



PREMIOS INNOVA
en Salud de la Mujer
en modelos asistenciales

Resumen Centro de Nacimientos Casa Laietana

Un modelo de atención satisfactorio, seguro,
sostenible y costoefectivo

Autoras:

Lucía Alcaraz Vidal, Comadrona

Roser Gol Gomez, Matrona

Chiara Capece, Matrona

Hospital German Trias i Pujol, Badalona (Barcelona)

Organizado y avalado por:



Patrocina:



El modelo de continuidad asistencial por comadronas (MCAL)



Existe evidencia internacional de alta calidad que demuestra la mejora de los resultados clínicos, tanto para la madre como para la criatura, cuando la atención es proporcionada por una comadrona conocida o pequeño equipo de matronas y en colaboración con los profesionales obstetras y neonatólogos, entre otros⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾(2)(3)(4).

En 2018, la OMS actualizó sus recomendaciones para una experiencia positiva en la atención al parto y **recomienda el modelo de continuidad asistencial liderado por comadronas**, ya sea por una comadrona o un pequeño grupo de comadronas¹⁽⁴⁾. Según la revisión Cochrane de 2016, los MCAL han demostrado beneficios en cuanto a la disminución del índice de cesáreas y partos instrumentados, mayor posibilidad de parto espontáneo, menor necesidad de analgesia peridural y mayor satisfacción con la experiencia⁽⁵⁾. En esta revisión también se evidencian otros resultados como la disminución de los partos pretérmino y de las pérdidas fetales antes de la semana 24 de gestación y añade, en relación a estas dos variables, que: “su estudio es complejo ya que no se sabe si los resultados son mejores para la filosofía inherente a la profesión, especializada en fisiología, o por la continuidad de la atención, o la suma de ambas circunstancias”⁽⁴⁾⁽⁶⁾(6).

Objetivos del modelo de atención por matronas en el Casa Laietània



- Proveer una atención centrada en las necesidades de las mujeres que asegure una asistencia adecuada y oportuna provista por los/as profesionales adecuados y en el lugar adecuado.
- Promover la **participación de la mujer en la toma de decisiones** sobre su atención durante la gestación, parto y posparto.
- Proporcionar a la mujer una continuidad en la atención provista por las mismas comadronas.
- Promocionar el nacimiento como un acontecimiento natural para la mayoría de las mujeres, minimizando los miedos y mejorando el apoyo al parto y al nacimiento.
- Ofrecer una filosofía de trabajo centrada en el proceso de embarazo, parto y posparto como acontecimientos normales de la vida de las mujeres.
- Proveer una atención segura con resultados maternos y neonatales de calidad basada en la mejor práctica y en la mejor evidencia disponible.

¹ OMS (2018) Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.

Incorporar esta evidencia a nuestra realidad es uno de los objetivos del proyecto Centro de Nacimientos de Cataluña y debería estar en la mesa de todos los proveedores de Salud Sexual y Reproductiva. Ofrecer una atención cercana, provista por comadronas que se mantenga durante el embarazo, el parto y el puerperio implica un cambio de modelo asistencial, centrado más en los factores de salud que en los factores de riesgo, que da respuesta a la demanda creciente de las mujeres de una atención más individualizada y con perspectiva de género, y una mirada holística y salutogénica.

¿Qué es un Centro de Nacimientos?



Otro aspecto que ha demostrado influir en la experiencia del parto es el espacio donde éste tiene lugar. Cada vez hay más estudios que evidencian que los espacios de parto/nacimiento pueden ser diseñados para favorecer la sensación de seguridad y calma, sensaciones ambas asociadas a la disminución en la tasa de intervenciones, los buenos resultados clínicos y experiencias positivas del parto⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Los Centros de Nacimiento (Birth Centers) son unidades o espacios cuyo diseño está centrado en las necesidades de las mujeres de parto y sus acompañantes. Los CN pueden estar dentro o fuera de los hospitales y especialmente diseñados para asistir al parto y el nacimiento de las mujeres con gestaciones sin complicaciones y en el nivel más bajo de intervención. A nivel conceptual, **los CN son espacios similares a un domicilio**, donde las matronas son las principales proveedoras de la atención desde el ingreso hasta el alta.

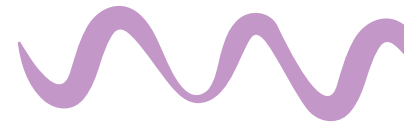
Los CN integrados dentro del hospital, cuentan con el apoyo del equipo de obstetricia (obstetras y comadronas) de la sala de partos convencional y con los servicios de neonatología y anestesiología.

Por qué apostar por los centros de nacimiento



Los centros de nacimiento ponen las necesidades de las mujeres en el centro de la atención obstétrica. Los CN ofrecen un modelo de atención seguro, saludable y sostenible que respeta la fisiología y los tiempos del parto adaptándose a cada mujer según sus necesidades, deseos, valores y expectativas. Esta propuesta responde al derecho de las mujeres a tener a su hijo/hija en el entorno que ellas deseen, derecho avalado en el marco del Parlamento de Cataluña en relación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (junio 2019) y por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾.

Indicadores de evaluación



Para poder hacer una evaluación cuidadosa del impacto de un CN en términos de salud, experiencia vivida y costos, es necesario tener indicadores que nos permitan medir estos resultados. Estos indicadores se han recogido en el Documento de Estándares de los CN de la Generalidad de Cataluña, pendiente de publicación. Algunos de los indicadores que se presentan en este documento son:

1. Número de mujeres que han sido derivadas a la UO durante el parto / número total de mujeres que han iniciado el parto en la CN.
2. Número de bebés que han sido derivados a neonatología / número total de bebés nacidos en el CN.
3. Número de bebés que han reingresado en el hospital tras el alta / número total de bebés nacidos en el CN.
4. Número de mujeres con partos eutócicos / número total de mujeres que han iniciado el parto en el CN.
5. Número de mujeres con partos instrumentados / número total de mujeres que han iniciado el parto en el CN.
6. Número de mujeres con cesárea/ número total de mujeres que han iniciado el parto en el CN.
7. Número de mujeres con desgarros perineales de 3^{er} y 4^o grado / número total de mujeres que han iniciado el parto en el CN.
8. Número de mujeres con episiotomía/ número total de mujeres que han iniciado el parto en el CN.
9. Número de mujeres y bebés que han recibido el alta en el domicilio entre las 6 y las 12h postparto/ total partos asistidos en el CN.
10. Número de mujeres que dan lactancia materna exclusiva al alta/ número total de mujeres que iniciaron el parto en el CN.

Circuito de atención en el CN



Las mujeres son informadas durante el seguimiento del embarazo, por las matronas del ASSIR y, si desean un parto natural y cumplen criterios, se las deriva al CN para una primera visita y seguimiento hasta el parto. El acompañamiento también incluye la atención telefónica pre y postparto 24h por la matrona que está de guardia. La mujer puede estar acompañada de las personas de su elección durante el trabajo de parto y, una vez ha dado a luz, las matronas cuidarán de ella y de la criatura hasta el alta a domicilio que se producirá entre las 6 y las 12h tras el parto, directamente desde el CN. Antes del alta, se coordina una visita domiciliaria con las matronas del ASSIR a las 24 de la misma.

Análisis DAFO al inicio del proyecto



DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none">- Falta de coordinación/cohesión entre comadronas, obstetras y neonatólogos/ as y servicio de anestesia- Falta de objetivos comunes de todo el equipo- Desconfianza de las obstetras/neonatólogos/ as y anesthesiólogos/ as en el nuevo modelo- Poca cultura del trabajo multidisciplinario no jerarquizado- Variabilidad en la práctica- Recogida de datos no adaptada al nuevo servicio- Pocos recursos destinados a la investigación en matronería- Falta de investigación desde un enfoque multidisciplinar- Grandes diferencias en relación con el espacio y decoración entre el CN y la UO- Dificultad en la recogida de datos debido a los diferentes programas utilizados (Ecap, SAP y Geslin)- Recogida de datos diferentes entre EL ASSIR, la OU y el CN	<ul style="list-style-type: none">- Falta de comadronas en el mercado laboral y falta de comadronas expertas- Incertidumbre sobre el funcionamiento del nuevo modelo asistencial en nuestro entorno- Incertidumbre sobre la financiación del modelo (MCAL) y de la sanidad en Cataluña debido a la situación política actual y a la crisis financiera- Incertidumbre sobre las tendencias de crecimiento de la población de referencia y disminución de la natalidad- Dificultades para adaptarse a las expectativas de las usuarias- Dificultades en la articulación del CN como servicio de primaria, pero ubicado en el hospital- Exceso de demanda del CN por parte de las usuarias- Población no autóctona (>30%)- La pandemia por COVID-19- Ha requerido la utilización del espacio del CN para el área de aislamiento del servicio

FORTALEZAS

- Nueva dirección que impulsa cambios para la mejora de la atención madre hijo.
- Apoyo al modelo de continuidad asistencial liderado por comadronas
- Haber afrontado como equipo, un primer cambio
- Conceptual en la atención al parto con la creación de un espacio de parto natural en la sala de partos convencional
- Espacios adecuados para favorecer una experiencia positiva del parto
- Creación de una nueva prestación dentro de la cartera de servicios en el ASSIR Badalona Sa Adrià y en el HUGTIP
- Cohesión comadronas de la ASSIR
- Apoyo institucional
- Impulso a un modelo de atención a la mujer de parto que promueve la salud y la equidad
- Impulso a un modelo de autogestión del equipo de comadronas
- Reconocimiento del hospital como centro de referencia en la formación de comadronas residentes
- Comadronas con el perfil competencial adecuado
- El model asistencial de las matronas de atención primaria (ASSIR)

OPORTUNIDADES

- Transmisión de la información del nuevo modelo asistencial o Cambio de modelo favorecido por las directrices de organismos europeos e internacionales
- Tecnologías de la información como herramienta de divulgación del conocimiento
- Cambio cultural en relación con la salud en general y a la salud sexual y reproductiva en particular
- Formación de nuevos profesionales comadronas en un modelo de matronería donde se desarrollan plenamente las competencias en la atención a la mujer gestante y al recién nacido
- Potenciar la atención al puerperio y la lactancia materna
- Fortalecer la relación entre ASSIR y Hospital
- Inclusión de las usuarias del territorio en el proyecto desde el inicio
- Posibilidad de ofrecer rotaciones a comadronas residentes y postgraduadas
- Evidencia del funcionamiento del modelo en otros países
- Colaboración con la red de CN Red Midwifery Unit Network (MUNet)
- Mejora de los índices de partos no medicalizados, instauración de la lactancia, satisfacción de la mujer (Plaensa)
- Liderazgo del ICS en el ofrecimiento piloto de la prestación pública
- Modelo asistencial atractivo para las comadronas
- Proyecto en sinergia en el cambio de modelo de atención al parto de la DGTGO (Servicio de Obstetricia)
- Potenciar y liderar la investigación en este campo
- La evidencia de que hay que tener espacios, dentro del hospital, diferenciales

Implementación del proyecto



Los resultados de diferentes estudios y experiencias nacionales e internacionales (MidconBIRTH) evidencian la demanda social de un modelo de atención al embarazo, parto y puerperio más humanizado, fisiológico, basado en el acompañamiento no intervencionista y el respeto a la autonomía y toma de decisiones compartidas. Al mismo tiempo, estos modelos requieren asegurar la seguridad materna y neonatal, la cual se maximiza si estas unidades de atención y acompañamiento al parto se sitúan en proximidad o contigüidad a los dispositivos hospitalarios. De acuerdo con esta línea, en mayo de 2017 el Departamento de Salud nos ofreció la oportunidad de implementar este modelo de atención a la mujer gestante de bajo riesgo dentro de la cartera de servicios del centro. Después de 4 años de preparación, finalmente este dispositivo y modelo se inició en julio de 2021 en el Centro de Nacimientos (CN) Laietània, con unos resultados preliminares muy satisfactorios, con fortalezas bien patentes, oportunidades a desarrollar, así como también con debilidades y amenazas detectadas ya en proceso de reflexión y en vías de resolución.

El proyecto, como modelo asistencial mixto primaria-hospital desplegado en la corona 1 de la Gerencia Territorial Metropolitana Norte, ha sido posible gracias a un trabajo intenso, transversal e interdisciplinar de coordinación con el dispositivo de asistencia primaria (ASSIR Badalona-Sant Adrià), bajo el paraguas de la Dirección Clínica Territorial de Obstetricia y Ginecología (DCTG&O). El Plan Funcional del CN, a pesar de los tropiezos previsibles por el impacto del cambio de modelo que representa (y otros menos previsibles como la pandemia COVID-19), se ha llevado a cabo de forma fluida y satisfactoria. La Figura 1 muestra el cronograma de desarrollo del proyecto, la Figura 2 describe los factores clave del modelo, y la Figura 3 resume los criterios de inclusión de las mujeres candidatas a ser atendidas en el CN.



Figura 1: Cronograma del despliegamiento del CN Laietània.

MODELO DE ATENCIÓN



Figura 2: Resumen de los factores clave del modelo de atención y acompañamiento del CN.

A QUIEN VA DIRIGIDO

EMBARAZO SIN COMPLICACIONES
FETO ÚNICO EN PRESENTACIÓN CEFÁLICA
37 a 41 ⁻⁶ SEMANAS
INICIO ESPONTANEO DEL PARTO

En la parte inferior izquierda del recuadro de la tabla se indica '13' y '10/5/2023'. En la parte inferior derecha se encuentran los logos de 'Generalitat de Catalunya' y 'Salut/ Institut Català de la Salut'.

Figura 3. Criterios de inclusión generales

Los criterios de inclusión específicos están basados en la guía de práctica clínica “Guía de criterios de admisión en una unidad liderada por matronas (ULM)” (DOI: 10.3234/fcs.wp.2021.02)⁽¹⁹⁾

El Espacio



Para equipar el CN se han tenido en cuenta diferentes aspectos que tienen un claro impacto en el proceso del parto:

La movilidad

- Muebles a diferentes alturas que favorecen la libertad postural
- Tierras practicables donde acomodarse con márfagas y elementos de soporte postural (pelotas, taburetes)
- Bañera que permite la inmersión en agua caliente
- Elementos que permiten la suspensión (barras, lianas)

La intimidad

- Luz natural y posibilidad de penumbra y regulación de la intensidad de la luz
- Requisito que permite estar arrinconada, lejos de la puerta y/o protegida de la entrada
- Requisito que permite el apoyo de la pareja y el acompañamiento en la intimidad
- Pavimento que permite la exploración de la mujer con la mínima exposición
- Elementos para personalizar según aspectos culturales o personales (olores, música)

La seguridad

- Elementos de control del bienestar fetal y materno
- Elementos de apoyo para la reanimación neonatal
- Elementos de asistencia para la revisión del perineo
- Material para resolver emergencias
- Elementos de activación de emergencias
- Regulación de la temperatura ambiente y del agua de la bañera

Las medidas de alivio del dolor

- Inmersión en agua caliente
- Óxido nitroso
- Estimulación eléctrica transcutánea
- Material para la aplicación de termoterapia y crioterapia

El confort de la mujer, la pareja y acompañantes

Pavimento que permite el descanso y elementos para la conservación y preparación de alimentos.

El confort y condiciones de trabajo de las profesionales

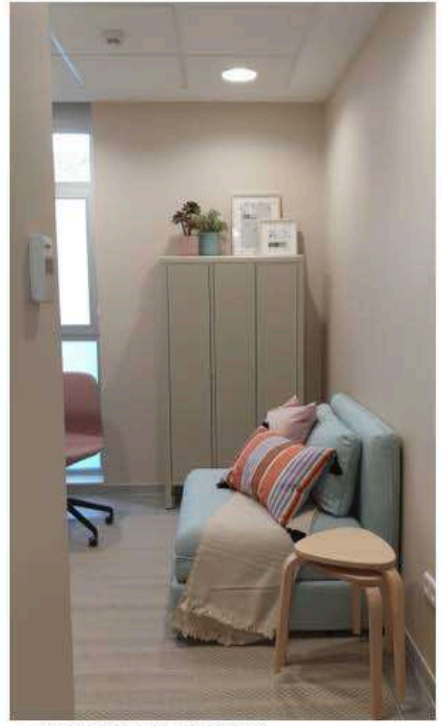
Espacio de trabajo y descanso equipado con mesitas, sofá cama y ordenador y estaciones de trabajo en cada sala. Elementos que facilitan el acompañamiento teniendo en cuenta aspectos ergonómicos.



Consulta



Sala Lavanda



Espacio de trabajo

Sala Salvia





Justificación de los costes



Según el Informe breve ⁽¹²⁾ de marzo de 2019 sobre la utilización de recursos sanitarios según el tipo de parto, elaborado por el CatSalut, los partos vaginales instrumentados y las cesáreas son los procedimientos que requieren más recursos durante el primer trimestre postparto, tanto en visitas a urgencias como a consultas externas y como en consumo de fármacos (especialmente en el consumo de antidepresivos).

Por otra parte, en relación con los partos vaginales no instrumentales, el mayor volumen de gasto medio mensual se atribuye a la utilización de los servicios de urgencias y de consultas externas durante el mes previo al parto.

Para reducir las intervenciones y, por lo tanto, el coste atribuible al parto y al periodo de maternidad, en el mismo informe se recomienda:

- El uso de comadronas para la atención durante todo el proceso a las mujeres que no presentan riesgos (91% de las mujeres en Cataluña 2014-2016)
- Unidades específicas para la atención a mujeres de embarazos normales y de bajo y medio riesgo
- Inclusión de nuevos indicadores: Partos vaginales después de cesárea, presentación de benchmarking entre proveedores

Los modelos de continuidad en la asistencia por comadronas (MCAL) y los centros de nacimientos han demostrado ser modelos sostenibles en cuanto a coste efectividad⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Los estudios de coste efectividad y análisis de costes realizados en países⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾ (Holanda, Reino Unido, Irlanda, Canadá entre otros), donde estos modelos de atención están implementados desde hace años, demuestran una disminución de los costes con mayor satisfacción con la experiencia y sin aumento de la morbilidad materna ni neonatal.

Los MCAL están relacionados con la disminución de costes por:

- La disminución de la tasa de consultas en urgencias antenatales y postnatales
- Mayor tasa de partos vaginales espontáneos
- Menor tasa de partos instrumentados y cesáreas
- Menor tasa de utilización de analgesia peridural
- Disminución en los días de hospitalización
- Mayores índices de lactancia materna
- Menor tasa de ingreso en UCIN

Para poder hacer una evaluación cuidadosa del impacto de un CN en términos de salud, experiencia vivida y costos, es necesario tener indicadores que nos permitan medir estos resultados. Estos indicadores se han recogido en el Documento de Estándares de los CN de la Generalidad de Cataluña, pendiente de publicación.

Coste del proyecto Casa Laietània:

- Coste en infraestructuras: incluido en la obra general de renovación y actualización del área de urgencias de los servicios de Obstetricia y Ginecología.
- Coste de mobiliario y decoración: 14.474,70 €
- Coste equipamiento clínico: 23.345,55 €

Valoración de los primeros 400 partos (21 meses) del nuevo modelo del CN



Los resultados preliminares de estos primeros 400 partos son prometedores, confirmando los publicados en otros países con más experiencia en este modelo, con reducción del intervencionismo, mantenimiento de buenos resultados maternos y perinatales (sin incremento de complicaciones maternas, fetales ni neonatales) y una elevada satisfacción de las usuarias.

Resultados maternos y perinatales:

Actividad:

Desde el inicio de la actividad asistencial en el CN se han atendido a 404 mujeres de parto. Observamos un incremento de actividad progresiva en el CN, con una media de mujeres de parto atendidas en el CN de 20/mes. (Figura 4).



Figura 4. Resumen partos

Intervencionismo:

- Se observa un bajo grado de intervencionismo obstétrico: mayor tasa de parto vaginal y parto eutócico, menor tasa de instrumentación, cesáreas, analgesia loco-regional, amniorrexis artificial y episiotomía.
- Hemos hecho un estudio comparativo de los resultados maternos y perinatales de las mujeres atendidas en el CN y la unidad convencional, ajustando sus riesgos y en el mismo periodo y excluyendo a las mujeres que fueron excluidas anteparto (20) por dejar de cumplir criterios para dar a luz en el CN (n=384 vs n=988, respectivamente) (ver resultados preliminares en las tablas y figuras a continuación). Se confirma la reducción del intervencionismo sin incremento de complicaciones, con mayor satisfacción de las usuarias.
- Las mujeres atendidas en el CN han tenido menor prevalencia de partos instrumentados y cesáreas, así como menor tasa de episiotomías, en general, y episiotomías en nulíparas. También se observa una menor tasa de analgesia loco-regional (peridural), amniorrexi artificial. (Figura 5)
- Se observa una tendencia a la mejora progresiva de los indicadores de bajo intervencionismo y reducción de los traslados (25% de media) conforme aumenta la actividad y la experiencia de acompañamiento al CN.

Complicaciones:

Se observa un elevado índice de seguridad y morbilidad materno y neonatal:

- No se observan diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones maternas o perinatales. Tasa de complicaciones similares a las descritas en población general.
- Aun así, se observa una tendencia a una menor tasa de desgarro perineal de alto grado y similar de Apgar 5' < 7. También se observa una tendencia a mayor tasa de distocia de hombros (y macrosomía, atribuible a la mayor EG de la serie), hemorragia postparto (aunque con tasas similares a las descritas en la literatura (1-3% en estimación subjetiva, 10% en estimación objetiva) e ingreso en UCIN (no relacionado con pérdida del bienestar fetal). (Figura 6)
 - **Análisis interno:** las cifras menores de distocia de hombros y hemorragia postparto en el área convencional parecen obedecer a un infra-registro de diagnósticos, actualmente en revisión.
- Porcentaje de traumatismo neonatal y mortalidad perinatal nulas.
- Se observa un incremento significativo de complicaciones en pesos fetales >4000gr (que han motivado la exclusión de PFE > p97 en la admisión al CN).

COMPARATIVA: indicadores clave 1

6/7/2021 a 15/05/2022

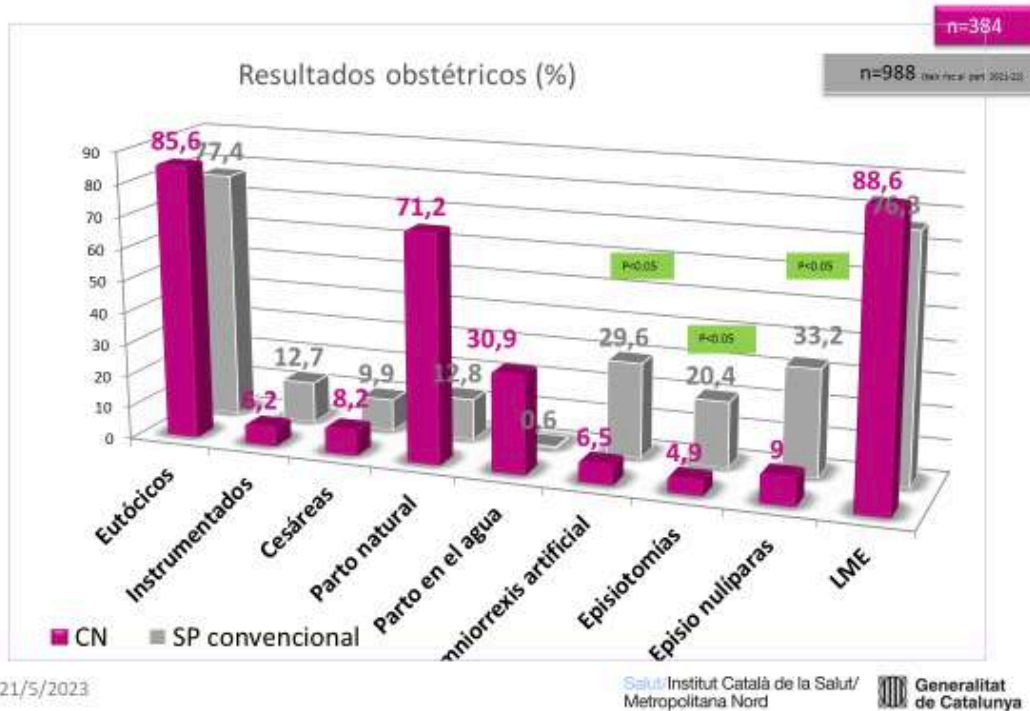


Figura 5. Indicadores clave

COMPARATIVA: indicadores clave 1

6/7/2021 a 15/05/2022

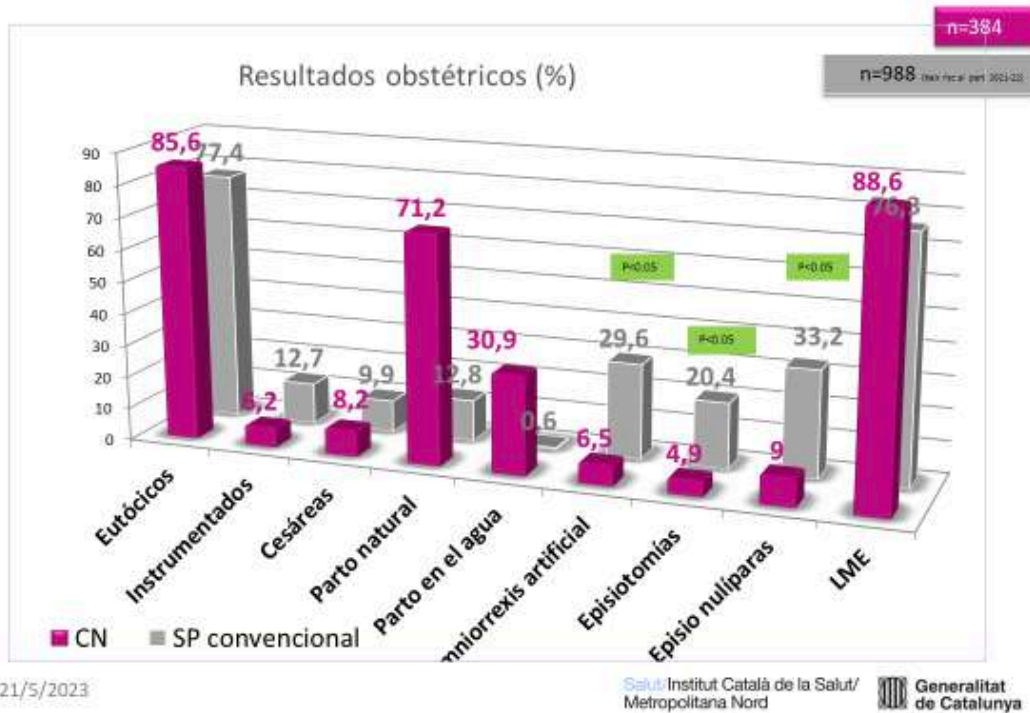


Figura 6. Indicadores clave 2

Satisfacción:

Se observa una elevada satisfacción de las usuarias y familias. Incremento significativo de notificaciones de agradecimiento gestionadas a través de la UAC, con cifras del 11% y 0,2% en el CN y área convencional, respectivamente. Estas cifras describen que 1 de cada 9 mujeres atendidas en el CN notifica oficialmente un agradecimiento en la atención recibida, *versus* 1 de cada 602 en el área convencional.

Características epidemiológicas de las mujeres atendidas en el CN

- Las mujeres atendidas en el CN tienen un perfil epidemiológico diferente, con mayor edad materna, mayor prevalencia de etnia caucásica, menor IMC y bajo riesgo gestacional (todas ellas con diferencias estadísticamente significativas).
- Elevada demanda de mujeres procedentes de fuera del área de referencia (1/3 proceden de fuera de la región sanitaria de referencia del Hospital Germans Trias).



Figura 7. Datos sociodemográficos

Otros datos de interés:

- Se observa una tasa de LM al alta significativamente superior en las mujeres atendidas en el CN. (Figura 5)
- Alto grado de satisfacción de las profesionales del equipo del CN.
- Se ha iniciado un proceso de valoración multidisciplinar del “Valor añadido del nuevo modelo de acompañamiento al CN” en comparación con el modelo convencional, incluyendo los datos clínicos de morbilidad materna y perinatal, la experiencia y satisfacción de las usuarias, de las profesionales, otros valores intangibles y el análisis del coste-beneficio.

- El CN ha generado un gran interés entre los profesionales. Ha recibido un gran número de visitas procedentes de otros centros con interés de conocer el modelo y valorar su implantación local.
- En 2023 se iniciaron las rotaciones externas de residentes de matrona en 2º año de residencia y se ha evidenciado una alta demanda de residentes de todo el país.
- La principal limitación del modelo es la actual baja disponibilidad de profesionales matronas con pericia para dar respuesta al modelo, que pone en peligro la continuidad y ampliación del recurso.
- Estos resultados sugieren la conveniencia de disponer de unidades de baja intervención para el acompañamiento de las mujeres de parte de bajo riesgo, de acuerdo con este modelo de acompañamiento liderado por comadronas. Muestran ser unidades de baja intervención, seguras y con vivencias muy satisfactorias para las usuarias que lo solicitan y las profesionales que las atienden.

Indicadores estrategia de atención al parto normal²



Los resultados obtenidos cumplen con todos los estándares propuestos en el Informe de resultados de la Estrategia de Atención al Parto Normal:

- El 100% de las mujeres pudieron:
 - discutir su plan de nacimiento, antes del parto, con una matrona del CN;
 - escoger acompañante/s;
 - estar acompañadas por una comadrona;
 - deambular e ingerir alimentos;
 - utilizar alternativas no farmacológicas de alivio del dolor;
 - escoger la posición para parir.
- El 100% de los bebés nacidos en el CN:
 - tuvieron un pinzamiento tardío del cordón umbilical;
 - fueron colocados piel con piel.
- Solamente se colocó la vía venosa a aquellas mujeres con SBG + que desearon antibiótico durante el parto.
- Se realizaron amniotomías al 6,5% de las mujeres (vs, 46,6% hallado en EAPN),
- el 26,9% utilizaron analgesia epidural (STD 30-80%),
- al 4,9% se les practicó una episiotomía (STD < 15%),
- el 0,3% tuvieron un desgarro de tercer grado (STD 0,5-3%),
- el 6,2% tuvieron un parto instrumentado (STD < 15%),
- al 8,2% se les practicó una cesárea (STD < 15%).

COMPARATIVA EAPN Y CASA LAIETANIA

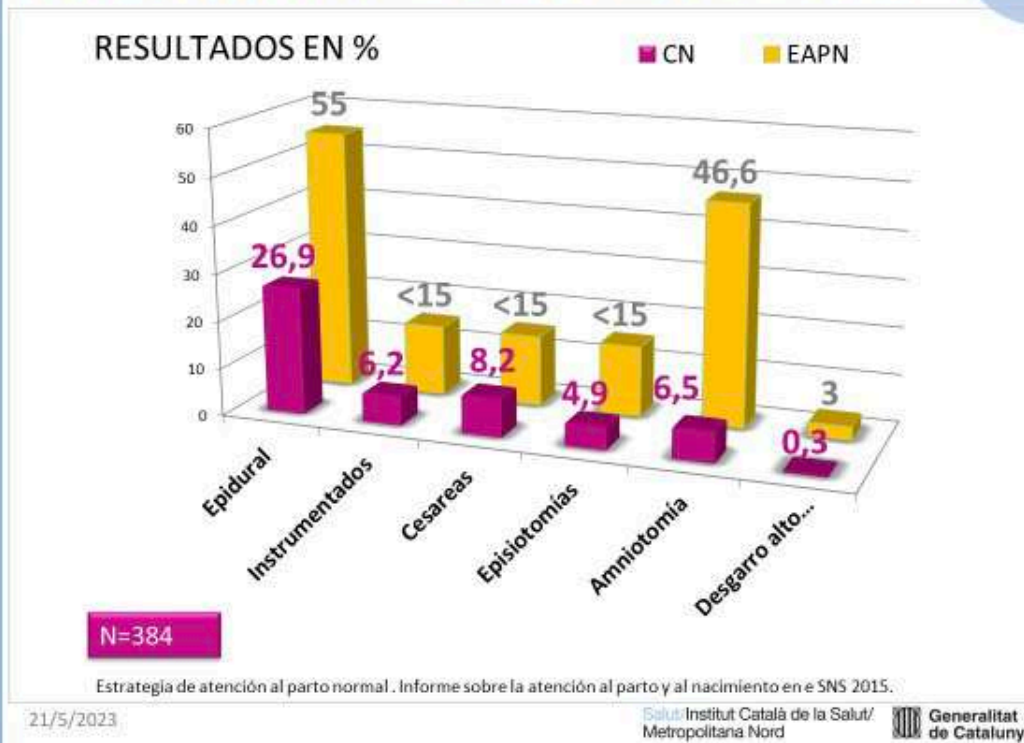


Figura 8. Comparativa indicadores Estrategia de Atención al Parto Normal y Casa Laietània

Conclusiones

El CN ha mostrado ser un modelo seguro para las mujeres y sus criaturas. El liderazgo por matronas y la implementación de estos dispositivos son posibles en un hospital de alta complejidad con el apoyo de los Servicio de Obstetricia y Ginecología y de Neonatología. Es posible y necesario poner a la mujer y al bebé en el centro de la atención y trabajar de forma coordinada, multidisciplinar y transversal en pro de una experiencia segura y satisfactoria para la mujer. Los indicadores muestran que **la implementación de centros de nacimiento constituye una estrategia, con clara perspectiva de género, para mejorar la atención al parto de las mujeres con embarazos sin complicaciones** en los hospitales de alta complejidad.

Fortalezas y retos

La principal fortaleza es la retroalimentación por parte de las mujeres. Uno de cada 5 agradecimientos que llega al hospital está dirigido al centro de nacimientos.

FORTALEZAS

EQUIPO DE MATRONAS COMPROMETIDO

COORDINACIÓN CON ASISTENCIA PRIMARIA (ASSIR)

COORDINACIÓN CON EL EQUIPO DE OBSTETRÍCIA Y NEONATOLOGÍA

RESULTADOS CONGRUENTES CON LA LITERATURA PUBLICADA

CIRCUITOS ASISTENCIALES CONSOLIDADOS

INDICADORES DE RESULTADO POSITIVOS

SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS

32 19/5/2023

Salut Institut Català de la Salut/
Metropolitana Nord

Generalitat
de Catalunya

DIFICULTADES Y RETOS

MEJORA DE LA TRAZABILIDAD DE LAS MUJERES QUE NO ACUDEN AL CN TRAS LA 1ª VISITA

MEJORA DE LOS INDICADORES DE PROCESO

ANÁLISIS COSTES

CONSOLIDACIÓN DEL EQUIPO DE MATRONAS

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA/SATISFACCIÓN

29 19/5/2023

Salut Institut Català de la Salut/
Metropolitana Nord

Generalitat
de Catalunya

Bibliografía



1. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013 Jan 8 [cited 2015 Dec 8];13(1):108. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-108>
2. Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. *J Perinat Educ*. 2013 Jan;22(1):14–8.
3. Grigg CP, Tracy SK, Tracy M, Daellenbach R, Kensington M, Monk A, et al. Evaluating Maternity Units: A prospective cohort study of freestanding midwife-led primary maternity units in New Zealand - Clinical outcomes. *BMJ Open*. 2017 Aug;7(8):e016288.
4. WHO. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. 200 p.
5. Sandall J, Soltani S, Gates S, Shennan A, Devane D. Cochrane Database of Systematic Reviews Midwifeled continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane database Syst Rev*. 2016 Apr;4(10):46–67.
6. Allen J, Kildea S, Stapleton H. How optimal caseload midwifery can modify predictors for preterm birth in young women: Integrated findings from a mixed methods study. *Midwifery*. 2016 Oct;41:30–8.
7. Bec Jenkinson Natalie Josey Sue Kruske A. BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design. 2013;(February).
8. MASS Design Group. The Impact of Design on Clinical Care in Childbirth. 2017;
9. Stark MA, Remyse M, Zwelling E. Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016 Mar;45(2):285–94.
10. Chen CY, Cheeseman M. European Court of Human Rights Rulings in Home Birth Set to Cause Trouble for the Future: A Review of Two Cases. *Med Law Rev* [Internet]. 2017 Jun 6 [cited 2018 Jan 13];25(1):115–25. Available from: <https://academic.oup.com/medlaw/article-lookup/doi/10.1093/medlaw/fww040>
11. FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology. 2012 [cited 2017 Mar 19];(October):148. Available from: [http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/FIGO Ethical Issues 2015.pdf4893.pdf](http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/FIGO_Ethical_Issues_2015.pdf4893.pdf).
12. CatSalut. Informe breu núm. 29. Utilització de recursos sanitaris segons tipus de part, 2014-2016. Barcelona; 2019.
13. Scarf V, Catling C, Viney R, Homer C. Costing Alternative Birth Settings for Women at Low Risk of Complications: A Systematic Review. Ciccozzi M, editor. *PLoS One* [Internet]. 2016 Feb 18 [cited 2018 Jan 2];11(2):e0149463. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0149463>
14. Ryan P, Revill P, Devane D, Normand C. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery* [Internet]. 2013 Apr [cited 2018 Apr 5];29(4):368–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22565064>

15. Schroeder E, Petrou S, Patel N. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective. *BMJ*. 2012;
16. Hitzert M, Hermus MM, Boesveldt II, Franx A, Van Der Pal-De Bruin KKM, Steegers EAP, et al. Cost-effectiveness of planned birth in a birth centre compared with alternative planned places of birth: Results of the Dutch Birth Centre study. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Sep 11 [cited 2018 May 25];7(9):e016960. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28893750>
17. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: Evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2012 Apr;344(7854):e2292.
18. O'Brien B, Harvey S, Sommerfeldt S, Beischel S, Newburn-Cook C, Schopflocher D. Comparison of Costs and Associated Outcomes Between Women Choosing Newly Integrated Autonomous Midwifery Care and Matched Controls: A Pilot Study. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2010;32(7):650–6.
19. Healey M, Gillen P. Guía de criterios de admisión en una unidad liderada por matronas (ULM). 2016.