

CONSEJERÍA DE SALUD

# BUENAS PRÁCTICAS EN ATENCIÓN PERINATAL

Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía





BUENAS prácticas en atención perinatal :  
proyecto de humanización de la atención  
perinatal en Andalucía. -- [Sevilla] :  
Consejería de Salud, [2008]  
80 p. : tablas ; 21 cm  
En la port.: Estrategia de Atención al  
Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.  
1. Atención perinatal 2. Humanización de la  
atención 3. Guía de práctica clínica 4. Calidad  
de la atención de salud 5. Andalucía I. Andalucía.  
Consejería de Salud II. Jornadas de Buenas  
Prácticas en Atención Perinatal  
WQ 210

Esta publicación se realiza en el marco de actividades del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía que se desarrolla a partir del convenio entre el Ministerio de Sanidad y Política Social (Observatorio de Salud de la Mujer. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud) y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para impulsar la Estrategia de Atención al Parto Normal así como la humanización de todo el proceso de atención perinatal desde una perspectiva de género.

Edita: Junta de Andalucía . Consejería de Salud  
Depósito Legal: SE-4794-09  
Diseño y maquetación: OBEMEDIA S.C.  
Impresión: Egea Impresores

## DIRECCIÓN TÉCNICA

Servicio de Promoción de Salud y Planes Integrales. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud.

Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud. Subdirección de Programas y Desarrollo . Servicio Andaluz de Salud

Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

## COORDINACIÓN

Aguayo Maldonado, Josefa

Neonatóloga, Jefa de Sección H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla .

Coordinadora del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

Escalera de Andrés, Carmen

Coordinadora de Desarrollos Integrales de Salud. Subdirección de Programas y Desarrollo. Dirección General de Atención Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

García Calvente, M<sup>a</sup> del Mar

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

García González, Rafael

Jefe Secc. Enfermedades Transmisibles. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

Guerro Moriconi, Cristina

Asesora Técnica. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud

Maroto Navarro, Gracia

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Monte Vázquez, Covadonga

Asesora Técnica. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

Pérez Ramos, Francisco José

Enfermero. Servicio de Pediatría. Hospital Santa Ana. Motril. Granada

Coordinador del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

Rodríguez Rodríguez, Manuel  
Jefe de Servicio de Promoción de Salud. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud Sevilla

### EDICIÓN Y MAQUETACIÓN

Pérez Ramos, Francisco José  
Enfermero. Servicio de Pediatría. Hospital Santa Ana. Motril. Granada  
Coordinador del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

José Antonio Espinosa Reina  
Asesor Técnico del Servicio de Promoción de Salud y Planes Integrales. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

### COMITÉ EDITORIAL

#### **Grupo de coordinación del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía**

Aceituno Velasco, Longinos  
Ginecólogo del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital "La Inmaculada" de Huerca-Overa (Almería)

Aguayo Maldonado, Josefa  
Neonatóloga, Jefa de Sección H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla .  
Coordinadora del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

Caño Aguilar, África  
Facultativa Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de "San Cecilio" (Granada). Profesora Asociada de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada

Escalera de Andrés, Carmen  
Coordinadora de Desarrollos Integrales de Salud. Subdirección de Programas y Desarrollo. Dirección General de Atención Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

García González, Rafael  
Jefe Secc. Enfermedades Transmisibles. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

Guerro Moriconi, Cristina

Asesora Técnica del Programa de Atención Integral Infanto-Juvenil. Servicio de Coordinación de Desarrollo Integrales de Salud. Subdirección de Programas y Desarrollo . Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.

Herrera Cabrerizo, Blanca

Matrona. Hospital de Baza. Vocal de Granada de la Asociación Andaluza de Matronas

Maroto Navarro, Gracia

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Monte Vázquez, Covadonga

Asesora Técnica. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

Pérez Ramos, Francisco José

Enfermero. Servicio de Pediatría. Hospital Santa Ana. Motril. Granada

Rodríguez Rodríguez, Manuel

Jefe de Servicio de Promoción de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud Sevilla

Rufo Romero, Ana

Matrona. Hospital "Virgen del Rocío" (Sevilla). Miembro del equipo de trabajo del Proceso Asistencial Integrado "Embarazo, parto y Puerperio". Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Cristina Torró García-Morato

Subdirectora de Promoción de la Salud. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Velasco Juez, M. Casilda

Matrona. Hospital Universitario de "San Cecilio" (Granada). Vicepresidenta de la Federación de Asociaciones de matronas de España



## PRÓLOGO

La mejora a lo largo de las últimas décadas de la atención sanitaria en relación al embarazo, el parto y la crianza ha tenido, junto a los cambios económicos, sociales y culturales, una repercusión muy positiva en la salud de las mujeres y de los recién nacidos, que se traduce en una reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales.

Sin embargo, la consecución de estos logros para la salud ha conllevado, en muchas ocasiones, procesos altamente tecnificados que están desplazando el natural protagonismo que debía corresponder tanto a la mujer como a la persona que acaba de nacer, así como a su pareja si la tiene y a su familia, más o menos extensa.

La salud perinatal es un tema de gran trascendencia para el desarrollo de cualquier sociedad. Por ello siempre es un asunto de actualidad pero afecta de forma particular y en muchos aspectos en exclusiva a las mujeres, pues ellas son las principales protagonistas del proceso de atención al parto. En este sentido, es necesario recuperar una dimensión más humana y la confianza de la mujer en su propio cuerpo, en su capacidad de tomar decisiones acerca de su embarazo y parto, y de amamantar y criar a su hijo o hija. Desde estos presupuestos, y desde el respeto a estas decisiones, hay que plantear la participación de la pareja y la familia. En otras palabras, la sabia combinación del respeto a la fisiología del parto, con las intervenciones apropiadas que el proceso pueda requerir, no puede llevarse a cabo sin el respeto a la autonomía, el protagonismo y corresponsabilidad de la mujer, así como de los derechos de las personas en el momento de nacer.

Por todo ello, el camino que permite mejorar y avanzar hacia un “buen hacer” en atención perinatal pasa por plantearse en el propio Sistema Sanitario Público de Andalucía, y desde una reflexión autocrítica, algunos procedimientos clínicos en vigor sujetos en ocasiones a tradiciones sin evidencia científica suficiente, con el fin de garantizar las mejores prácticas posibles en atención perinatal.

Este es el objetivo que se propone el Plan de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPA), que supone un nuevo impulso a las políticas de

mejora de la calidad de nuestro sistema sanitario que se desarrollan en Andalucía desde mediados de los años ochenta. El PHAPA inició sus actividades en el año 2006 y desde entonces ha ido progresivamente involucrando a todos los hospitales públicos de Andalucía para impulsar en ellos unas prácticas seguras a la vez que respetuosas con las expectativas y derechos de las mujeres y sus familias.

Con este objetivo se ha elaborado el presente documento de consenso sobre Buenas Prácticas en Atención Perinatal. Es el resultado de un trabajo multidisciplinar realizado por quienes tienen la responsabilidad de proporcionar a la mujer y al recién nacido una adecuada atención al parto en cualquiera que sean sus circunstancias.

Otra pretensión de este trabajo es ofrecer una oportunidad para reflexionar sobre el proceso de parto y nacimiento así como sobre sus posibles mejoras. Al mismo tiempo, refleja también el compromiso de la Consejería de Salud de introducir aquellos cambios que sean necesarios para la aplicación de las mejores prácticas que, basadas en la evidencia científica disponible, permitan obtener óptimos resultados de salud maternal y neonatal. En este contexto, nos encontramos sin duda ante un reto que va a requerir, sobre todo, del buen hacer y del entendimiento entre las partes implicadas: administración sanitaria, profesionales y ciudadanía.

Por último, quiero expresar mi agradecimiento y respaldar a los y las profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía que realizan una labor extraordinaria para brindar una atención más humana, satisfactoria y de mayor calidad durante el proceso de parto y nacimiento. Estoy convencida de que gracias a su esfuerzo y compromiso se conseguirá devolver a la madre y al recién nacido el protagonismo que realmente les corresponde en el que es, sin lugar a dudas, uno de los momentos más intensos, especiales y únicos que la vida nos ofrece.

María Jesús Montero  
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

# CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN</b> .....	17
<b>PARTICIPANTES</b> .....	19
<b>OBJETIVOS Y METODOLOGÍA</b> .....	27
DESARROLLO DE LOS TALLERES .....	27
<b>RESULTADOS</b> .....	29
<b>BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁREA DE PARTOS</b> .....	33
1.1. INTIMIDAD .....	33
1.2. ACOGIDA .....	33
1.3. PRÁCTICA CLÍNICA .....	34
1.3.1. Parto .....	34
1.3.2. Recién nacido .....	35
1.3.3. Tratamiento del dolor .....	36
1.4. INFORMACIÓN .....	36
1.5. CALIDAD DEL ENTORNO Y SATISFACCIÓN .....	37
1.6. ACOMPAÑAMIENTO .....	38
COMENTARIOS .....	38
<b>BUENAS PRÁCTICAS EN MATERNIDAD</b> .....	43
2.1. INTIMIDAD .....	43
2.2. ACOGIDA .....	43
2.3. MADRE – RECIÉN NACIDO .....	43
2.4. LACTANCIA .....	44
2.5. CUIDADOS POSTPARTO Y DEL RECIÉN NACIDO .....	46
2.6. SATISFACCIÓN CON LA ASISTENCIA .....	47

COMENTARIOS.....	47
<b>BUENAS PRÁCTICAS EN NEONATOLOGÍA .....</b>	<b>53</b>
3.1. ACOGIDA .....	53
3.2. LACTANCIA .....	53
3.3. ACOMPAÑAMIENTO .....	54
3.4. ACTUACIONES CLÍNICAS .....	55
3.5. MÉTODO MADRE CANGURO.....	55
3.6. CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA Y EL DESARROLLO.....	56
3.7. SATISFACCIÓN CON LA ASISTENCIA .....	56
COMENTARIOS.....	57
<b>SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁREA DE PARTOS.....</b>	<b>64</b>
<b>BUENAS PRÁCTICAS EN MATERNIDAD.....</b>	<b>70</b>
<b>BUENAS PRÁCTICAS EN NEONATOLOGÍA .....</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>77</b>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la atención sanitaria a la mujer gestante en Andalucía es una prestación universal y las tasas de cobertura son excelentes a pesar de la incorporación de población inmigrante en estos últimos años. La Comunidad Autónoma alcanzó en el año 2006 los 95.298 nacimientos. Diez años antes el número registrado era de 66.473, lo que supone un incremento superior al 43%. Este significativo aumento de la tasa de natalidad, en tan breve plazo, ha generado una mayor demanda de recursos y la necesidad de adaptar o ampliar las estructuras existentes.

Con el progreso sanitario y social a lo largo del siglo XX y mantenido en el siglo XXI se ha conseguido proporcionar a la mujer unas condiciones de salud adecuadas y unos servicios asistenciales que se han mostrado imprescindibles para obtener tan excelentes resultados en cuanto a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Por lo que nacer en Andalucía, al igual que en el resto de España, es cada día más seguro. En la actualidad el modelo público de atención al parto y al nacimiento es un modelo hospitalario.

En los próximos años tanto la obstetricia como la neonatología van a tener que ser capaces de responder a las demandas que se están planteando desde la ciudadanía respecto a distintos modelos de atención perinatal. En el transcurso del pasado siglo se produjo una paulatina “migración” desde el hogar hacia el hospital como el lugar más indicado para tener un hijo/a. Pero la tecnificación del proceso ha supuesto para la mujer la pérdida de protagonismo y capacidad de decisión mediante un proceso de delegación “tácita” desde el momento en que se produce el ingreso hospitalario.

La insustituible aportación de la tecnología a las mejoras en los resultados no es cuestionable. No obstante, la vertiginosa rapidez con la que se ha incorporado en muchos casos y la elevada dependencia que ha generado en el sistema y la organización de los servicios sanitarios puede resultar en efectos indeseables. La estandarización de los procesos supuso la inclusión de prácticas que en su momento pudieron ser aceptadas pero que al día de hoy no han demostrado su eficacia o incluso pueden resultar adversas. Su exclusión de las guías de práctica clínica y protocolos puede

suponer en algunos casos importantes modificaciones estructurales, organizativas y de recursos. La Organización Mundial de la Salud ha editado varios documentos en este sentido relacionados con las rutinas de atención perinatal.

La sustitución de la lactancia materna por sucedáneos de la misma es un claro ejemplo de ésta situación que tiene, además, importantes repercusiones sociales, económicas y sobre la salud. A pesar de los importantes esfuerzos institucionales y de los recursos invertidos, el camino de regreso hacia la práctica adecuada se hace de forma mucho más lenta de lo que sería deseable.

Por otro lado, cuestiones clave como el consumo de tabaco y/o la exposición al humo de tabaco ambiental entre las mujeres gestantes y puérperas y de sus hijos e hijas no ha recibido la atención que se merece a pesar de la evidencia disponible.

Actualmente nos encontramos en un momento clave para conciliar una buena atención perinatal en los hospitales con el respeto a la capacidad de decisión de la mujer sin que ello suponga riesgo para la salud de la madre o del recién nacido. La mujer que pare no es una mujer enferma, el parto es un proceso fisiológico y, por tanto, su atención y la de su bebé recién nacido debería realizarse desde una perspectiva diferente a la que se aplica en el cuidado de los pacientes de otras zonas de ingreso de los hospitales. El padre o la pareja y la familia han de incorporarse como actores en el proceso.

El 10 de octubre de 2007 se aprobó en el pleno del Consejo Interterritorial la Estrategia para la atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud. Esta Estrategia nace para ser la referencia de actuación en la materia para todo el territorio español al amparo del Plan Nacional de Calidad. El propósito es humanizar el parto y situarlo en su justa dimensión fisiológica. Se trata de incorporar la mayor calidez a la calidad asistencial manteniendo los niveles de seguridad alcanzados. En relación con la neonatología este plan incluye todos los aspectos de promoción de lactancia materna que tienen que ver con los primeros momentos de la vida y promueve el contacto piel con piel de la criatura recién nacida con la madre de forma precoz.

Este es el punto central del debate y la preocupación actual que surge desde diferentes ámbitos socio-sanitarios, grupos de mujeres y ciudadanía en general, profesionales de la salud e instituciones sanitarias.

Introducimos en un terreno como el de la identificación de buenas prácticas requiere una reflexión previa sobre el contexto actual del que hemos tratado de hacer un esbozo en los párrafos anteriores. Y a partir de aquí elaborar un marco de referencia.

En primer lugar hemos de reconocer que existe una gran crisis de confianza percibida tanto desde los/las profesionales de la salud como desde un grupo cada vez más amplio de mujeres que se cuestionan el adecuado respeto a sus derechos, o qué significa buen trato en las instituciones sanitarias en lo referente al proceso vivencial de su parto. Por ello se ha de recuperar mutuamente el concepto de CONFIANZA como valor intangible primordial y abandonar la cultura de la sospecha para llegar a un entendimiento y un punto de encuentro cálido.

En segundo lugar tenemos que redescubrir los valores que ya son compartidos por todos, mujeres y profesionales: mejorar la salud, minimizar el daño, ser eficaces, ser empáticos y afables, respetar las decisiones, ser tolerantes, proteger la intimidad y la confidencialidad, no discriminar, ser eficientes, honestos etc.

En tercer lugar se ha de redescubrir una identidad ética para la organización sanitaria, que debe basarse en las coordenadas de la Excelencia, buscándola en ambos ejes, la mejor calidad de salud y la mejor calidad de respeto a los derechos individuales.

Por ello, bajo nuestro punto de vista, al re-establecer mecanismos para llevar a cabo las mejores prácticas, estamos hablando de valores y principios y por tanto de ética de las organizaciones sanitarias, de ética en las relaciones personales, de las organizaciones hospitalarias. Ello supone contemplar la **actitud** en la cual nos posicionamos frente a otras personas en todo el proceso de atención.

Podríamos definir 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.

## CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

El Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía se desarrolla en el marco del Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para impulsar la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud así como la humanización de todo el proceso de atención perinatal desde una perspectiva de género.

Andalucía pretende el diseño de un nuevo modelo de atención perinatal más humanizado, en el que las nuevas tecnologías y la participación sean compatibles, mediante una mayor incorporación de la madre, el padre o la pareja al proceso de nacer, en colaboración con profesionales de la salud. En este contexto se plantea desde la Consejería de Salud un proyecto con diferentes líneas de actuación que permitan el avance y mejora en lo que a “Atención Perinatal” se refiere. Estas líneas pretenden específicamente:

- La implantación de iniciativas de atención humanizada al parto normal que consideren las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la participación de las mujeres y la adecuación del entorno físico para mejorar la comodidad y seguridad.
- La implantación de iniciativas para la promoción de la lactancia materna desde el respeto a las decisiones informadas de las mujeres y a la solidaridad mediante la donación segura de leche materna.
- La implantación de protocolos basados en la evidencia científica en la atención al embarazo, parto y puerperio, para disminuir las intervenciones innecesarias y la variabilidad en la práctica clínica.
- La implantación de iniciativas para promover “Hogares Libres de Humo” protegiendo el derecho a la salud de los recién nacidos y mejorando la salud y calidad de vida de toda la familia.
- La implantación de iniciativas para la atención a la mujer embarazada fumadora y su pareja según programa específico adaptado a esta situación.
- La implantación de iniciativas de atención multicultural al proceso de Embarazo, Parto y Puerperio.
- La implantación de intervenciones de apoyo para la participación de los hombres.

Tales propósitos se quieren llevar a cabo desde la atención, formación, participación y coordinación de profesionales implicados en el proceso de embarazo, parto y postparto.

La Estrategia de Atención al Parto Normal recoge entre sus objetivos la investigación, innovación y difusión de las buenas prácticas en atención perinatal.

Así mismo, el Proyecto de Humanización señala entre sus objetivos:

*“Realizar la evaluación, identificar fuentes de buenas prácticas clínicas y de buen trato, así como indicadores de seguimiento, y realizar estudios, encuestas y técnicas cualitativas”.*

Para su consecución se indican las siguientes actividades:

- Realización de un catálogo de indicadores de actividad y práctica clínica en atención perinatológica.
- Mejora de los sistemas de registro y bases de datos que permita la elaboración de los indicadores seleccionados.
- **Realización de un catálogo de “buenas prácticas” en la atención humanizada al parto y nacimiento.**
- **Elaboración de un programa de seguimiento y evaluación del proyecto en base a los indicadores y buenas prácticas.**

Para la elaboración del citado catálogo se realizaron en la Escuela Andaluza de Salud Pública en Abril de 2007 unas jornadas de trabajo multidisciplinares con la participación de profesionales relacionados con la atención perinatal en los centros incorporados al Proyecto.

El presente documento resume la metodología, desarrollo y resultado de las jornadas, así como el catálogo de buenas prácticas como producto final. Esta información se completa con las estrategias propuestas por los grupos para su implantación y con el diseño de un sistema para la evaluación de las prácticas en atención perinatal de los centros sanitarios.

## PARTICIPANTES

En total participaron 75 profesionales en la organización y desarrollo de las jornadas.

- 24 profesionales del ámbito andaluz participaron en la organización, coordinación y apoyo de las jornadas y talleres de trabajo (5 de la Consejería Salud, 2 del Servicio Andaluz de Salud, 4 de distintos hospitales públicos y 13 de la Escuela Andaluza de Salud Pública).
- 47 profesionales sanitarios de diferentes centros hospitalarios andaluces, tres de ellos además miembros del grupo de trabajo del Proceso de Embarazo, Parto y Postparto del Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, participaron en el desarrollo de las jornadas y de forma activa en los talleres de trabajo aportando su opinión y experticia en el tema de análisis.
- 3 profesionales sanitarios que son referentes en la mejora de la humanización de la atención perinatal y en la atención a la diversidad cultural, protagonizaron una mesa redonda presentando sus experiencias en torno al tema, y también asistieron como oyentes a los talleres de trabajo aportando su opinión y sugerencias.
- 1 profesional representante del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (Estrategia de Atención al Parto Normal) asistió también a las jornadas y talleres de trabajo.

### ORGANIZACIÓN CIENTÍFICA

#### **Aceituno Velasco, Longinos.**

Ginecólogo del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital "La Inmaculada" de Huerca-Overa (Almería)

#### **Aguayo Maldonado, Josefa.**

Neonatóloga, Jefa de Sección H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla .  
Coordinadora del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

#### **Escalera de Andrés, Carmen.**

Coordinadora de Desarrollos Integrales de Salud. Subdirección de Programas y Desarrollo. Dirección General de Atención Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud

**García Calvente, M<sup>a</sup> del Mar.**

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

**García González, Rafael.**

Jefe Sección. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

**Guerro Moriconi, Cristina.**

Asesora Técnica del Programa de Atención Integral Infanto Juvenil. Servicio Planificación Operativa. Servicio Andaluz de Salud

**Llamas Martín, Consuelo.**

Asesora Técnica. Servicio de Promoción de la Salud y Planes integrales Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

**Maroto Navarro, Gracia.**

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

**Martínez García, Encarnación.**

Matrona. Servicio de Paritorio, Hospital de Alta Resolución Guadix. Empresa Pública Hospital de Poniente.. Almería

**Monte Vázquez, Covadonga.**

Asesora Técnica. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

**Pérez Cobos, Gabriel.**

Consejero Delegado. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Pérez Ramos, Francisco José.**

Enfermero. Servicio de Pediatría. Hospital Santa Ana. Motril. Granada  
Coordinador del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía

**Rodríguez Rodríguez, Manuel.**

Jefe de Servicio de Promoción de Salud. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

**Rufo Romero, Ana María.**

Matrona. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

**Ruiz Fernández, Josefa.**

Secretaria General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

**Torro García-Maroto, Cristina.**

Subdirectora de Promoción de la Salud. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

**APOYO TÉCNICO**

**Margarita López Buitrago.**

Organización de Reuniones Científicas. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

**M<sup>a</sup> Victoria Vargas Rodríguez.**

Secretaria Técnica de Organización de Reuniones Científicas. Área de Consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Trinidad Fernández Cara.**

Secretaria Técnica de Organización de Reuniones Científicas. Área de Consultoría. Escuela Andaluza de Salud Pública

**M Carmen Valcárcel Cabrera.**

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Beatriz Valero Aguilera.**

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Eva Martín Ruiz.**

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

**M. Victoria Avilés Blanco.**

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Noelia García Toyos.**

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Nuria Luque Martín.**

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

**Julia Bolívar Muñoz.**

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

**María del Río Lozano.**

Técnico. Escuela Andaluza de Salud Pública

## **PONENTES E INVITADOS**

**Manuel Fillol Crespo.**

Jefe de Servicio de Ginecología. Hospital La Plana. Castellón.

**Carmen Pallás Alonso.**

Jefa de Servicio de Neonatología. Hospital Doce de Octubre. Madrid

**María Isabel Oliver Reche.**

Matrona. Dispositivo de Apoyo del Distrito Almería. Centro de Salud de Níjar.

**Isabel Espiga López.**

Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo.

## HOSPITALES PARTICIPANTES

- H. Costa del Sol. Marbella. Málaga.
- H. La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería.
- H. Poniente. El Ejido. Almería.
- H. Puerto Real. Cádiz.
- H. Punta Europa. Algeciras. Cádiz.
- H. Santa Ana. Motril. Granada.
- H. Serranía. Ronda. Málaga.
- H. Valle Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.
- H. San Cecilio. Granada.
- H. Virgen Nieves. Granada.
- H. Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

## RELACIÓN DE PROFESIONALES PARTICIPANTES EN LOS TALLERES

### Taller 1.-Atención Humanizada al parto Normal

Casares González, M<sup>a</sup> Paz

H. Poniente. El Ejido. Almería - Ginecóloga.

Díaz Gutiérrez, Miguel Ángel

H. Serranía de Ronda. Ronda. Málaga - Matrona.

Domínguez Moreno, Luisa

H. Serranía de Ronda. Ronda. Málaga - Matrona.

Domínguez Ramos, Evaristo

Jefe de Servicio. H. Punta Europa. Algeciras. Cádiz - Ginecólogo.

Fernández Alba, Juan Jesús

H. Puerto Real. Cádiz - Ginecólogo.

Gamundi Fernández, Concha

H. Puerto Real. Cádiz - Matrona.

Mesa Somé, M<sup>a</sup> Victoria

H. Costa del Sol. Marbella. Málaga - Matrona.

## **Taller 2.-Atención Humanizada al parto Normal**

Barcia Ruiz, José María

H. Cabra. Córdoba (Proceso EPP) - Pediatra. Jefe de Servicio.

Garrido Jiménez, Susana

H. Serranía de Ronda. Ronda. Málaga - Enfermera.

Gómez Lara, Teresa

H. Valle Pedroches. Pozoblanco. Córdoba - Matrona.

Izquierdo Cuellar, Catalina

H. Punta Europa. Algeciras. Cádiz - Ginecóloga.

Machado Ramírez, Francisca

H. Poniente. El Ejido. Almería - Matrona.

Rodríguez Martín, Esteban

H. Punta Europa. Algeciras. Cádiz - Ginecólogo.

Salazar Barea, Rafaela María

H. Punta Europa. Algeciras. Cádiz - Matrona.

Sánchez Barroso, M<sup>a</sup> Teresa

H. La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería - Enfermera. Supervisora.

Segura García, M<sup>a</sup> Teresa

H. Poniente. El Ejido. Almería - Enfermera. Supervisora.

Vidales Blanco, M<sup>a</sup> Carmen

H. Serranía de Ronda. Ronda. Málaga - Matrona.

## **Taller 3.-Atención Humanizada al Recién Nacido Ingresado**

Bermúdez Conesa, Rosa

H. Virgen de las Nieves. Granada - Enfermera.

Cañamero, Irene

H. Costa del Sol. Marbella. Málaga - Enfermera.

De la Cámara, Carmen

H. Valle Pedroches. Pozoblanco. Córdoba - Pediatra.

Fernández Barrios, Matilde

H. Puerto Real. Cádiz - Enfermera.

García Ríos, María

H. Poniente. El Ejido. Almería - Enfermera. Supervisora.

González López, María

H. Costa del Sol. Marbella. Málaga - Neonatóloga.

Hurtado Suazo, José A.

H. Virgen de las Nieves. Granada - Neonatólogo. Jefe de Sección.

Jiménez Moya, Ana

H. Punta Europa. Algeciras. Cádiz - Neonatóloga.

Medina López, Rosana

H. Costa del Sol. Marbella. Málaga - Enfermera. Supervisora.

Moreno Rodríguez, Salomé

H. Valle Pedroches. Pozoblanco. Córdoba - Enfermera.

Ortega Uribe, Pilar

H. La Inmaculada. Huércal-Overa - Enfermera. Supervisora.

Rodríguez Leal, Adolfo

H. Santa Ana. Motril. Granada - Pediatra. Jefe de Servicio.

Sánchez García, Fernando

H. La Inmaculada. Huércal-Overa - Pediatra. Jefe de Servicio.

Soto Delgado, Víctor

H. Santa Ana. Motril - Enfermero. Supervisor.

Vela Enríquez, Francisco

H. Poniente. El Ejido. Almería - Pediatra.

#### **Taller 4.-Atención Humanizada en el Área de Maternidad**

Acedo Torres, Manuela

H. Santa Ana. Motril. Granada - Enfermera.

Arenas Huertas, Rosa M<sup>a</sup>

H. Santa Ana. Motril. Granada - Enfermera.

Calvo Calderón, M<sup>a</sup> Carmen

H. Valle Pedroches. Pozoblanco - Auxiliar enfermería.

Díaz Sáez, Jorge

H. La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería - Enfermero.

Coronil Corchado, M<sup>a</sup> Carmen

H. Punta Europa. Algeciras. Cádiz - Enfermera. Supervisora.

Domínguez Montojo, Tamara

H. Punta Europa. Algeciras. Cádiz - Responsable SAU.

Doncel Molinero, Diego

H. Costa del Sol. Marbella. Málaga - Enfermero. Supervisor.

Fernández Morales, Indalecio

H. Puerto Real. Cádiz - Enfermero. Supervisor.

Gómez Bautista, M<sup>a</sup> Rosa

H. La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería - Enfermera. Supervisora.

González Altimira, Esther

H. Santa Ana. Motril. Granada - Enfermera.

Martínez Pozo, Maruja

H. San Cecilio. Granada (Proceso EPP) - Enfermera.

Murillo Mesa, Andrés

H. Valle Pedroches. Pozoblanco. Córdoba - Enfermero. Supervisor.

Rodríguez Aragón, M<sup>a</sup> Jesús

H. Puerto Real. Cádiz - Enfermera.

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Para la identificación de las buenas prácticas en atención perinatal se realizan una serie de talleres distribuidos entre participantes en las jornadas.

El objetivo de los talleres de trabajo es consensuar un repertorio de buenas prácticas de humanización entre diferentes profesionales de la salud, con experiencia e implicación en la materia, así como consensuar las estrategias que serían necesarias para implantar o mejorar tales prácticas, tomando como referencia cada centro participante.

## DESARROLLO DE LOS TALLERES

Presentación en plenario de los objetivos y metodología de trabajo a utilizar en los talleres de trabajo.

Como instrumento metodológico para el desarrollo de los talleres, se habían confeccionado previamente tres exhaustivos listados (encuestas) de buenas prácticas de humanización sobre el parto, atención en unidades neonatales y sobre el área de maternidad, con objeto de que éstos pudieran ser valorados, modificados o ampliados en la medida en que quienes participaban lo estimaran conveniente.

En los contenidos se contempla transversalmente:

- La protección de los derechos de la madre, de quien acaba de nacer y de sus acompañantes.
- La acogida de los y las protagonistas.
- El papel de hombre como pareja de la mujer que pare y padre de la persona que nace.
- La promoción del contacto físico, la vinculación madre – recién nacido y la lactancia materna.

Se configuran cuatro grupos de trabajo para tratar los tres principales temas:

- Repertorio de buenas prácticas para la humanización de la atención al parto y estrategias para su implantación.

- Repertorio de buenas prácticas para la humanización de la atención en unidades neonatales y estrategias para su implantación.
- Repertorio de buenas prácticas para la humanización de la atención en el área maternal (madre y recién nacido sano), y estrategias para su implantación.

Para la asignación de los profesionales a cada uno de los grupos se consideró el perfil profesional y área en la que desarrollan su trabajo. Los talleres se desarrollan en dos sesiones de tres horas de duración cada una.

El procedimiento seguido para el desarrollo de los talleres fue:

- Presentación de moderadores e integrantes del grupo
- Resumen de la metodología a seguir, ya expuesta previamente en plenario
- Entrega de las encuestas relacionadas con el taller asignado (encuesta sobre Área Maternal en el taller de Área Maternal...), y valoración individual de indicadores de buenas prácticas. Cada asistente responde si le parece que lo que se les propone “no es una buena práctica de humanización”, si “debería hacerse siempre” o si “hacerlo es signo de excelencia”. Cada persona puede añadir nuevas propuestas de buenas prácticas.

Valoración grupal de indicadores de buenas prácticas. Se incluyen aquellas que obtienen unanimidad. En caso contrario, y tras un periodo de debate, se estiman como pertinentes aquellas que obtienen respaldo de las tres cuartas partes. Se incluyen nuevas propuestas aportadas por los participantes que obtienen el grado de consenso acordado. Finalmente se discuten los ítems menos valorados para su eliminación o reformulación.

Con posterioridad se reordena la lista de manera que figuren primero las prácticas más votadas como obligatorias (debería hacerse siempre), luego las más votadas como excelentes (entendidas como prácticas que, aún “no resultando imprescindibles”, en caso de realizarse aportan mayor calidad en la atención) y finalmente las más votadas como no oportunas.

Los cuestionarios correspondientes a los grupos en que cada participante no estaba incluido serán así mismo cumplimentados de forma individual para su análisis estadístico comparativo.

Valoración individual de la encuesta sobre estrategias, donde aparecen de nuevo los indicadores de buenas prácticas ya ordenados en función del consenso alcanzado. Cada asistente realiza una valoración individual de las estrategias o medidas que consideran necesarias o útiles para implantar las buenas prácticas consensuadas (cambio en los protocolos clínicos, formación, nuevos recursos técnicos, cambios en las instalaciones, etc.), considerando que las opciones de respuesta no son excluyentes. Los miembros del grupo cumplimentan las nuevas parrillas pensando en su centro de referencia, pudiendo además incorporar nuevas estrategias que consideren oportunas.

Valoración grupal de las estrategias tras la lectura mediante votación y consenso.

Se han añadido buenas prácticas en materia de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, que no fueron propuestas por los grupos, pero que el equipo coordinador ha considerado útiles y relevantes a tenor de la evidencia científica disponible.

El producto final es el catálogo o repertorio de buenas prácticas en atención perinatal que se expone a continuación.

## RESULTADOS

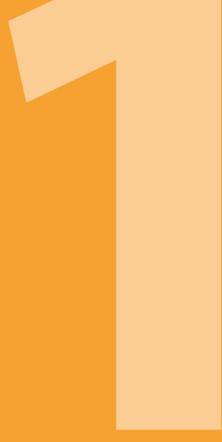
En términos generales, se ha observado un alto grado de consenso entre profesionales sanitarios en cuanto a la valoración de que “deberían realizarse siempre” la mayor parte de indicadores de buenas prácticas propuestos. De 84 indicadores relacionados con la atención humanizada al parto normal, más de la mitad (53 exactamente) son consensuados como prácticas que “deberían realizarse siempre” por más del 80% de participantes en la “encuesta sobre el parto”.

Se expone a continuación el catálogo de buenas prácticas resultante en cada una de las áreas abordadas así como algunos comentarios sobre su elaboración y las estrategias propuestas por los grupos.

Junto a cada práctica, una serie de iconos identifican las necesidades y requerimientos para su realización efectiva. La leyenda es la siguiente:

	Precisa de recursos económicos adicionales (salvo formación y divulgación).
	Realización o actualización de normativas, procedimientos, protocolos, etc.
	Edición y distribución de materiales formativos, informativos y divulgativos dirigidos a usuarios y usuarias.
	Formación de profesionales.
	Adquisición de habilidades de comunicación.

# BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁREA DE PARTOS





# 1. BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁREA DE PARTOS

## 1.1. INTIMIDAD

-   La habitación es individual o cuenta con una separación para preservar la intimidad.
-    La conversación con el personal sanitario ocurre en un espacio que preserva la intimidad.
-   Cualquier otra persona que presencie el parto deberá solicitar permiso a la embarazada.

## 1.2. ACOGIDA

-  Existe un plan de acogida escrito de la unidad de obstetricia.
-  Hay una persona responsable del plan de acogida.
-   Cuando se incorpora personal nuevo se le explica el plan de acogida y cuál es su papel en el mismo.
-   Desde admisión la usuaria es acompañada a la planta.
-   La paciente es recibida por la matrona y/o personal de enfermería que previamente se presentan.
-   La matrona y/o personal de enfermería le explican cómo contactar en caso de necesidad.
-   El personal de enfermería comprueba el correcto estado, condiciones higiénicas sanitarias, estado de conservación e higiene del mobiliario, normal funcionamiento de todos los útiles de la habitación y que todo está adecuado a las necesidades de la persona que la va a ocupar.
-    El personal de enfermería le muestra las características de su habitación, W.C., armario que le corresponde, horarios de visitas, normas para la correcta utilización de las instalaciones (televisor, teléfono, etc.).
-   Se proporciona folleto explicativo sobre la unidad.

-   El personal de enfermería explica a la usuaria que existen útiles de higiene personal a su disposición.
-   El personal de enfermería explica la posibilidad de elegir el uso de ropa propia o del hospital.
-   Las actitudes del personal durante la acogida son de amabilidad y respeto.

## 1.3. PRÁCTICA CLÍNICA

### 1.3.1. Parto

-  Se anota en la historia clínica de la usuaria si ésta tiene un plan de parto/nacimiento.
-    Se explica a la gestante que no es necesario rasurarla.
-    Se explica a la embarazada que no se le pondrán enemas salvo que sea necesario o a petición suya.
-   La vía venosa se deja tapada y desconectada del sistema de goteo para facilitar la movilidad a la embarazada.
-   No se realiza amniorraxis si el progreso de parto es adecuado.
-    La matrona explica a la embarazada que sólo se provocará la ruptura de la bolsa si es necesario hacer un registro cardiotocográfico interno para detectar problemas en el feto u otro motivo justificado.
-    El personal de enfermería ofrece a la gestante alimentos ligeros o bebidas (no lácteas) de fácil digestión durante el parto. La hidratación se asegura por vía oral siempre que sea posible.
-    Se le comunica a la embarazada que tiene libertad para deambular y adoptar la posición que desee.
-    La embarazada puede elegir parir en la misma sala de dilatación o en el paritorio.

-  La embarazada puede elegir la postura de parto.
-  No se realiza episiotomía de rutina.
-  No se pone sonda uretral de rutina.
-  La anamnesis y exploración la realiza el mismo profesional que decide el ingreso.
-  No se realizan pujos dirigidos.
-  Se facilita, si la pareja lo desea, que pueda cortar el cordón.
-  El contacto piel con piel en paritorio se prolonga durante el tiempo que la madre desee.
-  Se facilita que la embarazada proponga a una persona (por ejemplo su pareja) para recibir al recién nacido en sus manos.
-  Se le explica a la embarazada la posibilidad de tener una vía venosa canalizada para administrar fármacos en caso necesario.
-  Se facilita que la madre pueda amamantar desde el momento del nacimiento, si lo desea.

### 1.3.2. Recién nacido

-  Se pregunta a la madre si quiere que se ponga al recién nacido piel con piel cuando nazca.
-  Se coloca al recién nacido sobre el pecho de la madre nada más nacer, si ella lo desea, y se inicia la lactancia.
-  La evaluación de los recién nacidos que no precisan reanimación puede realizarse encima de la madre.
-  El cordón no se pinza hasta que deje de latir.
-  Si hubiera que practicar una reanimación, una vez realizada y si el recién nacido está bien, se coloca de nuevo junto a su madre.
-  Recién nacido y madre no se separan.



No se pasa sonda por las coanas ni recto ni se hace lavado gástrico por sistema a todo recién nacido.



El recién nacido, sin problemas de salud, nacido por cesárea no se ingresa.



En el momento de la salida del bebé se permitirá a la madre ver el nacimiento si ella lo desea.

### 1.3.3. Tratamiento del dolor



Se ofrecen diferentes alternativas, farmacológicas o no, para el alivio del dolor.



Para disminuir la intensidad del dolor se promueve la relajación.



Para disminuir la intensidad del dolor se promueve la distracción mediante otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cinestésicos (escuchar, mirar, tocar, moverse).



Para disminuir la intensidad del dolor se promueve la visualización de imágenes mentales.



Para disminuir la intensidad del dolor se enseña a alguna persona acompañante técnicas de estimulación cutánea como el masaje superficial, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío.



Para disminuir la intensidad del dolor se promueven las técnicas de respiración.

## 1.4. INFORMACIÓN



Existe un folleto explicativo sobre la atención al parto.



El personal de enfermería le proporciona un folleto explicativo de cómo utilizar las instalaciones.



La matrona explica a la usuaria cuales son los procedimientos previstos en su caso y se ofrece para aclararle las dudas que tenga.

-  La matrona utiliza términos comprensibles para la usuaria y comprueba que los entiende.
  
-  Existen documentos de consentimiento informado para los distintos procedimientos o un solo documento en el que se puede expresar la conformidad o disconformidad con cada uno de ellos.
  
-  La matrona explica a la usuaria los distintos procedimientos, las ventajas y los inconvenientes que pueden aportarle, y facilita que exprese su consentimiento o no con cada uno de ellos (salvo que hayan sido ya expresados por escrito por la usuaria y figure en su historial).
  
-  La matrona explica a la usuaria que los tactos vaginales se harán sólo cuando sea necesario y que periódicamente se controlará el estado del feto así como sus constantes vitales.
  
-  La enfermera, la auxiliar y la matrona realizan educación sanitaria desde el primer momento, intentando eliminar miedos, dudas, etc. y fomentando el autocuidado.
  
-  La matrona explica a la embarazada las ventajas e inconvenientes de cada postura durante la dilatación y el parto.
  
-  El ginecólogo informa de forma comprensible de las razones que obligan a una cesárea en caso de ser necesaria.

## 1.5. CALIDAD DEL ENTORNO Y SATISFACCIÓN

-  Se le pide a la mujer y acompañantes que silencien los teléfonos móviles para no incomodar a otras personas.
  
-  El personal pasa periódicamente a interesarse por el estado de la embarazada.
  
-  El personal sanitario promueve que haya un ambiente de confort y silencio.
  
-  Las actitudes del personal son de amabilidad y respeto.

-   Existe una encuesta anónima en la que se pregunta a la mujer y a sus familiares sobre los detalles del trato recibido y el respeto a sus derechos.
-  Existe un buzón de sugerencias sobre atención al parto y se anima a las mujeres y acompañantes a utilizarlo.
-  Existe señalización de espacios libres de humos según normativa.

## 1.6. ACOMPAÑAMIENTO

-  Se facilita el acompañamiento durante todo el proceso por una persona que la embarazada propone.

## COMENTARIOS

El listado de indicadores relacionados con el parto ha sido valorado por el total de profesionales participantes en los talleres.

A continuación se especifican otros aspectos tratados sobre los indicadores de humanización de la atención al parto normal:

Se incorporan otros indicadores para consenso:

- "Permitir el acompañamiento durante un parto instrumental".
- "Que pediatra y obstetra informen a la pareja y otros familiares sobre el estado de la madre y el recién nacido".
- "Mostrar sensibilidad ante el pudor de la madre a la desnudez en el paritorio".
- "Los documentos explicativos deben ir en otros idiomas usuales. Tener en cuenta el lenguaje y la multiculturalidad".
- "Disponer de teléfono multilingüe y/o mediadores socioculturales".

Admisión no es el lugar adecuado para preguntar por el plan de parto y nacimiento, sería mejor preguntar al ingreso. También aparecen en los comentarios de los participantes que aceptar un plan de parto y nacimiento puede suponer por parte del profesional la realización de intervenciones no adecuadas según la evidencia, porque si fueran las adecuadas habría que ofrecerlas al resto de usuarias por sistema (justicia distributiva).

El profesional clínico que hace el ingreso es el responsable de explicar el plan de acogida.

No es necesario *explicar* a la madre que *“no es necesario rasurarla o ponerle enemas”*, ya que simplemente no hay que hacerlo, así como *“no es necesario poner una vía sistémicamente”*. Ahora bien, si se realizan hay que, *“como mínimo”, explicar*. También se sugiere que se puede explicar a la madre *“que existe la posibilidad de administrar un enema, no para acelerar el parto sino para evitar la emisión de heces en el expulsivo y así ser respetuosos con su pudor”*, así como se le puede preguntar *“si le supone algún inconveniente que se le rasure en el caso de precisar alguna sutura”*.

Eliminar los enemas y el rasurado como ejemplos de procedimientos que requieren consentimiento (no deben ser realizados). No es aplicable un documento de consentimiento informado conjunto para todos los procedimientos, mejor distintos documentos.

Si la madre dispone de habitación compartida se hace necesario restringir el número de acompañantes a dos.

Quienes participaron en los talleres dedicados específicamente a la humanización del parto normal, valoraron el tipo de **estrategias** necesarias para implantar las *“principales”* buenas prácticas de humanización, previamente ordenadas en función del consenso de estos grupos específicos, resultando de forma resumida:

- El cambio en los protocolos clínicos y la formación aparecen como las estrategias más frecuentes en la mayor parte de las prácticas.
- Se valora la necesidad de nuevos recursos técnicos en menor medida, exceptuando con mayor frecuencia la disponibilidad de teléfonos multilingües, teletraducción, encuestas de satisfacción (traducidas) y buzón de sugerencias.
- Para aquellos aspectos relacionados con preservar la intimidad, la mayor libertad de desplazamiento, el confort de las usuarias para poder estar acompañadas, incorporar al padre y no separarse del recién nacido, para practicar técnicas de relajación..., se demanda algún cambio en las instalaciones y acondicionamiento del medio.
- Las actividades con la comunidad se requieren sobre todo para la posibilidad de la parturienta de elegir acompañante durante el expulsivo y facilitar información a éste sobre cómo actuar en esta situación.

- Los cambios en los sistemas de evaluación no se valoran con gran frecuencia como estrategia necesaria, exceptuando en todo caso, aquella práctica relativa a *“Colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre nada más nacer, si ella lo desea”*, o la relacionada con *“Facilitar que la pareja (acompañante) esté con la embarazada todo el tiempo, incluyendo la preparación y aplicación de anestesia en la cesárea”*.
- Se alude la necesidad de recursos humanos para prácticas de acogida, para seguimiento cercano de la parturienta y para mejorar el nivel de comunicación sobre todo con población inmigrante (traductores), así como se menciona la necesidad de técnicas de comunicación en general (como un apartado específico de formación) y el cambio de actitud entre profesionales y empatía con las usuarias.

# BUENAS PRÁCTICAS EN MATERNIDAD





## 2. BUENAS PRÁCTICAS EN MATERNIDAD

### 2.1. INTIMIDAD

Ver apartado 1.1.

### 2.2. ACOGIDA

Ver apartado 1.2.

### 2.3. MADRE – RECIÉN NACIDO

-  No se separa a la madre del bebé en ningún momento sin justificación.
-  Se realizará Educación Sanitaria desde el primer momento, intentando eliminar miedos, dudas, etc. y fomentando el autocuidado.
-  Se facilita que la madre cuide al recién nacido.
-  Se facilita que el padre cuide al recién nacido.
-  Se facilita la visita de hermanos y hermanas del recién nacido así como que puedan acariciarle.
-  Las exploraciones necesarias por protocolo justificado se hacen cuidando la intimidad de la mujer.
-  Antes de hacer cada exploración se le explica a la mujer en qué consiste y para que se hace.
-  Se facilita la continuación del contacto piel - piel iniciado en el paritorio.
-  Salvo circunstancias clínicas que lo justifiquen, no se debe separar al recién nacido de su madre para ser observado en otro lugar.
-  En caso de la indisponibilidad de la madre, el recién nacido permanecerá al lado de su padre o un familiar en quien deleguen.

 No separar al bebé de la madre para exploración pediátrica, aseo, lavado, examen, prueba etc. sin consentimiento expreso.

   No se administra al recién nacido ningún colirio oftálmico o pomada ni otro medicamento preventivo o curativo sin consentimiento.

   Se pide consentimiento para la vacunación de Hepatitis B.

 Todo recién nacido tiene desde el momento del nacimiento una historia clínica con su identidad propia y no como hijo de ...

## 2.4. LACTANCIA

   El hospital dispone una política por escrito relativa a la lactancia natural que es conocida por todo el personal relacionado con la atención de salud materno-infantil.

 Todo el personal que atiende a las madres está capacitado de forma que está en condiciones de poner en práctica esa política.

   Se informa a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

  Se proporciona un folleto sobre lactancia materna donde se planteen las razones, las preguntas y las respuestas más frecuentes.

   Se realiza la observación de al menos una toma de pecho.

   Una vez informada la madre, se respeta la decisión informada del tipo de alimentación que elige.

   A las madres se les explica la técnica y supervisa para ver si existe un buen agarre al pecho.

  No se da a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro tipo de alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados o por deseo expreso de su madre.

-  Se facilita la cohabitación de las madres y sus bebés durante las 24 horas del día.
-    Se facilita a la madre dar el pecho desde el primer momento de vida sin horarios ni restricciones.
-    Se le explica a la madre que el recién nacido se debe poner al pecho para estimular la producción.
-   No se dan chupetes a bebés alimentados al pecho.
-   No se da a bebés alimentados al pecho, biberones ni suero glucosado.
-     Se explica a madres y padres porqué no se deben dar biberones, chupetes ni sueros glucosados.
-   La adquisición de fórmulas infantiles debe de seguir los mismos cauces que el resto de productos dietéticos especiales.
-     Se fomenta desde el hospital el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y se procura que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.
-     Se facilita y explica a la madre la extracción y conservación de leche materna.
-     Se atiende a la mujer en los problemas precoces de lactancia: grietas, ingurgitación, bebé que demanda poco, etc.
-     Se refuerza la información sobre los efectos adversos del tabaquismo y los beneficios de su abandono.
-     Se refuerza la información sobre efectos adversos del consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas (drogas, ciertos medicamentos) así como los beneficios de su abandono.
-     Se refuerza información sobre el uso adecuado de medicamentos que no interfieren ni suponen supresión de la lactancia materna.

## 2.5. CUIDADOS POSTPARTO Y DEL RECIÉN NACIDO

-  Se explica la pérdida fisiológica de peso del recién nacido.
-  Se explica la realización de la prueba del talón en su centro de salud, programa de vacunaciones y seguimiento del recién nacido sano.
-  Se da un informe de alta a todo recién nacido.
-  La información sobre el estado al alta del recién nacido se ofrece por el personal facultativo.
-  Se explica a las madres y padres los cuidados de rutina del bebé.
-  Se entrega folleto sobre cuidados habituales del bebé incluyendo respuestas a las preguntas más frecuentes.
-  Se explica a la madre y el padre cual es la evolución normal del cuerpo de ella tras el parto y lo que irá notando.
-  Se explica a las madres cuáles deben ser los cuidados puerperales.
-  Se explica al padre especialmente la importancia del apoyo que él debe brindar a la madre y la necesidad de descanso que ella tiene.
-  Se explica a las madres y padres cuándo y para qué deben acudir a su centro de salud tras el alta.
-  Se entrega un informe de la atención recibida.
-  No se entrega ningún regalo de promoción comercial durante el ingreso ni al alta.
-  Se oferta ayuda para dejar de fumar buscando la implicación de su pareja.
-  Se ofrece información sobre los beneficios de un Hogar libre de Humos y se refuerza la prevención de la exposición al tabaquismo pasivo en el recién nacido.
-  Se pregunta sobre el hábito tabáquico, se realiza Intervención Básica y entrega material de educación para la salud.



Se oferta de ayuda para deshabituación tabáquica a la mujer y su pareja asegurando la coordinación con Atención Primaria para garantizar la continuidad en la atención.

## 2.6. SATISFACCIÓN CON LA ASISTENCIA



Existe una encuesta anónima en la que se pregunta a la mujer y a sus familiares sobre los detalles del trato recibido y el respeto a sus derechos.



Existe un buzón de sugerencias sobre atención al recién nacido y se anima a las mujeres y acompañantes a utilizarlo.



Existe señalización de espacios libres de humos según normativa.

## COMENTARIOS

Ocho indicadores de 57 (14%) son consensuados por el 100% de participantes en la "encuesta sobre el Área Maternal", como práctica que "debería hacerse siempre" (mayor consenso unánime frente a los indicadores del parto y el recién nacido ingresado). El resto de indicadores, excepto tres son considerados como buenas prácticas cotidianas por más del 70% de participantes (casi todos por más del 80%). *"Realizar de forma rutinaria lavado gástrico, paso de sonda rectal y nasogástrica", "Que sea necesaria la exploración previa del pediatra para iniciar la puesta al pecho" y "Facilitar que la embarazada sea acompañada por las personas que ella proponga sin número restringido"* son los indicadores en mayor medida valorados como malas prácticas (en menor medida el último). Aparecen como prácticas de excelencia con mayor frecuencia: *"Explicar el derecho a elegir entre utilizar ropa propia o la del hospital", "Facilitar que los hermanos del recién nacido estén con él y lo acaricien" y "Dar un informe de alta a todo recién nacido"*.

El listado de indicadores relacionados con el Área Maternal ha sido valorado por un total de 45 profesionales.

A continuación se especifican otros aspectos tratados sobre los indicadores de humanización de la atención en el Área de Maternidad:

- Se debería incluir como buena práctica, facilitar las normas y medidas posturales para la prevención del Síndrome de Muerte Súbita.

- El consentimiento para la utilización de colirios, pomadas o medicamentos o para la vacunación de Hepatitis B debe ser previo al postparto (debe venir hecho del parto).
- Sólo si hay habitaciones individuales se puede permitir que la paciente sea acompañada por las personas que proponga sin número restringido, si es compartida hay que restringir.
- La entrega de un regalo de promoción comercial a la madre será o no una buena práctica según el contenido. No a las fórmulas alimentarias y discrepancias entre los productos no alimentarios.
- Sería oportuno disponer de un teléfono para dudas en el hospital para consultar tras el alta, así como sería aconsejable dar información sobre “arreglar” documentación legal.
- Si se prescribe fórmula artificial, dar con jeringa y/o vasito si se va a continuar la lactancia materna.
- Sería necesario disponer de sacaleches adecuados eléctricos y manuales, así como de una persona que supervise a las madres que dan el pecho (son estrategias).
- Se discute la necesidad de limitar el horario de visita a menores acompañantes y facilitar el ambiente de silencio y confort en la planta.

Quienes participaron en el taller dedicado específicamente a la humanización de la atención en el Área de Maternidad, valoraron el tipo de **estrategias** necesarias para implantar las “principales” buenas prácticas de humanización, previamente ordenadas en función del consenso alcanzado en este grupo, resultando de forma resumida:

- Una mayor variabilidad en cuanto al tipo de estrategias requeridas para la implantación de buenas prácticas, frente a otros grupos de trabajo, siendo menos frecuente recurrir al cambio de protocolos y a la formación. Así el cambio de protocolos se considera necesario con mayor frecuencia para *“Facilitar que la embarazada sea acompañada por las personas que proponga con un número restringido si la habitación es compartida”* o para *“Que el recién nacido tenga desde el momento del nacimiento una historia clínica con su identidad propia y no como hijo o hija de...”*
- La necesidad de formación resulta más evidente para indicadores como *“No administrar colirio, pomada u otro medicamento sin consentimiento”*, para *“Fa-*

*ilitar la continuidad del contacto piel con piel iniciado en paritorio” o para “No dar chupetes a bebés alimentados al pecho”.*

- Los recursos técnicos son algo más requeridos que en otras áreas, y con mayor frecuencia para *“Realizar Educación Sanitaria desde el primer momento, eliminando miedos y dudas y fomentando el autocuidado”, “Para que todo el personal que atiende a las madres esté capacitado para poner en práctica la política de lactancia materna”.*
- Se demandan cambios en las instalaciones en menor medida que otras estrategias, exceptuando para *“Disponer de sacaleches adecuados, manuales y eléctricos”, o para “Facilitar teléfono en planta para que las madres puedan hacer consultas en el postparto”.*
- Las actividades con la comunidad también son poco frecuentes, mencionándose en mayor medida para *“Facilitar o potenciar un ambiente de silencio y confort para la madre”* (Educación).
- Los cambios en los sistemas de evaluación es la estrategia menos recurrida, algo más para *“Facilitar o potenciar un ambiente de silencio y confort para la madre”.*
- Se aluden como otras estrategias:
  - Dar educación a la ciudadanía para abordar el derecho de la paciente a descansar y el de los familiares a las visitas. Deben ser las propias personas que visitan las que entiendan que no debe permanecer en la habitación mucha gente a la vez. Algunas estrategias específicas podrían ser poner carteles atractivos o decirlo por megafonía, aunque estas estrategias ya han fracasado en algunos centros. El profesional debe mediar recomendando que no permanezca mucha gente a la vez en la habitación, pero para ello deberían apoyarse en la normativa interna y, por supuesto, contar con la paciente, que sea también la que regule las personas que la visitan. Los medios de comunicación pueden ser de gran utilidad para difundir comportamientos ideales para respetar a las madres. Iniciar campañas de concienciación del derecho de las madres a descansar, y divulgar por medios audiovisuales.
  - En relación con la educación sobre cuidados, serían necesarios algunos contenidos formativos: técnicas de comunicación y lactancia (pero con expertos y temario acreditado). Otras estrategias en relación con este

tema serían: registrar lo que se hace, publicidad de la educación sanitaria, campañas divulgativas de autocuidado; unificar criterios sobre los cuidados e información a las madres con evidencias científicas, proporcionar videos sobre el cuidado y páginas web en internet.

- Se requieren cambios de actitud para eliminar biberones y suero glucosado en bebés alimentados al pecho, así como recursos humanos para que alguien pueda supervisar y asesorar sobre lactancia.

# BUENAS PRÁCTICAS EN NEONATOLOGÍA





## 3. BUENAS PRÁCTICAS EN NEONATOLOGÍA

### 3.1. ACOGIDA

-  Existe un plan de acogida escrito en la unidad de neonatología.
-   Cuando se incorpora personal nuevo se le explica el plan de acogida y cuál es su papel en el mismo.
-   El personal de enfermería se identificará con su nombre y categoría profesional.
-    El personal de enfermería explica cómo contactar en caso de necesidad.
-    Se informa a la familia de los horarios de la planta y de los cambios de turnos de enfermería, indicándoles que en el próximo turno tendrán otro personal responsable de su bebé.
-   Se informa a la familia, por parte del personal facultativo, del motivo de ingreso del recién nacido.
-  Se informa a la familia del profesional médico responsable del recién nacido.
-   Se proporciona un folleto explicativo de cómo utilizar las instalaciones.
-   Las actitudes del personal durante la acogida son de amabilidad y respeto.

### 3.2. LACTANCIA

-    Se facilita a la madre dar el pecho desde el primer momento de vida del recién nacido (si el bebé puede alimentarse) sin horarios ni restricciones.
-   No se da a los bebés alimentados al pecho, biberones o chupetes artificiales.
-   Existen alternativas de alimentación, en recién nacidos alimentados al pecho (vasito, cuchara, por suplementados etc.).
-    Si el bebé puede realizar las tomas por boca, se facilita que la madre le dé el pecho.

- 

 Si el bebé puede realizar las tomas por vía enteral, se facilita la administración de la leche de su madre.
  
- 


 Se facilita ayuda práctica a la madre para extraer la leche si fuera necesario.
  
- 


 Se enseña a la madre la extracción manual de leche materna.
  
- 

 Se facilita la extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna.
  
- 


 Se refuerza la información sobre los efectos adversos del tabaquismo y los beneficios de su abandono.
  
- 


 Se refuerza la información sobre efectos adversos del consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas (drogas, ciertos medicamentos) así como los beneficios de su abandono.
  
- 


 Se refuerza información sobre el uso adecuado de medicamentos que no interfieren ni suponen supresión de la lactancia materna.

### 3.3. ACOMPAÑAMIENTO

- 

 Se facilita que la madre pueda estar con el bebé permanentemente en contacto sin horarios ni restricciones.
  
- 

 Se facilita que el padre pueda estar con su bebé permanentemente en contacto sin horarios ni restricciones.
  
- 


 Si el bebé necesita estar ingresado se facilita que la madre y/o el padre realicen ellos mismos todos los cuidados necesarios que sean posibles.
  
- 

 La indicación de ingresar al recién nacido en la unidad de neonatología es la última alternativa que se debe realizar. Si puede ser tratado junto a su madre, el ingreso se debe de evitar) (ej. fototerapia, riesgo infeccioso sin clínica).
  
- 

 Se facilitan las visitas a familiares en horario flexible.

### 3.4. ACTUACIONES CLÍNICAS

-  En caso de que alguna revisión o prueba deba realizarse en una sala determinada y la madre no esté en condiciones para acompañar al bebé, se facilita al padre, u otra persona que la madre desee, le acompañe.
-    Se pide consentimiento para la vacunación de hepatitis B.
-    No se administra al bebé ningún colirio oftálmico o pomada, ni ningún otro medicamento preventivo o curativo sin consentimiento expreso.
-    Se pide consentimiento para la prueba del talón.
-   Existen protocolos de consentimiento informado en la Unidad.

### 3.5. MÉTODO MADRE CANGURO

-    Se facilita la aplicación de la metodología “Madre canguro” (MMC) contacto piel-piel a la madre.
-   Existe un espacio acondicionado para que la madre pueda coger al bebé piel con piel, a temperatura adecuada y preservando su intimidad.
-    Se facilita la aplicación de la metodología “Madre canguro” contacto piel-piel al padre.
-    Se facilita y estimula que la madre y el padre acaricien y hablen a su bebé.
-     El personal de enfermería explica a la madre en qué consiste el método Madre Canguro y los beneficios que éste puede reportar al bebé, para que pueda ponerlo en práctica en cuanto el estado del recién nacido lo permita.
-  El personal de la unidad está entrenado en la práctica de la Metodología Madre Canguro.
-  Se oferta un horario flexible y acorde a las necesidades del RN-madre-padre para las sesiones de MMC.
-     Antes del alta se instruye a la madre para que siga utilizando la Metodología Madre Canguro en casa.

### 3.6. CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA Y EL DESARROLLO

-  No se separa a la madre del bebé en sus cuidados.
-  Existe una metodología de los cuidados centrados en la familia.
-  Existe una política de cuidados confort en la Unidad (evitar luz, ruido, ambiente cálido).
-  Existe una política para el tratamiento del dolor en neonatología (masaje, caricias, puesta al pecho, analgesia etc.).
-  Existe una política de respeto al sueño-vigilia del recién nacido y de manipulación mínima.
-  Existe un programa de alta precoz y de seguimiento del recién nacido que lo precise.
-  Se facilita a la madre la estancia en el hospital tras el alta obstétrica.
-  Existe un espacio acondicionado para dar la información con privacidad y respeto.
-  Se favorece realizar el duelo y el acompañamiento en situaciones de gravedad.
-  Se realizan maniobras clínicas en presencia de la madre y el padre si lo desean.

### 3.7. SATISFACCIÓN CON LA ASISTENCIA

-  Existe una encuesta anónima en la que se pregunta a la mujer y a sus familiares sobre los detalles del trato recibido y el respeto a sus derechos.
-  Existe un buzón de sugerencias sobre atención al recién nacido y se anima a las mujeres y acompañantes a utilizarlo.

## COMENTARIOS

Cuatro indicadores son consensuados por el 100% de participantes en la encuesta del recién nacido ingresado, como práctica que “debería hacerse siempre” (*“El personal de enfermería se identificará con su nombre y categoría profesional”, “Las actitudes del personal durante la acogida son de amabilidad y respeto”, “Se enseña a la madre la extracción manual de leche materna”, “Se facilita la extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna”*), y el 68% de indicadores tratados (34 de 50) son valorados como buenas prácticas permanentes por más del 80% de profesionales. El resto se valora como buena práctica por más del 70% excepto dos indicadores, que son los valorados con mayor frecuencia como malas prácticas (*“Se facilitan sueros glucosados en la unidad de recién nacidos”, y “Se facilitan chupetes y biberones por cuenta del hospital”*). Los indicadores considerados como prácticas de excelencia con mayor frecuencia (por el 25% de participantes aproximadamente), han sido: *“Se facilita la aplicación de la metodología Madre-Canguro, contacto piel-piel al padre”, “Existe un espacio acondicionado para que la madre pueda coger al bebé piel con piel, a temperatura adecuada y preservando su intimidad”*.

A continuación se especifican otros aspectos tratados sobre los indicadores de humanización de la atención al recién nacido ingresado:

- Ofrecer chupetes se pueden entender como consuelo o método de analgesia para el recién nacido enfermo.
- Se discute la necesidad de asignar un número de historia clínica también al recién nacido sano (historia propia y no como hijo o hija de...).
- No administrar colirio, pomada u otro medicamento sin información y consentimiento previos.
- En algunos servicios no existe personal médico responsable de forma única (se lleva de forma colegiada), por lo que resulta poco factible informar del profesional responsable del recién nacido.

Los participantes en el taller dedicado específicamente a la humanización de la atención al recién nacido ingresado, valoraron el tipo de **estrategias** necesarias para implantar las “principales” buenas prácticas de humanización, previamente ordenadas en función del consenso alcanzado en este grupo, resultando de forma resumida:

- El cambio en los protocolos clínicos y la formación aparecen como las estrategias más frecuentes en la mayor parte de las prácticas.
- Se valora la necesidad de nuevos recursos técnicos en menor medida, exceptuando con mayor frecuencia la necesidad de éstos para *“Facilitar la extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna”*.
- También se demanda cambio en las instalaciones para *“Facilitar la extracción, conservación y almacenamiento de la leche materna”*, para *“Que pueda existir una política de cuidados confort en la Unidad”*, y sobre todo, para *“Procurar un espacio acondicionado para que la madre pueda coger al bebé piel con piel, a temperatura adecuada y preservando su intimidad”* y para *“Facilitar la aplicación de la metodología “Madre Canguro”, entre otros.*
- Las actividades con la comunidad se requieren con baja frecuencia excepto para *“Facilitar a la madre la estancia en el hospital”*.
- Los cambios en los sistemas de evaluación también son estrategias poco mencionadas, salvo en indicadores como el relacionado con que *“El recién nacido sano tenga desde el momento del nacimiento una historia clínica y no como “hijo o hija de...”*.
- Se alude la necesidad de mobiliario para *“Facilitar el método Madre Canguro”*.

# SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS

# 4



## 4. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LAS BUENAS PRÁCTICAS

A partir del consenso establecido sobre las buenas prácticas en atención perinatal, se ha elaborado la siguiente propuesta sobre el sistema de evaluación.

Se establecen tres áreas de actuación: parto, maternidad y neonatología

El catálogo de buenas prácticas se ha clasificado en varios grupos temáticos: acogida, información, intimidad, práctica clínica, etc...

Para cada grupo temático se determinan los criterios de evaluación.

Ejemplo: "Acogida". Criterios de evaluación:

"El hospital dispone de un plan de acogida por escrito y conocido por todos los profesionales que se aplicará a todas las pacientes que ingresen en la unidad de obstetricia.

El plan de acogida recoge todos los aspectos relacionados con la recepción de la gestante, debiendo especificarse en el mismo todas las actuaciones pertinentes..."

La evaluación puede llevarse a cabo por distintos medios: Encuestas o informes de autoevaluación, análisis in situ, encuestas, indicadores, etc. Para cada criterio se indican los más apropiados.

Los sistemas de evaluación propuestos son:

(El icono los identifica en la tabla)



**Encuestas o informes de autoevaluación:** Cuestionarios cumplimentados por el propio centro sobre los aspectos evaluados. Pueden también emitirse informes.

Ventajas: Fácil y rápida.

Desventajas: No hay control objetivo de los datos por quien evalúa.



**Evaluación in situ:** Visita de la persona evaluadora al centro y comprobación de los parámetros establecidos.

Ventajas: Objetividad.

Desventajas: Precisa desplazamiento.



**Encuestas a usuarias y usuarios:** Cuestionarios y entrevistas. También grupos focales.

Ventajas: Proporciona información sobre calidad percibida. Permite usar metodologías cuantitativas y cualitativas

Desventajas: Sesgos de los informantes. Entrevistas y grupos focales requieren recursos importantes.



**Documentación:** Análisis por parte de la persona evaluadora de toda la documentación referente al aspecto evaluado (protocolos, guías, material educativo, actas, etc...).

Ventajas: Fácil y rápida

Desventajas: No proporciona información sobre resultados.



**Indicadores:** De recursos, actividad y práctica clínica.

Ventajas: Permite comparación objetiva. Fácil obtención de los datos (bases). Amplio consenso científico sobre los mismos y sus estándares.

Desventajas: Actualmente los datos recogidos por los sistemas de información resultan insuficientes para elaborar indicadores sobre muchos aspectos de las buenas prácticas.



**Capacitación profesional:** nivel de formación, acreditación, cuestionarios de evaluación, etc., de los profesionales implicados.

Ventajas: Permite detectar déficit de formación.

Desventajas: Compleja. No informa de resultados.



**Auditoría de historias clínicas.**

Ventaja: Proporciona información objetiva sobre procesos y resultado.

Permite detectar déficit en los registros.

Desventajas: Compleja y lenta de realizar. Precisa de importantes recursos.



## BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁREA DE PARTOS

TEMA	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN								
INTIMIDAD	El hospital dispone de habitaciones individuales.	●	●	●	●				
	El hospital dispone de espacios para la relación profesional – familia que permiten la intimidad.	●	●	●					
	Se solicita permiso a la embarazada sobre la/las persona/s que pueden estar presentes en el parto.	●	●	●					
ACOGIDA	El hospital dispone de un plan de acogida por escrito y conocido por todos los profesionales que se aplicará a todas las pacientes que ingresen en la unidad de obstetricia.	●	●	●	●		●		
	El plan de acogida recoge todos los aspectos relacionados con la recepción de la mujer, debiendo especificarse en el mismo todas las actuaciones pertinentes en el tiempo y el espacio así como los profesionales que han de llevarlas a cabo.	●	●		●			●	
<b>PRÁCTICA CLÍNICA</b>									
PARTO	El hospital dispondrá de un protocolo de atención al parto de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, incluyendo las recomendaciones de práctica clínica elaboradas por sociedades profesionales y/o científicas. (*)	●	●	●	●	●		●	
	El protocolo de atención al parto será conocido y de obligado cumplimiento por todos los profesionales implicados en el proceso.	●	●					●	
	El hospital dispondrá de un programa de seguimiento y control de calidad del proceso de parto que incluya las opiniones de las usuarias atendidas.	●	●	●	●	●		●	

(\*) El hospital dispondrá de un protocolo de atención al parto normal de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, incluyendo las recomendaciones de práctica clínica elaboradas por sociedades profesionales y/o científicas. Serán de obligada inclusión los siguientes aspectos:

- Respeto al plan de parto de la embarazada si ésta lo aporta.
- Evitar rasurado perineal rutinario.
- Evitar episiotomía rutinaria.
- Evitar sondaje vesical rutinario.
- Evitar la administración rutinaria de enemas.
- Evitar la inserción rutinaria de una cánula intravenosa o mantenerla desconectada del sistema de goteo si no es precisa la administración de líquidos o fármacos.
- Evitar el ayuno sistemático. Permitir la ingesta de líquidos orales apropiados.
- Evitar la amniorrexis artificial rutinaria.
- Facilitar la movilidad de la embarazada. Usar métodos de monitorización fetal en ventanas.
- Permitir a la embarazada elegir la postura de parto.
- Evitar los pujos dirigidos.
- Permitir el acompañamiento continuo de la embarazada por la persona que elija.
- Realizar sólo las exploraciones necesarias y hacerlo siempre que sea posible por la misma persona.
- No separar a la madre del recién nacido salvo justificación clínica.
- Inicio precoz de la lactancia.
- Tratamiento del dolor (ver apartado correspondiente).

TEMA	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN								
RECÉN NACIDO	El hospital dispondrá de un protocolo de atención al recién nacido/a normal de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, incluyendo las recomendaciones de práctica clínica elaboradas por sociedades profesionales y/o científicas. (*)	●	●	●	●	●	●	●	
	El protocolo de atención al recién nacido/a normal será conocido y de obligado cumplimiento por todos los profesionales implicados en el proceso.	●	●		●			●	
	El hospital dispondrá de un programa de seguimiento y control de calidad del proceso de atención al recién nacido normal que incluya las opiniones de las usuarias atendidas.	●	●	●	●	●	●		
	El hospital dispondrá de un protocolo de evaluación y tratamiento del dolor durante el parto normal que incluya tanto recursos farmacológicos como aquellos que promuevan el bienestar y la relajación de la embarazada. (**)	●	●	●	●	●	●	●	
MANEJO DEL DOLOR	El plan de acogida recoge todos los aspectos relacionados con la recepción de la mujer, debiendo especificarse en el mismo todas las actuaciones pertinentes en el tiempo y el espacio así como los profesionales que han de llevarlas a cabo.	●	●		●		●		

(\*) El hospital dispondrá de un protocolo de atención al recién nacido/a normal de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, incluyendo las recomendaciones de práctica clínica elaboradas por sociedades profesionales y/o científicas. Serán de obligada inclusión los siguientes aspectos:

- Salvo justificación clínica no se separará al recién nacido/a de su madre.
- Se facilitará el contacto piel con piel.
- Se facilitará el inicio precoz de la lactancia.
- Atender al recién nacido en contacto con su madre siempre que las condiciones clínicas lo permitan.
- Retrasar el pinzamiento del cordón hasta que deje de latir.
- Evitar la aspiración de secreciones y sondajes rutinarios.
- Evitar o disminuir al mínimo la separación madre – recién nacido en caso de cesárea.

(\*\*) El hospital dispondrá de un protocolo de evaluación y tratamiento del dolor durante el parto normal que incluya tanto recuros farmacológicos como aquellos que promuevan el bienestar y la relajación de la embarazada. Serán de obligada inclusión los siguientes aspectos:

- Los profesionales ofertarán a la embarazada los recursos disponibles para la disminución o eliminación del dolor durante el parto. Se respetará en todo caso la decisión informada de la madre.
- Además de los recursos farmacológicos se deberá ofertar a la embarazada la realización de técnicas (posturales, sensoriales, masajes, respiratorias, etc.) que favorezcan la relajación y el control del dolor con la colaboración del acompañante que elija.
- Se favorecerá la movilidad de la embarazada durante el parto (monitorización en ventanas).
- Se permitirá la elección de la postura de parto a la embarazada.

TEMA	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN								
INFORMACIÓN	El hospital dispondrá de los protocolos y recursos necesarios para garantizar una correcta información a la embarazada y su familia sobre la evolución del proceso y las diferentes alternativas.	●	●	●	●		●		
	El hospital garantiza la obtención y el respeto al consentimiento informado que debe otorgar la mujer bien de forma oral o escrita en los procedimientos que se determinen.	●	●	●	●			●	
	El hospital dispondrá de los programas y recursos necesarios para garantizar una oferta completa de información y formación sanitaria en lo referente al proceso de embarazo, parto y puerperios.	●	●	●	●			●	
	El hospital dispondrá de encuestas anónimas a disposición de la mujer y su familia sobre los detalles del trato recibido y el respeto a sus derechos.	●	●	●	●	●	●		
SATISFACCIÓN	El hospital dispondrá de cartelera visible en varios idiomas sobre los derechos de usuarios y usuarias.	●	●	●	●				
	El hospital dispondrá de un buzón de sugerencias sobre atención al parto.	●	●	●	●				
	El hospital dispondrá de un sistema ágil y eficiente de respuesta y reparación de las quejas y reclamaciones presentadas por las usuarias o su familia.	●	●	●	●	●			
ACOMPAÑAMIENTO	El hospital garantizará el acompañamiento permanente de la embarazada por la persona que elija (salvo que circunstancias clínicas lo desaconsejen), pudiendo ésta participar y colaborar activamente en todo el proceso incluido el cuidado del recién nacido/a.	●	●	●					



## BUENAS PRÁCTICAS EN MATERNIDAD

TEMA	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN							
ACOGIDA	El hospital dispone de un plan de acogida por escrito y conocido por todos los profesionales que se aplicará a todas las mujeres que ingresen en la sala de maternidad.	●	●	●	●		●	
	El plan de acogida recoge todos los aspectos relacionados con la recepción de la mujer, debiendo especificarse en el mismo todas las actuaciones pertinentes en el tiempo y el espacio así como los profesionales que han de llevarlas a cabo.	●	●	●	●			●
MADRE - RECIÉN NACIDO	El hospital dispondrá de un protocolo por escrito de atención y cuidados al recién nacido sano desde el momento del parto hasta el alta hospitalaria, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS y de asociaciones profesionales y/o científicas. (*)	●	●	●	●			●
	El protocolo de atención al recién nacido/a será conocido y de obligado cumplimiento por todos los profesionales implicados en el proceso.	●	●	●				●
	El hospital dispondrá de un programa de seguimiento y control de calidad del proceso de atención al recién nacido que incluya las opiniones de las usuarias atendidas.	●	●					●
	El hospital garantizará el archivo de la información clínica y asistencial de cada recién nacido en una historia clínica propia e individual.	●	●					●

(\*) El hospital dispondrá de un protocolo por escrito de atención y cuidados al recién nacido sano desde el momento del parto hasta el alta hospitalaria, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS y de asociaciones profesionales y/o científicas. Serán de obligada inclusión los siguientes aspectos:

- No se separará al recién nacido/a de su madre salvo que circunstancias clínicas, debidamente justificadas, así lo aconsejen. Se facilitará el contacto piel con piel desde el paritorio.
- Se garantizará la participación en los cuidados tanto del padre como de la madre, aprovechando ésta circunstancia para realizar la evaluación de la capacitación de los padres y realizar la educación sanitaria y de cuidados pertinente.
- Se garantizará el contacto de la madre y recién nacido/a con su familia más cercana.
- Se garantizará la intimidad en todo caso.
- Se garantizará el consentimiento informado.
- No se aspirarán secreciones ni se efectuarán sondajes de forma rutinaria.
- Se facilitará que otro familiar (padre o persona que la mujer elija) permanezca junto al bebé si la madre no puede hacerlo.
- Se permitirá la presencia de la madre y/o padre durante la realización de cualquier procedimiento al recién nacido salvo que éste sea muy agresivo y sus padres manifiesten su voluntad de no estar presentes.
- Se obtendrá el consentimiento informado para aquellos procedimientos profilácticos realizados de forma rutinaria a los recién nacidos (colirios oftálmicos, vacunas, etc.).
- Se facilitará y potenciará en todo caso el uso de la lactancia materna exclusiva como forma de alimentación del recién nacido salvo que circunstancias clínicas lo desaconsejen o por voluntad manifiesta de la madre de no hacerlo (debidamente informada).
- Se facilitará información sobre las repercusiones del tabaco para su salud y la del recién nacido, se realizará intervención básica y oferta de tratamiento deshabituación a la mujer y su pareja.
- Se promoverán Hogares Libres de Humo.

TEMA	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN								
LACTANCIA	El hospital dispondrá de una política de promoción de lactancia de acuerdo a los criterios generales recogidos en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), conocida por todos los profesionales que participan en la atención a los recién nacidos.	●	●	●	●	●	●	●	
	El hospital garantizará, mediante sistemas de control y evaluación, la correcta aplicación de los criterios recogidos por la IHAN.	●	●	●	●				
	Como garantía de calidad, el hospital podrá iniciar la acreditación como Hospital Amigo de los Niños.	●							
	La adquisición y dispensación de sucedáneos de leche materna debe seguir los mismos cauces que el resto de productos dietéticos especiales.	●	●		●				
	El hospital dispondrá de un protocolo de alta hospitalaria en el área maternal, conocido por todos los profesionales responsables de la atención materno – infantil por el que se informa a las madres y la familia de los cuidados, continuidad de la atención y evolución fisiológica del puerperio y de los primeros días de vida del recién nacido, con especial atención al fomento de la lactancia materna.	●	●	●	●	●		●	
CUIDADOS POSPARTO	El hospital dispondrá de un programa de continuidad de cuidados al alta hospitalaria que garantice el adecuado seguimiento tanto del puerperio como del desarrollo del recién nacido por su Centro de Salud.	●	●	●	●	●		●	
	El hospital deberá entregar al alta hospitalaria un informe con los datos más relevantes sobre el desarrollo del parto y las actuaciones clínicas llevadas a cabo, así como el tratamiento y plan de cuidados a seguir.	●	●	●	●	●		●	
	El hospital deberá entregar al alta un informe con los datos más relevantes sobre el recién nacido y las actuaciones clínicas llevadas a cabo, así como tratamiento (en su caso), alimentación y cuidados a seguir.	●	●	●	●	●		●	
	El hospital no entregará “regalos” con fines de promoción comercial a la familia antes del alta.	●	●	●					
		●	●	●					

Al alta hospitalaria se ofrecerá en todo caso información sobre:

- Pérdida fisiológica de peso y desarrollo normal del recién nacido/a.
- Refuerzo sobre lactancia materna.
- Continuidad asistencial: metabopatías, vacunas, seguimiento del recién nacido/a sano, seguimiento del proceso de deshabitación tabáquica en su centro de salud y/o teléfono del programa de deshabitación tabáquica.
- Higiene general del recién nacido/a, cuidado del cordón.

TEMA	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN							
SATISFACCIÓN	El hospital dispondrá de una encuesta anónima sobre la calidad percibida.	●	●	●	●			
	El hospital dispondrá de un buzón de sugerencias sobre la atención recibida.	●	●	●	●			
	El hospital dispondrá de un sistema eficiente de respuesta y reparación de reclamaciones.	●	●	●	●			

## BUENAS PRÁCTICAS EN NEONATOLOGÍA

TEMA	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN								
ACOGIDA	El hospital dispone de un plan de acogida por escrito y conocido por todos los profesionales que se aplicará a las familias de todos los recién nacidos que precisen ingreso en la Unidad Neonatal.	●	●	●	●		●		
	El plan de acogida recoge los aspectos relacionados con la recepción de la familia, especificándose en el mismo todas las actuaciones pertinentes en el tiempo y el espacio así como los profesionales que han de llevarlas a cabo.	●	●	●	●	●		●	
LACTANCIA	El hospital dispondrá de una política de promoción de la lactancia de acuerdo a los criterios generales recogidos en la IHAN, conocida por todos los profesionales que participan en la atención a los recién nacidos.	●	●	●	●	●	●	●	
	El hospital garantizará, mediante sistemas de control y evaluación, la correcta aplicación de los criterios recogidos por la IHAN.	●	●	●	●	●		●	
	Como garantía de calidad, el hospital podrá iniciar el proceso de acreditación como Hospital Amigo de los Niños.	●							
ACOMPANAMIENTO	La adquisición y dispensación de sucedáneos de leche materna debe seguir los mismos cauces que el resto de productos dietéticos especiales.	●	●		●				
	Siempre que las condiciones clínicas lo permitan el ingreso del recién nacido se realizará junto a su madre.	●	●	●	●	●	●	●	
	El hospital facilitará el acompañamiento continuo del recién nacido por su madre (o familiar que la sustituya) así como la vista sin restricciones del padre (o persona que lo sustituya).	●	●	●	●	●			
	El hospital favorecerá la participación de la madre y el padre (o personas que los sustituyan) en los cuidados prestados al recién nacido.	●	●	●	●	●		●	
	El hospital favorecerá mediante un horario extenso y flexible la visita de otros familiares cercanos (hermanos y abuelos) si las condiciones clínicas lo permiten.	●	●	●	●				
	El hospital facilitará el acompañamiento por su madre (o familiar que la sustituya) del recién nacido durante sus desplazamientos por el hospital.	●	●	●	●				

TEMA	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN							
INFORMACIÓN	El hospital dispondrá de los protocolos y documentos de consentimiento informado para aquellas actuaciones de carácter rutinario o no urgentes que se determinen.	●	●	●	●			●
MADRE CANGURO	El personal médico y de enfermería informará sobre la evolución y cuidados del recién nacido a diario y siempre que la situación lo requiera.	●	●	●	●		●	●
MADRE CANGURO	El hospital dispondrá de un protocolo sobre el método de cuidados canguro, de aplicación en todos los casos posibles.	●	●	●	●			●
MADRE CANGURO	El personal conocerá y estará capacitado para el desarrollo de esta metodología de cuidados.	●	●		●		●	
MADRE CANGURO	El hospital dispondrá de un programa de seguimiento y control de calidad de dicho protocolo.	●	●		●	●		
CUIDADOS CENTRA- DOS EN LA FAMILIA	El hospital dispondrá de los protocolos necesarios para la aplicación de una metodología de cuidados del recién nacido centrados en la familia y el desarrollo.	●	●	●	●			●
CUIDADOS CENTRA- DOS EN LA FAMILIA	El personal conocerá y estará capacitado para el desarrollo de esta metodología de cuidados.	●	●				●	
SATISFACCIÓN	El hospital dispondrá de un programa de seguimiento y control de calidad de dicho protocolo.	●	●		●			
SATISFACCIÓN	El hospital dispondrá de una encuesta anónima sobre la calidad percibida.	●	●	●	●	●		
SATISFACCIÓN	El hospital dispondrá de un buzón de sugerencias sobre la atención recibida.	●	●	●	●			
SATISFACCIÓN	El hospital dispondrá de un sistema eficiente de respuesta y reparación de reclamaciones.	●	●	●	●			



# BIBLIOGRAFÍA

# 5



## 5. BIBLIOGRAFÍA

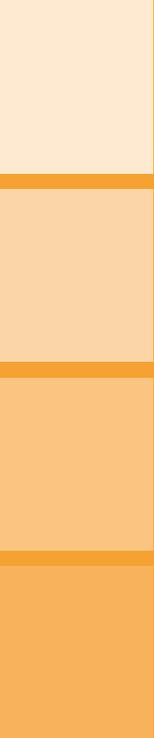
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Barcelona: Federación de asociaciones de Matronas de España; 2007.
- Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Course. Birth. 2001; 28: 202-7.
- World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Department of Making Pregnancy Safer. Geneva; 2006.
- Dirección General de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Argentina: Área de Capacitación y Comunicación Social. Ministerio de Salud; 2004.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Protocolos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. SEGO; 2007.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado “Embarazo, Parto y Puerperio”. 2ª edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
- Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Protocolo de asistencia al parto y al puerperio y de atención al recién nacido. Barcelona: Dirección General de Salud Pública; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. OMS. 1996.

- Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. Barcelona: Dirección General de Salud Pública; 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Tecnología adecuada para el parto. Declaración de Fortaleza. Lancet. 1985; 2:436-37.
- Aceituno, L et al. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. Prog Obstet Ginecol 2003; 46 (10): 430-440.
- Organización Mundial de la Salud. Método Madre Canguro. Guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. OMS. 2004.
- Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I et al. Skin-to-Skin care with the Father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behaviour. Birth. 2007; 34(2): 105-14.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de procedimientos médicos: método madre canguro. Hospital "Ignacio García Téllez". División de Pediatría. Departamento Clínico de Neonatología. 2003.
- Gómez Papi A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. Acta Pediatr Esp 2007; 65(6): 286-291.
- Aguayo J. El derecho de la madre a amamantar a su bebé prematuro. II Simposio Internacional sobre Lactancia Materna. El método de la madre canguro. Libro de ponencias. Bilbao, 2005.
- Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Medicina. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro de cuidados del recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Bogotá: Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística; 2005-2007.
- Perapoch J, Linde MA, Cano MJ et al. Un camino hacia los cuidados centrados en el desarrollo. En libro de ponencias XIX Congreso Español de Medicina Perinatal. San Sebastián; Sociedad Española de Neonatología; 2003.

- Perapoch J, Pallás CR, Linde MA et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *Anales Españoles de Pediatría (Barc)*. 2006; 64(2): 132-9.
- Patricia Fernández, D. Nivia Cruz, J. Efectos del ruido en el ambiente hospitalario neonatal. *Ciencia y Trabajo*. 2006; 20: 65-73.
- Largía, M. Maternidades centradas en la familia. *Revista Hospital Materno Infantil Dr. Sardá*. 1998; 17: 103-9.
- Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics*. 1993; 92(5): 643-650.
- Herman, V. et al. La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. Ingreso de familiares a una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Hospital Materno Infantil Dr. Sardá*. 1996, 15 (3): 107-12.
- Gallegos Martínez, J. et al. Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2007; 15 (2).
- Sheali KR, Li R, Benton Davis S, Grummer-Strawn LM. *The CDC Guide to Breastfeeding Interventions*. Atlanta: U. S. Department of Health and Human Services; 2005.
- Aguayo J, Pasadas S, Ramírez A et al. La lactancia materna en Andalucía. Resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
- Hernández MT, Aguayo, J. La lactancia materna. Como promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *Anales de Pediatría (Barc)* 2005;63 (4):340-56.
- Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003 [consultado 2/09/2003]. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc\\_es.pdf](http://www.who.int/tobacco/fctc/text/en/fctc_es.pdf)

- U.S.Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, Coordinating Centre for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library>
- 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. BOE 274 (15 de Noviembre de 2002).
- Decreto 246/2005, de 8 de Noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad. BOJA 244 (16-12-2005).
- Decreto 101/1995, de 18 de Abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños durante el proceso de nacimiento. BOJA 72 (17-5-1995).
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE 309 (27 de Diciembre de 2005).
- Decreto 150/2006, de 25 de julio, por el que se desarrolla la Ley 28/2005 , de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco en materia de señalización y zonas habilitadas para fumar. BOJA 147 (01-08-06).





JUNTA DE ANDALUCÍA