



## ORIGINALES

### Prácticas obstétricas desarrolladas en dos maternidades públicas para parturientas de bajo riesgo

Práticas obstétricas desenvolvidas em duas maternidades públicas para parturientes de risco habitual

Obstetric practices developed in two maternities for low risk mothers

Isaiane da Silva Carvalho<sup>1</sup>  
Rosineide Santana Brito<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermera. Máster en Enfermería por la Universidad Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. [jsaianekarvalho@hotmail.com](mailto:jsaianekarvalho@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermera. Doctora en Enfermería por la Universidad Federal de São Paulo. Profesora del Programa de Post-Graduación en Enfermería de la Universidad Federal do Rio Grande do Norte. Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.317281>

Recibido: 5/01/2018

Aceptado: 2/06/2018

#### RESUMEN:

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la atención prestada a la mujeres y a su hijo durante el parto normal en las maternidades públicas de la ciudad de Natal/RN, Nordeste de Brasil.

**Método:** Se realizó un estudio transversal, cuantitativo, en dos hospitales públicos con 314 madres asistidas en el período de abril a julio 2014.

**Resultados:** Las diferencias entre los hospitales fueron identificadas en cuanto a la oferta de líquidos por vía oral ( $p=0,018$ ), estímulo a la posición no supina ( $p=0,002$ ), presencia de partograma ( $p=0,001$ ), apoyo o atención por profesionales de la salud ( $p=0,047$ ), infusión intravenosa ( $p<0,001$ ), posición supina ( $p<0,001$ ), uso de oxitocina ( $p<0,001$ ), restricción de líquidos y alimentos ( $p=0,002$ ), y el hecho del toque ser realizado por más de un examinador ( $p=0,011$ ). La asistencia durante el proceso del parto y nacimiento mostró mejores resultados en general para la maternidad A.

**Conclusiones:** Se hace necesario implementar mejoras y la readecuación del actual modelo obstétrico.

**Palabras clave:** Enfermería Obstétrica; Evaluación en Salud; Calidad de la Atención de Salud; Parto Normal.

#### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliou-se a qualidade da assistência prestada à mulher e ao filho durante o parto normal nas maternidades públicas municipais da cidade de Natal/RN, Nordeste do Brasil.

**Método:** Foi realizado um estudo transversal, quantitativo, em duas maternidades públicas, com 314 puérperas atendidas no período de abril a julho de 2014.

**Resultados:** As diferenças entre as maternidades foram identificadas quanto ao oferecimento de líquidos por via oral ( $p=0,018$ ), estímulo a posições não supinas ( $p=0,002$ ), existência de partograma ( $p=0,001$ ), apoio ou acolhimento pelos profissionais de saúde ( $p=0,047$ ), infusão intravenosa ( $p<0,001$ ),

posição supina ( $p < 0,001$ ), uso de ocitocina ( $p < 0,001$ ), restrição hídrica e alimentar ( $p = 0,002$ ), e o fato de o toque ser realizado por mais de 1 examinador ( $p = 0,011$ ). A assistência prestada durante o processo de parto e nascimento apresentou melhores resultados, em geral, para a maternidade A.

**Conclusões:** Fazem-se necessárias à implementação de melhorias e readequação do modelo obstétrico vigente.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Parto Normal.

## **ABSTRACT:**

**Objective:** Evaluate the quality of care provided to women and children during cases of natural childbirth in municipal public maternity wards of the city of Natal/RN, Brazilian Northeast.

**Method:** A cross-sectional study, quantitative in two public hospitals with 314 puerperal women attending the period between April and July 2014.

**Results:** The differences between the maternity wards were identified with regard to the provision of liquids orally ( $p = 0.018$ ), stimulus for non-supine position ( $p = 0.002$ ), existence of partograph ( $p = 0.001$ ), support or welcoming by health professionals ( $p = 0.047$ ) intravenous infusion ( $p < 0.001$ ), supine position ( $p < 0.001$ ), use of oxytocin ( $p < 0.001$ ), food and liquid restriction ( $p = 0.002$ ), and the fact that the touch is performed by more than one examiner ( $p = 0.011$ ). Assistance during the process of labor and birth showed better results in general for motherhood A.

**Conclusions:** They become necessary to implement improvements and realignment of current obstetric model.

**Key words:** Obstetric Nursing; Health Evaluation; Quality of Health Care; Natural Childbirth

## **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años se han producido varios cambios en el campo de la obstetricia. Como un ejemplo de una reacción al modelo establecido con la hospitalización del parto y el nacimiento, surgió un movimiento con miras a la humanización. Esto trajo consigo una serie de discusiones, que ponen de relieve las prácticas y rutinas institucionales diseñadas científicamente como innecesario y colaboradoras para transformar una ocasión que debe traer alegría y satisfacción en algo aterrador<sup>(1)</sup>.

La humanización del parto y nacimiento ha surgido como una propuesta desafiante para los hospitales, profesionales de la salud y la sociedad, buscando nuevas posibilidades de las prácticas de cuidado y redefiniciones de roles de los sujetos miembros de este escenario<sup>(2,3)</sup>. Además, tratamos de rescatar el parto normal como un suceso fisiológico, incluyendo todas las complejidades asociadas con el proceso de gestar, parir y nacer, de manera que la mujer recuperase el control sobre el proceso de nacimiento de su hijo<sup>(4)</sup>.

En el parto normal, las rutinas realizadas durante este período fueron agrupadas en cuatro categorías: Categoría A: - prácticas que son claramente útiles y deben promoverse; Categoría B - prácticas claramente ineficaces o dañinas y que deben ser eliminadas. Categoría C - prácticas en relación con las cuales no hay evidencia científica suficiente para apoyar una recomendación clara y deben usarse con precaución, y en la categoría D - prácticas a menudo utilizadas incorrectamente<sup>(5)</sup>.

Aun así, a pesar de los avances, en muchos casos, las prácticas desarrolladas en la vida cotidiana de los servicios de obstetricia están divergentes con los recomendados por las políticas de salud pública. Así, una de las maneras para identificar cómo se proporciona asistencia específica puede ser sobre el desarrollo de los estudios que tratan de la evaluación de la calidad. La ciudad de Natal, capital del estado de Rio Grande do Norte, noreste de Brasil, se constituye como una referencia en la atención

obstétrica. Sin embargo, cabe destacar que la inseguridad reinante en los servicios de obstetricia en el estado contribuye, a veces, al desplazamiento de la parturienta a la capital. Este hecho favorece la sobrecarga de los servicios locales, que tienen dificultades para proporcionar asistencia de calidad con relación a la excesiva demanda de mujeres embarazadas<sup>(6)</sup>. Así, el objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de la atención obstétrica ofrecida a la mujer y el niño durante el parto normal en las maternidades de los hospitales públicos de la ciudad de Natal/RN.

## MATERIAL Y MÉTODO

Este fue un estudio transversal, con un enfoque cuantitativo y basado en el protocolo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*<sup>(7)</sup>. El estudio fue desarrollado en dos hospitales de maternidad públicos municipales (A y B), ubicados en la ciudad de Natal. Esta está situada en el litoral del estado de Río Grande do Norte, en la región noreste de Brasil, y corresponde a la capital del estado, con una superficie de 168.53 km<sup>2</sup><sup>(8)</sup>. Como la maternidad A no tiene un centro quirúrgico, sólo realiza partos normales. A su vez, la unidad de maternidad B realiza, además de partos normales, cesáreas.

Las participantes del estudio fueron puérperas, cuyo hijo nació vivo, por vía transpélvica, con el inicio del trabajo de parto espontáneo o inducido, y que mostraban las condiciones físicas y emocionales para responder a las preguntas planteadas. Se excluyeron del estudio puérperas adolescentes que no estaban acompañadas por sus tutores legales en el momento de la entrevista, con el fin de autorizar su participación en la investigación. La exclusión también se llevó a cabo cuando el parto ocurrió en casa. Basado en el número de nacimientos ocurridos en el año de 2012, se calculó el tamaño de la muestra teniendo en cuenta  $\alpha=5\%$  y un margen de error de 0,05, lo que se tradujo en un valor igual a 314 puérperas asignadas proporcionalmente a cada maternidad (Maternidad A: 112; Maternidad B: 202).

El instrumento de recolección de datos fue construido sobre la base de las recomendaciones de la OMS<sup>(5)</sup> para la asistencia al parto normal y pasó a través del proceso de validación de la versión final, y su versión final obtuvo una excelente concordancia ( $k=0,96$ ;  $IVC=0,99$ ). La recogida de datos se produjo en el período de abril a julio de 2014, y la visita a las maternidades tuvo lugar consecutivamente, con intervalos de 24 horas, contando desde el principio del primer día de la recolección. La aproximación con las puérperas ocurrió a través de la invitación oral durante una visita a los alojamientos conjuntos y, después de la aceptación de las contactadas, se comenzó la entrevista estructurada. Se obtuvo información adicional de los registros médicos: número de visitas prenatales; edad gestacional; Apgar; peso del recién nacido; presencia de partograma; uso de oxitocina; realización de episiotomía; analgesia epidural.

Los datos recolectados fueron introducidos en una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel® versión 2010 y exportados al programa IBM SPSS Statistics® versión 20.0. Para el análisis de las categorías relacionadas con las recomendaciones de la OMS, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Pruebas Chi-Cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher, el último en los casos en los que la frecuencia esperada era inferior a 5, compararon las diferencias observadas entre las dos maternidades. Se considera en todas las pruebas estadísticas el nivel de significancia del 5%

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, número 562,313, de 28 de febrero de 2014 y Certificado de Presentación para Consideración Ética: 25958513.0.0000.5537.

## RESULTADOS

Las Tablas 1 y 2 muestran el uso de las recomendaciones de la OMS para la asistencia al parto normal por categorías. En la categoría A no se ofrecieron líquidos orales en trabajo de parto y parto (45.54%), respecto a la privacidad (90.13%), presencia de un acompañante (85.67%), pregunta respondida en caso de dudas (96.43%) y ayuda para el alivio del dolor con métodos no invasivos y no farmacológicos (79.30%). Los métodos más frecuentemente utilizados correspondieron al baño con ducha (46.18%), caminar (45.86%) y realización de masajes (34.71%). También se citó el caballito (33.12%), los ejercicios de respiración (27.07%) y la bola de parto (8,92%). Cabe destacar que el último método estaba disponible exclusivamente a la unidad de maternidad A.

Además, se observó la monitorización fetal mediante auscultación cardíaca (96.18%), orientación en cuanto a la posibilidad de posiciones no supinas durante el trabajo de parto (59.24%), existencia de partograma (2,23%), el contacto cutáneo directo temprano, por lo menos 30 minutos en la primera hora de vida, entre la madre y el hijo (78.66%), orientación con respecto a la iniciación de la lactancia materna en la primera hora posparto (78.34), apoyo o acogida por parte de los profesionales de la salud (92.36%), y elección previa de la maternidad por la puérpera (51.91%). Se identificaron las diferencias entre las maternidades para las variables oferta de líquidos por vía oral ( $p=0,018$ ), estímulo para posiciones no supinas ( $p=0,002$ ), existencia de partograma ( $p=0,001$ ) y apoyo o recogida por parte de los profesionales de la salud ( $p=0,047$ ).

En cuanto a la categoría B, no se informó de la realización de enema y tricotomía en la institución en ninguno de los casos. Hubo infusión intravenosa durante el trabajo de parto (48.73%), posición supina durante toda el trabajo de parto (23.57%), parto en posición de litotomía (99.68%) y el uso de oxitocina antes del parto (52.87%). En el caso de las categorías C y D, se verifica la presión en fondo uterino (22.29%), restricción hídrica y de alimentos (18,15%), más de 3 toques vaginales (31.60%), más de un examinador (60.77) y realización de episiotomía (50.64%). Información sobre la analgesia epidural no estaban presentes en ninguno de los casos evaluados. Hubo diferencias entre la maternidades en relación a la infusión intravenosa ( $p<0.001$ ), posición supina ( $<0.001$ ), uso de oxitocina ( $<0.001$ ), restricción hídrica y de alimentos ( $p=0,002$ ), y el hecho de que el toque fue realizado por más de un examinador ( $p=0,011$ ).

**Tabla 1:** Utilización de las recomendaciones de la OMS para la asistencia al parto normal en las maternidades A y B (Categoría A). Natal/RN, Brasil, 2014.

CATEGORÍAS/ARTÍCULOS	GENERAL		MATERNIDAD A		MATERNIDAD B		Valor- p
	n	%	N	%	n	%	
<b>A. PRÁCTICAS DEMOSTRADAS ÚTILES Y QUE DEBEN ESTIMULARSE</b>							
<b>Oferta de líquidos</b>							
Sí	143	45,54	61	54,46	82	40,59	<b>0,018</b>
No	171	54,46	51	45,54	120	59,41	
<b>Privacidad</b>							
Sí	283	90,13	104	92,86	179	88,61	0,227
No	31	9,87	08	7,14	23	11,39	
<b>Presencia de un acompañante</b>							
Sí	269	85,67	96	85,71	173	85,64	0,986
No	45	14,33	16	14,29	29	14,36	
<b>Pregunta respondida<sup>†</sup></b>							
Sí	54	96,43	20	100,00	34	94,44	0,532*
No	02	3,57	00	-	02	5,56	
<b>Ayuda para aliviar el dolor<sup>‡</sup></b>							
Sí	249	79,30	94	83,93	155	76,73	0,132
No	65	20,70	18	16,07	47	23,27	
<b>Monitoreo fetal (ausculto)</b>							
Sí	302	96,18	111	99,11	191	94,55	0,062*
No	12	3,82	01	0,89	11	5,45	
<b>Estímulo a posiciones no supinas</b>							
Sí	186	59,24	79	70,54	107	52,97	<b>0,002</b>
No	128	40,76	33	29,46	95	47,03	
<b>Existencia de partograma</b>							
Sí	07	2,23	07	6,25	00	-	<b>0,001*</b>
No	307	97,77	105	93,75	202	100,00	
<b>Contacto cutáneo entre madre e hijo</b>							
Sí	247	78,66	86	76,79	161	79,70	0,546
No	67	21,34	26	23,21	41	20,30	
<b>Estímulo de la lactancia</b>							
Sí	246	78,34	92	82,14	154	76,24	0,224
No	68	21,66	20	17,86	48	23,76	
<b>Acogida</b>							
Sí	290	92,36	108	96,43	182	90,10	<b>0,047*</b>
No	24	7,64	04	3,57	20	9,90	
<b>Elección de la maternidad</b>							
Sí	163	51,91	61	54,46	102	50,50	0,500
No	151	48,09	51	45,54	100	49,50	

**Fuente:** Propia de la investigación (2014);

**Leyenda:** \*Prueba Exacta de Fisher; <sup>†</sup>Valores para puerperas que realizaron preguntas (17,83%; n=56); <sup>‡</sup>Métodos no invasivos y no farmacológicos.

**Tabla 2:** Utilización de las recomendaciones de la OMS para la asistencia al parto normal en las maternidades A y B (Categorías B, C y D). Natal/RN, Brasil, 2014.

CATEGORÍAS/ARTÍCULOS	GENERAL		MATERNIDAD A		MATERNIDAD B		Valor- <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
<b>B. PRÁCTICAS CLARAMENTE PERJUDICIALES O INEFICACES Y QUE DEBEN ELIMINARSE</b>							
<b>Enema</b>							
Sí	-	-	-	-	-	-	-
No	314	100,00	112	100,00	202	100,0	-
<b>Tricotomía</b>							
Sí	-	-	-	-	-	-	-
No	314	100,00	112	100,00	202	100,0	-
<b>Infusión intravenosa rutinaria TP</b>							
Sí	153	48,73	38	33,93	115	56,93	<b>&lt;0,001</b>
No	161	51,27	74	66,07	87	43,07	
<b>Posición supina en el TP</b>							
Sí	74	23,57	12	10,71	62	30,69	<b>&lt;0,001</b>
No	240	76,43	100	89,29	140	69,31	
<b>Parto en posición de litotomía</b>							
Sí	313	99,68	111	99,11	202	100,00	0,357*
No	01	0,32	01	0,89	00	-	
<b>Uso de ocitocina antes del parto</b>							
Sí	166	52,87	34	30,36	132	65,35	<b>&lt;0,001</b>
No	148	47,13	78	69,64	70	34,65	
<b>C Y D. PRÁCTICAS SIN PRUEBAS SUFICIENTES O UTILIZADAS DE MANERA INADECUADA</b>							
<b>Presión en el fondo uterino</b>							
Sí	70	22,29	21	18,75	49	24,26	0,261
No	244	77,71	91	81,25	153	75,74	
<b>Restricción hídrica y alimentaria en el TP</b>							
Sí	57	18,15	10	8,93	47	23,27	<b>0,002</b>
No	257	81,85	102	91,07	155	76,73	
<b>Analgesia peridural</b>							
Sí	-	-	-	-	-	-	-
No	314	100,00	112	100,00	202	100,00	
<b>Más de 03 toques<sup>†§</sup></b>							
Sí	97	31,60	29	26,61	68	34,34	0,163
No	210	68,40	80	73,39	130	65,66	
<b>Más de 01 examinador<sup>#  </sup></b>							
Sí	189	60,77	57	51,35	132	66,00	<b>0,011</b>
No	122	39,23	54	48,65	68	34,00	
<b>Episiotomía</b>							
Sí	159	50,64	52	46,43	107	52,97	0,267
No	155	49,36	60	53,57	95	47,03	

Fonte: Propia de la investigación (2014);

Legenda: Propia investigación (2014); \*Prueba Exacta de Fisher; †Valor de la mediana utilizado para categorización; ‡Valores para púerperas en las que se realizó el toque vaginal (99,68%; n=313); §Excluido: no supo informar (1,92%; n=06); ||Excluido: no supo informar (0,64%; n=02).

## DISCUSIONES

Los datos revelaron que, en general, las prácticas de la categoría A mostraron mejores resultados en la maternidad A, pero debería alentarse en ambas maternidades, principalmente para algunos elementos evaluados. En cuanto a las prácticas de las categorías B, C y D, algunas de ellas ya no son parte de la rutina de las instituciones. Sin embargo, la que siguen siendo aplicadas mostraron altos porcentajes, siendo los mayores observadas en la unidad de maternidad B.

La oferta de líquidos por vía oral en el trabajo de parto ocurrió en menos de la mitad de las puérperas, con peores resultados para la maternidad B. Sin embargo, los resultados son superiores a los encontrados por un estudio que evaluó el uso de prácticas de la OMS en una casa de parto en la parte sudeste del país, 39%. El estudio también examinó la posibilidad de alimentos sólidos y líquidos, y en este caso, el porcentaje subió al 56,6%<sup>(9)</sup>. Una revisión sistemática sobre el tema concluye que no hay beneficios o efectos nocivos asociados con esta práctica para las mujeres con un bajo riesgo de complicaciones. Además, dada la falta de investigación con mujeres que tienen un riesgo mayor de complicaciones, no hay pruebas que apoyen la restricción<sup>(10)</sup>.

La privacidad fue mencionada por una gran porción de las puérperas. Sin embargo, este resultado debe evaluarse con cautela, puesto que fue notable en las respuestas que, para muchas madres, la ausencia de política de privacidad es algo inherente al proceso de trabajo de parto y nacimiento. Así, incluso antes de esta ocurrencia, estos ideales no permitían la identificación real, lo cual denota la necesidad de una investigación más profunda sobre lo que es la privacidad a las puérperas en el escenario del nacimiento. En contraste con este resultado, una investigación llevada a cabo en una maternidad-escuela determinó que sólo 15% de las mujeres embarazadas informaron tener privacidad<sup>(11)</sup>. Además, una encuesta basada en la población en Brasil reveló algunos factores asociados con una mayor privacidad durante el proceso del trabajo de parto y nacimiento como alta escolaridad, cesáreas, la presencia de un acompañante y fuente privada de pago<sup>(12)</sup>.

En cuanto a la presencia de un acompañante, se obtuvieron resultados inferiores en la investigación desarrollada en Brasil, donde se obtuvo un porcentaje igual a 75,5% para algún tipo de acompañante durante la hospitalización<sup>(13)</sup>. Esto demuestra que gradualmente la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto comienza a integrarse como parte de la rutina institucional en las unidades de maternidad investigadas. Una revisión sistemática mostró que el apoyo continuo tiene beneficios clínicos significativos, no presenta perjuicio y, por lo tanto, debe estar a disposición de todas las mujeres en el proceso de parto y nacimiento<sup>(14)</sup>.

Pocas mujeres hicieron preguntas, pero aquellas que tienen dudas, en su mayoría, fueron aclaradas. Un estudio relacionado con la satisfacción de la mujer durante el proceso de parto identificó que la claridad de las explicaciones se asoció con el nacimiento en las regiones sudeste y sur de Brasil, la presencia de un acompañante y fuente privada de pago<sup>(12)</sup>. Así, la provisión de explicaciones e informaciones a las mujeres es fundamental para la comprensión de este momento, un tema que debería recibir una atención especial por parte de los proveedores de servicios.

En cuanto a la utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio del dolor, los resultados obtenidos fueron cercanos a los encontrados en la investigación desarrollada en un hospital universitario en el Sudeste del país (77%), siendo la ducha el más utilizado<sup>(15)</sup>, situación que también ocurrió en este estudio. Este hecho demuestra la aceptación de las púerperas a los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, cuando están disponibles en la institución. Un estudio realizado con miras a resumir la evidencia de las revisiones sistemáticas sobre la eficacia y la seguridad de intervenciones no-farmacológicas y farmacológicas para el tratamiento del dolor en el trabajo de parto concluyó que la mayoría de los métodos no farmacológicos son no invasivos y parecen proporcionar seguridad a la parturienta y su hijo. Sin embargo, su eficacia es incierta debido a la limitada evidencia de alta calidad. Algunos métodos como la inmersión en el agua, masaje y relajación pueden mejorar el dolor del parto. Por lo tanto, es necesario considerar las necesidades y circunstancias de cada mujer<sup>(16)</sup>.

En la monitorización fetal, se verificó sólo si existía una auscultación cardíaca y esto fue reportado por casi todas las parturientas, enfatizando la importancia dada por los profesionales para este procedimiento, diferente de lo que ocurrió en un estudio sobre la calidad de la atención al parto normal en una ciudad en el Centro-Oeste del país, donde la auscultación no se realizó en 29,1% de los casos<sup>(17)</sup>.

El estímulo a las posiciones no supinas, específicamente para el trabajo de parto, fue descrito por un poco más de la mitad de las púerperas, con mejores resultados en la maternidad A. Con respecto a este tema, hay una clara evidencia de que la caminata y posiciones vertical, en comparación con una posición reclinada o cuidado en la cama, permiten la reducción del tiempo de trabajo de parto, el riesgo de cesárea, la necesidad de analgesia epidural y no parecen tener relación con el aumento de efectos negativos para la madre y el niño. Las mujeres con riesgo habitual deben recibir informaciones acerca de los beneficios asociados con la posición vertical, y estimuladas a asumir la que mejor se adapte a sus necesidades<sup>(18)</sup>.

El partograma prácticamente no forma parte de la realidad institucional de las maternidades evaluadas, sólo existe en bajo porcentaje en la maternidad A cuando estudiantes de medicina están presentes. Un estudio desarrollado en maternidades escuelas en la región Nordeste de Brasil encontró una frecuencia de 42% con respecto al uso del partograma<sup>(19)</sup>. Las evidencias actuales disponibles no permiten una recomendación de carácter rutinario del partograma. En este sentido, las autoras de la revisión sistemática, considerando su amplia aceptación, recomendaron que su uso debe determinarse de forma local, hasta la aparición de mayores evidencias<sup>(20)</sup>. Así, considerándose la influencia de esta herramienta para reducir las tasas de cesáreas, así como el contexto de la realidad brasileña, con altas tasas de esta cirugía, se entiende que debe ser estimulada en las instituciones evaluadas.

El contacto piel con piel entre madre e hijo en las dos maternidades fue mayor que la encontrada en un estudio que evaluó esta práctica en Brasil (41,9% de los partos vaginales). Al comparar los tipos de parto, los recién nacidos por parto vaginal presentaban una mayor probabilidad de tener este contacto en relación a la cesárea. De la misma manera, el estímulo a la lactancia en la primera hora de vida fue también superior (78.34%). Los autores de la investigación nacional obtuvieron un porcentaje equivalente al 59,2% de esta práctica, con una mayor probabilidad de su ocurrencia en los partos vaginales<sup>(21)</sup>. Estos resultados están asociados con la adaptación de los recién nacidos en el presente estudio a la vida extrauterina, condición que favorece el

desarrollo de estas intervenciones. Además, puede ser un reflejo de la realidad de que ambas maternidades son hospitales Amigos del Niño (*Amigos da Criança*).

Según esta iniciativa, en el paso número 4, debe ocurrir contacto cutáneo precoz entre la madre y el niño inmediatamente después del nacimiento, durante al menos una hora, además de estimular la lactancia materna. La recomendación mencionada estipula que al menos 80% de las puérperas entrevistadas deben referirse a la realización de estas prácticas durante el proceso de evaluación institucional<sup>(22)</sup>. Este contacto puede traer beneficios relacionados con la lactancia materna, como la mayor probabilidad de la lactancia entre 1 y 4 meses después del nacimiento y no presenta efectos negativos visibles a corto o largo plazo<sup>(23)</sup>.

En cuanto a la acogida (92.36%), se obtuvieron resultados menores en el estudio realizado por Figueiredo et al.<sup>(11)</sup>, donde 78% de las puérperas informaron que fueron bien acogidas. En el contexto de la Red Cigüeña (*Rede Cegonha*), entre sus directrices, está la garantía de la acogida y clasificación de riesgo. Acoger no puede reducirse a un comportamiento bondadoso de algunos profesionales, ni a una reorganización del servicio físico o la imposición de un triaje de cuidado, porque cuando desarrollado de esta forma, se distancia de sus verdaderos objetivos<sup>(24)</sup>. Así, se entiende que este componente se configura como un aspecto relevante para el proceso de evaluación de la calidad del servicio, especialmente si se expresa el punto de vista del usuario.

Acerca de las preocupaciones con respecto a la elección de la mujer por el lugar de parto, la Red Cigüeña defiende la vinculación entre la mujer embarazada y la red asistencial desde el período de atención prenatal, incluso la maternidad prevista para la realización del parto<sup>(24)</sup>. Además, la Ley 11.634, de 27 de diciembre de 2007, garantiza el derecho a vincular a la maternidad donde la madre recibirá cuidados en el SUS<sup>(25)</sup>. Sin embargo, un poco más de la mitad de las puérperas entrevistadas tuvieron la oportunidad de elegir la institución en la que el parto se lograría, lo que refleja la falta de respeto a este derecho. A su vez, aquellas que no tuvieron la posibilidad de elección tuvieron más tendencia a peregrinar por diversas instituciones y estuvieron expuestas a numerosos riesgos asociados a este problema, considerando la posibilidad de ausencia de vinculación.

El uso de enema y tricotomía no fue identificado en ninguna de las maternidades evaluadas, lo que demuestra que estos procedimientos han sido eliminados definitivamente de las rutinas de prácticas obstétricas institucionales. Sin embargo, en cuanto a la tricotomía, aunque el procedimiento no es realizado en las maternidades, las entrevistadas informaron haber hecho en sus hogares, demostrando ser algo culturalmente establecido y aceptado por las mujeres. Estudios como el d'Orsi et al.<sup>(26)</sup>, con la recopilación de datos entre 1998 y 1999, identificaron para partos vaginales en maternidades públicas y privadas la realización de enema (17% y 38,4%) y tricotomía (63,3% y 41,1%). En Canadá, una investigación desarrollada entre 2005 y 2006 presentó un porcentaje de 5,4% y 19,1% para el enema y tricotomía, respectivamente<sup>(27)</sup>.

Respecto al enema, revisión sistemática con cuatro ensayos clínicos, con 1.917 mujeres, se llegó a la conclusión de que no hay ningún beneficio en términos de tasa de infección puerperal e infección neonatal. De la misma manera, no identificó diferencias significativas respecto de la laceración perineal, y la duración media del trabajo de parto. Así, se desaconseja su uso rutinario<sup>(28)</sup>.

Para la tricotomía de rutina en la admisión del trabajo de parto, revisión sistemática no mostró ninguna diferencia en la morbilidad febril materna, infección de la herida perineal y dehiscencia de la herida perineal. A continuación, los autores llegaron a la conclusión de que no había pruebas para recomendar esta práctica<sup>(29)</sup>. En este sentido, con las recomendaciones de la investigación desarrollada en los últimos años, el enema y la tricotomía progresivamente fueron excluidos de la rutina de los procedimientos obstétricos.

La infusión intravenosa durante el trabajo de parto estuvo presente en ambas maternidades con peores porcentajes para la B. Sin embargo, se encontraron resultados superiores, considerando el alcance nacional (73,8%) y región Nordeste (71,5%)<sup>(30)</sup>. Su indicación, normalmente, está relacionada con la hidratación y apoyo nutricional y una posible reducción del tiempo de trabajo de parto. Sin embargo, una revisión sistemática sobre esta práctica en mujeres nulíparas con riesgo habitual demostró la falta de pruebas sólidas para su recomendación<sup>(31)</sup>.

Sobre el parto en posición supina, esta posición es adoptada como una rutina en las dos maternidades. En Brasil, en un estudio considerando todas las regiones del país, esta posición estuvo presente en 91,7% de los partos de riesgo habitual evaluado<sup>(30)</sup>. Sin embargo, cuando otras posiciones están disponibles, las mujeres tienden a asumirlas, como semisentada (82,3%) y lateral (16,0%)<sup>(9)</sup>.

En el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, una investigación identificó el porcentaje de 38,2% para partos de riesgo habitual en Brasil, siendo mayor en el Sudeste (47,2%), Sur (46,1%) y Noreste (30,9%)<sup>(30)</sup>, resultados inferiores a aquellos que se encuentran en la maternidad B. Esto demuestra que es una práctica ampliamente utilizada en la rutina de los servicios obstétricos investigados, lo que si es necesario para el desarrollo de otras investigaciones sobre la necesidad real de indicación. Una revisión sistemática sobre el uso de oxitocina, en comparación con ningún tratamiento o el tratamiento tardío por el lento avance en la primera etapa del trabajo de parto, concluyó que, a pesar de algunas mujeres consideraran la reducción del trabajo de parto importante, si el objetivo es reducir el número de cesáreas, otros aspectos deben ser considerados<sup>(32)</sup>.

Refiriéndose a la presión del fondo uterino, se identificó, en una investigación un porcentaje de 37,3% para esta maniobra en parturientas con riesgo habitual en Brasil, las regiones Centro-Oeste (45,5%) y Nordeste (40,6%) obtuvieron los peores resultados, lo que muestra valores superiores a los señalados en el presente estudio (22,29%)<sup>(30)</sup>. Sobre este tema, un estudio de los efectos de la maniobra de Kristeller en el suelo pélvico mostró que esa intervención no altera la funcionalidad del piso pélvico, sin embargo, aumentó la tasa de episiotomía (66% versus 25,3%,  $p < 0,0001$ )<sup>(33)</sup>. Una revisión sistemática concluyó que no hay pruebas disponibles para la realización de las afirmaciones acerca de los beneficios o perjuicios de esta maniobra<sup>(34)</sup>. Dicho esto, teniendo en cuenta el porcentaje de episiotomía observado, en particular en la maternidad B, la frecuencia de presión en fondo uterino debe verse como una manera de reducir al mínimo cualquier daño a la salud materna y fetal.

La analgesia epidural no es parte de la rutina de procedimientos para ninguna de las maternidades investigadas. En Brasil, el uso de esta práctica fue de 31,5% para partos de riesgo habitual<sup>(30)</sup>. En un estudio con mujeres multíparas, existe una asociación entre las cesáreas y anestesia epidural o espinal<sup>(35)</sup>. Revisión sistemática

identificó que la analgesia epidural parece ser eficaz para reducir el dolor durante el parto, sino que aumenta las probabilidades de un parto instrumental<sup>(36)</sup>.

En relación con los exámenes vaginales, al evaluar su frecuencia en un hospital escocés, se mostró que 75,52% de las mujeres tuvieron 3 o más exámenes vaginales durante el parto, con un promedio de  $2,9 \pm 1,5$  y la variación entre 1 y 7 toques, siendo el promedio cercano al obtenido en esta investigación ( $3,09 \pm 1,91$ )<sup>(37)</sup>. Un estudio de revisión sistemática sobre los exámenes vaginales de rutina para evaluar el progreso del trabajo de parto no encontró ninguna evidencia para apoyar o rechazar el uso de rutina de este examen durante el parto<sup>(38)</sup>. Dada la falta de pruebas, debe considerarse que los exámenes vaginales son invasivos, incómodos, y en algunos casos causan dolor<sup>(39)</sup>.

Por último, el porcentaje de episiotomía obtenido (50.64%) fue similar al observado para Brasil (56,1%)<sup>(30)</sup>. Una política de episiotomía restrictiva en comparación con su aplicación de rutina parece presentar una serie de ventajas, como menos trauma perineal grave, sutura y complicaciones en la cicatrización. Sin embargo, hubo un aumento del traumatismo perineal anterior con la episiotomía restrictiva<sup>(40)</sup>. En situaciones donde el parto es asistido por enfermeras obstetras, se identifican porcentajes menores de este procedimiento, demostrándose que estos profesionales realizan menos intervenciones innecesarias en el nivel del perineo<sup>(41)</sup>. De esta manera, considerando el porcentaje observado en las dos maternidades evaluadas, es necesario reconsiderar la frecuencia con que se produce esta práctica, con miras a reducir el daño físico y emocional que es capaz de producir en la mujer, así como fomentar la prestación de asistencia a los partos de riesgo habitual por la enfermera obstetra.

## CONCLUSIONES

Considerándose los resultados presentados, se observó que las prácticas de la categoría A necesitan cada vez más incentivo, particularmente en la maternidad B, tales como el uso de partograma, oferta de líquidos y estímulo a las posiciones no supinas. De manera articulada, la atención prenatal necesita asegurar la existencia de vínculos entre las mujeres embarazadas y la maternidad en la que probablemente ocurrirá el parto. Por el contrario, las prácticas presentes en otras categorías deberían ser revisadas, tales como parto en posición de litotomía, uso de oxitocina durante el trabajo de parto, toque vaginal realizado por más de un examinador y la ocurrencia de episiotomía.

## REFERENCIAS

1. Silveira SC, Camargo BV, Crepaldi MA. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicol Reflex Crit.* 2010; 23(1): 1-10.
2. Bessa LF, Mamede MV. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? *Rev Baiana Enferm.* 2010; 24(1,2,3): 11-22.
3. Busanello J, Kerber NPC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, Silva ME. Humanização do parto e a formação dos profissionais da Saúde. *Ciênc Cuid Saúde.* 2011; 10(1): 169-75.

4. Gonçalves R; Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1): 62-70.
5. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization; 1996.
6. Carvalho IS, Costa Júnior PB da, Macedo JBPO, Brito RS. Epidemiologic characterization of parturitions and births: an ecological study based on an information system. *J Nurs UFPE on line*. 2014; 8(3): 616-23.
7. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. STROBE Statement: checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies. 2007. Available from: <[http://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE\\_checklist\\_v4\\_cross-sectional.pdf](http://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_cross-sectional.pdf)>. Cited 2013 Aug. 10.
8. Natal. Anuário Natal 2013. Natal: Secretaria Municipal de Meio Ambiente; 2013.
9. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(5): 1031-8.
10. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (8): CD003930.
11. Figueiredo MS, Oliveira DKMA, Vieira NRS, Davim RMB, Silva RAR. Possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturiente em uma maternidade escola. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(4): 722-8.
12. d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CS, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(sup.1): S1-15.
13. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MABD, Schneck CA, et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(sup.1): S1-14.
14. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (7): CD003766.
15. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011; 10(3): 541-8.
16. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (3): CD009234.
17. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(10): 297-304.
18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (10): CD003934.
19. Barros LA, Veríssimo RCSS. Uso do partograma em maternidades escola de Alagoas. *Rev RENE*. 2011; 12(3): 555-60.
20. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (7): CD005461
21. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, et al. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(sup.1): S1-12.
22. Ministério da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação*. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

23. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (5): CD003519.
24. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
25. Ministério da Saúde. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 28 dez.
26. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4): 646-54.
27. Chalmers B, Kaczorowski J, Levitt C, Dzakpasu S, O'Brien B, Lee L, et al. Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the maternity experiences survey. *Birth.* 2009; 36(1): 13-25.
28. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (7): CD000330.
29. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (1): CD001236.
30. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(sup.1): s1-31.
31. Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (6): CD007715.
32. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (6): CD007123.
33. Sartore A, Seta F, Maso G, Ricci G, Alberico S, Borelli M, et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2012; 286(5): 135-9.
34. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (4): CD006067.
35. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Factors associated with cesarean sections in Brazilian hospitals. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(1): 70-9.
36. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (12): CD0000031.
37. Shepherd A, Cheyne H. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women Birth.* 2013; 26(1): 49-54.
38. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (7): CD010088.
39. Borders N, Lawton R, Martin SR. A clinical audit of the number of vaginal examinations in Labor: a NOVEL idea. *J Midwifery Womens Health.* 2012; 57(2): 139-44.
40. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (1): CD000081.
41. Pereira ALF, Nagipe SFSA, Lima GPVL, Nascimento SD, Gouveia MSF. Care and outcomes of relaxation room assistance at a public maternity hospital, Rio de Janeiro, Brazil. *Texto contexto - enferm.* 2012; 21(3): 566-73.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia