



ORIGINALES

Evaluación de la calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia

Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna

Assessment of the quality of natural childbirth care in hospital setting through the Bologna index

Maria Clara Paiva Nóbrega¹
Magdielle Idaline da Silva¹
Geyslane Pereira Melo de Albuquerque²
José Flávio de Lima Castro³
Waglânia de Mendonça Faustino¹
Viviane Rolim de Holanda¹

¹ Universidad Federal de Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. maria_clara_paiva@hotmail.com

² Universidad de Pernambuco, Programa de Posgraduación en Obstetricia de la Facultad Santíssima Trindade, Recife, Pernambuco, Brasil

³ Universidad Federal de Pernambuco, Centro Académico de Vitória, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.487441>

Recibido: 23/07/2021

Aceptado: 24/12/2021

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención durante el parto hospitalario normal mediante el índice de Bologna.

Método: Estudio observacional, transversal y diseño cuantitativo realizado en un servicio de referencia en atención obstétrica en la región Nordeste / Brasil. Se utilizó un formulario basado en los indicadores de calidad del índice de Bolonia y las guías de asistencia al parto normal y posparto. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial. Para el análisis del Índice de Bolonia, se atribuyó 1 punto a cada variable cumplida y luego de evaluar cada ítem, se clasificó la asistencia en base a la siguiente suma: "0" para calidad inferior, "1 a 4" calidad intermedia y "5" para la más alta. calidad de atención.

Resultados: Hubo una media de 3,44 en el índice de Bolonia, correspondiente a una atención de calidad intermedia. Entre las cinco variables que componen el índice de Bolonia, los mayores porcentajes se relacionaron con el uso del partograma (85,4%), la presencia de acompañante en el momento del parto (94,5%) y el contacto piel con piel entre madre y niño en la primera hora de vida (98,1%). Sin embargo, hubo un porcentaje reducido en cuanto al uso de posiciones no supinas (9,1%) y ausencia de estímulos en el primer período clínico del parto (56,3%).

Conclusión: Hubo avances en la calidad de la atención durante los partos hospitalarios, pero es necesario brindar información para el empoderamiento de la mujer, mayor adherencia de los

profesionales a las buenas prácticas obstétricas e inserción de enfermeras en la atención obstétrica en riesgo habitual.

Palabras clave: Valoración de Salud; Enfermería; Indicadores de calidad de la salud; Métodos de evaluación; Nacimiento humanizado.

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna.

Método: Estudo observacional, de corte transversal e delineamento quantitativo realizado em um serviço de referência na atenção obstétrica, na região Nordeste/Brasil. Utilizou-se formulário com base nos indicadores de qualidade do índice de Bologna e diretrizes de assistência ao parto normal e puerpério. Analisaram-se os dados por meio da estatística descritiva e inferencial. Para análise do Índice de Bologna atribuiu-se 1 ponto para cada variável cumprida e após avaliação de cada item, classificou-se a assistência a partir do seguinte somatório: "0" para menor qualidade, "1 a 4" qualidade intermediária e "5" a maior qualidade da assistência.

Resultados: Verificou-se média de 3,44 no índice de Bologna, correspondendo a assistência de qualidade intermediária. Dentre as cinco variáveis que compõem o índice de Bologna, os percentuais mais altos foram referentes ao uso do partograma (85,4%), presença de acompanhante no momento do parto (94,5%) e contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora de vida (98,1%). No entanto, houve um percentual reduzido quanto ao uso de posições não supinas (9,1%) e ausência de estímulos no primeiro período clínico do parto (56,3%).

Conclusão: Houve avanço na qualidade do cuidado ao parto hospitalar, mas é preciso disponibilizar informações para o empoderamento das mulheres, maior adesão dos profissionais às boas práticas obstétricas e inserção do enfermeiro na assistência obstétrica de risco habitual.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Enfermagem; Indicadores de qualidade em saúde; Métodos de avaliação; Parto humanizado.

ABSTRACT:

Objective: To assess the quality of care during natural childbirth in hospital setting through the Bologna Index.

Method: This is an observational and cross-sectional study, with a quantitative design, performed in a reference service in obstetric care, located in the Northeast region/Brazil. A form based on the quality indicators of the Bologna Index and guidelines for natural childbirth and puerperal care was used. Data were analyzed through descriptive and inferential statistics. When analyzing the Bologna Index, 1 point was assigned to each variable met; and, after assessing each item, care was classified based on the following sum: "0" for lower quality, "1 to 4" for intermediate quality and "5" for higher quality of care.

Results: It was found an average of 3.44 in the Bologna Index, corresponding to intermediate quality care. Among the five variables that make up the Bologna Index, the highest percentages were related to the use of partograph (85.4%), presence of a caregiver at the time of childbirth (94.5%) and skin-to-skin contact between mother and child in the first hour of life (98.1%). Nevertheless, there was a reduced percentage regarding the use of non-supine positions (9.1%) and absence of stimuli in the first clinical period of childbirth (56.3%).

Conclusion: there has been progress in the quality of childbirth care in hospital setting, but it is necessary to provide information for the empowerment of women, greater adherence of professionals to good obstetric practices and insertion of nurses in the usual-risk obstetric care.

Keywords: Health assessment. Nursing. Health quality indicators. Assessment methods. Humanized birth.

INTRODUCCIÓN

En Brasil, las prácticas de humanización en el parto normal tienen como objetivo mejorar el acceso a la asistencia mediante el uso de protocolos y el seguimiento de indicadores de calidad ⁽¹⁾. Además, la asistencia al parto, en el ámbito hospitalario, presenta nuevas habilidades y prácticas con el objetivo de reducir riesgos, con el fin de reorganizar el modelo obstétrico de medicalización existente ⁽²⁾.

La humanización del parto presentó al campo de la obstetricia la discusión sobre el empoderamiento y autonomía de la mujer, haciéndola protagonista con miras a reducir la medicalización del cuerpo femenino durante el trabajo de parto y el parto. En esta perspectiva, se incluyen buenas prácticas de asistencia obstétrica y neonatal como garantía de los beneficios ofrecidos, enfatizando la participación femenina, ya que son conscientes de sus posibilidades a lo largo del proceso del parto ⁽³⁾.

Desde un punto de vista fisiológico, se espera que el embarazo y el parto se desarrollen sin complicaciones para la madre y el feto. Sin embargo, pueden existir algunas complicaciones derivadas de patologías maternas preexistentes, modificaciones y adaptaciones inapropiadas del organismo gestante, que pueden amenazar el binomio. Además, el momento del parto tiene un marcado significado en la vida de las mujeres y sus familias, ya que es un evento natural que necesita respeto debido a los cambios que ocurren, tanto en el cuerpo como en la psicología femenina ⁽⁴⁾.

En Brasil, la prevalencia de buenas prácticas obstétricas aún es baja, lo que contribuye al aumento de los riesgos maternos y perinatales ⁽⁵⁾. En 2011, el Ministerio de Salud (MS, según su acrónimo en portugués) lanzó el programa Red Cigüeña para consolidar el modelo de asistencia humanizada en el proceso de parto y nacimiento, así como para incentivar la mejora de la calidad de la atención durante el ciclo gravídico-puerperal. Este programa engloba una red de atención que asegura a las mujeres el derecho a la planificación reproductiva y la acción humanizada al embarazo, al parto y al puerperio, y a los niños el derecho a un parto seguro ^(6,3).

Para algunas mujeres, especialmente las embarazadas de alto riesgo, los centros hospitalarios que contienen maternidades se consideran lugares seguros para dar a luz porque presentan tecnologías y asistencia multidisciplinaria ⁽⁷⁾. De hecho, los avances en el campo de la obstetricia han contribuido a la mejora de los indicadores de morbilidad materna y perinatal; en contraste, ha expuesto a las mujeres y sus fetos a altas tasas de intervenciones, como la episiotomía, cesáreas sin indicaciones, oxitócicos de rutina, entre otros, los cuales, la mayoría de las veces, generan experiencias negativas o desenlaces maternos y / o neonatales desfavorables, por lo que es fundamental evaluar el proceso de asistencia obstétrica para asegurar una asistencia segura y humanizada ⁽³⁾.

Del mismo modo, la evaluación de la calidad de la asistencia es fundamental para cualquier programa de atención sanitaria, ya que favorece la mejora del proceso, identificando posibles aciertos y errores. Aunque no existen indicadores estandarizados para evaluar la calidad de la asistencia materna y neonatal, algunos son sugeridos por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ayudan en el proceso de mejora de la calidad del parto y el nacimiento seguro, así como del crecimiento y desarrollo saludables ⁽⁸⁾.

En este contexto, el Índice de Bolonia es un instrumento para evaluar la calidad de la asistencia al parto, acercándolo como un evento fisiológico. Este índice tiene como objetivo indicar la calidad en la conducta del parto normal en instituciones obstétricas, destacando la presencia del acompañante, el uso del partograma, la falta de estimulación del trabajo de parto, como el uso de oxitocina, fórceps, maniobra de Kristeller, entre otras variables ^(9,8).

El estudio sobre la evaluación de buenas prácticas en el proceso de asistencia al parto normal hospitalario se sustenta en la necesidad de identificar deficiencias y discutir una atención de calidad y segura. Así, cabe destacar la importancia de utilizar indicadores de calidad, en particular el Índice de Bolonia, en la evaluación de la asistencia brindada durante todo el proceso del parto, como diagnóstico de la asistencia brindada y el estímulo a la reflexión sobre la práctica obstétrica actual, con miras a la mejora y la adopción de buenas prácticas de atención obstétrica y neonatal. Es de destacar que el Índice de Bolonia es un instrumento utilizado tanto a nivel nacional como internacional, como sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁸⁾.

Sobre la base de lo anterior, este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de la asistencia durante el parto normal hospitalario mediante el Índice de Bolonia.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional y transversal, con diseño cuantitativo, realizado en un servicio de referencia en atención obstétrica, en la capital de Paraíba, región Nordeste/Brasil.

La muestra se realizó por conveniencia y se compuso de todas las pacientes elegibles durante el periodo de recogida de datos que se produjo entre noviembre de 2019 y marzo de 2020, totalizando una muestra de 55 púérperas.

Para ello, se incluyeron mujeres de cualquier grupo de edad, con embarazo presentando riesgo habitual, cuyo parto vaginal, espontáneo o inducido, se produjo en la maternidad, entre las 37 y las 42 semanas de gestación, con un solo feto y que, en el puerperio, estuvieron en la unidad de internación conjunta en un plazo de 48 horas.

Se excluyeron de la muestra las púérperas que tuvieron mortinatos o muertes neonatales; las mujeres que tenían alguna limitación cognitiva y mental, previamente diagnosticada, que dificultaba la comprensión y la expresión verbal, imposibilitando su participación; y las adolescentes púérperas sin tutores legales en el momento de la entrevista.

Los datos se recolectaron mediante entrevistas presenciales con las púérperas durante su estadía en la unidad de internación conjunta e información adicional en la historia clínica puerperal y neonatal.

Para ello, se construyó un formulario con preguntas sobre las características sociodemográficas de la mujer, su historia obstétrica y datos relacionados con el trabajo de parto, parto y posparto. El formulario se basó en los indicadores contenidos en la guía 'Asistencia al parto normal: una guía práctica'; Directrices del programa Red Cigüeña (RC, según su acrónimo en portugués); Directrices nacionales para asistencia al parto normal; 'Recomendaciones para una experiencia de parto positiva'; y en el Índice de Bolonia ^(10,6,11,12).

Posteriormente, el formulario de recolección de datos fue evaluado por tres especialistas en el área de salud de la mujer para la adecuación de los ítems. A continuación, se realizó una prueba piloto con cinco púérperas para verificar la

aceptabilidad, claridad y comprensión del lenguaje del instrumento. Era necesario realizar más ajustes y se descartó la muestra estadística. Una segunda prueba piloto demostró la calidad y aceptabilidad del formulario de recogida.

Las variables del Índice de Bolonia utilizadas fueron la presencia de un acompañante durante el parto; uso del partograma; ausencia de estimulación del trabajo de parto (uso de oxitocina, fórceps, maniobra de Kristeller); parto en posición no supina y contacto piel con piel entre la madre y el hijo durante al menos 30 minutos en la primera hora ⁽⁸⁾.

Los datos se tabularon en Excel y se analizaron mediante el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 26.0. Se utilizó estadística descriptiva (medidas de tendencia central, frecuencias absoluta y relativa) y estadística inferencial (prueba de Chi-cuadrado de Pearson o Prueba Exacta de Fisher). La Prueba Exacta de Fisher se utilizó en los casos en que el número de células con una frecuencia inferior a 5 era superior al 20%.

También se realizó la Prueba Chi-cuadrado de Proporción para evaluar la distribución de variables, con el fin de identificar diferencias entre las frecuencias observadas y esperadas en esa población. Para todos los análisis, se utilizó un nivel de significancia del 5% (valor de $p < 0,05$).

Para el análisis del Índice de Bolonia, se atribuyó un punto a cada variable, si se cumplía. Luego de evaluar la asistencia, el valor de la suma de "0" se considera de menor calidad, de "1 a 4" calidad intermedia y "5" mayor calidad de la asistencia. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud (CCS) de la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE), con el Dictamen nº 3.958.607/2020 y el Certificado de Presentación para Evaluación Ética nº 94050318.6.0000.5208.

RESULTADOS

En cuanto a las características sociodemográficas, hubo una edad promedio de 25 años ($DE \pm 6,56$), la mayoría de las mujeres vivía con una pareja (36; 65,5%), autodeclaradas marrones (37; 37,3%), tenían un trabajo remunerado (28; 50,9%), tenían un ingreso mensual de 1 a 3 salarios mínimos (46; 83,6%) y habían completado la escuela secundaria (26; 47%), como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 – Distribución sociodemográfica de las puérperas (n = 55). João Pessoa, PB, Brasil, 2021.

Variables	n (%)	IC	p-valor**
Grupo de edad (años)			
≤18	8(14,5)		
19 – 25	22(40,0)		
26-30	12(21,8)	26,26 – 26,81	0,001
31-35	11(20,0)		
>36	2(3,6)		
Educación (años de estudio)			
≤ 9	24(43,6)		

10 a 12	26(47,3)	1,48 – 1,83	<0,001
> 12 años	5(9,1)		
Convivencia con una pareja			
Sí	36(65,5)	1,22 – 1,48	0,02
No	19(34,5)		
Raza autodeclarada			
Blanca	12(21,8)		
Negra	3(5,5)		
Marrón	37(67,3)	2,34 – 2,86	<0,001
Amarilla	1(1,8)		
Indígena	2(3,6)		
Ocupación			
Con ocupación	28(50,9)	1,35 - 1,63	0,89
Sin ocupación	27(49,1)		
Ingreso (salario mínimo*)			
Menos que 1	8(14,5)		
1 a 3	46(83,6)	1,77 - 1,98	<0,001
Mayor que 3	1(1,8)		

* Salario mínimo en el momento de la recolección de datos: R\$ 1.045,00 –

** Prueba Chi-cuadrado de Proporción.

En cuanto a los datos obstétricos, la edad gestacional promedio fue de 39 semanas ($DE \pm 1,56$) y de 1,93 cm de dilatación ($DE \pm 0,89$) en el momento del ingreso en maternidad. La mayoría de las mujeres ingresaron por parto normal con menos de 6 cm de dilatación cervical (63,6%). Entre las participantes del estudio, solo tres prepararon y entregaron el plan de parto (5,5%). Se observó un incentivo para la lactancia materna en la sala de parto (42; 76,4%). Los partos obstétricos de bajo riesgo fueron atendidos por médicos (33; 60%) y enfermeras (22; 40%). El perfil obstétrico de las madres y los datos de los recién nacidos se describen en la Tabla 2.

Tabla 2 – Perfil obstétrico de las puérperas y los datos de recién nacidos (n = 55).
João Pessoa, PB, Brasil, 2021.

Variables	n (%)	IC	p-valor*
Edad gestacional (semanas)			
37-38	16(29,1)	2,54 - 2,98	<0,001
39-40	31(56,4)		
≥ 41	8(14,5)		
Preparación de un plan de parto			
Sí	3(5,5)	1,88 - 2,01	<0,001
No	52(94,5)		
Atención prenatal de la pareja			
Sí	22(40,0)	1,47 - 1,73	0,183
No	33(60,0)		
Dilatación al ingresar en la maternidad			
< 4 cm	24(43,6)		

entre 4 y 5 cm	11(20,0)	1,68 - 2,17	0,09
≥ 6 cm	20(36,4)		
Profesional durante la asistencia al parto			
Médico	33(60,0)	1,75 - 2,29	<0,001
Enfermera obstétrica	22(40,0)		
Peso del recién nacido			
< 2500	2(3,6)	1,91 - 2,01	<0,001
≥ 2500	53(96,4)		
Lactancia en la sala de parto			
Sí	42(76,4)	1,12 - 1,35	0,89
No	13(23,6)		

*Prueba Chi-cuadrado de Proporción

Entre las entrevistadas, 26 eran primíparas y 47 tuvieron partos espontáneos. El promedio de visitas a la maternidad en busca de ingreso fue de 2,71 (DE \pm 0,10) y el promedio de toques vaginales realizados entre el momento del ingreso y el nacimiento fue de 2,60 (DE \pm 0,09), realizados en su mayoría por el profesional médico (46; 83,6%). En la mayoría de los nacimientos, los recién nacidos tuvieron una puntuación de Apgar superior a 7 en el primer minuto de vida (49; 89%).

En cuanto a la evaluación de la asistencia obstétrica por el Índice de Bolonia, se observó un promedio global de 3,44, clasificando el servicio como de calidad intermedia. Entre las cinco variables que componen el Índice de Bolonia, los mayores porcentajes se relacionaron con el uso del partograma (85,4%), la presencia de un acompañante en el momento del parto (94,5%) y el contacto piel con piel entre la madre y el niño, al menos 30 minutos, en la primera hora de vida (98,1%). En cuanto a las prácticas de asistencia obstétrica no recomendadas, se encontró el uso de oxitocina (27,2%) durante la primera etapa del parto y la realización de la maniobra de Kristeller (9%) en el momento del nacimiento (Tabla 3).

Tabla 3 – Variables del Índice de Bolonia en el servicio de atención al parto y al nacimiento (n = 55). João Pessoa, PB, Brasil, 2021.

Variables	SÍ	NO
	n (%)	n (%)
Parto en una posición no supina	5 (9,1)	50(90,9)
Ausencia de estimulación en el parto	31 (56,3)	24(43,7)
Uso del partograma	47 (85,4)	8(14,6)
Presencia de un acompañante durante el parto	52 (94,5)	3(5,5)
Contacto piel con piel entre la madre y el niño	54 (98,1)	1(1,9)

Entre los tipos de posiciones para el parto normal, la más frecuente fue la posición de litotomía (50; 90,9%). Sin embargo, se encontró la influencia de la posición horizontal sobre la calidad intermedia obtenida del Índice de Bolonia, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4 – Asociación entre el Índice de Bolonia y las variables sociodemográficas y obstétricas de las puérperas (n = 55). João Pessoa, PB, Brasil, 2021.

Variables	Índice de Bolonia		p-valor
	Sí n (%)	No n (%)	
Educación (años de estudio)			
≤ 9	23 (95,8)	1 (4,2)	0,527*
10 a 12	26 (100,0)	0 (0,0)	
> 12 años	5 (100,0)	0 (0,0)	
Ingreso (salario mínimo)			
<1	8 (100,0)	0 (0,0)	1,000*
1 a 3	45 (97,8)	1 (2,2)	
>3	1 (100,0)	0 (0,0)	
Edad (años)			
≤18	8 (100,0)	0 (0,0)	1,000*
19 – 25	21 (95,5)	1 (4,5)	
26-30	12 (100,0)	0 (0,0)	
31-35	11 (100,0)	0 (0,0)	
≥36	2 (100,0)	0 (0,0)	
Elección del tipo de parto por parte de la mujer			
Sí	36 (97,3)	1 (2,7)	0,673*
No	18 (100,0)	0 (0,0)	
Preparó un plan de parto durante la atención prenatal			
Sí	3 (100,0)	0 (0,0)	0,945*
No	51 (98,1)	1 (1,9)	
Participación de la pareja en las consultas prenatales			
Sí	22 (100,0)	0 (0,0)	0,600*
No	32 (97,0)	1 (3,0)	
Posición en la que la mujer dio a luz			
Horizontal	50 (100,0)	0 (0,0)	0,091
Vertical	4 (80,0)	1 (20,0)	

* Prueba Exacta de Fisher; ** Prueba Chi-cuadrado de Pearson

DISCUSIÓN

La evaluación de la asistencia brindada durante el parto y el posparto hospitalario con base en indicadores de calidad es fundamental para mejorar la atención obstétrica y una mayor satisfacción con la experiencia del parto normal. Según esta propuesta, la evaluación de la calidad de la asistencia se vuelve continua y no se basa únicamente en las consecuencias de algún error en el proceso ^(1,13).

Cabe destacar que el Índice de Bolonia incluye variables que recogen aspectos asociados a los procedimientos de atención al parto, y es un indicador cuantitativo, accesible y de fácil aplicación que pretende evaluar la calidad de la asistencia al parto normal ⁽⁸⁾.

En Brasil, la asistencia obstétrica de calidad intermedia, obtenida por el Índice de Bolonia, también se encontró en los estados de Rio Grande del Norte y

Pernambuco^(9,8). Asimismo, se observó un perfil sociodemográfico similar a otros estudios brasileños realizados con puérperas en maternidades públicas ^(14,15).

Por otro lado, una encuesta realizada en Porto Alegre señaló que la calidad de la asistencia hospitalaria durante el parto no es satisfactoria en comparación con otros países del mundo que tenían menores tasas de mortalidad neonatal y mayor adherencia a las buenas prácticas obstétricas. Esta afirmación puede estar asociada con el mantenimiento de prácticas inadecuadas y nocivas realizadas en el ámbito obstétrico hospitalario en Brasil ⁽¹⁴⁾.

Se percibe que este hecho impacta directamente en la asistencia brindada y refuerza la pasividad femenina en detrimento de la hegemonía del protagonismo de los profesionales de la salud en todo el proceso fisiológico, ya que son pocas las mujeres que elaboran los planes de parto y, posiblemente, dialogan con el equipo sobre la realización de intervenciones durante el parto ⁽⁸⁾.

Se subraya la necesidad de orientar y fomentar más las buenas prácticas obstétricas para abordar el respeto a la fisiología del parto. Además del fomento de las posiciones verticales a partir del estímulo de las mujeres frente a las posibilidades y la libre elección de la posición, la no utilización de la maniobra de Kristeller, la mayor concienciación sobre la importancia y los beneficios del uso del partograma, el respeto a la presencia de un acompañante en el parto y el fomento de la hora de oro para fortalecer el vínculo y los beneficios para la salud materna y neonatal ^(8,13,15).

El uso de posiciones no supinas se asocia con el control y la reducción del dolor y hace que las contracciones uterinas sean más eficientes. Es de destacar que esta práctica pertenece a la categoría A de clasificación de la OMS ⁽⁸⁾. Sin embargo, se comprobó una frecuencia considerable de mujeres que dieron a luz en la posición horizontal y, consecuentemente, hubo una contribución a la reducción de puntos en el Índice de Bolonia.

En Porto Alegre, se encontró que las posiciones verticales en el período expulsivo fueron predominantes en los partos atendidos por enfermeras obstétricas como estrategia que ayuda a reducir la duración de la segunda etapa del parto, riesgo de operación cesárea, necesidad de analgesia epidural, entre otras ventajas. Así, es de destacar que las mujeres deben ser informadas sobre los beneficios relacionados con la posición vertical y alentadas a asumir la que más se adapte a sus necesidades, con el fin de favorecer el curso natural del parto ⁽¹⁶⁾.

En los resultados, se observó un porcentaje relevante en cuanto al no uso de estimulantes del parto. Sin embargo, aún se encontró el uso de oxitocina durante el primer período clínico, así como la realización de la maniobra de Kirsteller, procedimientos que son contrarios a la fisiología del parto normal.

En Brasil, el uso de oxitocina sintética se asocia con el crecimiento de la hospitalización en el parto normal, la figura del obstetra como principal responsable del proceso del parto, la alta medicalización del cuerpo femenino y otras intervenciones obstétricas, como la episiotomía, el uso de la posición horizontal y la maniobra de Kristeller, procedimiento actualmente prohibido⁽¹⁷⁾. Un estudio transversal realizado en Suecia mostró un porcentaje del 46% en el uso de oxitocina sintética en

la primera etapa del parto, relacionándolo con experiencias negativas vividas por las mujeres durante el parto ⁽¹⁸⁾.

La oxitocina sintética se usa de forma rutinaria en varias maternidades brasileñas para aumentar y acelerar las contracciones, lo que interfiere directamente con el parto natural ⁽¹⁹⁾. A su vez, la maniobra de Kristeller, además de ser conocida por ser dañina para la salud materna y neonatal, también es ineficaz durante el parto, que debe proceder con la menor cantidad de intervenciones posibles, según lo recomendado por la evidencia científica ⁽²⁰⁾.

A esto se suma la recomendación de la OMS de evitar el ingreso temprano con dilatación cervical menor de 4 centímetros, ya que permite intervenciones innecesarias, asociadas a la extensión del período de hospitalización de la parturienta en un ambiente hospitalario ⁽¹²⁾.

En cuanto al uso del partograma, se reconoce que esta herramienta contribuye al seguimiento preciso del trabajo de parto, las desviaciones del bienestar materno y fetal y la evolución del parto ⁽²¹⁾. Estos registros ayudan al equipo a realizar las intervenciones que son esenciales para las necesidades clínicas de la madre y el feto, con el fin de reducir el riesgo de mortalidad materno-fetal ⁽²²⁾. Un estudio descriptivo exploratorio transversal realizado en Acre mostró el uso del partograma en el 53,5% de las historias clínicas analizadas ⁽²³⁾.

Desde esta perspectiva, es fundamental concienciar al equipo para la correcta y continua realización del partograma, así como su plena comprensión. Para ello, es esencial que cada profesional responsable de la asistencia obstétrica reconozca la importancia de este instrumento, con el fin de priorizar su uso, incluso en un escenario desfavorable, ya que registros inadecuados o la no utilización de este instrumento pueden favorecer el aumento del número de operaciones cesáreas ⁽²⁴⁾.

En esta investigación, se percibió un importante respeto por la presencia de un acompañante en el parto, que se asocia directamente a la garantía de la ley y a una asistencia respetuosa, acogedora y cualificada. Así, la experiencia sensible del parto remite a un tipo de comunión familiar deseada, porque la compañía de alguien que comparte la emoción del parto es un vínculo con el contexto familiar e íntimo vivido antes del hospital, que ayuda a situar el parto como una historia de vida ⁽²⁵⁾.

La presencia de un acompañante, según la preferencia de la mujer, durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio inmediato fue regulada en Brasil por la Ley nº 11.108, del 7 de abril de 2005 ⁽²⁶⁾. Esta medida fue reafirmada a través de la Ordenanza GM/MS nº 1.459, de 24 de junio de 2011, que instituye el programa Red Cigüeña, con el objetivo de garantizar la seguridad y acogida en el parto y para las mujeres y sus recién nacidos, mediante la presencia de un acompañante ⁽⁶⁾.

En la variación del Índice de Bolonia, también se evalúa el contacto piel con piel inmediato y continuo entre la madre y el niño en la primera hora tras el nacimiento, con el fin de mejorar el periodo de adaptación del recién nacido y la madre en la transición del espacio intrauterino al extrauterino y proporcionar un mayor vínculo entre el binomio. En un estudio retrospectivo y documental, con enfoque cuantitativo, realizado en una maternidad del estado de Alagoas, se observó un porcentaje del 79,17% en cumplimiento de la variable “contacto piel con piel inmediato”, lo que

demuestra adherencia a esta práctica de humanización en el parto normal ⁽²¹⁾. Además, un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, desarrollado en el estado de Pernambuco, expresó que los enfermeros demostraron un conocimiento científico adecuado sobre esta práctica, así como sobre otras acciones de humanización realizadas en la sala de parto ⁽²⁷⁾.

Durante la atención al parto normal y con riesgo habitual, el rol de la enfermera obstétrica puede asegurar a la mujer un sentimiento de apoyo, una sensación de tranquilidad y la confianza en el escenario del parto. Esta relación de confianza mutua entre enfermeras y parturientas favorece su bienestar y crea un vínculo basado en las habilidades de interacción y escucha, para hacer estas relaciones más horizontales y terapéuticas ⁽¹⁵⁾.

Un estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado en Salvador reveló que las mujeres entrevistadas reportaron satisfacción con la asistencia de enfermería, asociándola con la atención en los cuidados recibidos, en el trato de acuerdo a las necesidades individuales y subjetivas, en la permanencia al lado y en el recibimiento de palabras de aliento durante el proceso de parto normal ⁽²⁸⁾.

Es importante inferir que el modelo de atención propuesto por el programa Red Cigüeña sugiere la garantía de buenas prácticas y seguridad en la asistencia al parto y al nacimiento, incluyendo la participación de la enfermería obstétrica en la atención regular del parto con riesgo habitual, fomentando su protagonismo en la atención y la autonomía de actuación en equipo ⁽²⁹⁾. Sin embargo, en las maternidades brasileñas, todavía existe una fuerte influencia del profesional médico como responsable del proceso normal de parto con riesgo habitual ⁽³⁰⁾.

Finalmente, se observa que el plan de atención humanizada, cuando se presenta en el proceso gravídico-puerperal, favorece el intercambio de información entre los profesionales de la salud y las mujeres, como un medio para asegurar el conocimiento sobre los derechos legales, así como el empoderamiento sobre la fisiología del parto normal. Además, este conocimiento favorece la autonomía de la mujer durante el parto, convirtiéndola en protagonista durante el embarazo, el parto y el puerperio ⁽⁷⁾.

CONCLUSIÓN

La asistencia durante el parto normal hospitalario se clasificó como de calidad intermedia, según el Índice de Bolonia, con expresión relevante en cuanto al contacto piel con piel entre la madre y el hijo, presencia de un acompañante durante el parto y el uso del partograma. Teniendo en cuenta los resultados observados en el presente estudio, se puede señalar que ha habido un avance en la calidad de la atención al parto hospitalario, pero es necesario ampliar la información a las mujeres, que corrobore para la autonomía y las opciones seguras desde el incentivo al plan de parto, además de la mayor adhesión de los profesionales a las buenas prácticas obstétricas y la inserción de la enfermera en la asistencia obstétrica con riesgo habitual.

Los datos de esta investigación tienen el potencial de contribuir a la mejora de la asistencia al parto y al nacimiento y a la discusión de variables que incentivan la

calidad de la atención obstétrica, con el fin de despertar la continuidad en la adherencia a las buenas prácticas en los servicios públicos de salud.

En cuanto a las limitaciones del estudio, destacamos el hecho de que las entrevistas se realizaron en las 48 horas posteriores al parto, durante la hospitalización de la puérpera. Esta condición puede generar un sesgo de cortesía en la recogida de datos y, por tanto, influir en las respuestas sobre las prácticas de atención al parto. Además, otra limitación se refiere a que el Índice de Bolonia no contempla variables cualitativas que pueden ser fundamentales para obtener una percepción amplia de la calidad de la atención obstétrica.

REFERENCIAS

1. Genovesi FF, Canario MASS, Godoy CB, Maciel SM, Cardelli AAM, Ferrari RAP. Maternal and child health care: adequacy index in public health services. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acceso 2021 Mar 25]; 73(Suppl 4). Disponible em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0757>
2. Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *Hist Cienc Saude Manguinhos* [Internet]. 2020 [acceso 2021 Mar 25]; 27(2):485-502. Disponible em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>
3. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acceso 2021 Mar 26];35(7):e00223018. Disponible em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
4. Carvalho SS, Silva CS. Revisão integrativa: promoção das boas práticas na atenção ao parto normal. *Rev Aten Saude* [Internet]. 2020 [acceso 2021 Mar 27];18(63):110-9. Disponible em: <https://dx.doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6290>
5. Vieira BC, Backes MTS, Costa LD, Fernandes VMB, Dias HHZR, Backes DS. Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2019 [acceso 2021 Mar 27];72:191-6. Disponible em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0422>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2011 [acceso 2021 Mar 29]. Disponible em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
7. Leal MS, Moreira RCR, Barros KCC, Servo MLS, Bispo TCF. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [acceso 2021 Mai 9];74(Suppl 4):e20190743. Disponible em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>
8. Moura NAS, Holanda VR, Albuquerque GPM, Castro JFL, Silva HRL, Rocha EPG. Analysis of practices in childbirth and postpartum hospital care. *Rev Rene* [Internet]. 2020 [acceso 2021 Mar 30];21:e43671. Disponible em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143671>
9. Carvalho IS, Brito RS. Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acceso 2021 Mar 30];50(5):741-8. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600005>
10. Organización Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático [Internet]. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde

- reprodutiva e da família. Genebra: OMS, 1996 [cited 2021 Abr 2]. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/42116270/maternidade-segura-aben>
11. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso 2021 Abr 2]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
 12. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso 2021 Abr 9]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
 13. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Assessment of delivery and childbirth care in the maternity units of RedeCegonha: the methodological paths. CiêncSaúde Colet [Internet]. 2021 [acesso 2021 Abr 16];26(3):789-800. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>
 14. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 16];27:e3139. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
 15. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT, Silva SD. Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the RedeCegonha, Brazil - 2017. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2021 [acesso 2021 Abr 17];26(3):919-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>
 16. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Care practices in normal-risk births assisted by obstetric nurses. Acta Paul Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2021 Abr 17];33:eAPE20180284. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
 17. Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. Synthetic oxytocin and hastening labor: reflections on the synthesis and early use of oxytocin in Brazilian obstetrics. Hist Cienc Saude Manguinhos [Internet]. 2018 [acesso 2021 Abr 17];25(4):979-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>
 18. Johansson C, Finnbogadóttir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience—a cross-sectional study. Midwifery [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 22];79:102540. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102540>
 19. Pereira LR, Rodrigues GMM, Ferreira ES, Barros INM, Carneiro MS, Siqueira LS. Normal childbirth and interventions in a public maternity. Rev BaianaEnferm [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 22];33:e-32631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.32631>
 20. Nascimento KIM, Lima VS, Novaes CDP, Ponte AR, Aragão CRB, Trindade GBM, et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. Braz J Health Rev [Internet]. 2021 [acesso 2021 Abr 29];4(2):7362-80. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-278>
 21. Silva LF, Sanches METL, Santos AAP, Oliveira JCS, Acioli DMN, Santos JAM. Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas. Rev. baiana enferm [Internet]. 2021 [acesso 2021 Abr 29];35:e37891. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.37891>
 22. Lucena TS, Morais RJL, Santos AAP. Analysis of partogram completion as good obstetric practice in the monitoring of labor. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online). [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 29];11(1):222-7. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227>
 23. Lima SBG, Schirmer J, Dotto LMG, Santos CL. Obstetric practices adopted by a public maternity in Rio Branco-AC. Cogitare Enferm [Internet]. 2018 [acesso 2021 Abr 29]; (23)4:e53258. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.53258>

24. Medeiros AB, Freire ILS, Santos FR, Silva BCO, Batista GFM, Menezes MM. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. Rev Cuid (Bucaramanga. 2010). [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mai 8];11(3):e1046. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>
25. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovo CR, Wagner KJP, Boing AF. From prenatal care to childbirth: a cross-sectional study on the influence of a companion on good obstetric practices in the Brazilian National Health System in Santa Catarina State, 2019. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2021 [acesso 2021 Mai 8];30(1):e2020383. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>
26. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2005 [acesso 2021 Abr 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm.
27. Souza HLR, Fernandes FECV, Pereira RCLF, Melo RA. Compreensão da enfermagem sobre o contato pele a pele entre mãe/bebê na sala de parto. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mai 8];10(e93):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769242729>
28. Bomfim ANA, Couto TM, Lima KTRS, Almeida LTS, Santos GO, Santana AT. Women's perceptions about nursing care during normal delivery. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2021 [acesso 2021 Mai 8];35:e39087. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.39087>
29. Santos Filho SB, Souza KV. RedeCegonha network and the methodological challenges of implementing networks in the SUS. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2021 [acesso 2021 Mai 9];26(3):775-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>
30. Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGM, Loyola CMD. Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso 2021 mai 9];28:e20170544. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia