

## Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos

Juan Miguel Martínez-Galiano<sup>1</sup>, Miguel Delgado-Rodríguez<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Antecedentes:** en la actualidad existe una tendencia a un cambio que establezca un nuevo marco conceptual en la asistencia sanitaria perinatal para volverla más humana y cercana, donde la mujer sea la protagonista de su propio embarazo y parto y deje atrás el modelo medicalizado.

**Objetivo:** conocer los resultados perinatales derivados de la aplicación del nuevo modelo de asistencia perinatal y el grado de satisfacción de la usuaria.

**Material y método:** estudio multicéntrico observacional efectuado en cuatro hospitales de Andalucía (España) en mujeres primigestas. Los datos se obtuvieron de una entrevista y de la historia clínica y se expresaron con frecuencias absolutas, relativas, media y desviación estándar.

**Resultados:** participaron 520 mujeres. El 18.11% (94) de los partos acabaron en cesárea. En 74.95% (389 pacientes) se estableció el contacto temprano piel con piel entre la madre y su recién nacido y en 75.53% (392 primigestas) se inició la lactancia materna temprana. El 73.26% (378) quedó muy o bastante satisfecha con la atención recibida durante el parto.

**Conclusión:** el nuevo modelo de atención cuenta con la satisfacción de las usuarias, menor tasa de cesáreas y la implementación de prácticas clínicas recomendadas.

**Palabras clave:** atención perinatal, parto, humanización, satisfacción de la usuaria.

### ABSTRACT

**Background:** At present there is a tendency towards a change to establish a new conceptual framework in perinatal health care which aims to give a more human and closer, where the woman is the protagonist of her own pregnancy and childbirth leaving behind a medicalized model

**Objective:** To determine perinatal outcomes that result from the new perinatal care model established and the degree of user satisfaction with this.

**Methods:** A multicenter observational conducted in four hospitals in Andalusia (Spain) in 2011 on primiparous. The data were collected through an interview and medical history. Data

were expressed as absolute frequencies, relative frequencies, mean and standard deviation.

**Results:** 520 women participated. The 18.11% (94) ended in cesarean deliveries. It was established early skin-to-skin between the mother and the newborn in 74.95% (389) and 75.53% (392) initiated breastfeeding early. The 73.26% (378) are very or fairly satisfied with the care provided at delivery.

**Conclusion:** The new model of care has the user satisfaction, lower cesarean rate and implementation of recommended clinical practices.

**Key words:** perinatal care, childbirth, humanization, user satisfaction.

### RÉSUMÉ

**Antécédents:** Actuellement, il ya une tendance à un changement d'établir un nouveau cadre en matière de soins de santé périnatale de la rendre plus humaine et plus proche, où la femme est la star de sa propre grossesse et de la naissance et de laisser derrière le modèle médicalisé.

**Objectif:** Déterminer les résultats périnataux résultant de la mise en œuvre du nouveau modèle de soins périnataux et le degré de satisfaction des utilisateurs.

**Méthodes:** Une étude multicentrique observationnelle menée en 2011 dans quatre hôpitaux en Andalousie (Espagne) chez les femmes nullipares. Les données ont été obtenues à partir d'une interview et les antécédents médicaux et ont été exprimés en fréquences absolues, relative moyenne et l'écart type.

**Résultats:** 520 femmes y ont participé. L' 18.11 % (94) a pris fin en accouchements par césarienne. Dans 74,95% (389 patients) a été créé au début peau au contact de peau entre la mère et du nouveau-né et de 75,53 % (392 primipares) a commencé l'allaitement maternel précoce. L' 73,26 % (378) était très ou assez satisfaits des soins reçus pendant le travail.

**Conclusion:** Le nouveau modèle de soins a la satisfaction de l'utilisateur, le taux de césarienne inférieur et la mise en œuvre de pratiques cliniques recommandées.

**Mots-clés:** Soins périnatale, l'accouchement, l'humanisation, la satisfaction des utilisateurs.

## RESUMO

**Antecedentes:** Atualmente, há uma tendência a uma mudança de estabelecer um novo marco na atenção à saúde perinatal para torná-lo mais humano e mais próximo, onde a mulher é a estrela de sua própria gravidez eo parto e deixar para trás o modelo medicalizado.

**Objetivo:** Determinar os resultados perinatais decorrentes da implementação do novo modelo de atenção perinatal e do grau de satisfação do usuário.

**Métodos:** Um estudo multicêntrico observacional realizado em 2011, em quatro hospitais na Andaluzia (Espanha) em mulheres nulíparas. Os dados foram obtidos a partir de uma

entrevista e histórico médico e foram expressos em frequências absolutas, média relativa e desvio padrão.

**Resultados:** 520 mulheres participaram. A 18,11% (94) terminou em partos cesáreos . Em 74,95 % (389 pacientes) foi criado precoce da pele ao contato da pele entre a mãe eo recém-nascido e 75,53 % (392 primíparas ) iniciou a amamentação precoce . A 73,26 % (378) foi muito ou bastante satisfeitos com o atendimento recebido durante o parto.

**Conclusão:** O novo modelo de atendimento tem a satisfação do usuário , menor taxa de cesariana e implementação de práticas clínicas recomendadas.

**Palavras-chave:** Cuidado perinatal, parto, a humanização, a satisfação do usuário.

**E**n la actualidad existe una tendencia hacia un cambio que establezca un nuevo marco conceptual en la asistencia sanitaria perinatal en la que se pretende dar una atención más humana y cercana, donde la mujer sea la protagonista de su propio embarazo y parto dejando atrás un modelo medicalizado.<sup>1,2</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda seguir una pauta de atención a la asistencia al parto de forma más humanizada, no medicalizada, ni intervencionista, respetando los derechos de la mujer.<sup>3</sup> En este sentido, y tras la demanda por parte de las usuarias, en España, desde el año 2007, el Ministerio de Sanidad, para dar respuesta a esta demanda de la sociedad y cumplir con las recomendaciones de la

OMS, puso en marcha una estrategia para fomentar la atención del parto de baja intervención.<sup>1</sup> A esta iniciativa se fueron sumando distintas comunidades autónomas, en las que se fueron desarrollando planes para la atención al parto de baja intervención.<sup>2,4,5</sup> Ante este nuevo contexto las sociedades científicas elaboraron guías de actuación basándose en la evidencia científica disponible.<sup>6,7,8</sup> Esta estrategia de cambio hacia un parto más humanizado no es exclusiva de España, hay otros muchos países que pretenden este cambio, como por ejemplo Brasil y Japón, entre otros.<sup>9,10</sup>

Ante este nuevo contexto, tras aproximadamente un lustro de la implantación de este modelo y la falta de estudios que informen los resultados que arroja este nuevo modelo de atención se propuso conocer diversos parámetros obstétricos, como: tipo de parto, utilización de analgesia epidural, tasa de cesáreas, medidas analgésicas no farmacológicas, participación de la mujer en el proceso de parto, inicio temprano del contacto piel con piel y de la lactancia materna. Se valoró el grado de satisfacción de la usuaria con la atención recibida durante su proceso de parto.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio multicéntrico observacional efectuado de enero de 2011 a enero de 2012 en las áreas sanitarias de la provincia de Jaén (Complejo Hospitalario Universitario de Jaén y Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda), Hospital de Poniente en El Ejido (Almería) y en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, todos estos

<sup>1</sup> Servicio Andaluz de Salud. Universidad de Jaén. Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

<sup>2</sup> Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén. CIBERESP.

Correspondencia: Dr Juan Miguel Martínez Galiano  
Campus Las Lagunillas s/n 23071  
Jaén, España  
Correo electrónico: juanmimartinezg@hotmail.com

Recibido: 7 de octubre 2013

Aceptado: 24 de octubre 2013

Este artículo debe citarse como: Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. Ginecol Obstet Mex 2013;81:706-710.

[www.femecog.org.mx](http://www.femecog.org.mx)

centros están situados en el sur de España. La población de referencia fueron mujeres que dieron a luz en alguno de esos centros, que fueran primíparas, de gestación única, y mayores de 18 años de edad. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de los centros respectivos y se pidió consentimiento informado. Se fijó como criterio de exclusión la barrera idiomática.

Se obtuvo información sociodemográfica, buen control prenatal (más de 4 y primera visita antes de las 12 semanas de gestación) y tipo de parto, analgesia epidural y medidas analgésicas alternativas, inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida extrauterina del recién nacido), participación activa de la mujer en el proceso de parto (en la toma de decisiones, colaboración con el personal sanitario, opinando, etc.), inicio temprano del contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido y valoración de la satisfacción de la mujer con la atención recibida en el parto (escala Likert de cinco niveles). Los datos se obtuvieron mediante una entrevista y se validaron con la historia clínica y la cartilla maternal. El cuestionario constó de 140 ítems (130 cerrados y 10 abiertos). Lo aplicaron 24 entrevistadores adiestrados. Los entrevistadores y las mujeres no conocían los objetivos del estudio. Las mujeres se seleccionaron de forma consecutiva.

El modelo centrado en la humanización de los cuidados en el parto tiene su origen en la reunión de la OMS de 1985 en Fortaleza (Brasil), donde se propugnó un cambio en el modelo de atención que se daba al parto para que el nacimiento no fuese tratado como una enfermedad. Una de las principales líneas de actuación era desplazar el protagonismo del proceso de parto desde los profesionales implicados en éste hacia la mujer, su hijo y su familia. Para conseguir que el parto se considerara un proceso normal había que trabajar en la limitación de ciertas prácticas clínicas, como la episiotomía sistemática, amniorexis artificial en todos los partos, etcétera y favorecer otras, como el inicio temprano de la lactancia materna, no limitar la deambulación de la parturienta, tener en cuenta la opinión de la mujer y respetar sus decisiones, favorecer su participación en el proceso de parto haciéndola participar en la toma de decisiones, etc. Todos estos cambios se sustentan en la evidencia científica disponible.<sup>11</sup>

Para la descripción de los datos se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medias y desviación estándar para las variables cuantitativas.

## RESULTADOS

Se seleccionaron 520 mujeres con media de edad de  $29.91 \pm 5.30$  años, 97.88% (509) de raza blanca, 64.7% (336) casadas y 89.62% (466) de nacionalidad española. El 31.73% (165) de estas mujeres habían cursado estudios universitarios y 46.94% (238) tenía ingresos mensuales de 1,000 a 1,999 euros. La mayoría (87.50%, 455) eran mujeres sanas antes del embarazo y en 90% (468) de los casos el embarazo fue buscado. El 77.50% (403) de las mujeres controlaron su embarazo en atención primaria, 91.80% (470) tuvieron buen control prenatal y 68.65% (357) acudió al programa de educación maternal.

En el Cuadro 1 puede verificarse cómo la mayoría de los partos se inició espontáneamente. En el Cuadro 2 se comprueba que 52.02% (270) de las mujeres tuvieron parto eutócico. Se aplicó analgesia epidural a 81.70% (424) de las mujeres (Cuadro 3) y 20.96% (109) recurrieron a medidas analgésicas alternativas (Cuadro 4). El 18.11% (94) de los partos fue por cesárea. En el Cuadro 5 puede verse cómo 71.29% (370) de las mujeres tuvo una participación activa en el proceso de parto, 74.95% (389)

**Cuadro 1.** Modo de inicio del parto

Variable	n (%)
Espontáneo	282 (54.23%)
Estimulado	35 (6.73%)
Inducido	193 (37.12%)
Cesárea programada	10 (1.92%)

**Cuadro 2.** Tipo de parto producido

Variable	n (%)
Eutócico	270 (52.02%)
Instrumental	155 (29.87%)
Cesárea	94 (18.11%)

**Cuadro 3.** Analgesia epidural durante el parto

Variable	n (%)
No, por deseo de la mujer	52 (10.02%)
No, por contraindicación médica	13 (2.50%)
No, por otras razones	30 (5.78%)
Sí	424 (81.70%)

**Cuadro 4.** Medidas analgésicas alternativas no farmacológicas durante el parto

Variable	n (%)
No	411 (79.04%)
Si	109 (20.96%)

estableció el contacto temprano piel con piel (Cuadro 6) y 75.53% (392) inició la lactancia materna temprana, como se muestra en el Cuadro 7.

El 46.52% (240) de las mujeres estuvieron muy satisfechas con la atención recibida durante el proceso de parto; 26.74% (138) manifestó estar bastante satisfecha y 22.09% (114) satisfecha, mientras que 3.10% (16) expresó estar poco satisfecha y 1.55% (8) nada satisfecha con la atención recibida.

## DISCUSIÓN

En nuestro medio la tasa de cesáreas se sitúa alrededor de 22.2%,<sup>12</sup> cifra superior a la que arroja nuestro estu-

**Cuadro 5.** Tipo de participación de la mujer durante el proceso de parto

Variable	n (%)
No, porque no quiso la madre	25 (4.82%)
No, porque no fue posible	124 (23.89%)
Si	370 (71.29%)

**Cuadro 6.** Establecimiento temprano piel con piel entre la madre y su recién nacido.

Variable	n (%)
No	130 (25.05%)
Si	389 (74.95%)

**Cuadro 7.** Lactancia materna

Variable	n (%)
No	127 (24.47%)
Si	392 (75.53%)

dio de 18%. Estos resultados van en la línea de los que encontraron Iglesias y su grupo en nuestro país<sup>13</sup> y otros autores en Chile y Colombia.<sup>14,15</sup> La humanización de la atención perinatal también puede ser un instrumento útil para respetar los deseos y preferencias de la mayoría de las mujeres en el proceso de parto.<sup>16-18</sup>

El contacto temprano piel con piel entre la madre y el recién nacido que tantos beneficios ha demostrado,<sup>19</sup> así como el inicio precoz de la lactancia materna se han implementado de manera mayoritaria en la realidad diaria de los paritorios de nuestro medio coincidiendo con otros estudios.<sup>13</sup>

Se recurre poco a las medidas analgésicas alternativas porque la formación del personal a este respecto no es lo suficientemente extensa como para indicarlas de manera regular; las más utilizadas fueron: la esferodinamia, hidroterapia y las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis. Este hecho también puede ser el causante de que la analgesia epidural permanezca en altos porcentajes.

El proceso de humanización no estaría completo si faltara la satisfacción de la usuaria, y tal como se desprende de nuestros resultados, las mujeres están satisfechas con este nuevo modelo de atención.

La posibilidad de un sesgo amnésico es poco probable porque la información se recabó en un lapso muy breve previo a la entrevista para reunir los datos.

Las mujeres multíparas se descartaron para evitar la influencia de la experiencia en partos previos en los resultados del estudio. Se excluyeron las mujeres que no hablaban español para evitar las dificultades en la comprensión que distorsionaran las respuestas a las preguntas. No era pragmático recurrir a un intérprete.

El nuevo modelo de atención sanitaria, basado en la humanización perinatal, consigue una alta satisfacción de la usuaria, menor tasa de cesáreas y la implementación mayoritaria de prácticas clínicas, como el establecimiento temprano del contacto piel con piel y de la lactancia materna, aunque se mantiene un uso bajo de las medidas analgésicas alternativas y de la analgesia epidural.

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

2. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Buenas prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. 1<sup>a</sup> ed. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Tecnologías de parto apropiadas. Ginebra: OMS, 1985.
4. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Estrategia para la atención al parto normal. 1<sup>a</sup> ed. Santander: Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, 2007.
5. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Protocolo de asistencia al parto y al Puerperio y de atención al recién nacido. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya, 2003.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid, 2007.
7. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Documento de consenso. Iniciativa parto normal. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: FAME, 2007.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. 1<sup>a</sup> ed. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010.
9. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TD. The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. Cad Saude Publica 2004; 20:1281-1289. Epub 2004 Oct 13
10. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Ii M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. BMC Pregnancy Childbirth May 27 10:25.
11. Martínez Galiano JM. Implantación del nuevo modelo de atención al parto: Actitud de los profesionales. Rev. Enf. Ref. [periódico na Internet]. 2011 Dez [citado 2013 Out 19]; serIII(5): 65-71. Disponible em: [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000300007&lng=pt](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300007&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1120>.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información Sanitaria. Estudio Piloto, Indicadores Clave, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
13. Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Prof. 2009; 10:5-11.
14. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa SM y col. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Rev Chil Obstet Ginecol [revista en la Internet] 2006 [citado 2013 Ene 24];71:98-103. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262006000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200005&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75262006000200005
15. Cobo E. Disminución de la tasa de operación cesárea en la Fundación Clínica Valle del Lili. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2000;51. Consultado el 21/01/2013 Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=195218271002>.
16. Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, Althabe F, Belizán JM. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. Reprod Health 2013;10:2. [Epub ahead of print]
17. Almeida CA, Tanaka OY. Women's perspective in the evaluation of the Program for the Humanization of Antenatal Care and Childbirth. Rev Saude Publica 2009;43:98-104.
18. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG 2002;109:618-623.
19. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2012 May 16;5:CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.