



ANEXO I HOJA 2

PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

0	9	0	0	3	1	M
---	---	---	---	---	---	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA: UTILIZACIÓN DE FORMA SEGURA DE LA INMERSIÓN EN EL AGUA DURANTE EL PROCESO DEL PARTO

CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.

La utilización del agua como método terapéutico, ha sido reportada por diferentes autores e investigadores a lo largo de los últimos años. En el año 1983 Michel Odent (1), ya publicó en el Lancet que la inmersión en agua a temperatura corporal durante el trabajo de parto, produce alivio del dolor, facilita la relajación y la movilidad de la madre, así como una optimización de la progresión fisiológica del parto. La Inmersión en agua como método eficaz para el alivio del dolor se sustenta fuertemente por la evidencia siendo un grado de recomendación A en la Guía de Practica Clínica del Parto Normal (2) y está apoyada por diferentes organismos internacionales y sociedades científicas (3,4,5,6,7,8).

Entre los posibles beneficios que aporta la utilización de la inmersión en el agua durante la dilatación se describen:

- Mayor comodidad y privacidad que proporciona mejor experiencia en general del parto(9,10,11,12)
- Mayor capacidad de promoción de la fisiología, favoreciendo el parto vaginal normal y mayor sensación de control y bienestar emocional en el periodo posnatal (13)
- La Flotabilidad permite mayor movilidad y optimiza el progreso de parto, acorta la dilatación (14,15)
- Reduce el uso de analgesia epidural (9), y todo ello sin aumentar ningún riesgo ni para la madre ni para el bebé.

Ahora bien, debemos diferenciar entre la inmersión en agua caliente en la primera fase del parto como método de alivio del dolor durante la dilatación a lo que es el parto en agua, que es cuando se produce el nacimiento dentro de agua. Esta asistencia está muy polarizada, teniendo mas aceptación por parte del colectivo matrona que por el colectivo médico (obstetras y pediatras) y controvertida ya que algunas asociaciones como la ACOG

y la SEGO consideran que no hay datos suficientes para sacar conclusiones con respecto a los beneficios y riesgos relativos de la inmersión en el agua durante la segunda etapa del parto (6,8).

El uso del agua durante el parto , ya sea la inmersión en el agua como el parto en agua, está aumentando en los últimos años, siendo esta práctica más utilizada en entornos de partería (Casas de nacimiento, nacimiento en casa) mas que a nivel de unidad hospitalaria. En Reino Unidos en el 2015, aproximadamente un 9% del total de partos fueron en el agua, llegando hasta un 57 % de los partos que se atienden en los centros de nacimiento en el agua (16). En Australia, hasta un 1.7% del total de partos son en el agua (17). En Estados Unidos la prevalencia de esta práctica es incierta ya que no se registran los datos en los certificados de nacimiento(18) y en España no está contemplado como indicador de proceso de parto en ninguna de las Comunidades Autónomas.

En respuesta a este aumento en la práctica del parto en el agua, existe una respuesta desde las diferentes sociedades científicas encontrando similitudes y diferencias en las recomendaciones que emiten. La ACOG y la SEGO, únicamente apoyan el parto en el agua siempre que se enmarque en un estudio prospectivo bien diseñado sobre los beneficios y riesgo maternos y perinatales asociados con la inmersión durante el parto. Otras sociedades tanto de matronas como de ginecólogos, apoyan la inmersión y el parto en el agua y este no está condicionado a la inclusión en un estudio de investigación (3,4,5,7). En lo que si que existe una unificación en la literatura y en todas las sociedades científicas es que para ofrecer el parto en el agua con seguridad y garantías, deben existir unos condiciones básicas y fundamentales que son: Voluntariedad de la mujer, proceso atendido por profesionales formados, con unos criterios rigurosos de inclusión y exclusión de las mujeres a las que se ofrece el uso del agua, con un protocolo consensuado en el que se contemplen estos criterios, así como el manejo de posibles complicaciones, que se contemple el protocolo de limpieza, desinfección y control de infecciones y que se realicen auditorias para evaluar la seguridad de estos procesos (3,4,5,6,7,8).

La Cochrane informa sobre la falta de estudios aleatorizados, bien diseñados que evalúen la seguridad neonatal en la segunda etapa del parto cuando se produce en el agua (9). Existen múltiples limitaciones en los estudios de investigación existentes referentes al parto en el agua(19):

- Éticamente es difícil plantear ensayos clínicos, ya que el uso o no del agua, depende de la voluntariedad de la mujer por la priorización de la capacidad de elección.
- Los estudios observacionales no pueden inferir causalidad.

- Los estudios descriptivos o de cohortes también tienen limitaciones por la heterogeneidad en los protocolos, en el entorno donde ocurre el parto, en los diferentes profesionales que asisten el proceso, e incluso en los criterios de selección.
- Es difícil de examinar resultados de salud poco frecuentes (efectos adversos graves) en el parto en mujeres de bajo riesgo, ya que se necesita un gran número de muestra.
- Tampoco existen estudios para valorar efectos beneficiosos o perjudiciales a largo término.

Pero aún así, la investigación ha evolucionado desde descripciones simples a estudios observacionales comparativos que utilizan enfoques bivariados para analizar los resultados (12), estos grandes estudios observacionales y de cohortes, son los que tenemos y cabe destacar, que en los últimos años se han publicado estudios con grandes muestras, que cada vez más eliminan posibles sesgos como el de heterogeneidad. La evidencia es débil, pero más instructiva que los informes de casos, la experiencia personal o la opinión de autoridades y/o informes de un comité de expertos(10,12,15,16,17,18,19).

Estos estudios no randomizados y las auditorías clínicas existentes pretenden evaluar los resultados maternos y neonatales en los procesos de parto en el agua y se analizan y evalúan en metaanálisis que nos proporcionan mayor información al respecto. A continuación se describe un breve resumen de estos metaanálisis:

Nutter en año 2014 (12), realiza un metaanálisis que incluye un total de 31.453 nacimientos y en sus conclusiones afirma que existe una mayor satisfacción materna en las mujeres que han realizado el parto en el agua, una mayor tasa de periné íntegro y que no existe un riesgo añadido ni para la madre ni para el bebé.

Lukasse (20), en un estudio prospectivo de cohortes con una muestra de 16.577 mujeres que se atendieron en un entorno de partería, se observó que existe menor riesgo de transferencia por complicaciones si la mujer usaba el agua, tanto en la dilatación como en el expulsivo, sobre todo si es nulípara y se encuentra en un CN alejado del hospital (Freestanding Midwifery Unit).

Por su parte, en el metaanálisis de Taylor del 2016 con una muestra de 39.302 nacimientos realizados tanto en ambiente hospitalario como en entorno de partería, de los cuales 14.000 fueron acuáticos, realizó una búsqueda del riesgo sobre todo neonatal en cuanto a tasa de infección, distres respiratorio, ingreso en UCI, Apgar menor de 7 al minuto y a los 5 minutos, pH de cordón, y concluyó que no se identifican pruebas definitivas que el parto en el agua cause daño al neonato en comparación con el parto en seco.

En el proyecto MANA 2016 (18), estudio observacional retrospectivo de 18.343

nacimientos de los cuales 6534 fueron en agua, 10.290 en seco y 1573 usaron el agua en la dilatación pero fueron partos en seco, se controló el sesgo de selección y se observó que los neonatos que nacieron en el agua, experimentaron menos resultados negativos que los recién nacidos sin agua.

La revisión sistemática de Shaw-Battista del 2017 (21), respalda el uso continuado y mantenido de la hidroterapia para el alivio del dolor y la facilitación de la fisiología del parto entre mujeres sanas evitando la intervención obstétrica, aspecto a tener en cuenta en la atención a la maternidad segura ya que no representa ningún riesgo adicional ni para la madre ni el bebé, aporta mayor satisfacción y rentabilidad e el proceso.

En el metanálisis de Vanderlaan 2017 (19) con una muestra de 28.529 nacimientos (12.592 partos acuáticos) todos ellos asistidos en ambiente hospitalario, concluye que no existe mayor probabilidad de efectos adversos neonatales en el parto en el agua en cuanto a Apgar, necesidad de reanimación neonatal, Neumonía, infección neonatal, ph umbilical, distocia de hombros, rotura de cordón, ingreso en UCIN y Mortalidad Neonatal. Por tanto, afirma que es un método seguro que también debe considerarse en la segunda etapa del parto.

En la revisión de la Cochrane del año 2018 (9),s afirma que existe un beneficio del uso del agua ya que existe un menor uso de analgesia epidural, mayor satisfacción, menor uso de oxitocina y en cuanto al expulsivo aunque existe una evidencia limitada, concluye que no existe evidencia de un aumento de efectos adversos ni para el feto ni para la madre en el parto en agua.

Recientemente el estudio retrospectivo de cohortes de Jacoby (22) muestra en sus resultados que existen menos desgarros de II y IV grado así como hemorragia en el grupo parto en agua así como menos casos con Neonatos con Apgar <7 a los 5 minutos. Concluyen que no existen diferencias en resultados adverso maternos y neonatales graves entre los dos grupos. En estos dos últimos años, caben destacar los trabajos de Carol Snapp y H. Aughey (32,34) que concluyen que los bebés nacidos en agua, tienen menos probabilidad de distress respiratorio y de transferencia de cuidados por alguna complicación, así como un menor riesgo para la madre de desgarro o hemorragia, distocia de hombros y alteración de la frecuencia cardiaca fetal.

Estos resultados son concordantes con otros encontrados en diferentes auditorias hospitalarias y estudios descriptivos en el que se afirma que existe menor riesgo de trauma perineal, mejor apgar y ph en el neonato y menor sangrado en el parto en el agua vs parto en seco(23, 24,25,26).

Por otra parte los informes de casos son estudios detallados para analizar en profundidad

un evento raro, no son un estudio de investigación. Algunos de los que considera la ACOG, están incompletos porque no detallan el tipo de atención que tuvieron la madre y el neonato, la mayoría de los autores, no exigen prohibir el parto en el agua, pero si dan recomendaciones para mejorar la seguridad, y exigen la importancia de un protocolo para control de infecciones y auditorias, es decir protocolos rigurosos (27,28,29,30,31).

Tras este análisis, podemos afirmar que el uso del agua tanto para la dilatación y el parto, debe ser una herramienta disponible para las mujeres de bajo riesgo que lo deseen, en todas las maternidades. Los estudios, no muestran evidencia que sugiera que la practica del parto en el agua en una población de bajo riesgo y con un manejo adecuado, sea perjudicial para la madre o para el neonato, es por ello, que los deseos de la mujer deben ser respetados. Ahora bien, dada la uniformidad de recomendaciones extraída de la bibliografía así como de las sociedades científicas, consideramos que una Buena Práctica Clínica sería exigir tanto a las instituciones sanitarias que pongan en marcha este práctica como a los profesionales que utilizan el uso del agua como herramienta en su práctica clínica para atender a las mujeres en su proceso de parto, el cumplimiento de un Protocolo que permita mantener la máxima seguridad de las mujeres y de los bebés. Este Protocolo debe contemplar unos criterios rigurosos de selección, un conocimiento por parte de los profesionales que participan, un manejo adecuado del proceso, un manejo de posibles complicaciones y una auditoria de estos procesos.

OBJETIVOS

Principal:

1. Implantar de forma segura, el uso del agua durante el proceso de parto en el Servicio de Partos del Hospital Universitario La Plana.

Secundarios:

2. Formar a los profesionales responsables de ofrecer la hidroterapia durante el proceso de parto en el Hospital Universitario La Plana.
3. Dar a conocer y promover el uso del agua como método no farmacológico para el alivio del dolor y promover el parto normal evitando la medicalización a las mujeres y sus parejas.
4. Ofrecer seguridad a las mujeres y a sus criaturas que optan por el uso del agua durante la dilatación y/o nacimiento.
5. Consensuar un protocolo sobre uso del agua durante el proceso del parto por todos los servicios hospitalarios implicados en la seguridad en la atención a las madres y sus criaturas y avalar dicho protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital Universitario La

Plana.

6. Registrar variables en los formularios utilizados en los registros sobre el proceso de parto que contribuyan a evaluar los procesos de parto que utilicen la hidroterapia tanto durante la dilatación como en el nacimiento
7. Analizar y evaluar estos datos, para conocer si existe algún efecto adverso imputable a el uso de hidroterapia tanto en la madre como en el neonato.
8. Difundir nuestra experiencia y resultados para contribuir en la implantación del uso del agua durante la dilatación y el parto en aquellas instituciones que lo deseen.

CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El Hospital Universitario La Plana es un Hospital Comarcal ubicado en la ciudad de Vila-real (Castellón), abrió sus puertas en octubre del año 2000. Actualmente responde a una población de 189.283 personas con una dotación de 258 camas, de las cuales 27 están asignadas al Servicio de Obstetricia y Ginecología y 9 camas asignadas a cuidados especiales de Neonatos. Nuestro hospital de referencia es el Hospital General de Castellón, al cual se deriva la prematuridad (gestantes de menos de 35 semanas de gestación) y la asistencia a neonatos que requieren de UCI Neonatal.

El Servicio de Obstetricia ha sido reconocido a nivel nacional como un centro de referencia en la asistencia al parto normal ya que a partir del año 2002 inicia una gestión hacia el cambio de forma progresiva en la asistencia al parto con la mínima intervención posible y con la máxima humanización en la asistencia. Esta trayectoria de todo el equipo multidisciplinar que trabaja en esta institución con el fin de promover el cambio (Obstetras, Matronas, Peditras, Auxiliares de Enfermería, Enfermeras y equipo directivo) ha obtenido buenos resultados obstétricos, que también ha sabido reconocer la propia sociedad, de hecho, la población externa que acude al hospital para ser asistidos en su proceso de parto ha ido aumentando gradualmente, y en la actualidad tenemos un 19% de gestantes no pertenecientes a nuestro departamento que acuden a nuestro hospital en búsqueda de una mejor atención.

El Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario La Plana, fue reconocido

con el Premio a la Calidad en el Sistema Nacional de Salud. Premio a las mejores prácticas clínicas, otorgado por el Ministerio de Sanidad, dentro de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud del año 2009. Desde entonces, hemos seguido innovando hacia la excelencia en los cuidados y una de las actuaciones que se han promocionado en esta línea ha sido la implantación del uso del agua durante el proceso de parto con el objetivo de promover la fisiología del parto y ofrecer opciones a la mujer para que pueda elegir, apoyando la toma de decisiones y fomentando su autonomía.

POBLACIÓN DIANA:

Población: Todas las gestantes y sus parejas que acudan al Servicio de Partos del Hospital de La Plana

Servicios implicados (Partos, Atención Primaria, Obstetricia, Pediatría, Medicina Preventiva, Mantenimiento)

Profesionales implicados: Matronas, Obstetras, Pediatras, Auxiliares, Enfermería, Equipo directivo

METODOLOGIA

En el año 2011 se instaló una bañera en una dilatación donde se cuidó también el entorno necesario para promover el parto normal, consiguiendo un ambiente domiciliario, con control de luz, música ambiental, y equipada con dispositivos que permiten puntos de agarre de la mujer, espacio amplio para favorecer la movilidad, pelota, silla de partos, mecedora, monitor Cardiotocografico con telemetria (sin cables) y a su vez dotada de dispositivos hospitalarios por si necesidad ante la existencia de complicaciones como son toma de gases, aspirador, cama transformable, medicación, material de intubación....

Se creó un protocolo inicial de trabajo que contemplaba los criterios de inclusión y exclusión, el control de infecciones y el manejo y los cuidados necesarios en la dilatación y dada la falta de experiencia iniciamos fomentando el uso del agua para la dilatación pero no se promocionaba el parto en el agua.

En ocasiones, alguna mujer que utilizó el agua como método analgésico no farmacológico

durante la dilatación, finalizaba el parto en el agua por un parto precipitado o por voluntad de la mujer.

Dada la controversia sobre el nacimiento en el agua, se optó por realizar una formación al personal matrona, a los Obstetras del Servicio de Partos, a los Pediatras, así como a las matronas de Atención Primaria, con el fin de optimizar la asistencia con la mayor seguridad posible. Esta formación realizada por Barbara Harper (Presidenta de la organización Waterbirth International), aportó mayor seguridad en los profesionales del servicio y se observó un aumento en la promoción del uso del agua y una mayor respeto al permitir el nacimiento en el agua en aquellas madres que lo deseaban (Anexo 2).

Se inició un proceso de actualización del protocolo, así como de consenso entre los Obstetras, Matronas, Pediatras y Servicio de Preventiva, con el fin de ofrecer una mayor calidad y seguridad en esta práctica clínica.

Se registran las variables implicadas en la evaluación de esta práctica y se evalúan indicadores así como auditoria de cada nacimiento en agua y se realiza un seguimiento durante la estancia hospitalaria para valorar si puede haber algún efecto adverso tanto para la madre como para el neonato imputable al agua. Esta explotación de datos y análisis de los mismos, se realiza siguiendo la ley de protección de datos y la legislación vigente al respecto.

Actualmente y tras la formación y la experiencia de los profesionales, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de La Plana, cuenta con un protocolo actualizado, avalado por la Unidad Funcional de Calidad y Seguridad del paciente (Anexo 1).

Por otra parte, en estos años ha ido aumentando la demanda de inmersión en agua en las mujeres que acuden al Servicio de Partos, la visión social del parto hacia la baja intervención, percibimos que está cambiando, y las mujeres cada vez reclaman métodos no farmacológicos que optimicen la fisiología y que eviten intervenciones innecesarias. Es por ello que a nuestro departamento acuden mujeres de otros departamentos de Salud, en busca de este tipo de atención. En ocasiones nos ocurría que dos mujeres solicitaban el uso del agua, pero únicamente contábamos con una bañera en una sala de dilatación, el resto de dilataciones (en total de 4), no contaban con bañera, por lo que existía una incomodidad frecuente entre las mujeres por falta de recurso bañera.

La sensibilidad sobre este tema, llevó a la solicitud por parte de la Supervisora del Servicio de Partos y a la Jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología, a la demanda de otra bañera con el fin de poder atender a las demandas de las mujeres sobre este método. El equipo directivo, se implicó al respecto y solicitó una reforma a la Consellería de Sanitat de la Comunitat Valenciana para el Servicio de Partos, intentando optimizar las instalaciones

para ofrecer mayor humanización en la asistencia, y apostando por la colocación de otra bañera para que fueran más mujeres a las que se pudieran cubrir sus preferencias en el caso que soliciten el uso del agua en el plan de parto.

En Abril del año 2019, se inaugura la reforma del Servicio de Partos que cuenta con una segunda bañera.

Las mujeres son informadas sobre el uso del agua en la dilatación y en el nacimiento dentro del programa de Educación Maternal que realizan las matronas de Atención Primaria, con el fin de que ellas puedan elegir su opción de parto. Entre las actividades que se realizan para ofrecer mayor información y seguridad en la mujer y sus parejas, se realizan visitas al Hospital donde las visitan nuestras instalaciones y además les ofrecemos la información a todas las cuestiones que nos demandan. Las mujeres y las parejas que acuden de otro departamento, se les ofrece la opción de entrevistarse con la Supervisora del Servicio para aclarar las posibles dudas al respecto , así como de visitar las instalaciones del Servicio para que las mujeres se encuentren más seguras en el momento del ingreso en nuestro Servicio.

Existe un compromiso, que va más allá de la práctica clínica que responde a la formación de otros profesionales, así como a la difusión de nuestra experiencia, de la actualización de conocimientos, así como de los resultados.

Entre las actividades en las que ha colaborado el Servicio de Partos para difundir esta actividad se encuentran:

- SESION CLÍNICA Y COLABORACIÓN EN EL GRUPO DE TRABAJO PARTO EN EL AGUA EN EL HOSPITAL DE LA ARRIXACA MURCIA. Junio 2021
- CURSO-TALLER PARTO EN EL AGUA EN EL HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA: dirigido a Matronas, Obstetras, Pediatras y TCAE. Junio 2021
- CURSO-TALLER PARTO EN EL AGUA EN EL HOSPITAL DE LA ARRIXACA MURCIA: dirigido a Matronas, Obstetras, Pediatras y Auxiliares de Enfermería. Diciembre 2017
- CURSO-TALLER PARTO EN EL AGUA EN EL HOSPITAL DE LORCA: dirigido a Matronas, Obstetras, Pediatras y Auxiliares de Enfermería. Mayo 2017
- CURSO-TALLER PARTO EN EL AGUA EN EL HOSPITAL DE ELDA: dirigido a Matronas, Obstetras, Pediatras y Auxiliares de Enfermería. Marzo 2019
- Conferencia de Clausura del IV Congreso Regional de Matronas de Murcia, celebrada el 10 de Noviembre del 2016, titulada “Parto en el agua en un Hospital Público”.
- Ponencia sobre “Parto en el Agua: experiencias en el Hospital Público Universitario

de la Plana” en el IV Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas-XVIII Congreso Nacional de la Federación de Asociaciones de Matronas de España celebrado del 6 al 8 de Junio del 2019 en Málaga

- CURSO-TALLER PARTO EN EL AGUA UNIDAD DOCENTE DE MATRONAS. Anualmente desde el año 2016 se realiza un taller dirigido a todas las Residentes de Matrona en formación de la Comunidad Valenciana en su segundo año de residencia con el fin de realizar una formación teórico-práctica durante su formación básica, ya que en muchos centros hospitalarios de la Comunidad, no tienen opción de formarse en este tema.
- Presentación de Poster “Inmersión en agua durante la dilatación y el expulsivo: Resultados Materno-Neonatales en nuestro centro” en el IX Congreso Nacional del Suelo Pélvico de la SEGO.Celebrado en Santander los días 12 al 14 de Abril.
- Presentación de Comunicación “Inmersión en agua durante la dilatación y el expulsivo; Resultados Maternos y Neonatales en nuestro centro” en el 26º Congreso Nacional de Perinatología de la Segó”, realizado en Murcia durante los días 24 y 25 de Mayo del 2018.
- Participación en una Mesa del 26º Congreso Nacional de la Sección de Medicina Perinatal de la Segó, con la ponencia titulada “¿Nuevas formas de parto? Parto en el agua”,el 26 de Mayo del 2018
- Participación en la formación práctica de Residentes de Matrona y de Médicos Residentes en Obstetricia y Ginecología que acuden con una Rotación externa desde otros departamentos de nuestra Comunidad o desde otras Comunidades Autónomas (Andalucía, Murcia, Aragón, Cataluña, Madrid), con el fin de obtener conocimientos sobre parto en el agua.

También se ha considerado la opinión de las mujeres, ya que para el inicio y mantenimiento del uso del agua para la dilatación y parto se han considerado los planes de parto que las mujeres confeccionan durante el embarazo. Impulsando esa iniciativa, las mujeres usuarias también han participado de forma altruista en un documental que se ha realizado por la productora “barret films” con el fin de mostrar a la sociedad sus propias experiencias y esta opción de parto. Este documental se localiza en www.rtve.es/parto y www.parir.apuntmedia.es

Fruto de la Coordinación con Atención Primaria, se realizan visitas al servicio para ver las instalaciones y las bañeras de parto durante el embarazo para ofrecer información, cercanía y confianza a las mujeres del departamento donde participan mujeres, matronas

de Atención Primaria y matronas de Atención Especializada.

EVALUACIÓN

• **INDICADORES.**

Los indicadores para la evaluación de la experiencia, serían :

- nº de partos en el agua
- nº de ingresos neonatales tras parto en agua
- Complicación grave neonatal
- Sepsis puerperal
- Sepsis neonatal
- Motivos de ingreso neonatal
- Apgar <7 al minuto y a los 5 minutos
- Desgarros perineales
- Uso de analgesia epidural
- Finalización de parto

Los datos se extraen de los formularios que se registran de forma obligatoria en la Historia clínica electrónica de cada mujer y de la Historia clínica electrónica del neonato (Anexo 3, Anexo 4). Estos formularios son:

- Hoja de dilatación-parto
- Hoja del Recién Nacido
- Curso clínico y evolución materna
- Curso clínico y evolución neonatal

Los datos se analizan de forma mensual y se evalúan de forma trimestral (auditoria)

Somos conscientes de las limitaciones de esta auditoria y/o análisis descriptivo, y el Servicio pretende comprometerse con otros Centros Hospitalarios a nivel Nacional, con el fin de poder obtener mayor información y poder evaluar esta práctica con mayor rigurosidad.

Se obtuvo una beca "UJISABIO" donde colabora FISABIO y la Universidad Jaume I de Castelló con el fin de confeccionar un programa en el que se registren las variables e indicadores necesarios para evaluar esta práctica y solicitar la colaboración de todos los centros hospitalarios españoles donde se realice el parto en el agua, con el fin de realizar una evaluación a nivel Nacional de esta Práctica Clínica. Actualmente esta base de datos se está utilizando en un estudio de investigación dentro de un programa de doctorado que se está realizando en el Servicio.

RESULTADOS. (ver Anexo 5)

Entre los resultados generales de la actividad del Servicio de Partos del año 2020 cabe destacar:

- El número de partos actual que atiende es de unos 1300 partos aprox., de ellos el 73 % son partos vaginales
- La tasa de Cesáreas es de un 14.2 %
- La tasa de episiotomias es de un 9%
- El porcentaje de epidurales fué de un 58%

Los resultados muestran que hay un aumento en el uso del agua durante los últimos años tanto para la dilatación como durante el expulsivo.

En nuestro centro, no se ha observado ninguna complicación grave materna o neonatal relacionada con el parto en el agua.

Las pacientes que utilizan la inmersión en agua, requieren de un 16% de analgesia epidural siendo la tasa global de analgesia epidural en nuestro centro de un 58%

La finalización del parto de aquellas mujeres que utilizaron la inmersión en agua en algún momento del trabajo de parto es de un 87% de parto eutócico, un 9% de parto instrumentado y un 4% de cesárea urgente.

La tasa de desgarros perineales es similar a la descrita en pacientes que no utilizan la inmersión en agua tanto para la dilatación como para el nacimiento, en las que finalizan el parto en el agua, se observa un 27,45% de mujeres con un periné íntegro, un 28% de mujeres con desgarro tipo I, un 41% de desgarro tipo II y un 3% de desgarro tipo III, no observándose ningún desgarro tipo IV en las mujeres que finalizan el parto en el agua.

CONCLUSIONES , RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La evidencia científica avala que la inmersión en agua durante el proceso de parto, tiene elevados beneficios, especialmente para las mujeres sobre todo en términos de dolor y de satisfacción en general.

No existe evidencia actual para negar a una mujer de bajo riesgo que lo desee el realizar el parto en el agua.

El uso de la inmersión en el agua durante la dilatación y el nacimiento, requiere de protocolos rigurosos de criterios de selección, de manejo de posibles complicaciones, control de infecciones , una formación adecuada por parte de los profesionales y un control de los procesos (auditorias).

En nuestro centro, se ha realizado un proceso riguroso para poder ofrecer con seguridad el

uso del agua para la dilatación y el parto a aquellas mujeres que lo deseen.

Los resultados descriptivos de nuestro estudio muestran unos resultados positivos tanto maternos como neonatales para el uso del agua tanto en la dilatación y el nacimiento.

RECOMENDACIONES

Las instituciones que ofrezcan el uso del agua tanto para la dilatación como en el parto, deben de realizar un trabajo previo de formación de sus profesionales, así como consensuar y seguir un protocolo detallado donde se reflejen los criterios de selección de mujeres (inclusión y exclusión), control de desinfección, limpieza y control de infecciones de la bañera y de los dispositivos utilizados, manejo de posibles complicaciones maternas y/o neonatales y un registro adecuado con el fin de poder analizar y evaluar de forma continua esta práctica.

Las mujeres deben de tener una información adecuada para que puedan elegir sobre su opción de parto y los profesionales han de contar con herramientas válidas y seguras para optimizar el proceso atendiendo a las necesidades manifestadas por la mujer.

LECCIONES APRENDIDAS

Actualización permanente de la bibliografía actual sobre el uso del agua durante la dilatación y parto con lectura crítica de la misma.

Información constante, actualizada, unificada, durante todo el proceso a la gestante y su pareja, tanto en Atención Primaria como Especializada

Trabajo en equipo y unificado de todo el personal, matronas, Obstetras, Pediatras, Auxiliares de Enfermería, servicio de limpieza, servicio de Preventiva, servicio de mantenimiento así como de las matronas de Atención Primaria y del equipo directivo del Hospital Universitario La Plana

Valoración y documentación registrada de todas las actuaciones realizadas para poder realizar auditorías internas con el fin de evaluar y mejorar la asistencia.

Informar a todo el personal y a otros profesionales externos de estos resultados aportando formación y una visión multidisciplinar sobre esta práctica.

Somos conscientes de las limitaciones de este análisis descriptivo, y que se precisaría un mayor número de muestra, por lo que en línea de investigación y de trabajo futura, se pretende promover un proyecto a nivel nacional que contribuya a seguir trabajando en la seguridad de esta Práctica Clínica.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

ANEXO I, PROTOCOLO USO DEL AGUA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PLANA,

ANEXO II, FORMACIÓN PERSONAL

ANEXO III, FORMULARIO DATOS MATERNOS, HC

ANEXO IV, FORMULARIO DATOS RN, HC

ANEXO V, RESULTADOS

ANEXO VI, BIBLIOGRAFÍA

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.



Instrucciones para rellenar el código

El código se compone de seis números y una letra

CREACIÓN DEL CÓDIGO

0	0	0	0	0	0	M/N
El primer y 2º número corresponderá al de la CCAA*		El 2º , 3º y 4º número corresponderán al centro			El 5º número corresponderá al nº de práctica la Práctica	M: corresponde a práctica de madres N: Corresponde a práctica NEONATAL
En la lista de abajo aparecen los códigos de cada CCAA						

Por ejemplo:

1	1	1	5	0	2	M
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Castilla la Mancha

Centro: 150

Práctica: 2

Madres

Otro ejemplo:

0	4	0	0	1	1	N
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Andalucía

Centro: 1

Práctica: 1

Neonatos

Tabla de los Números de código de las CCAA

CCAA	Código
Andalucía	4
Aragón	10
Asturias, Principado de	5
Balears, Illes	15
Canarias	12
Cantabria	6
Castilla y León	17
Castilla - La Mancha	11
Cataluña	2
Comunitat Valenciana	9
Extremadura	14
Galicia	3
Madrid, Comunidad de	16
Murcia, Región de	8
Navarra, Comunidad Foral de	13
País Vasco	1
Rioja, La	7
Ceuta	18
Melilla	19



ANEXO I HOJA 2

PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA

0	9	0	1	6	2	M
---	---	---	---	---	---	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA:

Preparación on-line al nacimiento y la crianza para la prevención de la infección COVID-19 en las mujeres embarazadas

AMBITO Y DESTINATARIOS

En diciembre de 2019 se detecta un nuevo virus el SARS-CoV-2 (1) y tres meses después, la Organización Mundial de la Salud declara la pandemia. Los países respondieron con la restricción del movimiento y limitando la atención médica que no era emergente. Además de los impactos directos de la enfermedad, la pandemia afectará negativamente a la salud materna, incluyendo un menor acceso a los servicios de salud reproductiva, una mayor afectación de la salud mental y una mayor privación socioeconómica (2,3).

JUSTIFICACION

Las mujeres embarazadas son un grupo de riesgo a las enfermedades infecciosas. Su repercusión materno-fetal debe ser estudiada para cada agente infeccioso, y cuando se produce como en este caso un nuevo agente infeccioso, como ha sido el SARS-CoV-2, precisa de una vigilancia extrema. (1,4).

Durante casi tres meses por el confinamiento, las mujeres gestantes o que habían dado a luz en este periodo, se vieron recluidas en un momento de su vida en el cual la formación e información es clave para el buen desarrollo de su embarazo.

Las nuevas tecnologías están demostrando ser una herramienta eficaz en la educación para la salud, y las matronas han usado este recurso asistencial.

La seguridad de nuestras pacientes, dimensión esencial de la calidad asistencial, implica la implementación de prácticas seguras, la implicación de los ciudadanos/as y su participación activa. La Joint Commission International (JCI) le da un valor muy importante a la comunicación y reconoce su importancia para disminuir o evitar el error médico, aumentando la seguridad de los y las pacientes (5).

OBJETIVO

El objetivo fue aumentar la seguridad maternal de la atención mediante el conocimiento y reducción de temores sobre la transmisión del virus SARS-CoV-2, los factores de riesgo, señales de alerta durante el embarazo y postparto, brindando

asesoramiento por matronas, facilitado la atención continua desde el propio hogar.

METODOLOGÍA DE TRABAJO:

Constitución de un grupo de mejora orientada a los usuarios/as en situación de confinamiento. El grupo de mejora fue multidisciplinar, integrado por 7 matronas de atención primaria, la supervisora del AAIM y la dirección médica y la unidad de calidad del departamento. La educación maternal o preparación al parto se ha programado siempre en cada centro liderado por la matrona, a partir de la semana 26 de gestación, y su participación es de forma voluntaria y abierta a todas las gestantes y sus parejas.

Se realizaron un total de 17 videos. Los temas incluyeron los habituales en las sesiones presenciales, un total de 8 (embarazo, parto, lactancia materna, cuidados del recién nacido y cuidados del puerperio) y se incorporaron sobre la enfermedad por COVID-19 y su repercusión en el embarazo y postparto, con una actualización constante por parte del grupo de mejora en reuniones quincenales de forma online.

A las mujeres programadas en consulta de la matrona y sus parejas se les ofrecía el acceso a estos videos. El correo al que debían pedir el acceso era el que aparece a continuación, de forma que se pudiese dar todas las explicaciones y reforzar si se producía alguna duda tras el visionado, un feed-back con las matronas de los centros de salud que se realizaba desde el inicio del visionado (matronasmarinabaixa@gmail.com).

Complementando a esta formación, desde el mes de marzo se puso en marcha en todo el departamento En sistema por video llamada con la matrona de su centro de salud, en las que las futuras mamás y sus parejas pueden interactuar y solventar todas las dudas que tengan.

EVALUACIÓN

El programa ha tenido una gran aceptación, desde su puesta en marcha el día 28 de marzo 2020 con un total de 153.559 visualizaciones hasta la fecha.

Se han recibido más de 700 emails, solicitando información, con 2570 suscriptores.

PRESUPUESTO

Para la elaboración se utilizaron recursos personales: conexión wifi, medios informáticos propios. Se utilizó la plataforma gratuita de zoom para grabar las sesiones y posteriormente se colgaron en un canal de Youtube. En cuanto al tiempo empleado, la duración total de los videos es de unas 13 h de contenido, y el tiempo total invertido por cada persona participante (material de apoyo audiovisual, organización de los contenidos, grabaciones, maquetación, etc.) ha sido de unas 30-40 h. Además, diariamente el tiempo en chequear, responder al email de petición de los videos y resolver dudas vía email.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL: ANEXOS

ANEXO I: BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez-Blanco N, Vegara-Lopez I, Aleo-Giner L, Tuells J. Scoping review of coronavirus case series (SARS-CoV, MERS-CoV and SARS-CoV-2) and their obstetric and neonatal results. *Rev Esp Quimioter* 2020;33:313–26.
2. Stumpfe FM, Titzmann A, Schneider MO, Stelzl P, Kehl S, Fasching PA, et al. SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy - a Review of the Current Literature and Possible Impact on Maternal and Neonatal Outcome. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2020;80:380–90
3. Dotters-Katz SK, Hughes BL. Considerations for Obstetric Care during the COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol* 2020;37:773–9.
4. Caparros-Gonzalez,R. Consecuencias maternas y neonatales de la infección por coronavirus covid-19 durante el embarazo: una scoping review .*Rev Esp Salud Pública*. 2020; Vol. 94.
5. Joint Comisión International. 4ª. Edición. Vigente 1 de Enero de 2011. Estándares para la acreditación de Hospitales (Official translation of the original work in English titled: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition© 2010 by Joint Commission International)

ANEXO II: REPERCUSIÓN

Uno de los videos que más interés ha suscitado, es el tema del parto, un momento que genera mucha incertidumbre y que se ha visto reflejado en 20.338 visualizaciones visitas hasta el momento actual. (noticia 2)

La iniciativa ha generado muchas muestras de gratitud por parte de la población y de forma expresa del coordinador de la iniciativa conjunta para la acreditación CS-IHAN del Hospital General Universitario de Valencia (HGUUV) y de todas nuestras compañeras matronas de las distintas regiones de España.

Además, ha sido galardonado en la gala organizada por el Grupo Mediforum en su quinta edición de los Premios SaluDigital 2021 de mayo como el mejor proyecto a la Originalidad Tecnológica. (Anexo: noticia 3).

En conclusión, la coordinación entre centros es una actividad vital para la mujer en este periodo de la vida. Fue importante como recurso para reducir problemas, miedos y aumentar la seguridad frente al parto durante el estado de pandemia, y supone un proceso de mejora continua en cada centro tras la aplicación de las mejores prácticas y la continuidad a día de hoy de esta formación por vía online o presencial.

Los videos se encuentran alojados en YouTube y son de acceso libre a toda la población. Ver online:

https://www.youtube.com/channel/UCHK-90ds_Pyr-F3MGLq9Dw/videos.

Han sido solicitados estos videos desde varios puntos de la geografía española como: Mérida, Madrid, Zaragoza, Barcelona, Canarias, Baleares, País Vasco, Granada, Almería, Valladolid, Barcelona, Alicante, Valencia, Murcia, León, Cádiz, Galicia... También desde fuera de nuestras fronteras como: Panamá, Australia, Méjico, incluso ha habido un a petición de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, para sus estudiantes de enfermería.

NOTICIA 1

El Colegio de Enfermería de Alicante reconoce el trabajo de las matronas para promover sesiones de apoyo online para embarazadas y sus parejas durante la pandemia

ELPERIODIC.COM - 26/03/2021



El Colegio de Enfermería de Alicante quiere destacar y poner en valor el trabajo y esfuerzo de las matronas de diferentes departamentos de Salud de la provincia por mantener la formación y apoyo en materia de preparación al parto a pesar de los condicionantes que ha impuesto la actual crisis sanitaria.

Cabe destacar que durante el confinamiento y el resto de meses en los que las recomendaciones han ido dirigidas a evitar en lo posible los desplazamientos fuera del domicilio, estas matronas han llevado dicha formación hasta los domicilios de las interesadas mediante sesiones online.

Así, desde el Colegio de Enfermería de Alicante se quiere animar a que matronas de los departamentos de Salud que todavía no están promoviendo esta iniciativa a que la pongan en marcha por el enorme beneficio que supone para las mujeres embarazadas. Una petición que se ve respaldada por lo expresado en el Protocolo de acompañamiento a mujeres a lo largo del proceso de embarazo, parto y puerperio en la actual situación epidemiológica por COVID-19, del pasado 18 de marzo, que establece como recomendación general potenciar la actividad telemática aun cuando ya se permiten actividades grupales

NOTICIA 2

Uno de los videos que más interés ha suscitado, es el tema del parto, un momento que genera mucha incertidumbre y que se ha visto reflejado en 20.338 visualizaciones visitas hasta el momento actual

NOTICIA 3

"La evidencia señala que el empoderamiento y el acompañamiento en la crianza y parto mejora los resultados obstétricos y la calidad de vida, tanto del niño como de la madre"

El mejor proyecto a la Originalidad Tecnológica ha recaído en en el 'Canal de Youtube Matronas Marina Baixa'. El coautor del proyecto, Israel Martín Bayón, ha recogido el reconocimiento en nombre de todo el equipo.

"La evidencia señala que el empoderamiento y el acompañamiento en la crianza y parto mejora los resultados obstétricos y la calidad de vida, tanto del niño como de la madre", ha expresado el enfermero.

"Durante la pandemia", ha continuado, "hemos tenido que reinventarnos, en cuestión de días, con nuestro tiempo personal, y acompañamos a las mujeres de forma altruista", ha sentenciado Bayón





Instrucciones para rellenar el código

El código se compone de seis números y una letra

CREACIÓN DEL CÓDIGO

0	0	0	0	0	0	M/N
El primer y 2º número corresponderá al de la CCAA*		El 2º , 3º y 4º número corresponderán al centro			El 5º número corresponderá al nº de práctica la Práctica	M: corresponde a práctica de madres N: Corresponde a práctica NEONATAL
En la lista de abajo aparecen los códigos de cada CCAA						

Por ejemplo:

1	1	1	5	0	2	M
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Castilla la Mancha

Centro: 150

Práctica: 2

Madres

Otro ejemplo:

0	4	0	0	1	1	N
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Andalucía

Centro: 1

Práctica: 1

Neonatos

Tabla de los Números de código de las CCAA

CCAA	Código
Andalucía	4
Aragón	10
Asturias, Principado de	5
Balears, Illes	15
Canarias	12
Cantabria	6
Castilla y León	17
Castilla - La Mancha	11
Cataluña	2
Comunitat Valenciana	9
Extremadura	14
Galicia	3
Madrid, Comunidad de	16
Murcia, Región de	8
Navarra, Comunidad Foral de	13
País Vasco	1
Rioja, La	7
Ceuta	18
Melilla	19



ANEXO I HOJA 2

PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

0	9	0	1	7	2	N
---	---	---	---	---	---	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

MEDIDAS ADOPTADAS EN LA UCI NEONATAL PARA MANTENER EL MÉTODO CANGURO EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19

CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.

Ámbito: En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se tratan recién nacidos enfermos; gran parte de la patología que atendemos son prematuros que precisan tratamiento médico específico, pero también se benefician de otras medidas en cuanto a cuidados de enfermería y a implicación de los padres. El Método Canguro consiste en colocar al recién nacido piel con piel con su madre en lugar de permanecer en la incubadora. Se ha demostrado que éste incide directamente en la buena evolución de los prematuros, de modo que se consiguen numerosas ventajas: menor incidencia de infecciones, mejoría en el crecimiento del prematuro, disminución de los episodios de apnea, estímulo de la lactancia materna y del vínculo madre-padre/hijo, mejorando la confianza de los padres en el cuidado de su bebé y reduciendo la estancia hospitalaria.

Destinatarios: Los recién nacidos prematuros ingresados y sus padres.

Objetivos: Mantener el método canguro durante el periodo de pandemia, a pesar de las restricciones de las visitas instauradas en el hospital.

Organización: Cuando el recién nacido se encuentra lo suficientemente estable como para iniciar el método canguro, se ofrece la información a los padres y se explican sus beneficios. Para evitar aglomeraciones a la hora de entrar a la Unidad, se diseñó un horario para organizar el acceso de los padres. A su llegada se dan pautas de higiene (lavado de manos) colocación de bata, calzas, gorro y mascarilla. Antes de acceder se le toma temperatura y realizamos cuestionario de síntomas, que deben ser normales; además se realizan test de antígenos cada 5 días a los padres que lo realizan.

Implicación de profesionales/familiares: El personal de enfermería de la Unidad neonatal se ocupa de tomar la temperatura, pasar el cuestionario y realizar el test de antígenos. Los familiares han entendido bien estas medidas, colaborando con el personal y habiendo aceptado las normas sin plantear problemas.

Desarrollo: Desde el inicio de la pandemia se ha ido adaptando a las normas de visita y acceso según el momento. Al inicio de la pandemia hubo que suspender el programa de puertas abiertas de nuestra unidad, debiendo restringir las visitas a 1 familiar por niño máximo 5 minutos, y exclusivamente progenitores, sin encontrar reticencias por parte de las familias. Se diseñó el protocolo para garantizar la seguridad de los pacientes, familiares

y personal. Hay un horario para que los padres puedan acudir de forma ordenada, de modo que no coincidan más de 2 padres de forma simultánea.

Duración: Desde marzo de 2020 hasta el momento actual.

Presupuesto: El coste derivado de las pruebas de antígenos que se realizan a los padres.

Evaluación: Estas medidas son muy bien aceptadas entre las familias, aunque en momentos de mucha carga de trabajo ha supuesto una sobrecarga para el personal sanitario de la unidad de Neonatología. Hemos detectado 3 casos de madres positivas asintomáticas, que con las medidas adoptadas no han supuesto contagio para otras personas. Tuvimos 3 pacientes en el box de aislados con Covid 19 positivo o con sospecha por padres positivos. En uno de los casos el recién nacido había sufrido contagio en domicilio, debiendo permanecer aislado, los otros 2 casos de sospecha fueron negativos. No hemos detectado ningún contagio a otros familiares, personal ni a otros pacientes.

Así, hemos podido garantizar la calidad de cuidados a nuestros pequeños pacientes, disminuyendo el impacto de la pandemia en su tratamiento, y permitiendo seguir beneficiándose del método canguro.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta

Anexo I. Canguro Covid.

Anexo II. Visitas neonatos.

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.



ANEXO I HOJA 2

PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

0	9	0	1	1	2	N
---	---	---	---	---	---	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

PREVENCIÓN DE ERRORES DIAGNÓSTICOS. GASOMETRÍA ARTERIAL EN RECIÉN NACIDOS: EXTRACCIÓN PRECOZ SIN PINZAMIENTO PREVIO VERSUS EXTRACCIÓN TRAS PINZAMIENTO TARDÍO

AMBITO DE ACTUACIÓN

Se detectó en el paritorio del Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia) la existencia de diferentes prácticas en la toma de gasometría arterial de cordón umbilical postparto en los partos eutócicos de recién nacidos a término. Por un lado, la práctica habitual consistente en recoger sangre arterial tras pinzamiento tardío de cordón y, por otro lado, la práctica alternativa (proveniente de matronas que han desarrollado su labor asistencial en el entorno anglosajón) de recoger la muestra de sangre de arteria umbilical de forma precoz sin pinzar el cordón y continuar realizando el pinzamiento tardío de cordón.

Se realizó una búsqueda bibliográfica, donde diferentes autores aconsejan de forma teórica la recogida de gases arteriales sin pinzamiento previo, pero con poca evidencia científica asociada. Por ello, se diseñó un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de comparar ambas técnicas. Además, se pretendía explorar las complicaciones derivadas de la técnica alternativa y los posibles efectos secundarios en los recién nacidos hasta el mes de vida. El proyecto se presentó a la “I Convocatoria de Ayudas de I+D+i en Enfermería” de FISABIO y se le concedió una financiación de 4.000 euros.

El estudio se ha llevado a cabo entre febrero de 2020 y enero de 2021. La muestra estudiada fue de 122 recién nacidos con parto eutócico divididos en 2 grupos, uno con la técnica habitual y otro con la práctica alternativa. Se concluyó que los principales parámetros de la gasometría arterial analizados (pH y exceso de bases) son significativamente más elevados cuando se realiza la práctica alternativa. Además, no se comunicó ninguna complicación relativa a la técnica de recogida. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la aparición de efectos adversos (infección, anemia o ictericia) entre ambos grupos.

Debido a que se ha demostrado que se obtienen mejores valores de pH cuando la gasometría se realiza de forma precoz, que no ha aparecido ninguna complicación (es decir, es una técnica segura para el recién nacido) y que tampoco han aparecido mayores efectos secundarios

relacionados con dicha práctica, desde la finalización del estudio (mayo de 2021) se ha implementado esta técnica en el Hospital Universitario de La Ribera.

CONCLUSIONES

Esta nueva práctica clínica permite alargar el tiempo del pinzamiento tardío (habitualmente entre 1 y 3 minutos tras el nacimiento) y lograr un pinzamiento óptimo (cuando el cordón umbilical deja de latir). Además, evita la pérdida de muestras debido al colapso de las arterias umbilicales tras el pinzamiento tardío, y es una práctica segura tanto para la madre como para el recién nacido. En el momento actual se pretende dar difusión a la práctica para que:

1. se pueda generalizar a todas las maternidades que deseen implementarla.
2. ginecólogos y pediatras del Hospital Universitario de La Ribera colaboren con las matronas para implementar la técnica en los partos distócicos, recogiendo la muestra de gases arteriales (sin clampado) de forma precoz y permitiendo el pinzamiento tardío de cordón (que supone la mejor evidencia científica disponible).

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA:

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Delayed umbilical cord clamping after birth. ACOG Committee Opinion No. 814. Washington: ACOG; 2020. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth>

American College of Nurse Midwives (ACNM). Delayed umbilical cord clamping. Position Statement. Silver Spring (MD): ACNM; 2014. Disponible en: <http://www.midwife.org/acnm/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000290/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-May-2014.pdf> 17

Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Clausen J, Domellöf M. Effects of delayed compared with early umbilical cord clamping on maternal postpartum hemorrhage and cord blood gas sampling: a randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(5):567-74. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01530

Begley CM, Guilliland K, Dixon L, Reilly M, Keegan C. Irish and New Zealand midwives' expertise in expectant management of the third stage of labour: the 'MEET' study. *Midwifery.* 2012;28(6):733-9. doi:10.1016/j.midw.2011.08.008

Bernal EE. Características del análisis de sangre umbilical arterial y venosa al nacer y al pinzar el cordón umbilical, en recién nacidos a término sin factores de riesgo, en Bogotá (Colombia). Tesis doctoral. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2013.

Blickstein I, Green T. Umbilical cord blood gases. *Clin Perinatol.* 2007;34:451-9. doi:10.1016/j.clp.2007.05.001

Boere I, Roest AA, Wallace E, Ten Harkel AD, Haak MC, Morley CJ, et al. Umbilical blood flow patterns directly afterbirth before delayed cord clamping. *Arch Dis Child Fetal Neonatal.* 2015;100:121-5. doi:10.1136/archdischild-2014-307144

Camacho-Morell F, Romero-Martín MJ. Cambio de modelo asistencial en la atención al parto normal: aplicación en el paritorio de La Ribera. *Rev Calid Asist* 2017;32(5):255-61. doi:10.1016/j.cali.2017.04.002

Ceriani JM. Timing of umbilical cord clamping of term infants. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(2):188-94. doi:10.5546/aap.2017.eng.188 18

De Paco C, Herrera J, García C, Corbalán S, Arteaga A, Pertegal M, et al. Effects of delayed cord clamping on the third stage of labour, maternal haematological parameters and acid-base status in fetuses at term. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:153-6. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.10.031

Di Tommaso M, Seravalli V, Martini I, La Torre P, Dani C. Blood gas values in clamped and unclamped umbilical cord at birth. *Early Hum Dev.* 2014;90(9):523-5. doi:10.1016/j.earlhumdev.2014.03.010

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa al Parto Normal, documento de consenso. Barcelona: FAME; 2007. Disponible en: http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Iniciativa_parto_normal_FAME.pdf.

Giovannini N, Crippa BL, Denaro E, Raffaelli G, Cortesi V, Consonni D, et al. The effect of delayed umbilical cord clamping on cord blood gas analysis in vaginal and caesarean-delivered term newborns without fetal distress: a prospective observational study. *BJOG.* 2019;127(3):405-13. doi:10.1111/1471-0528.16026

Guillem P, Planells NC, Navarro S, Carratalá S, Torres JA. Variabilidad de la gasometría arterial de cordón umbilical según el tiempo transcurrido antes de su análisis. *Matronas Hoy* 2018;6:5-12.

Kearney L, Reed R, Kynn M, Young J, Davenport L. Third stage of labour management practices: A secondary analysis of a prospective cohort study of Australian women and their associated outcomes. *Midwifery*. 2019;75:110-6. doi: 10.1016/j.midw.2019.05.001

Lehmann EL. *Nonparametrics: Statistical Methods Based on Ranks*. New York: Springer-Verlag; 2006. p. 76-81.

Malin GL, Morris RK, Khan KS. Strength of association between umbilical cord pH and perinatal and long term outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;340:c1471. doi: 10.1136/bmj.c1471. PubMed PMID: 20466789; PubMed Central PMCID: PMC2869402.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7 [CD004074]. doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3. PubMed PMID: 23843134; PubMed Central PMCID: PMC6544813.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline [CG190]. Londres: NICE, 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

Nordström L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Rydhstroem H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(7):781-6. doi:10.1111/j.1471-0528.1997.tb12020.x

Nudelman MJR, Belogolovsky E, Jegatheesan P, Govindaswami B, Song D. Effect of Delayed Cord Clamping on Umbilical Blood Gas Values in Term Newborns. A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2020;135(3):576-82. doi:10.1097/AOG.0000000000003663

TABLAS

Resumen descriptivo de los parámetros de la gasometría arterial en los recién nacidos de la muestra (los valores de la gasometría arterial sin pinzamiento se refieren únicamente al grupo experimental y los extraídos tras pinzamiento tardío de cordón incluyen a ambos grupos).

Variable	Media (DT)
pH (GA sin pinzamiento)	7.24 (0.06)
pH (GA tras PTC)	7.22 (0.07)
pCO ₂ (GA sin pinzamiento)	55.6 (7.47)
pCO ₂ (GA tras PTC)	56.99 (9.64)
EB (GA sin pinzamiento)	-4.08 (2.66)
EB (GA tras PTC)	-5.17 (2.83)

Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.