

Análisis de la asistencia al trabajo de parto en hospital universitario
Análise da assistência ao trabalho de parto em hospital universitário
Analysis of labor assistance in a university hospital

Recibido: 25/09/2018

Aprobado: 13/04/2019

Publicado: 01/07/2019

Bárbara Dias Rezende Gontijo¹
Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²
Kleber Gontijo de Deus³

Este estudio tiene como objetivo analizar la asistencia prestada a las mujeres durante el trabajo de parto, de acuerdo con los principios preconizados por el Programa de Humanización del Pre-Nacimiento y Nacimiento. Se trata de un estudio observacional, exploratorio-descriptivo, de abordaje cuantitativo, desarrollado en un hospital universitario en la ciudad de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, en el periodo de enero a marzo de 2012. Predominaron mujeres con edad entre 21 y 25 años (30,9%), blancas (57%), escolaridad entre 8 a 11 años (51,6%), casadas o amancebadas (58%), amas de casa (56,5%) y que tuvieron la presencia del acompañante (82,1%). Entre las 207 mujeres, 43,5% eran primíparas, 48,3% nulíparas y 84,5% sin abortos anteriores. En cuanto a la edad gestacional, 36,6% estaban con 40 semanas de gestación o más, siendo que, de estas, 67,1% realizaron parto cesáreo y mayor entre aquellas que no fueron acompañadas por el partograma. Se concluye que las gestantes fueron sometidas a intervenciones medicamentosas innecesarias y las tasas de indicación de parto cesáreo fueron desfavorables con asistencia prestada incompatible con los principios preconizados por el Programa de Humanización del Pre-natal y Nacimiento.

Descriptores: Partería; Trabajo de parto; Parto humanizado; Embarazo.

Este estudo tem como objetivo analisar a assistência prestada às mulheres durante o trabalho de parto, de acordo com os princípios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Trata-se de um estudo observacional, exploratório-descriptivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital universitário na cidade de Uberlândia, no período de janeiro a março de 2012. Predominaram mulheres com idade entre 21 e 25 anos (30,9%), brancas (57%), com escolaridade entre 8 a 11 anos (51,6%), casadas ou amasiadas (58%), do lar (56,5%) e que tiveram a presença do acompanhante (82,1%). Dentre as 207 mulheres, 43,5% eram primigestas, 48,3% nulíparas e 84,5% sem abortos anteriores. Quanto à idade gestacional, 36,6% estavam com 40 semanas de gestação ou mais, sendo que, destas, 67,1% realizaram parto cesáreo e a maioria não foi acompanhada por partograma. Conclui-se que as gestantes foram submetidas a intervenções medicamentosas desnecessárias e as taxas de indicação de parto cesáreo foram desfavoráveis, com assistência prestada incompatível com os princípios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Descritores: Tocologia; Trabalho de parto; Parto humanizado; Gravidez.

This study aims at analyzing the assistance offered to women during childbirth, according to the principles prescribed by the Prenatal and Birth Humanization Program. This is an observational, exploratory, descriptive, quantitative study, developed in a university hospital in the city of Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, from January to March 2012. Most participants were women from 21 to 25 y/o (30.9%), white (57%), with 8 to 11 years of formal education (51.6%), married or living with a partner (58%), housekeepers (56.5%), who had their partner present (82.1%). Among the 207 women, 42.5% were primigravidae, 48.3% were nulliparous, and 84.5% had no previous abortions. Regarding their gestational age, 36.6% were pregnant for 40 weeks or longer. Among them, 67.1% underwent cesarean sections and most did not undergo partographs. The pregnant women received unnecessary medication and the rates of cesarean sections were inadequate, rendering the assistance incompatible with the principles prescribed by the Prenatal and Birth Humanization Program.

Descriptors: Midwifery; Labor, Obstetric; Humanizing delivery; Pregnancy.

1. Enfermera. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Formación Pedagógica para Profesionales de Salud. Magister en Ciencias de la Salud. Doctoranda en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Uberlândia (UFU). Profesora de la Escuela Técnica de Salud de la UFU. Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5766-1147> E-mail: barbaragontijo@ufu.br

2. Enfermera. Especialista en Enfermería Obstétrica. Especialista en Salud Pública. Magister en Ciencias de la Salud. Doctora en Enfermería Psiquiátrica. Profesora de la Facultad de Medicina de la UFU, Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4434-7762 E-mail: efigeniaufu@gmail.com

3. Enfermero. Especialista en Docencia de la Enseñanza Media, Técnica y Superior. Especialista en Formación Pedagógica para Profesionales de Salud. Magister en Ciencias de la Salud. Profesor de la Escuela Técnica de Salud de la UFU, Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0892-9968 E-mail: klebergontijo@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

El momento del nacimiento constituye uno de los principales acontecimientos en la vida de la mujer, pues es el evento que la torna madre. En este sentido, la calidad de la asistencia a la mujer durante el trabajo de parto (TP) ha sido reconocido como estrategia que debe ser implementada para tornar el nacimiento una experiencia positiva y satisfactoria para la mujer y su familia¹.

Hasta el final del siglo XVIII, el parto era un ritual de las mujeres, realizado en las casas de las familias con el acompañamiento de parteras. En el final del siglo XIX, se inicia un proceso de cambio por medio de los intentos de control del evento biológico por parte de la obstetricia, que deja de ser de la esfera de lo femenino y pasa a ser comprendido como una práctica médica. El parto y el nacimiento, que eran vistos como un evento fisiológico y femenino comienzan a ser encarados como un evento médico y masculino, incluyendo la noción del riesgo y de la patología como regla y no más excepción. En este modelo tecnocrático, la mujer dejó de ser protagonista, cabiendo al médico la conducción del proceso².

En este contexto, intervenciones como la episiotomía, el uso de oxitocina, la aspiración nasofaríngea y la propia cesárea, que deberían ser utilizadas de forma parsimoniosa, sólo en situaciones de necesidad, comenzaron a alcanzar un gran número de mujeres y sus hijos o hijas que son asistidos(as) en hospitales en el país. Este exceso de intervenciones dejó de considerar los aspectos emocionales, humanos y culturales envueltos en el proceso de parir, olvidando que la asistencia al nacimiento se reviste de un carácter particular, que va más allá del proceso de enfermar y morir³.

En los últimos 15 años Brasil redobló las iniciativas para humanizar la atención al parto en el Sistema Único de Salud (SUS) con el fin de retomar la comprensión del parto como evento fisiológico. Los esfuerzos de humanización se enfocaron en la no medicalización del parto, en las

desigualdades y en la atención de calidad, que aún son desafíos reales en el país⁴.

En junio de 2000, fue creado, por el Ministerio de la Salud, el Programa de Humanización del Pre-Natal y Nacimiento (PHPN), que tenía como fin reducir las altas tasas de mortalidad materna, perinatal y neonatal, por medio de la asistencia de calidad y que preconizaba el rescate de la dignidad y de prácticas naturales para el proceso de parto⁵.

La institución del PHPN definió estrategias de mejoría en la atención obstétrica, por medio de la adopción de medidas que asegurasen el acceso, la cobertura y la calidad del acompañamiento pre-natal. Además de eso, aún reforzaba la necesidad de establecimiento de vínculos entre la asistencia pre-natal y el parto, cambios en la estructura física de los hospitales y en la capacitación de los profesionales, entre otras demandas⁶.

Recientemente la Organización Mundial de Salud (OMS) emitió nuevas directrices para establecer estándares de atendimento globales para mujeres embarazadas saludables y reducir intervenciones médicas innecesarias en las cuales recomienda que los equipos médicos y de enfermería no interfieran en el trabajo de parto de una mujer, a menos que existan riesgos reales de complicaciones⁷.

La asistencia adecuada e individualizada al TP es imprescindible para proporcionar *confort* y bienestar durante el proceso de parto. Según la OMS, una asistencia de calidad debe partir de la consideración de que sólo una razón clara podrá generar interferencias sobre el proceso natural de parto³.

A pesar de todos los movimientos favorables a la humanización del parto y nacimiento, la medicalización del cuerpo embarazado se ha configurado como un proceso en expansión en Brasil. De forma evidente es un proceso expresado por las altas tasas de cesáreas (que están entre las más altas del mundo), y que son aceptadas como “naturales” tanto entre los profesionales de salud como en la población⁸. A pesar de que las evidencias científicas

comprobaron que el exceso de intervenciones aumenta la morbimortalidad materna y neonatal, aún predomina un modelo medicalizante y hospitalocéntrico, con empleo excesivo de prácticas maléficas⁹.

El análisis de la asistencia al TP envuelve el levantamiento de las prácticas de los profesionales durante el proceso de parto reconociendo que el equipo es facilitador pero que es necesario rescatar la competencia de la mujer en el proceso de gestar y parir. Este estudio tiene como objetivo analizar la asistencia prestada a las mujeres durante el TP en la Maternidad del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Uberlândia, de acuerdo con los principios del Programa de Humanización del Pre-natal y Nacimiento.

MÉTODO

Se trata de una investigación observacional, exploratorio-descriptiva, de abordaje cuantitativa desarrollada en la Maternidad del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Uberlândia (HC-UFU), el cual realiza cerca de 150 partos por mes. El cálculo de la muestra fue realizado con nivel de confianza de 95%, desvío de 5%, variancia de 85,6%.

Fueron colectados datos de 207 parturientas admitidas en la sala de preparto en la Maternidad del HC-UFU entre enero a marzo de 2012 que aceptaron participar en la investigación. La colecta de datos consistió en la técnica de observación *in locus* de los procedimientos de monitoreo del TP y análisis de la historia clínica sobre registros del TP. Fueron aplicados los tests

del Chi-cuadrado y *Odds Ratio*, y se consideró como significativo $p < 0,05$. Los programas estadísticos utilizados fueron el software SPSS – *Statistical Package Social Science 17 for Windows* y el Biostat 5.0.

El proyecto de este estudio siguió en conformidad a la Resolución 466/12 del CNS y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Uberlândia (CEP/UFU) bajo el dictamen n° 361/11.

RESULTADOS

Del total de 207 parturientas, 139 (67,1%) fueron sometidas a parto cesáreo (PC) y 68 (32,9%) a parto normal (PN). Predominaron mujeres con edad entre 21 y 25 años 64 (30,9%), blancas 118 (57%), con escolaridad entre 8 a 11 años 107 (51,6%), casadas o amancebadas 120 (58%), amas de casa 117 (56,5%) y que tuvieron la presencia del acompañante 170 (82,1%). Entre las 207 mujeres, 90 (43,5%) eran primíparas, 100 (48,3%) nulíparas y 175 (84,5%) sin abortos anteriores. En cuanto a la edad gestacional, 76 (36,6%) estaban con 40 semanas de gestación o más, siendo que, de estas, 51 (67,1%) realizaron PC, 25 (32,9%) realizaron PN y 154 (74,4%) no habían sido sometidas a PC anterior.

Las mujeres no primíparas, tuvieron 19 veces más chance de evolucionar para PC que las primíparas (*Odds Ratio* 19,1, IC 4,4-81,4, $p < 0,00$). La mayoría (69,6%) de las mujeres no tenía historial de PN anterior, y de estas, 78,5% evolucionaron para PC y 21,5% para PN (Tabla 1).

Tabla 1. Tipo de parto anterior de mujeres atendidas en la Maternidad del HC-UFU, Uberlândia-MG, 2012.

Tipo de parto anterior	Parto Cesáreo		Parto Normal		Total		X ² valor p	OD	IC	p	
	N.	%	N.	%	N.	%					
Partos Cesáreos											
Ninguno	88	(57,1)	66	(42,9)	154	(74,4)	27,3	<0,00	19,1	4,4-81,4	<0,00
1	43	(95,5)	2	(4,5)	45	(21,7)					
2	3	(100)	-	-	3	(1,5)					
≥ 3	5	(100)	-	-	5	(2,4)					
Partos Normales											
Ninguno	113	(78,5)	31	(21,5)	144	(69,6)	27,0	<0,00	5,1	2,7-9,8	<0,00
1	12	(44,4)	15	(55,6)	27	(13,0)					
2	9	(34,6)	17	(65,4)	26	(12,6)					
≥ 3	5	(50,0)	5	(50,0)	10	(4,8)					

En la mayoría de las parturientas la presión arterial (PA) y la temperatura axilar (TA) fueron medidas una única vez (74,3%) y la Frecuencia cardíaca fetal (FCF) cuatro veces o más (58,5%). El toque para verificación de la dilatación del cuello uterino fue realizado cuatro veces o más (68,6%) y, de estas, 64,8% realizaron PC y 35,2%

realizaron PN. En cuanto a la dinámica uterina (DU), en 55,1% de los casos, las mujeres fueron evaluadas cuatro veces o más. El partograma fue utilizado en 32,8%. El número de cesarianas fue mayor ($p < 0,00$) entre aquellas que no fueron acompañadas por partograma (Tabla 2).

Tabla 2. Procedimientos realizados en el monitoreo de las mujeres en trabajo de parto atendidas en el Sector de Maternidad del HC-UFU, Uberlândia-MG, 2012.

Procedimientos	Parto Cesáreo		Parto Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Verificación de la PA						
Ninguna vez	5	(41,6)	7	(58,3)	12	(5,8)
1	105	(68,2)	49	(31,8)	154	(74,3)
2	15	(75,0)	5	(25,0)	20	(9,6)
3	7	(70,0)	3	(30,0)	10	(4,9)
≥ 4	7	(63,6)	4	(36,4)	11	(5,4)
Temperatura						
Ninguna vez	18	(47,4)	20	(52,6)	38	(18,4)
1	113	(72,4)	43	(27,6)	156	(75,4)
2	5	(55,6)	4	(44,4)	9	(4,3)
3	-	-	-	-	-	-
≥ 4	3	(75,0)	1	(25,0)	4	(1,9)
Verificación de FCF						
Ninguna vez	11	(64,7)	6	(35,3)	17	(8,2)
1	10	(71,4)	4	(28,6)	14	(6,7)
2	25	(80,6)	6	(19,4)	31	(14,9)
3	19	(79,2)	5	(20,8)	24	(11,7)
≥ 4	74	(61,2)	47	(38,8)	121	(58,5)
Toque - verificación de la DC						
Ninguna vez	11	(78,6)	3	(21,4)	14	(6,7)
1	8	(61,5)	5	(38,5)	13	(6,4)
2	10	(71,4)	4	(28,6)	14	(6,7)
3	18	(75,0)	6	(25,0)	24	(11,6)
≥ 4	92	(64,8)	50	(35,2)	142	(68,6)
Evaluación de la DU						
Ninguna vez	12	(70,6)	5	(29,4)	17	(8,2)
1	12	(75,0)	4	(25,0)	16	(7,8)
2	25	(73,5)	9	(26,5)	34	(16,4)
3	17	(65,4)	9	(34,6)	26	(12,5)
≥ 4	73	(64,0)	41	(36,0)	114	(55,1)

Entre las mujeres que realizaron PC, 46,5% fueron derivadas al baño de ducha tibio, 40,5% deambularon, 59% ejercitaron en la bola de Bobat y 65,5% ejercitaron en la barra. El número de cesarianas fue mayor ($p < 0,05$) entre las parturientas que no fueron sometidas a métodos no farmacológicos de alivio del dolor e inducción del TP.

Entre las 207 mujeres, 52,2% tuvieron prescripción de ayuno, en 20,3% de los partos

realizados hubo participación del acompañante y 38,7% realizaron amniotomía. La hidratación venosa fue prescrita para 67,1%, la hidratación oral fue ofrecida en 30,5% de los partos y 25,6% recibieron orientaciones relacionadas a las técnicas no farmacológicas de alivio del dolor e inducción del TP (Tabla 3).

Tabla 3. Procedimientos relacionados a la humanización de la asistencia a las mujeres atendidas en el Sector de Maternidad del HC-UFU, según tipo de parto, Uberlândia-MG, 2012.

Procedimiento	Parto Cesáreo				Parto Normal				Total			
	NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Deambulaci3n estimulada	53	(76,8)	86	(62,2)	16	(23,2)	52	(37,8)	69	(33,3)	138	(66,7)
Deambulaci3n reprimida	129	(65,5)	10	(100)	68	(34,5)	-	-	197	(95,2)	10	(4,8)
Prescripci3n de ayuno	44	(44,4)	95	(88,0)	55	(55,6)	13	(12,0)	99	(47,8)	108	(52,2)
Control no farmacol3gico del dolor	110	(83,3)	29	(38,7)	22	(16,7)	46	(61,3)	132	(63,7)	75	(36,3)
Ejercicios en la bola	106	(85,5)	33	(39,7)	18	(14,5)	50	(60,3)	124	(60)	83	(40)
Baño en la ducha	97	(84,4)	42	(45,6)	18	(15,6)	50	(54,4)	115	(55,5)	92	(44,5)
Participaci3n acompaãante en las t3cnicas	123	(74,5)	16	(38,0)	42	(25,5)	26	(62,0)	165	(79,7)	42	(20,3)
Amniotomía	100	(78,7)	39	(48,7)	27	(21,3)	41	(51,3)	127	(61,3)	80	(38,7)
Hidrataci3n venosa	48	(70,6)	118	(85,5)	20	(29,4)	21	(15,2)	68	(32,9)	139	(67,1)
Hidrataci3n oral	112	(77,8)	27	(42,8)	32	(22,2)	36	(57,2)	144	(69,5)	63	(30,5)
Orientaciones sobre t3cnicas no farmacol3gicas - alivio del dolor	120	(78,0)	19	(35,8)	34	(22,0)	34	(64,2)	154	(74,4)	53	(25,6)

DISCUSI3N

La mayoría de PC encontrados en este estudio (67,1%) contradice las tasas de cesariana de 15% preconizadas por la OMS y por el Ministerio de la Salud de Brasil. A nivel poblacional, tasas de cesáreas mayores que 10% no est3n asociadas con reducci3n de mortalidad materna y neonatal³.

La elevaci3n de las tasas de PC es un fen3meno mundial desde las últimas d3cadas del siglo XX¹⁰. Se observa diferencia en las tasas de parto cesáreo entre los diversos países, relacionadas a las condiciones socioecon3micas.

Las tasas son mayores en regiones más desarrolladas (27,2%), en contraste con las observadas en regiones extremadamente subdesarrolladas (6%)¹¹. Estudios ecol3gicos apuntan que las tasas también difieren entre regiones de un mismo paíís, como Brasil, que es considerado uno de los paííses con mayor registro de cesarianas del mundo y con tendencia al aumento^{12,13}. Se encuentran

tasas superiores hasta inclusive en paííses subdesarrollados como Estados Unidos (25%) y Canadá (23%)¹⁴.

La prevalencia de mujeres en el grupo etario de 21 a 25 años, blancas, con poca escolaridad, casadas/amancebadas y amas de casa, se asemeja a otros estudios realizados⁷. En 82,1% de los partos fue observada la presencia de acompaãante, asemejándose al porcentaje de 94,1% encontrado en estudio realizado en Rio de Janeiro¹⁵. El derecho a tener la presencia de un acompaãante es garantizado a la parturienta por la Ley 11.108 de 2005¹⁰.

Fue más frecuente mujeres primíparas, nulíparas, sin abortos anteriores datos que, para el análisis de regresión logística, evidenciaron que mujeres no primíparas tienen 19 veces más chance de evolucionar a cesárea que las primíparas ($p < 0,00$). Este dato va al encuentro a lo obtenido en estudio realizado en Maringá-PR, el cual observó que múltiparas atendidas por el SUS o por el

sistema privado que ya habían realizado parto cesáreo tienen 11 veces más chances de tener una nueva cesárea¹⁶. Es común la decisión médica por la repetición del procedimiento quirúrgico inclusive sin indicaciones claras o plausibles. De esta forma, la repetición de este procedimiento entre las múltiparas, de forma indiscriminada, es una práctica médica no basada en evidencias¹⁷.

Se observó que, independientemente del tipo de parto anterior, hubo mayor frecuencia de mujeres sometidas a PC (χ^2 27,0 - $p < 0,00$). Según datos del Ministerio de la Salud, el porcentaje de parto vaginal se mantiene por debajo de lo deseado en Brasil³. La elevada proporción de cesarianas sin indicación clínica genera consecuencias en la salud materna y neonatal en términos de eficacia y efectividad, de utilización de servicios de salud y de los arreglos de demanda y oferta verificados en el SUS¹⁸.

Aunque existan controversias, hay una tendencia a considerarse que los beneficios del PN después de cesárea superan los riesgos materno-fetales y se constituye como estrategia para reducción del índice de cesáreas innecesarias³.

Uno de los datos importantes encontrados en este estudio fue el número de cesáreas más frecuente ($p < 0,00$) cuando no fue utilizado el partograma. A pesar de la utilización del partograma ser obligatoria en las maternidades que tienen convenio con el Sistema Único de Salud⁷, en 67,2% de los partos este instrumento no fue completado. En la Investigación *Nascer no Brasil*, el llenado de datos del partograma fue observado en 45% de los partos observados¹².

En la observación *in locus* del TP se verificó que procedimientos como verificación de PA, FCF, toque vaginal y DU, fueron realizados de forma no concordante con lo preconizado por la Organización Mundial de Salud.

Entre las mujeres observadas se verificó que en la mayoría fue realizada una única verificación de la PA. La monitorización de la PA durante el TP es indispensable, dado que la hipertensión arterial es apuntada

como la principal causa de muerte materna en Brasil y es responsable por más de 25% de los fallecimientos¹⁰.

La auscultación de los FCF fue realizada con una frecuencia \geq cuatro en la mayoría de los partos. Este dato contraría lo preconizado por el Ministerio de la Salud, el cual indica que la evaluación del bienestar en parturientas de bajo riesgo sea realizada con auscultación intermitente (antes, durante e inmediatamente después de una contracción, por lo menos durante 1 minuto y cada 30 minutos, registrando como una tasa única en todos los lugares de parto) a partir de la utilización del estetoscopio de Pinard o Sonar Doppler³.

La dilatación cervical fue verificada cuatro veces o más en la mayoría de los partos, lo que puede aumentar la posibilidad de infecciones y generar malestar materno. Este dato va al encuentro a un estudio realizado en Teresina-PI, en el cual se observó que la dilatación cervical fue realizada en 99,2% de los partos¹⁹. Se resalta que el número de toques debe ser lo mínimo posible, dado que toques frecuentes pueden ser incómodos para la parturienta y traumáticos a los tejidos maternos²⁰.

En relación a la temperatura axilar (TA), fue observada sólo una verificación en la mayoría durante el TP, difiriendo de un estudio realizado en 2008, en el cual no hubo registro de TA en 91,8% de los partos²¹.

La DU de la mayoría de las parturientas fue verificada cuatro veces o más, diferente de estudio realizado en Teresina, en el cual 98,3% de las parturientas tuvo evaluación de la DU realizada una o más veces¹⁹.

Se evidenció que la adopción de métodos no farmacológicos de alivio del dolor e inducción del TP ejerció influencia positiva en la evolución del TP contribuyendo a la aparición de PN. Fue encontrado que la mayoría de las mujeres fueron derivadas al baño de ducha con agua tibia, deambularon, ejercitaron en la bola de Bobat y en la barra.

El número de cesarianas fue mayor ($p < 0,05$) entre las parturientas que no fueron sometidas a métodos no farmacológicos de alivio del dolor e inducción del TP. Corrobora con este estudio una investigación realizada

en 2017, en la cual el control no farmacológico del dolor incorporado a la asistencia generó mejores desenlaces maternos y mayor satisfacción de las puérperas en cuanto al proceso de parto²².

En el presente estudio, 37,7% de las mujeres se ejercitaron en la bola de Bobat, datos superiores a estudio realizado en Rio de Janeiro, el cual mostró que en sólo 7% esta práctica fue incorporada¹⁵. Otro dato importante se relaciona al número de PNs, el cual fue mayor ($p < 0,00$) entre las parturientas sometidas al ejercicio en la bola de Bobat y baño de ducha.

Las Directrices Nacionales de Asistencia al Parto Normal recientemente publicada por el Ministerio de la Salud apuntan que siempre que fuere posible debe ser ofrecido a la mujer la inmersión en agua para alivio del dolor en el trabajo de parto³. Hay estudios que afirman que el baño en agua tibia reduce el dolor materno e influencia positivamente en la evolución del TP²³.

Se observó que, a pesar de contraindicados para gestantes de riesgo habitual, procedimientos como amniotomía e hidratación venosa fueron indicados en gran parte de los casos. Cerca de 38,7% de las parturientas fueron sometidas a la amniotomía y 67,1% a la hidratación venosa. Estos datos reafirman que hay baja implantación de atributos preconizados por la Política Nacional de Atención al Parto y Nacimiento y que los profesionales siguen realizando prácticas condenadas por las actuales evidencias científicas²⁴.

Se observó en este estudio resultados maternos de no adhesión a las técnicas favorables al parto normal y tasas de cesariana incompatibles con los recursos disponibles para alivio del dolor e inducción del TP.

A partir de la observación de que hay una asociación significativa entre el número de partos normales y la utilización del partograma se refuerza con este estudio la importancia de completar correctamente el partograma para acompañamiento de todas las gestantes en trabajo de parto.

En cuanto a la utilización de los métodos no farmacológicos de alivio del

dolor e inducción del trabajo de parto, se reafirma que hay una relación positiva de la utilización de estos métodos para mejor evolución del trabajo de parto y experiencia de la madre al parir.

CONCLUSIÓN

Se observó que la atención a la mujer durante el TP permanece un desafío, tanto en lo que se refiere a la calidad de la asistencia prestada como a los principios del cuidado, dado que aún perpetúa el modelo medicalizante y hospitalocéntrico.

De modo general, en este estudio las gestantes fueron sometidas a intervenciones medicamentosas innecesarias y poco estímulo a las técnicas no farmacológicas de alivio del dolor e inducción del TP. Las tasas de indicación de parto cesáreo encontradas fueron elevadas, los procedimientos de humanización y monitorización del TP realizados debajo de lo esperado y la asistencia prestada incompatible con los principios preconizados por el PHPN.

Los datos importantes encontrados se refieren a la asociación significativa entre el número de PNs y la utilización del partograma y de métodos no farmacológicos de alivio del dolor e inducción del TP. Se resalta que, por lo tanto, los cambios en el contexto asistencial requieren que las evidencias disponibles sobre el soporte durante el TP sean incorporadas de manera a viabilizar las buenas prácticas preconizadas por el PHPN.

Se resalta como limitación del estudio la posibilidad de subnotificación de registros en historias clínicas de procedimientos realizados y no registrados, también el método de observación *in locus* puede ser apuntado como una limitación debido a la posibilidad de interferencia en la conducta de los profesionales por la presencia del investigador.

Se sugiere que sean realizados nuevos estudios en el sentido de producir conocimientos, acerca de la realidad brasilera en relación a la asistencia a la mujer en TP y parto de forma a fornecer subsidios que colaboren a la incorporación de las evidencias científicas a la asistencia prestada.

REFERENCIAS

1. Rebello MTMP, Rodrigues Neto JF. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Méd.* [Internet]. 2012 [citado en 13 jul 2018]; 36(2):188-97. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>
2. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnolato OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev RENE.* [Internet]. 2014 [citado en 05 jun 2018]; 15(2):362-70. Disponible en: www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/3170/2433
3. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado en 12 ago 2018]. 51p. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
4. Teixeira MMS, Santos SLS. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. *Interface (Botucatu, Online).* [Internet]. 2018 [citado en 03 ago. 2018]; 22(65): 399-410. DOI: 10.1590/1807-57622016.0926.
5. Ministério da Saúde (Br), Secretaria Executiva. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília, DF: MS; 2002 [citado en 03 may 2017]. 27p. Disponible en: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
6. Silva LNMS, Silveira APKF, Morais FRR. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. *Rev Enferm UFPE on line.* [Internet]. 2017 [citado en 17 ago 2018]; 11(8):3290-4. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110195/22085>
7. World Health Organization. WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado en 20 set 2018]. 200p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
8. Declercq E. Childbirth in Brazil: challenging an interventionist paradigm. *Birth.* [Internet]. 2015 [citado en 21 jul 2018]; 42(1):1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25676791>
9. Warmlin CM, Fajardo AP, Meyer DE, Bedos C. Práticas sociais de medicalização e humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2018 [citado en 05 jul. 2018]; 34(4):e00009917. DOI: 10.1590/0102-311X00009917
10. Ministério da Saúde (Br), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado en 15 ago 2017]. 105p. (Relatório de Recomendação; n. 179). Disponible en: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf
11. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One.* [Internet]. 2016 [citado en 10 abr 2018]; 11(2):e0148343. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. [Internet]. 2014 [citado en 02 abr 2018]; 30(Supl):S17-S32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
13. Hopkins K, Amaral EFL, Mourao ANM. The impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. *Birth.* [Internet]. 2014 [citado en 22 mar 2017]; 41(2):169-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426198/pdf/nihms-684749.pdf>
14. Paris GF, Monteschio LV, Oliveira RR, Latorre MR, Pelloso SM, Mathias TA. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2014 [citado en 23 de set 2018]; 36(12):548-54. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0548.pdf
15. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2013 [citado en 21 ene 2017]; 17(1):17-23. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/03.pdf>
16. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health

- care systems. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2016 [citado en 22 set 2017]; 50(5):733-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>
17. Declercq E. Is medical intervention in childbirth inevitable in Brazil? Cad Saúde Pública. [Internet]. 2014 [citado en 02 de jun 2018]; 30(Suppl 1):S39-S40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO05S114>
18. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2018 [citado en 04 de ene 2018]; 34 (5):e00022517. DOI: [10.1590/0102-311X00022517](https://doi.org/10.1590/0102-311X00022517)
19. Almeida BF, Ribeiro JF, Araújo KRS, Lavôr TBSL. Processo de assistência ao parto normal em uma maternidade pública do estado do Piauí, 2015. Rev Enferm Atenção Saúde. [Internet]. 2016 [citado en 19 de ago 2018]; 5(2):45-56. Disponible en: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1521>
20. Zugaib M. Obstetrícia. 2ed. São Paulo: Manole; 2012. p. 383-394
21. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2008 [citado en 16 set 2017]; 42(5):895-902. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>
22. Hanum SP, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. Rev Enferm UFPE on line. [Internet]. 2017 [citado en 22 ago 2016]; 11(8):3303-9. DOI:10.5205/reuol.11135-99435-1-ED.1108sup201715
23. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em um centro de parto normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2010 [citado en 21 ago 2017]; 44(3):812-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>
24. Göttems LBD, Carvalho EMP, Carvalho PA, Santana LA. Adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento e análise da confiabilidade de um instrumento pelo alfa de Cronbach. Rev Pesqui Cuid Fundam. (Online). [Internet]. 2018 [citado en 28 ago 2018]; 10 (1):272-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.272-275>

CONTRIBUCIONES

Bárbara Dias Rezende Gontijo y Efigenia Aparecida Maciel de Freitas actuaron en la concepción, delineamiento, análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo y revisión crítica. **Kleber Gontijo de Deus** contribuyó en el análisis e interpretación de los datos, redacción del artículo, revisión crítica.

Cómo citar (Vancouver)

Gontijo BDR, Freitas EAM, Deus KG. Análisis de la asistencia al trabajo de parto en hospital universitario. REFACS [Internet]. 2019 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 7(3):313-321. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar (ABNT)

GONTIJO, B. D. R.; FREITAS, E. A. M.; DEUS, K. G. Análisis de la asistencia al trabajo de parto en hospital universitario. REFACS, Uberaba, MG, v. 7, n. 3, p. 313-321, 2019. Disponible en: *agregar link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar (APA)

Gontijo, B.D.R., Freitas, E.A.M. & Deus, K.G. (2019). Análisis de la asistencia al trabajo de parto en hospital universitario. REFACS, 7(3), 313-321. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso* de *agregar link de acceso*. DOI: *inserir link do DOI*.