de relajación, como las de relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación de atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto”*. Al respecto la guía ACOG (25) recoge que la esferodinamia en sí misma no alivia el dolor, pero si las posiciones verticales que son las que se utilizan en la pelota. Sobre el óxido nitroso, la NICE (23) dice que puede producir un alivio del dolor moderado pero que también causa náuseas, vómitos y mareos y que se debe de informar a la mujer previamente. Así mismo, todas estas medidas se intensifican si van unidas al acompañamiento prenatal y a un buen vínculo entre el profesional y la mujer (40). La GPC (12) defiende que

el apoyo por parte de los profesionales es el factor que más influye en la satisfacción materna. Del mismo modo, las mujeres muestran mayor grado de satisfacción cuando se cumplen sus expectativas de dolor y pueden elegir que técnicas prefieren para aliviarlo. En los resultados del cuestionario de este estudio, un 49,21% de los profesionales opinan que si se ofrece un buen apoyo al dolor con medidas no farmacológicas si así lo desea la gestante, de la mitad restante un 15,87% percibe que no se hace así y un 28,57% que esto depende del profesional, entre los motivos por los que no se realiza este apoyo algunos de los profesionales del HUC lo achacan a la falta de infraestructura y de óxido nítrico. Aquí volvemos a hacer alusión a la autonomía de la mujer, a su derecho a decidir qué medidas de alivio del dolor desea una vez informada de todas las opciones disponibles y proporcionar estas, así como nuestro apoyo. Es cierto que no todas las maternidades cuentan con las mismas opciones y, por lo tanto, no se hace presente el principio de justicia, puesto que el trato dependiendo de la maternidad no es igualitario, siendo esto contrario a la justicia distributiva que enunciaba Aristóteles (41) puesto que debe existir equidad en los recursos profesionales y estructurales para proporcionar una atención sanitaria equitativa e igualitaria.

9) Expulsivo en bañera

Tanto la GPC de Atención al Parto Normal (12) como las Recomendaciones de la OMS (6) hablan de los beneficios que tiene la inmersión en el agua como medida no farmacológica de apoyo al dolor, sin embargo, no incluyen nada sobre el expulsivo en bañera de partos. Sobre este particular, el Royal College of Midwives publicó la Guía (42) sobre la inmersión en el agua de mujeres de bajo riesgo durante todo su proceso de parto.

Sobre la evidencia disponible de la revisión de Dekker (43) se extraen los siguientes datos: a) Los bebés que nacen en el agua tienen resultados similares perinatales comparados con los que no lo hacen; b) no existe evidencia que avale los resultados positivos o negativos a largo plazo; c) El Colegio Americano de enfermeras parteras, la Asociación Americana de Centros de nacimiento, y el

Royal College de Obstetras y Ginecólogos en el Reino Unido, apoyan el parto en el agua como una opción más para las mujeres de bajo riesgo, sin embargo, el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) en 2014 realizó un informe (44) en contra del parto en el agua, en 2016, actualizaron dicha declaración indicando que los riesgos potenciales no han sido suficientemente estudiados para apoyar o alentar la solicitud de una persona para dar a luz en el agua y aunque recomiendan que el nacimiento no sea en el agua, si apoyan los beneficios de esta durante el trabajo de parto abogando por la elección informada y más investigación sobre los partos en agua; d) se considera el parto en el agua como una opción válida en mujeres de bajo riesgo, siempre que asuman los riesgos y beneficios potenciales; e) si la mujer desea un parto en el agua y encuentra un profesional preparado para ello la evidencia disponible no puede negar esta opción.

El informe de la ACOG anteriormente citado, también estaba respaldado por la American Academy of Pediatrics (AAP) (45) y en el mismo se utilizaba como argumento que el respeto a la autonomía y libertad de elección por parte de las mujeres tiene como límite la seguridad del recién nacido.

Otros estudios que recogió la matrona Casadevall, L. en 2018 (46) muestran que el nacimiento en el agua disminuye el riesgo de desgarro perineal, la duración del parto y el riesgo de intervenciones médicas. También se extrae que no hubo diferencias entre los resultados perinatales de bebés nacidos en agua o fuera de ella. Así mismo, la satisfacción materna era mayor. Además, se vio que el parto en el agua reducía la duración de la dilatación y el expulsivo, así como el número de tactos vaginales y desgarros perineales. Estos estudios destacan que se debe facilitar el acceso de las mujeres a dichos partos si así lo desean.

Esta pregunta de nuestro cuestionario es sin duda la que más respuestas diferentes recogió. Respecto a si los profesionales del HUC consideraban que añadía riesgos al expulsivo realizarlo en la bañera con la que cuenta el servicio, el 41,27% percibía que si añadía riesgos, el 17,46% que no y un 19,05% pensaba que los posibles riesgos debería valorarlo el profesional que acompañe a la señora. Entre las respuestas que dieron en el apartado "otro" nos encontramos

falta de personal cualificado, que la bañera de la que se dispone no reúne las condiciones necesarias para afrontar un expulsivo ya que le faltan elementos de seguridad fundamentales, que falta una infraestructura adecuada y que en el servicio no está permitido el expulsivo en bañera.

La realidad es que, en España, a día de hoy, la mayoría de maternidades en los servicios públicos, entre los que se incluye el HUC, no cuentan con bañera de dilatación y parto, ni tampoco con personal formado para atenderlos. Por lo tanto, no es una posibilidad que se pueda dar a las mujeres que acuden al servicio, incumpliendo su plan de parto si así lo incluye. De este modo, hablamos de que no se cumple el principio de justicia al no tener recursos iguales todas las maternidades. Aquí puede plantearse un dilema ético pues podría darse el caso de una mujer que desee parir en la bañera de la que dispone el servicio, pese a que se le expliquen los riesgos potenciales, y en ese punto, entraría en juego el principio de no maleficencia que obliga a que los profesionales velen por el bienestar del binomio madre/bebé, que confrontaría con el principio de autonomía y de respetar las decisiones que la madre tome de manera libre e informada; y es que, dependiendo de la literatura que se consulte, encontramos que todas las decisiones sobre el no nacido debe tomarlas la madre, y también que, se podría intervenir cuando estas lleven consigo consecuencias claramente maleficas para él, de carácter grave o que se puedan evitar de otra manera (47). He aquí el dilema de si prima la madre o el futuro bebé. Una postura que considero más centrada también la extraigo del documento anterior “cuando la opción escogida por la mujer se aparta de las buenas prácticas, hay que intentar persuadirla de manera respetuosa para cambiar la decisión, pero ello no puede significar menospreciar la voluntad ni la decisión.”

Para cerrar este apartado, comentar que el Plan de Parto de España no recoge la opción de expulsivo en bañera, especificando de manera clara “uso de bañera durante la dilatación.”

10) Plan de parto, comunicación efectiva, toma de decisiones y respeto al deseo de las gestantes

Este apartado incluye varias de nuestras preguntas dado son conceptos que se encuentran íntimamente relacionados.

Comenzamos con el Plan de Parto (21) que se define en el propio documento emitido por el Ministerio de Sanidad como *“un documento en el que la mujer expresa preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento”* en el mismo documento no sustituye a la información que debe proporcionar los profesionales y que la mujer podrá modificarlo según se vayan desarrollando los acontecimientos.

Atendiendo a este tema, del documento emitido por el Comité de Ética de Cataluña extraemos que las siguientes ideas: a) el plan de parto debe ser una herramienta que facilite la toma de decisiones de la mujer, en él se contemplaran las diferentes opciones así como las ventajas e inconvenientes que plantea cada una; b) todo lo que en este documento se puede plasmar ira de acuerdo con los valores, creencias y la voluntad de la pareja y, por lo tanto, ayudará a que el consentimiento sea realmente informado; c) al igual que la mujer puede cambiar de idea durante el embarazo y el parto puede hacerlo sobre este consentimiento; d) durante el proceso del parto se va creando un vínculo entre el profesional y la pareja mediante el diálogo, y aquí el profesional recomendará y orientará a la mujer y esta expondrá las preferencias, valores y deseos que deberán ser respetados e) no podemos caer en que el plan de parto se asimile a otros consentimientos que se convierten en meros formulismos que solo sirven para aumentar la seguridad de los profesionales f) el profesional debe tener en cuenta la experiencia y las expectativas de la mujer, crear una relación de colaboración, proporcionar la evidencia existente, incluidas las incertidumbres, presentar las recomendaciones y comprobar la comprensión y llegar a un acuerdo g) los planes de parto pueden ser de muchos tipos, desde uno a completar hasta una hoja el blanco donde se expresen los deseos de la mujer.

En los resultados de los cuestionarios que estamos comentando, los profesionales opinaban que el 53,97% de los trabajadores del servicio preferían que la mujer acudiera con plan de parto, el 28,57% que dependiendo del profesional prefería o no que la mujer acudiera con plan de parto, y un 14,29

tenía la visión de que en general se prefería que las señoras acudieran sin Plan de Parto. Todos los profesionales que rellenaron el cuestionario consideraban que, cuando se presentaba Plan de parto, se respetaba el mismo siempre que fuera posible. Uno de los profesionales respondió que el Plan de Parto sin una “visión realista” no servía. A esto último me gustaría añadir que un Plan de Parto SIEMPRE sirve, nos ayuda a conocer a quien tenemos delante, en qué cree y cómo piensa; y en todo caso va a reflejar las ideas de la mujer. Es nuestro deber informarla sobre las ideas que consideremos correctas de acuerdo a la evidencia y a las recomendaciones éticas, y las que no, porque no podemos olvidar que no es nuestro parto, ni nuestras ideas, sino que debemos considerar a la mujer como autónoma y con capacidad de toma de decisiones. A este respecto, también será nuestro deber informarla debidamente por si esas ideas se basaran en conocimientos o premisas erróneas, pero siempre respetando su última decisión. No olvidemos lo enunciado por Ley de Autonomía del paciente (8) *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo 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.”*

Además, es nuestro deber no practicar una medicina defensiva, esa que entiende el consentimiento informado como fin legal únicamente, sino entenderlo como una herramienta que nos puede ayudar a superar el paternalismo en la asistencia.

En pro de la igualdad, también deberá existir la opción de entregar los planes de parto en otros los idiomas.

De cara a los dilemas éticos, es importante determinar si en los planes de parto, una vez agotada la vía del diálogo, prevalecería el derecho a la autonomía de la mujer o el principio de no maleficencia hacia ella o el bebé.

Visto esto, el plan de parto se nutre tanto de la comunicación efectiva, como de respetar los deseos y decisiones de la mujer. Es importante resaltar que, aunque la mujer no presente plan de parto como tal, también debe beneficiarse en todo el proceso del dialogo, la información, la escucha y el

respeto a sus decisiones, se incluyan o no por escrito en el documento llamado plan de parto.

Respecto a estos tres fundamentos ineludibles en la asistencia al parto, de los profesionales que rellenaron nuestro cuestionario, un 60,32% percibía que se realizaba una comunicación efectiva en la mayoría de los casos y el 39,68% que la comunicación efectiva dependía del profesional a cargo. En lo que respecta a si se respetan los deseos de las gestantes, un 74,60% consideraba que sí se hacía en la mayoría de los casos, frente a un 22,22% que creía que dependía del profesional que acompañara a la mujer; las respuestas libres fueron que, aunque se intentaba respetar, a veces no se podían satisfacer por la infraestructura, o que se respetaba si las pretensiones eran realistas. En cuanto a fomentar la toma de decisiones de la mujer, una mayoría, con un 68,84% pensaba que, si se hacía, un 15,87% que dependía del profesional y en esta última, un 14,29% a diferencia de las demás, pensaba que no se fomentaba en la mayoría de los casos. Por lo tanto, aún queda trabajo por hacer en cuanto a respetar la autonomía de las usuarias, mediante la comunicación conoceremos los deseos de la mujer, podremos darle información clara, dejando que la asimile y, así, estaremos fomentando su toma de decisiones, meditada e informada, para después respetarla. De este modo, todo vuelve a conectarse, porque respetar la autonomía nos obliga moralmente a actuar según las decisiones de las personas, estemos de acuerdo o no con las mismas; y sólo así estaremos respetando su dignidad, reconociéndola como ser moral.

11) Apoyo a la primera toma de lactancia materna

Por último, sobre el apoyo a la primera toma de lactancia materna si esa es la decisión de la madre, las recomendaciones de la OMS (6) especifican que todos los recién nacidos se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible, y siempre que la estabilidad clínica de ambos lo permita. El comité de lactancia de la AEP (48) recuerda que las primeras horas son determinantes para el posterior establecimiento de la lactancia materna, y que es muy importante que un profesional observe esta primera toma, para poder identificar y corregir posibles problemas.

En el cuestionario de nuestro estudio la gran mayoría (82,54%) consideró que, si se realizaba un buen apoyo a esta toma y, el resto, que dependía del profesional a cargo.

Estas acciones van de acuerdo al principio de beneficencia para el binomio mamá/bebé, cuando este es su deseo.

Para terminar, vamos a comentar los resultados más relevantes al comparar los mismos por categoría profesional, años de experiencia, edad y género. El resto de resultados que no se comentan es porque las respuestas fueron similares lo que no da lugar a discusión posible.

Aquí la pregunta estrella y en la que podemos encontrar algún tipo de tendencia en todas las comparaciones que realizamos, fue la del momento de ingreso de la mujer de bajo riesgo en el servicio. Cuando separamos por categoría profesional, vemos que las matronas opinan en su mayoría que el momento de ingreso depende del profesional o que se hace previo alcanzar la fase activa del parto. El resto de categorías profesionales, opinaba que si se las ingresaba en la fase activa de parto. También encontramos una tendencia diferente de respuestas si atendemos a los años de experiencia, pues el grupo de residentes de ambas categorías, así como los que llevan más de 10 años de experiencia, perciben en su mayoría que se ingresa a las mujeres en la fase activa del parto. Respecto a la edad de los participantes, la tendencia muestra que, a más jóvenes, en mayor medida opinaban que se ingresaba en pródromos de parto (exceptuando al grupo de más de 50 años). Y respecto al género, predomina que no se ingresa en fase activa de parto en el masculino, seguido en frecuencia de que si se hace o que depende del profesional. El género femenino, sin embargo, considera en su mayoría que depende del profesional, seguido de que si y el menor porcentaje corresponde a que no se realiza el ingreso de la mujer de bajo riesgo en fase activa del parto. No sabemos a qué responden estas tendencias, podemos teorizar sobre la actualización de los profesionales o la mayor empatía con la mujer que acude al servicio en función del género.

Otra pregunta con variabilidad en las respuestas, fue la que se refería a los riesgos que añadía realizar el expulsivo en bañera. Analizando las categorías profesionales, tanto el grupo de matronas como el de residentes de ginecología, pensaba que si entrañaba riesgos en su mayoría; y el de enfermeras y ginecólogos lo dejaban a decisión del profesional. En esta misma pregunta y en lo que respecta a los géneros, el femenino era más dado a que lo decidiera el profesional, y el masculino no contemplaba esa opción. No sabemos a qué responde que las matronas y residentes de ginecología ven más riesgos que los ginecólogos y enfermeros en el expulsivo en bañera. Puede ser, que se muestren más precavidos y no quieran dejarlo a criterio del profesional, o tal vez, que no consideren tan idónea la bañera de la que dispone el servicio para este fin. Lo mismo ocurre con el género masculino y femenino, pero exactamente no sabemos a qué responde esta tendencia.

La última tendencia que encontramos, responde a la libertad de movimiento durante el expulsivo. Aquí tanto los profesionales con menos de 2 años de experiencia, como los residentes consideran que sí se fomenta el movimiento en expulsivo. Sin embargo, los que tienen más de dos años de experiencia perciben en su mayoría que no se fomenta el libre movimiento en periodo de expulsivo, o que depende más del profesional responsable. Esta tendencia puede deberse a que, a más experiencia tienes, más conoces los beneficios del movimiento y más crítico eres con que esto no se produzca.

CONCLUSIONES

- En primer lugar, me gustaría resaltar que los resultados atienden a las percepciones subjetivas que tienen los profesionales del HUC sobre las prácticas habituales que se realizan en su servicio. Estos resultados no tienen por qué coincidir con lo que realmente se hace, ni con la moralidad, valores, creencias, acuerdo o desacuerdo de los profesionales con las mismas.

- Parece evidente, por lo expuesto en el presente estudio, que las actuaciones que se realizan en el Servicio de Paritorio, según la percepción de los profesionales que han participado en él, no siempre tienen como guía las recomendaciones basadas en las GPC, siendo estas las que deberían inspirar y regular todas las actuaciones, por cuanto responden a unos criterios objetivos, basados en la evidencia científica, dando por tanto cumplimiento a los principios y valores éticos de aplicación, como son los mencionados principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, igualdad y equidad. En lugar de ello, de los resultados obtenidos se desprende, que existen factores diferenciales que responden a unas motivaciones personales y subjetivas en función de las características de los individuos, que los llevan a tener una percepción de las actuaciones que en el Servicio de Paritorio se realizan, alejadas, en ocasiones, de estas GPC.
- Me gustaría resaltar, por otro lado, que al inicio de este estudio, se esperaba hallar una diferenciación mayor, en lo que a los resultados respecta por los conceptos diferenciadores establecidos en la encuesta, como género, edad, años de experiencia o categoría profesional, como factores que entrasen en juego, de algún forma, a la hora de determinar las percepciones de las actuaciones que en el día a día se realizan en el Servicio de Paritorio. Sin embargo, a la vista de los resultados obtenidos, se ha producido una cierta homogeneización en los mismos, que pone de manifiesto que la percepción de los profesionales resulta bastante similar, al margen de estos criterios diferenciadores, excepto las pocas preguntas comentadas en el apartado de comparaciones.
- Llama mi atención que tantos profesionales perciban que, como se actúa dependa del profesional. Sobre todo, porque las buenas prácticas no pueden depender del profesional, pues se rigen por el principio de no maleficencia, y cuando un profesional lo desatiende está incumpliendo este principio. Así mismo, no considero justo que la misma mujer corra diferente suerte dependiendo de quién esté ese día en el turno. Las actuaciones deberían ser las mismas, y todas avaladas por la evidencia

científica del momento. Por eso, es muy importante unificar criterios y adherirse a ellos en pro del principio de beneficencia, así como de seguir los códigos deontológicos. Actualizarse constantemente debe ser parte de la disciplina sanitaria.

- Sería interesante profundizar en los motivos, si los hubiera, en que se basan las percepciones de los profesionales, sobre todo por la variabilidad en las respuestas, que, como vemos, no responde a ningún criterio de los analizados y, por lo tanto, no hemos podido encontrar tendencias significativas que abarquen todas las preguntas. Por ejemplo, no todas las personas con menos años de experiencia tienen percepciones menos actualizadas. También sería interesante analizar las repercusiones que pueden tener estar prácticas en las gestantes tanto beneficiosas como perjudiciales.
- Por último, me gustaría enfatizar la importancia de respetar las decisiones de las mujeres, empoderarlas y hacerlas sentir partícipes de ese momento único. Como dice Michel Odent, para cambiar el mundo es necesario cambiar la forma de nacer.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) https://www.cuerpamente.com/entrevistas/ibone-olza-parto_1803, s.f
- 2) Argüello-Avendaño, H.E., Mateo-González,A.(2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Liminar* (online), vol.12 no.2. pp. 13-29. <http://www.scielo.org.mx/pdf/liminar/v12n2/v12n2a2.pdf>
- 3) Sabatino, H. (2017). Historia de las formas de nacer. Asociación Española de Matronas. Recuperado de https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/02_HISTORIA_FORMAS_NACER.pdf el 20 de Mayo de 2022
- 4) Fernández Herrero, L. (2021). El parto: La medicalización de un proceso natural. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/22417/FERNANDEZ%20HERRERO%2C%20LAU%20RA.pdf?sequence=>
- 5) Galán, R. (2016). El parto: de la soledad del Paleolítico a la medicalización de la actualidad. Recuperado de: <https://efesalud.com/un-paseo-por-la-historia-del-parto-de-la-soledad-del-paleolitico-a-la-medicalizacion-de-la-actualidad/> el 15 de mayo de 2022.
- 6) Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y el 5 de Junio de 2022
- 7) Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2020). El parto respetado. Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/2021/01/04/el-parto-respetado-2020/> el 5 de junio de 2022.
- 8) Ley. 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica de 14 de noviembre de 2002. Boletín Oficial del Estado, nº 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 6.
- 9) Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España. (2011). Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf el 5 de junio de 2022
- 10) Aguaya Maldonado, J. et al. (2008). BUENAS prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. Conserjería de Salud de la Junta de Andalucía p. 16. Recuperado de https://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP_Atencion_Perinatal.pdf el 1 de junio de 2022.
- 11) Borja Aburto, V.H. (2020). Guías de Práctica Clínica. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc> el 7 de junio de 2022
- 12) Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Recuperado de https://portal.quiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf el 16 de mayo de 2022
- 13) Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales del 5 de diciembre de 2018. Boletín Oficial del Estado, nº 294, de 6 de diciembre de 2018
- 14) Rodríguez Sánchez, M. (2000). Actualización de las recomendaciones en la asistencia al parto normal. *Revista electrónica de portales médicos*. Vol. XV; nº 14; 735. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actualizacion-de-las-recomendaciones-en-la-asistencia-al-parto-normal/>
- 15) Cros Otero, S.J.(2019). Ayuno prolongado en gestantes de bajo riesgo tras administración de epidural. *Revista electrónica de portales médicos*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ayuno-prolongado-en-gestantes-de-bajo-riesgo-tras-administracion-de-epidural/>
- 16) McDonnell, N.J., Paech, M.J., Clavisi, O.M., Scott, K.L.(2008). Difficult and failed intubation in obstetric anesthesia: an observational study of airway management and complications associated with general anesthesia for caesarean section. *Int J Obstet Anesth*. 17, 292-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18617389/>
- 17) Sperling, J.D., Dahlke, J.D., Sibai, B.M. (2016). Restriction of oral intake during labor: whither are we bound? *Am J Obstet Gynecol*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26812080/>

- 18) Lisa, R. Leffert, M.D., Brian, T., Bateman, M.D.(2016). Division of Obstetric Anesthesia. Department of Anesthesia Critical Care, and Pain Medicine. Massachusetts General Hospital Boston, MA. American Journal of Obstetrics & Gynecology.
- 19) Parsons, M., Bidewell, J. & Nagy, S. (2006). Natural Eating Behavior in Latent Labor and Its Effect on Outcomes in Active Labor. J Midwifery & Women's Health, 51, e1- e6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16399601/>
- 20) Scheepers, H., Thans, M., Pieter, A., Gerard, G.M., LeCessie, Saskia, & Kanhai, H. (2001). Eating and Drinking in Labor: The Influence of Caregiver Advice on Women's Behavior. BIRTH, 28, 2. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1523-536X.2001.00119.x>
- 21) Ministerio de Sanidad y Política Social. (2011). Plan de Parto y Nacimiento. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/igualdad/planPartoNacimiento.pdf> el 14 de junio de 2022.
- 22) Dekker, R. (2017). Evidence on: Eating and Drinking during labor. Evidence Based birth. <https://evidencebasedbirth.com/evidence-eating-drinking-labor/>
- 23) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). 2019 surveillance of intrapartum care for healthy women and babies. Guideline CG190.
- 24) Public Health a Agency of Canada.(2018). Charper 4 Care During labor and birth.
- 25) American Academy of pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). (2017) Guidelines for Perinatal Care. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx> el 15 de junio de 2022
- 26) Camara Roca, L (2017). La importancia del diagnóstico de la fase activa del parto. I Jornadas de Atención al embarazo parto y puerperio normal del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Recuperado de https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/ginecologia_y_obstetricia/docencia_y_formacion/cursos_y_jornadas/jornadas_embarazo_parto_y_puerperio_normal/i_jornada_de_atencion_al_embarazo_parto_y_puerperio_normal el 15 de Junio de 2022
- 27) Seoane, J.A. Bioética y Humanización del parto. Recuperado de <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/9096/CC?sequence=1> el 14 de junio de 2022.
- 28) Comité Editorial de www-physiology.com y el Panel internacional de expertos en interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológico. (2018). Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología. Recuperado de <https://www.icarectg.com/wp-content/uploads/2018/05/Gu%C3%ADa-de-monitorizaci%C3%B3n-fetal-intraparto-basada-en-fisiopatolog%C3%ADa.pdf> el 16 de junio de 2022.
- 29) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). Intrapartum Care Overview. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/intrapartum-care-intrapartum-care-overview.pdf> el 16 de junio de 2022
- 30) Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2021). Las matronas son el acompañamiento en el parto, no lo dirigen. Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/2021/02/10/acompanamiento-parto-fame/> el 16 de junio de 2022
- 31) Ana María Luces Lago,A.N., Mosquera Pan, L., Onandia Garate, M., Tizón Bouza, E. (2016). La lenteja de parto: un recurso favorecedor de la movilidad pélvica. ENE (revista de enfermería). Vol10 nº1. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100004
- 32) Organización Mundial de la Salud. (1985). Declaración de Fortaleza.
- 33) García Hernández, M., Jiménez Sánchez, C. (2017). Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680296/garcia_hernandez_mariatfg.pdf?sequence=1 el 16 de junio de 2022.
- 34) Becerra-Chauca, N.; Failoc-Rojas, E. (2019). Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas. Revista Cubana Obstétrico Ginecológica. Vol 45 nº 2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200004
- 35) El parto es nuestro. (2011). Maniobra Kristeller. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/09/07/maniobra-de-kristeller?page=2> el 20 de junio de 2022

- 36) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2017). Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha. Recuperado del 20 de junio de 2022.
- 37) Casadevall, L. (2018). Beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical. Recuperado de <https://www.laiacasadevall.com/2018/01/25/beneficios-del-clampaje-tardio-del-cordon-umbilical/> el 20 de junio de 2022.
- 38) Macía Lapuente, J., Franco Villalba, A.I., Rodríguez Sánchez, M., Doñate Cuartero, M., García Castillo, A., Peña de Buen, S. (2020). Pinzamiento tardío de cordón umbilical: beneficios y complicaciones para el recién nacido. Revista Sanitaria de Investigación online. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/pinzamiento-tardio-de-cordon-umbilical-beneficios-y-complicaciones-para-el-recien-nacido/> el 20 de junio de 2022
- 39) World Health Organization. (2014). Guideline: Delayed Umbilical Cord Clamping for Improved Maternal and Infant Health and Nutrition Outcomes. Geneva.
- 40) Sartori, A.L., Vieira, F., Almeida, N.A.M., Bezerra, A.L.Q., Martins, C.A., (2011). Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. Revista Enfermería Global Online. Vol. 10 Nº 21. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100019 el 20 de junio de 2022.
- 41) Garcés Giraldo, L. F., Giraldo Zuluaga, C. (2014). Virtudes éticas en Aristóteles: razón de los deseos y sus acciones para lograrlas. Revista virtual de la Universidad Católica del Norte 41, 70-78.
- 42) Royal College of Obstetricians and Gynecologists/Royal College of Midwives Joint Statement. Immersion in water during labour and birth. 2006. Recuperado de <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/immersion-water-during-labour-and-birth> el 22 de Junio de 2022
- 43) Dekker, R. (2018). Evidencia sobre: Parto en agua. Evidence Based birth. <https://evidencebasedbirth.com/wp-content/uploads/translations/spanish/Waterbirth-Handout-Spanish.pdf>
- 44) American Academy Of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists.(2014). Immersion in Water During Labor and Delivery. *Pediatrics* 133-758.
- 45) Iriondo Sanz, M. et al. (2015). Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Anales de pediatría. Vol 82 nº2. Reecuperado de <https://www.analesdepediatría.org/es-atencin-del-parto-el-agua--articulo-S1695403314003282> el 22 de Junio de 2022.
- 46) Casadevall, L. (2018). La seguridad del parto en agua. Recuperado de <https://www.laiacasadevall.com/2018/01/08/la-seguridad-del-parto-en-agua/> el 22 de Junio de 2022.
- 47) Comité de Bioética de Cataluña. (2021). HUMANIZAR Y DIGNIFICAR LA ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO: UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA. Recuperado de https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/humanitzar-dignificar-embaras-naixement-es.pdf el 22 de Junio de 2022.
- 48) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2020). La importancia de iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida. Recuperado de <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/noticias/importancia-iniciar-lactancia-materna-en> el 23 de Junio de 2022

ANEXO I

CARTA DEL COMITÉ DE ÉTICA



El estudio de investigación titulado: "**Percepción ética por parte de los profesionales en el paritorio del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, de las actividades que se realizan de manera habitual en este servicio**", versión 1, con código **CHUC_2022_26 (PARITORIOHUC26790)**, del que es Investigador Principal Dña. MARTA PLAZA ANDRADA, ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) en su sesión del **17/03/2022**, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) emite dictamen **FAVORABLE** para la realización de este estudio en el Hospital Universitario de Canarias.

Presidente del CEIm
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

En la dirección https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/verifica_doc?codigo_nde=
puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de
documento electrónico siguiente:
0M390k9CN8b8tdT7wsz8xHahyKvGZ2tY5



ANEXO II

CUESTIONARIO.

Percepción ética por parte de los profesionales en el paritorio de Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, de las prácticas que se realizan de manera habitual en este servicio y posibles repercusiones en las gestantes.

Este formulario se realiza de manera totalmente anónima y voluntaria, por lo que la participación en este estudio es confidencial, es por ello que, en aras de obtener los resultados más próximos a la realidad posible se ruega la máxima sinceridad e implicación en las respuestas.

Todas las preguntas disponen de un apartado "Otros" en el que se puede desarrollar de forma más concreta la respuesta si alguna de las opciones no se adaptase a la respuesta que se quiera dar.

El tratamiento de datos se realiza respetando la ley de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales), que garantiza la total confidencialidad de la información y su no utilización para fines ajenos a este estudio.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación o supresión enviando un correo electrónico a mplazaan@gmail.com

Gracias por participar.

¿Da su consentimiento para participar en este estudio?

Sí

No

1. ¿Cuál es su categoría profesional?

Matrón/a

Enfermero/a

Ginecólogo/a

Residente de ginecología

Residente de matrán/a

2. Años de experiencia profesional (excluyendo el periodo de residente de los mismos)

Actualmente soy residente

Menos de 2 años

De 2 a 5 años

De 5 a 10 años

Más de 10 años

3. Edad

Entre 20 y 30 años

Entre 30 y 40 años

Entre. 40 y 50 años

Más de 50

No deseo dar el dato

4. Género

Masculino

Femenino

No deseo dar el dato

5. ¿Considera que, en su servicio, a las mujeres con embarazos de bajo riesgo, durante el trabajo de parto activo se les restringen líquidos (agua, zumos o bebidas isotónicas) y sólidos de manera injustificada?

Se les permite ambos

Se les restringe ambos

No se les restringen líquidos, pero si sólidos

Depende del profesional que esté en el turno

Otro

6. ¿Considera que, en su servicio, se realiza una comunicación efectiva con la mujer y su pareja por parte del personal que la atiende?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Otro

7. ¿Considera que, en su servicio, se fomenta el ingreso de la mujer gestante de bajo riesgo durante la fase activa del parto y no en fase prodrómica?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Otro

8. ¿Considera que, en su servicio, se fomenta la realización de auscultación cardiotocográfica intermitente durante el trabajo de parto activo en gestantes de bajo riesgo cuyo parto siguen un curso fisiológico y normal?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Otro

9. ¿Considera que la práctica del acompañamiento one to one se ve reflejado en indicadores como la satisfacción de las mujeres, su percepción del dolor y así mismo puede contribuir a bajar la tasa de cesáreas y partos instrumentales?

Sí, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Depende del profesional

Otro

10. ¿Considera que, en su servicio, se fomenta el libre movimiento de la mujer de bajo riesgo durante el periodo de dilatación activa?

Sí, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Otro

11. ¿Considera que, en su servicio, se fomenta el libre movimiento de la mujer de bajo riesgo durante el periodo de expulsivo?

Sí, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Otro

12. ¿Considera que, en su servicio, se valora como beneficioso y útil ejercer presión en el fondo uterino para facilitar el periodo final del expulsivo?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Otro

13. ¿Considera que, en su servicio, se favorece el contacto piel con piel durante las CESÁREAS, siempre que el estado del recién nacido y la madre lo permiten?

Si, en la mayoría de los casos

No, la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Otro

14. ¿Considera que, en su servicio, durante las CESÁREAS, se fomenta el pinzamiento tardío del cordón en recién nacidos sin complicaciones?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Sólo si la cesárea es programada

Otro

15. ¿Considera que, en su servicio, se realiza un apoyo al dolor adecuado con medidas no farmacológicas, si la mujer así lo desea?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos
Dependiendo del profesional a cargo
Otro

16. ¿Cree que, en su servicio, entraña riesgos añadidos que el expulsivo se realice en bañera si así lo desea la gestante?

Si, en la mayoría de los casos
No, en la mayoría de los casos
Creo que debe decidirlo el profesional que acompañe a la gestante
Otro

17. ¿Considera que, en su servicio, se prefiere que una mujer acuda con plan de parto o sin él?

Se prefiere que acudan CON plan de parto, y se respeta, en la mayoría de los casos

Se prefiere que acudan CON plan de parto, pero no se respeta, en la mayoría de los casos

Se prefiere que acudan SIN plan de parto, en la mayoría de los casos

Dependiendo del profesional a cargo

Otro

18. ¿Considera que, en su servicio, se presta una atención adecuada en el apoyo a la primera toma de lactancia materna si así lo desea la mujer?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Depende del profesional

Otro

19. ¿Considera que, en su servicio, se respetan generalmente los deseos de las mujeres?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Depende del profesional

Otro

20. ¿Considera que, en su servicio, se fomenta la toma de decisiones de la gestante en todos aquellos aspectos que sea posible?

Si, en la mayoría de los casos

No, en la mayoría de los casos

Depende del profesional

Otro