

Artículo original

Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona

Model of care in normal childbirth, attended by midwives, compared with a medicalized care model attended by midwives and obstetricians

Carme Compte¹, Agnès Magret², Cristina Sabench³, Josefa Sánchez³, Jezabel Redondo³, Ana Cano⁴, Lluïsa Prades⁴, Dolors Puig⁴, Rosa Suñer-Soler⁵

¹Matrona adjunta. ²Matrona. Responsable del Área de Partos. ³Matrona. Área de Partos. ⁴Enfermera. Unidad Obstétrica. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. ⁵Profesora. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Girona

RESUMEN

Objetivo: Analizar el modelo de atención al parto normal, dirigido por matronas, comparándolo con el modelo de atención al parto intervenido (eutóxico, instrumental o por cesárea), atendido por matronas y obstetras.

Metodología: Estudio prospectivo y longitudinal realizado en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona entre marzo y mayo de 2010, con mujeres en proceso de parto. Se estudiaron variables socio-demográficas de las mujeres en fase de parto, su satisfacción con el proceso de parto, el estado de salud de los recién nacidos al nacer, y las complicaciones y reingresos hospitalarios de las madres o los recién nacidos durante el primer mes post-alta. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: La muestra de estudio estuvo formada por 99 mujeres en proceso de parto con una media de edad de 30,3 años. El 31,3% de ellas tuvieron un parto normal, no intervenido, y en este modelo de atención el grado de satisfacción de la mujer fue mayor. No se observaron diferencias en las variables bioquímicas ni en el estado de salud de los recién nacidos según el tipo de parto, excepto en el test de Apgar a los 5 minutos, que fue superior en los recién nacidos en un parto normal. Tampoco hubo diferencias en las complicaciones, ni maternas ni neonatales, entre los dos modelos de atención.

Conclusiones: No se constataron diferencias significativas entre las madres de uno y otro grupo en relación con su salud y bienestar duran-

ABSTRACT

Objective: To analyze the model of care in normal childbirth, attended by midwives, compared with a medicalized care model (attended by midwives and obstetricians) in vaginal, instrumental or caesarean delivery studying the health and wellbeing of mothers and newborns at delivery, birth plan assess, the satisfaction of users and complications and readmissions of women and newborns post-discharge in the two models.

Methods: Prospective and longitudinal study conducted at the Dr. Josep Trueta University Hospital of Girona from March to May 2010 of women going into labour. We studied the sociodemographic variables of women, satisfaction with the process of childbirth, health status of infants at birth, and complications and hospital readmissions of mothers and newborns during the first month post-discharge. Statistical analysis was performed using SPSS 15.0 for Windows.

Results: We studied 99 women in labour with a mean age of 30.3 years. 31.3% of pregnant women had a natural birth (non-medicalized), with a higher satisfaction score in this model. We observed no differences in biochemical variables and health status of newborns according to the type of delivery, except that the Apgar score at 5 minutes of natural birth newborns was higher than in newborns that had medicalized deliveries. There were no differences when comparing complications between the two models of care in either the mothers or the newborn babies.

Conclusions: There were no significant differences between the two models of care in the mothers with regards to health and wellness, dur-

Fecha de recepción: 10/08/13. Fecha de aceptación: 22/07/14.

Correspondencia: C. Compte. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Carretera de Francia, s/n. 17007 Girona. Correo electrónico: ccompte.girona.ics@gencat.cat

Compte C, Magret A, Sabench C, Sánchez J, Redondo J, Cano A, et al. Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. Matronas Prof. 2015; 16(2): 54-60.

te el primer mes post-alta. En cuanto a los bebés, los nacidos de partos normales presentaron puntuaciones iguales o superiores en el test de Apgar a los 5 minutos.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Parto normal, parto intervenido, calidad de la atención en salud, evaluación de resultados, promoción de la salud.

INTRODUCCIÓN

La asistencia al parto normal se define como un proceso fisiológico único por el que la mujer finaliza su gestación a término, y en el que intervienen factores psicológicos y socioculturales^{1,2}. Su inicio es espontáneo, evoluciona y concluye, sin complicaciones, con el nacimiento del bebé y no implica más intervenciones que el cuidado integral y respetuoso del proceso de parto^{1,2}. Por el contrario, el parto intervenido se da cuando se lleva a cabo una intervención en el proceso fisiológico, como amniorexis artificial, perfusión de oxitocina, episiotomía y/o algún tipo de analgesia. La evidencia científica revela que diversas formas de parto intervenido pueden influir en las tasas de mortalidad perinatal, ya que pueden comportar riesgos³⁻⁵. También se sabe que la morbimortalidad materna asociada a las cesáreas electivas es mayor que la asociada a la planificación de un parto vaginal a término⁶.

Cada vez es más frecuente que la mujer opte por una atención al parto que respete el proceso fisiológico y con una mínima intervención obstétrica^{7,8}. El parto y el nacimiento son acontecimientos fisiológicos trascendentales en la vida de la mujer y del recién nacido, y requieren actuaciones que respeten las diferentes culturas y permitan una atención sanitaria sensible a las necesidades de cada mujer⁷. La consideración de que un nacimiento es normal una vez se ha producido, ha llevado a que en muchos países desarrollados se crea que la atención de un parto normal es similar a la de un parto complicado. Este planteamiento tiene serios inconvenientes, ya que equipara un proceso fisiológico normal a un proceso intervenido, con tendencia a tratar todos los partos con el mismo grado de intervencionismo; esto tiene consecuencias negativas, como el incremento del coste económico y la iatrogenia⁸.

En relación con los modelos de atención al parto, objeto de investigación del presente estudio, existen diferencias en función sobre todo de variables culturales, sociales y económicas (según el nivel de desarrollo económico del país)⁹. En los países menos industrializados la matrona es considerada una figura vital para la gestante, ya que asume por completo la atención a la mujer durante el

ing the first month post discharge. Newborns of normal deliveries showed a similar or higher score on the variables of wellbeing and absence of fetal distress.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Natural childbirth, delivery obstetric/methods, quality of health care, outcomes assessment, health promotion.

embarazo y el parto, recayendo esta responsabilidad en los médicos cuando surgen complicaciones en el momento del parto¹⁰. En los países más industrializados conviven como mínimo dos modelos de atención al parto: un primer modelo en el que la atención la dispensan las matronas, basado en la premisa de que el embarazo y el parto son procesos vitales normales que tienen como centro la mujer, y otro modelo de atención compartida por matronas y obstetras, con diferentes niveles de implicación que dependen sobre todo de las características del sistema sanitario, el tipo de centro (público, privado, universitario, etc.) y consideraciones socioculturales respecto al abordaje del embarazo y el parto⁸. Por otra parte, en algunos países la práctica de las matronas se limita exclusivamente a la atención de las mujeres que presentan un embarazo sin complicaciones, mientras que en otros países las matronas también atienden, conjuntamente con los médicos, a las mujeres que presentan complicaciones médicas y obstétricas⁸.

En el Estado español conviven ambos tipos de modelos asistenciales, aplicándose uno u otro en función del riesgo obstétrico: habitualmente los partos no intervenidos son atendidos por las matronas, y en el resto de partos se aplica el modelo compartido entre matronas y obstetras.

Las diferencias entre el modelo de atención dirigido por matronas y otros modelos de atención a menudo incluyen variaciones en el enfoque, la relación con el profesional y el recurso a intervenciones durante el parto. Se supone que la filosofía de base de un modelo de atención por matronas está en la normalidad y la capacidad natural de las mujeres para llevar a cabo el parto con una intervención mínima, con el objetivo de proporcionar atención durante el parto a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones o de bajo riesgo⁸. Hatem et al., en una revisión sistemática que incluyó 11 ensayos clínicos y un total de 12.276 mujeres, observaron que las mujeres atendidas por matronas sufrieron menos hospitalizaciones prenatales, menos episiotomías y menos partos instrumentados⁸. Además, esta revisión también reveló que en las mujeres atendidas por matronas eran más probables el parto sin analgesia o sin anestesia, el parto vaginal espontáneo y un mayor control durante el parto, así como ser atendidas por una matrona

conocida e iniciar la lactancia materna. Asimismo, las mujeres que fueron asignadas al azar a recibir atención por matronas eran menos propensas a experimentar pérdida fetal antes de las 24 semanas de gestación, y sus hijos solían necesitar una menor estancia hospitalaria. Por otra parte, no se constataron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con muerte neonatal o perinatal (muerte fetal de más de 25 semanas). La conclusión de esta revisión fue que la atención al parto por parte de matronas es un modelo seguro tanto para la madre como para el hijo⁸. Más tarde, los mismos autores llegaron a conclusiones similares en otra revisión publicada en 2013, en la que constataron que las mujeres atendidas por matronas presentaban una menor probabilidad de analgesia regional, episiotomía y parto instrumental¹¹.

Los objetivos del presente estudio eran analizar y comparar el modelo de atención al parto natural, dirigido por matronas, y el modelo de atención al parto intervenido (eutóxico, instrumental o por cesárea), asistido por matronas y obstetras, y estudiar la salud y el bienestar de madres y recién nacidos en el momento del parto, evaluar el plan de parto y describir la satisfacción de las usuarias, así como las complicaciones y los reingresos durante el primer mes de vida de los recién nacidos en los dos tipos de modelos asistenciales presentes en nuestro centro. La hipótesis de partida es que no existen diferencias en la morbilidad y los resultados entre el modelo de atención al parto normal o natural por matronas y el modelo de atención al parto intervenido.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, prospectivo y longitudinal realizado en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona entre marzo y mayo de 2010 con mujeres en proceso de parto. Durante el año 2010, se atendieron en este centro 1.500 partos, con un 56,49% de partos eutópicos (un 21,52% de ellos fueron partos normales y el resto partos intervenidos) y un 43,51% de partos distópicos (un 25,21% fueron cesáreas y un 17,25% partos instrumentados). A partir del 1 de marzo y hasta el 31 de mayo, se incluyeron de forma consecutiva mujeres en trabajo de parto mediante un muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron: mujeres de edades comprendidas entre los 17 y 42 años, con 37-42 semanas de gestación, un riesgo bajo, medio o alto en el momento del parto y el feto en presentación cefálica. Se excluyeron de la muestra 11 mujeres que estaban en fase de parto antes de las 37 semanas de gestación y 18 mujeres con un parto de riesgo muy alto (según los criterios de seguimiento del embarazo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya)^{12,13}.

Variables de estudio

Se estudiaron variables sociodemográficas, nivel económico percibido por la paciente mediante una escala analógica visual del 1 (peor valoración) al 10 (valoración más positiva), fórmula obstétrica (0-0-0-0), gestaciones a término (de entre 37 y 42 semanas), partos prematuros (<37 semanas), abortos (<22 semanas de gestación) y número de hijos vivos. La evaluación del riesgo durante el embarazo se estudió diferenciando entre riesgo bajo o ausencia de riesgo, riesgo medio, riesgo alto y riesgo muy alto, teniendo en cuenta los medios necesarios para detectar el factor de riesgo y los medios mínimos para atender la posible aparición de las complicaciones más frecuentes asociadas a la presencia del factor de riesgo. Esta clasificación es la que establece el protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña¹². La evaluación del riesgo durante el parto también se valoró mediante los criterios de asistencia al parto en Cataluña, diferenciando entre partos de riesgo bajo o sin riesgo, de riesgo medio, de riesgo alto y de riesgo muy alto¹³. En este sentido, todas las usuarias con un parto normal fueron atendidas por las matronas, y las usuarias con un parto intervenido (parto eutóxico, instrumentado y cesáreas) fueron atendidas por matronas y obstetras (modelo intervenido).

Se estudiaron los siguientes aspectos: el plan de parto¹, es decir, opciones que la mujer escoge según sus preferencias durante el trabajo de parto, como uso de hidroterapia, pelotas de dilatación (esferodinamia), hamacas, etc., todo ello con el objetivo de personalizar la atención; el tipo de parto, diferenciando el parto normal o natural del eutóxico, parto instrumentado o cesárea; el tipo de analgesia, y la realización de episiotomía y/o la presencia de desgarros.

En el recién nacido, se estudiaron variables bioquímicas (pH) y variables clínicas (test Apgar) en el momento del parto. Se consideraron valores normales de pH los iguales o superiores a 7,20 y valores normales de Apgar los de como mínimo 8 al primer minuto y 9 a los cinco minutos; los valores inferiores a estas puntuaciones se consideraron patológicos.

Como variables de resultado, se valoraron, por una parte, las complicaciones de la madre (hemorragias posparto, infección relacionada con el posparto, procesos tromboembólicos, problemas hipertensivos y síndromes depresivos)¹³ que requirieron consultas en el servicio de urgencias y/o reingresos hospitalarios, y por otra parte, las complicaciones de los recién nacidos durante el primer mes post-alta (infecciones neonatales, hiperbilirrubinemia, hipoxia)¹³ que comportaron consultas y/o reingresos. También se estudió la satisfacción de la madre con el proceso de parto analizando la experiencia anterior, la información que tenía antes del parto, el proceso

de acompañamiento por la matrona, el encuentro con su hijo, las expectativas sobre el parto, el respeto a la intimidad y la percepción de la eficacia de los profesionales. Cada variable se midió con una escala de Likert de 4 ítems (muy satisfactorio, satisfactorio, insatisfactorio, muy insatisfactorio); la encuesta de satisfacción finalizaba con una escala de puntuación global (del 1 al 10) sobre la satisfacción con el parto y con los profesionales.

Todos los datos se recogieron en un cuestionario *ad hoc* en el que se incluían todas las variables descritas. La recogida de datos se inició en el momento de ingreso de la gestante en el área de partos, considerando los criterios de inclusión y la aceptación de participar en el estudio. Todos los datos fueron recogidos por el equipo de matronas de la sala de partos del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona.

El proyecto del estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del centro. Se informó a las participantes de los objetivos del estudio. Las mujeres que cumplían los criterios de inclusión y que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Durante la realización del estudio, se garantizó el estricto cumplimiento de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos personales.

Se analizaron todas las variables de resultado entre los dos grupos de comparación (mujeres con parto normal atendidas según el modelo de atención al parto normal y mujeres con parto intervenido). Las características demográficas de las participantes se describen mediante medias, desviaciones típicas y frecuencias. Para comparar los grupos en el caso de las variables continuas se utilizaron la prueba de la t de Student y la prueba ANOVA, y para las variables categóricas se empleó la prueba de la ji al cuadrado. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

La muestra estudiada (n= 99) presentaba una media de edad de 30,3 años (desviación estándar [DE] 4,7), sin diferencias según el modelo de atención (parto normal frente a parto intervenido) ($p > 0,05$). Hubo un mayor porcentaje de mujeres con estudios superiores en el grupo de parto intervenido ($p= 0,003$). Globalmente, 57 gestantes (57,6%) presentaban un riesgo gestacional bajo, sin diferencias según el modelo de atención (tabla 1). El 99% del total de participantes tuvieron gestaciones a término; el 40% de ellas eran primíparas, el 39% nulíparas, el 14,5% secundíparas y el 5,5% tercíparas. Sólo un 1% presentó prematuridad. El 74,5% no habían sufrido ningún aborto en anteriores embarazos; las demás habían tenido uno o más abortos.

En cuanto a la evaluación del riesgo durante el parto, hubo 70 mujeres (70,7%) de bajo riesgo. En relación con el plan de parto, 76 participantes utilizaron deambulación, 62 esferodinamia, 17 hidroterapia, 13 hamacas y 19 otras opciones (masajes, calor local, etc.). El 88,9% (n= 88) de las mujeres iniciaron el proceso de parto de manera espontánea y el 7,1% (n= 7) de manera inducida, y sólo el 4% (n= 4) tuvieron un parto programado; hubo un mayor porcentaje de participantes con inicio de parto espontáneo en el grupo de parto intervenido ($p > 0,05$). El 22,2% (n= 22) de las mujeres no precisaron analgesia; el 90% de ellas eran del grupo de parto normal (n= 20) y el 10% (n= 2) del grupo de parto intervenido ($p= 0,000$) (tabla 1).

En relación con el plan de parto, cabe destacar que 17 mujeres solicitaron hidroterapia y 51 mujeres pelotas de dilatación (esferodinamia), sin diferencias entre el grupo dirigido por comadronas y el grupo mixto, dirigido por comadronas y obstetras ($p > 0,05$).

Al 23,2% (n= 23) de todas las mujeres se les realizó una episiotomía, el 34,3% (n= 34) sufrieron un desgarro de primer grado y el 9,1% (n= 9) un desgarro de segundo grado. No se produjo ningún desgarro de tercer o cuarto grado, y al 10,1% (n= 10) de las participantes se les realizó una sutura tipo Pfannenstiel (mujer en fase de parto con cesárea). El 23,2% (n= 23) de la muestra no requirió ningún tipo de sutura. Al comparar los dos modelos en función del tipo de suturas, observamos diferencias significativas entre los dos grupos, con un mayor porcentaje de suturas en las mujeres con parto intervenido. En concreto, en el grupo de parto normal al 48,4% no se les realizó ningún tipo de sutura, y hubo un 6,5% de episiotomías, un 29% de desgarros de primer grado y un 16,1% de desgarros de segundo grado; en cambio, en el grupo de partos intervenidos sólo al 11,8% de las mujeres no se les practicó ninguna sutura, y hubo un 30,8% de episiotomías, un 36,8% de desgarros de primer grado, un 5,9% de desgarros de segundo grado y un 14,7% de suturas tipo Pfannenstiel ($p= 0,00$).

En cuanto a las variables estudiadas en los recién nacidos (49 niñas y 50 niños), el peso mínimo fue de 2.500 g y el máximo de 4.290 g, con una media de 3.342,2 g (DE 367,8) y una mediana de 3.330 g. En el análisis del pH de la arteria umbilical, la puntuación media fue de 7,3. En el test del Apgar al primer minuto la puntuación media fue de 8,7 (DE 0,6), con un mínimo de 5 y un máximo de 9 y con una mediana de 9; en el test de Apgar a los 5 minutos, la puntuación media fue de 9,9 (DE 0,3), con un mínimo de 8 y un máximo de 10 y con una mediana de 9, sin diferencias entre estos valores bioquímicos en función del sexo. No observamos diferencias en las variables bioquímicas de los recién na-

Tabla 1. Características de la muestra estudiada en función del modelo de atención al parto

	Muestra total n= 99	Modelo de atención dirigido por matronas: parto normal n= 31 (31,3%)	Modelo de atención dirigido por matronas y obstetras: parto intervenido n= 68 (68,7%)	p
Edad	30,3 (4,7)	30 (4,6)	30,4 (4,7)	0,647
Nivel de estudios				
Sin estudios o con estudios primarios	33 (33,3)	17 (51,5)	16 (48,5)	
Con estudios secundarios o superiores	66 (66,7)	14 (21,2)	52 (78,8)	0,003
Valoración del nivel económico	5,7 (1,8)	5,7 (1,8)	5,7 (1,9)	0,828
Semanas de gestación				
Entre 38 y 41 semanas	90 (90,9)	90 (90,9)	62 (68,9)	
Riesgo del embarazo				
Bajo	57 (57,6)	17 (29,8)	40 (70,2)	
Medio	21 (21,2)	9 (42,9)	12 (57,1)	0,385
Alto	21 (21,2)	5 (23,8)	16 (76,2)	
Riesgo del parto				
Bajo	70 (70,7)	25 (35,7)	45 (64,3)	
Medio	12 (12,1)	6 (50)	6 (50)	0,006
Alto	17 (17,2)	0 (0)	17 (100)	
Inicio del parto				
Espontáneo	88 (88,9)	31 (35,2)	57 (64,8)	
Inducido	7 (7,1)	0 (0)	7 (100)	0,060
Programado	4 (4)	0 (0)	4 (100)	
Tipo de analgesia				
Ninguno	22 (22,2)	20 (90)	2 (10)	
Local	13 (13,1)	11 (84,6)	2 (15,4)	0,000
Epidural	58 (58,6)	0 (0)	58 (100)	
Raquídea	6 (6,1)	0 (0)	6 (100)	

Las variables cuantitativas se expresan mediante la media y la desviación estándar (indicada entre paréntesis) y las variables cualitativas mediante la frecuencia absoluta y el porcentaje (indicado entre paréntesis).

cidos según el tipo de parto. De los 31 recién nacidos mediante un parto normal, sólo 2 presentaron un pH de la arteria umbilical patológico; en los nacidos mediante un parto intervenido (parto eutóxico, instrumentado o con cesárea) esta alteración se dio en 6 casos ($p >0,05$). El test de Apgar al minuto fue superior en los bebés nacidos de parto normal, con tendencia a la significación estadística ($p= 0,05$), y también lo fue el test de Apgar a los 5 minutos ($p= 0,03$) (tabla 2).

El porcentaje de complicaciones, tanto en las madres como en sus hijos, fue muy bajo en ambos grupos de estudio, sin diferencias entre los dos modelos de atención, ni para las madres ni para los recién nacidos (tabla 3). Respecto a las complicaciones en los niños, el 88,9% de ellos no presentaron ninguna en el momento

de nacer; en cuanto a los demás, 9 acudieron al servicio de urgencias durante el primer mes de vida (9,1%), tiempo que duró la recogida de datos del estudio, 1 (1%) ingresó en prematuros al nacer y 1 (1%) ingresó después del alta de la madre durante el primer mes de vida.

En lo que atañe al grado de satisfacción de las mujeres con el proceso de parto, el 88,9% (n= 88) de ellas calificaron su experiencia anterior como satisfactoria o muy satisfactoria y el 89,9% (n= 89) consideraron que la información que tenían antes del parto era suficiente o mucha información. El 90,9% (n= 90) calificaron el proceso de acompañamiento como muy satisfactorio y el 93% (n= 92) estimaron que el encuentro con su hijo había sido satisfactorio o muy satisfactorio. Un 61,6% (n= 61) de las mujeres afirmaron que sus expectativas sobre el parto se

Tabla 2. Variables bioquímicas y evaluación del estado de salud en los recién nacidos según el modelo de atención al parto

	Modelo de atención dirigido por matronas: parto normal n= 31 (31,3%)	Modelo de atención dirigido por matronas y obstetras: parto intervenido n= 68 (68,7%)	p
pH de la arteria umbilical <7,20: patológico	2 (6,5)	6 (8,8)	>0,05
pH de la arteria umbilical ≥7,20: normal	29 (93,5)	62 (91,2)	
Test de Apgar al minuto	8,9 (0,3)	8,71 (0,71)	0,05
Test de Apgar a los 5 minutos	10 (0)	9,9 (0,39)	0,03

Las variables cuantitativas se expresan mediante la media y la desviación estándar (indicada entre paréntesis).

Tabla 3. Complicaciones en la madre y el recién nacido según el modelo de atención al parto

	Modelo de atención dirigido por matronas: parto normal	Modelo de atención dirigido por matronas y obstetras: parto intervenido	p
Complicaciones en la madre (n= 6)	1 (16,7)	5 (83,3)	>0,05
Complicaciones en el recién nacido (n= 11)	2 (18,2)	9 (81,8)	>0,05

Las variables cualitativas se expresan mediante la frecuencia absoluta y el porcentaje (indicado entre paréntesis).

habían cumplido y un 93,9% (n= 93) calificaron el respeto a la intimidad de satisfactorio o muy satisfactorio. No se observaron diferencias significativas en la percepción de la satisfacción global en función del tipo de parto (p >0,05).

DISCUSIÓN

En este estudio, una tercera parte de las mujeres que formaban la muestra fueron atendidas siguiendo el modelo de atención por matronas (parto normal), frente a dos terceras partes que lo fueron con un modelo de atención mixto dirigido por matronas y obstetras (parto intervenido). En la bibliografía no se clasifican los partos normales con la misma terminología, sino que generalmente se utiliza la terminología de partos espontáneos o eutópicos, sin especificar si son intervenidos o no, como describen los indicadores de salud materno-infantil en Cataluña en los años 2003 y 2009^{14,15}. Se observa que una gran mayoría de los partos de bajo riesgo y una cuarta parte de los partos de riesgo medio finalizaron en parto eutópico. Diversos autores consideran que las gestantes son personas sanas, que no necesitan una medicalización excesiva^{16,17}. En este sentido, se ha observado que cuanto más elevado es el nivel económico, mayor es la aceptación y el número de partos con anestesia epidural¹⁸. Según Le Breton, la actitud hacia el dolor está muy influida por la cultura «de la prevención», en la que las clases medias y altas tienen más cuidado de su cuerpo y rechazan el dolor, mientras que las clases más bajas mantienen una actitud más resignada ante el dolor y el sufrimiento¹⁹. Otros autores señalan la exis-

tencia de una creciente preocupación en todo el mundo sobre el continuo aumento de la intervención en los nacimientos, observándose un aumento generalizado en el número de cesáreas que se practican, una pérdida de confianza en el proceso del parto como un proceso natural y seguro, y la presencia de unos niveles moderados o altos de miedo durante el embarazo²⁰. Entre los obstáculos más citados para la adopción de un parto normal y parto humanizado en hospitales de alta tecnificación, figuran la deficiente comunicación entre los profesionales, el afán de especialización de las partes interesadas en lugar del deseo de humanización, y el entorno de formación del hospital, que lleva a la existencia de muchos profesionales de la salud y, en consecuencia, a la falta de privacidad y a la discontinuidad de la atención²¹.

Al estudiar las variables relacionadas con la salud y el bienestar del recién nacido, se observa que los nacidos de partos normales presentaron puntuaciones iguales o superiores en las variables de bienestar y ausencia de sufrimiento fetal (pH de la arteria umbilical y test de Apgar). No se encontraron evaluaciones similares en la bibliografía, puesto que los estudios sobre el parto normal evalúan variables de resultado diferentes, lo que dificulta su comparación, a pesar de que el sistema de puntuación del Apgar sigue siendo relevante para la valoración del estado físico y la predicción de la supervivencia neonatal desde mediados del siglo xx²².

La satisfacción percibida fue muy elevada en las diversas variables que evaluaron las participantes. No se observaron diferencias significativas en la satisfacción percibi-

da según el tipo de parto ni tampoco según el profesional que atendió a la mujer. De forma similar, hemos encontrado estudios que compararon la atención de las matronas⁸ y la satisfacción con sus cuidados²³ en los que también las matronas fueron profesionales muy valorados para atender y proporcionar un cuidado integral^{8,23}. Pese al alto grado de satisfacción con los cuidados dispensados por las matronas, hay autores que señalan también algunos aspectos susceptibles de mejora, como la conveniencia de reforzar la cantidad y calidad de la información proporcionada a la mujer y a la pareja, la participación del usuario en la toma de decisiones, y la ayuda en el inicio precoz de la lactancia materna²³. No se han observado más complicaciones en los partos normales en comparación con los partos intervenidos o partos por cesárea.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones, debido al tamaño de la muestra y a que el tipo de muestreo no aleatorizado puede suponer un sesgo en los resultados. Por otra parte, existe poca bibliografía sobre la evaluación y los resultados del parto normal, y la diversidad en las metodologías empleadas y en las variables estudiadas dificulta la comparación de algunos de nuestros resultados. No obstante, varios estudios y guías de práctica clínica recomiendan a los equipos de atención al parto hospitalario promover que la atención al parto de bajo riesgo recaiga en las matronas, siempre que ello sea posible²⁴. En el parto normal, la calidad y seguridad de la atención proporcionada por las matronas es considerable²⁵.

CONCLUSIONES

En este estudio no se observaron diferencias significativas en las variables estudiadas en las mujeres al comparar el modelo de atención dirigido por matronas (parto normal) con el modelo de atención mixto dirigido por matronas y obstetras (parto intervenido). En cuanto a los niños, los que nacieron de partos normales presentaron puntuaciones iguales o superiores en las variables de bienestar y ausencia de sufrimiento fetal.

BIBLIOGRAFÍA

- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2007.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: FAME, 2007.
- Duarte G, Coltro P, Bedone R, Nogueira A, Gelonezzi G, Franco L. Tendência das formas de resolução da gravidez e sua influencia sobre as taxas de mortalidade perinatal. Rev Saude Publica. 2004; 38(3): 379-84.
- Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, n.º 4. Oxford: Udape Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de: The Cochrane Library, 2008, issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.)
- Bonet Manso MP. Papel de la matrona: parto hospitalario versus parto natural. Index Enferm. 2003; 12(43): 14-7.
- Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ. 2007; 176(4): 475-6.
- Luque MA, Oliver MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigrantes. Index Enferm. 2005; 14(48-49): 9-13.
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (4): CD004667.
- Waldenström U. Normal childbirth and evidence based practice. Women Birth. 2007; 20(4): 175-80.
- Chintu MK, Susu B. Role of the midwife in maternal health care. En: Nasah BT, Mati JKG, Kasonde JM, eds. Contemporary Issues in Maternal Health Care in Africa. Luxemburgo: Harwood Academic Publishers, 1994.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (8): CD004667.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña. Barcelona: Dirección General de Salud Pública, 2005.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Protocolo de asistencia en el parto y puerperio y de atención al recién nacido. Barcelona: Dirección General de Salud Pública, 2003.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Indicadores de salud materno-infantil en la población extranjera de Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2003.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Documento ejecutivo. Indicadores de salud materno-infantil. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2009.
- Fernández del Castillo I. La revolución del nacimiento. Partos respetados, nacimientos más seguros. Madrid: Ediciones Verticales, 2008.
- Smith R. In search of "non-disease". BMJ. 2002; 324(7342): 883-5.
- Biedma L. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: la buena sufridora. Rev Soc Esp Dolor. 2010; 17(1): 3-15.
- Le Breton D. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral, 1999.
- Sidebotham M. Promoting normal birth the easy way. Pract Midwife. 2012; 15(10): 23-5.
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. BMC Womens Health. 2011; 11: 53.
- Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. N Engl J Med. 2001; 344(7): 467-71.
- García A, Sánchez G, Ortega R. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? Revista ROL de Enfermería. 2001; 24(4): 290-9.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t), 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA n.º 2009/0.
- Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. J Midwifery Womens Health. 2010; 55(3): 255-61.