



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## **Pràctiques obstètriques en l'atenció al part normal hospitalari: satisfacció, cost i variabilitat segons el model d'atenció públic o privat**

Neus Garriga Comas



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- Compartigual 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - Compartir Igual 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0. Spain License.**

Programa de Doctorat en Ciències Infermeres



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

---

**PRÀCTIQUES OBSTÈTRIQUES EN L'ATENCIÓ AL  
PART NORMAL HOSPITALARI: SATISFACCIÓ, COST I  
VARIABILITAT SEGONS EL MODEL D'ATENCIÓ  
PÚBLIC O PRIVAT**

**Tesi Doctoral**

Neus Garriga Comas

**Directors**

Dra. Josefina Goberna Tricas

Dr. Jordi Caïs Fontanella

**Tutora**

Dra. Josefina Goberna Tricas

Barcelona, març 2017





# UNIVERSITAT DE BARCELONA

**Programa de Doctorat en Ciències Infermeres**

## **PRÀTIQUES OBSTÈTRIQUES EN L'ATENCIÓ AL PART NORMAL HOSPITALARI: SATISFACCIÓ, COST I VARIABILITAT SEGONS EL MODEL D'ATENCIÓ PÚBLIC O PRIVAT**

### **Tesi Doctoral**

Neus Garriga Comas

### **Directors**

Dra. Josefina Goberna Tricas

Dr. Jordi Caïs Fontanella

### **Tutors**

Dra. Josefina Goberna Tricas

Barcelona, març 2017



## DEDICATÒRIA

Aquesta tesi va dedicada al meu estimat pare Agustí Garriga i Serramalera.

Gràcies pare per ensenyar-me la cultura del cuidar. Des de que vaig tenir ús de raó, quan la gent em demanava el què voldria ser de gran, la meva resposta era: “jo vull ser al hivern llevadora, i a l'estiu Infermera a Tarragona”. Aquesta divertida frase sortia de dos fets que van marcar el meu futur professional. En primer lloc, la influència i l'admiració que sentia per tú, pare, metge de poble d'una localitat Bagenca, quan 37 anys endarrere el rol de metge de poble era més que un professional que es limitava a curar un procés de malaltia, quan el metge de poble tenia cura de les famílies en totes les seves dimensions psico-bio-social. En aquells temps d'infantesa recordo que casa meva sempre estava oberta als “clients” que tenies, per qualsevol problema. La cultura del cuidar sempre estava present, reforçada a més a més per la figura de la meva mare, mestressa de casa, que sempre estava allà per cuidar-nos. En segon lloc, el naixement del meu germà, cinc anys més petit que jo, em va provocar una admiració per la llevadora que tenia cura del meu germanet i la meva mare. Recordo encara com la Pili, que era el nom de la llevadora, agafava amb tendresa i delicadesa al nadó i ensenyava a la meva mare com tenir-ne cura, com banyar-lo, com vestir-lo, com alimentar-lo preocupant-se a la vegada de l'estat de la meva mare i donant-li els consells de com cuidar-se durant la quarantena.

## DEDICATÒRIA

## AGRAÏMENTS

Voldria expressar el meu més sincer agraïment a totes aquelles persones que han contribuït, de manera directa o indirecta, a la realització d'aquesta Tesi.

En primer lloc als meus Directors de Tesi, la Dra. Josefina Goberna i el Dr. Jordi Caïs. Gràcies per haver confiat en mi i recolzar-me en tots els moments de la llarga trajectòria que suposa la confecció d'una Tesi, moments d'entusiasme, moments de desànim i sobretot mil gràcies per les vostres aportacions. També agrair a la Dra. Goberna per la seva generositat en incloure'm com a investigadora participant en el projecte «Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial (MATER)» (FEM 2012-33067) i formar part del consell editorial de la revista «Investigación en Mujer, Salud y Sociedad (MUSAS)».

També vull agrair la col·laboració que he rebut de diferents professionals que formen part de la Fundació Althaia. Del departament d'Innovació i Recerca: agrair al Dr. Joan Bosch i al Dr. Jesús Montesinos per creure en el meu projecte, i molt especialment a la dedicació i paciència rebuda per part de la Dra. Anna Arnau, que amb la seva expertesa en l'anàlisi estadístic ha fet fàcil un apartat complexa. Del departament de Documentació i Informació Clínica: agrair al Dr. Narcís Macià i a les Sres. Marina Vives i Sílvia Mercader pel seu suport documental. I de la Unitat de Control de Gestió i Administració: agrair al Sr. Joan Gabarró per ajudar-me a entendre el difícil món dels costos hospitalaris i facilitar-me l'accés a la informació dels costos propis de la Fundació Althaia, i a la Sra. Isabel Pujol pels seus coneixements en l'àmbit de la gestió privada.

Molt especialment vull agrair a l'equip de llevadores de la Fundació Althaia, que tinc la sort de liderar per la meva condició de Cap d'unitat de les Sales de part, la seva implicació i col·laboració en el treball de camp. A la llevadores Cesca Aguirre, Montse Albiol, Verónica Araujo, Àngels Bonet, Elisenda Campreciós, Tania Cedillo, Jacqueline Cevallos, Mila Chicharro, Maria Costa, Gemma Egea, Adelaida Expósito, Víctor García, Rosa Gil, Laia Graña, Rocío Hernández,



## AGRAÏMENTS

Neus Jorba, Alexandra Koen, Alicia Macarrilla, Laura Martín, Tania Martínez, Mónica Mora, Rosa Oller, Alícia Pérez, Susana Pérez, Judith Pierola, Teresa Riba, Encarnació Santaeuilàlia, Maritza Valencia, Janina Vargas, Eva Vázquez i Anna Vilaseca.

No m'agradaria descuidar-me d'anomenar el suport rebut per part d'uns quants amics que, probablement de manera inadvertida per ells, m'han ajudat durant aquesta etapa. A la Dra. Bergós, Cap de Servei de la Sala de Parts, que a banda de ser companya de feina és una gran amiga i confident, a la Dra. Martí, Cap Clínic de la Sala de Parts, que sempre té un moment per escoltar-te. Als meus companys del Màster de Gestió de Serveis d'Infermeria, la Roser, la Lydia, el Jordi, l'Alicia, la Maria, l'Olga i l'Anna. Així com també al meu amic el Dr. Ramón Escuriet, la Dra. Carme Tarré i molt especialment a la Dra. Glòria Seguranyes per iniciar-me en el món de la recerca.

No puc acabar aquest apartat d'agraïments sense donar les gràcies a la paciència que en determinats moments han tingut de suportar la meva família i al Joan i la Teresa amb els que m'uneix una gran estimació. Gràcies al meu marit, el Jaume, que sempre m'ha respectat i donat suport en les decisions que he pres en la meva trajectòria professional, i els meus tres estimats fills, el Jaume, el Joan i el Pere, que són el motor de la meva vida. També gràcies a la meva mare que, ella sí que m'ha ajudat en tot el suport logístic que implica tenir una família nombrosa.

## ***ÍNDEX DE CONTINGUTS***

---

## ÍNDEX DE CONTINGUTS

**ÍNDEX DE CONTINGUTS**

**PRESENTACIÓ** ..... 17

**RESUM** ..... 21

**RESUMEN** ..... 25

**ABSTRACT** ..... 29

**LLISTAT D'ACRÒNIMS**..... 33

**I. INTRODUCCIÓ**..... 37

**PART 1: L'ATENCIÓ SANITÀRIA AL NAIXEMENT: DE L'ÀMBIT FAMILIAR A L'ASSISTÈNCIA HOSPITALÀRIA.**  
..... 39

1.1. VISIÓ HISTÒRICA DE L'ATENCIÓ AL PART ..... 39

1.2. CARACTERÍSTIQUES DE LES MATERNITATS HOSPITALÀRIES EN EL SEGLE XIX-PRIMERA MEITAT DEL  
SEGLE XX..... 45

1.3. L'ATENCIÓ A LA MATERNITAT A ESPANYA A L'ACTUALITAT..... 52

**PART 2: ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AL PART NORMAL**..... 59

2.1. DEFINICIONS DE PART NORMAL..... 59

2.2. EVIDÈNCIA CIENTÍFICA SOBRE ALGUNES DE LES PRÀCTIQUES OBSTÈTRIQUES MÉS HABITUALS EN  
L'ATENCIÓ AL PART NORMAL..... 63

2.3. MODELS ASSISTENCIALS D'ATENCIÓ AL PART NORMAL ..... 90

**PART 3: QUALITAT ASSISTENCIAL EN EL PART NORMAL HOSPITALARI** ..... 94

3.1. DEFINICIONS DE QUALITAT ASSISTENCIAL ..... 94

3.2. COMPONENTS DE LA QUALITAT ASSISTENCIAL EN EL PART NORMAL..... 95

3.3. INDICADORS DE QUALITAT ASSISTENCIAL EN EL PART NORMAL ..... 98

**PART 4: GESTIÓ ECONÒMICA EN ELS SERVEIS SANITARIS** ..... 101

4.1. EL COST DEL PART..... 101

4.2. SISTEMES DE COSTOS ..... 102

**II. PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA D'ESTUDI** ..... 107

**III. HIPÒTESIS I OBJECTIUS** ..... 111

III.1. HIPÒTESIS ..... 111

III.2. OBJECTIUS GENERALS..... 111

III.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS ..... 112

**IV. METODOLOGIA**..... 115

**IV.1. DISSENY DE L'ESTUDI** ..... 115

**IV.2. ÀMBIT D'ESTUDI** ..... 115

**IV.3. SUBJECTES D'ESTUDI**..... 116

<b>IV.4. VARIABLES</b> .....	<b>117</b>
<b>IV.5. RECOLLIDA DE DADES</b> .....	<b>128</b>
<b>IV.6. ASPECTES ÈTICS</b> .....	<b>129</b>
<b>IV.7. ANÀLISI DE DADES</b> .....	<b>129</b>
IV.7.1. ANÀLISI ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....	129
IV.7.2. ANÀLISI ESTADÍSTICA INFERENCIAL. ANÀLISI BIVARIANT I MULTIVARIANT.....	129
<b>V.RESULTATS</b> .....	<b>133</b>
<b>V.1. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES</b> .....	<b>134</b>
V.1.1. EDAT .....	134
V.1.2. NIVELL D'ESTUDIS.....	136
V.1.3. PAÍS DE PROCEDÈNCIA .....	136
<b>V.2. CARACTERÍSTIQUES OBSTÈTRIQUES</b> .....	<b>137</b>
V.2.1. NÚMERO DE PARTS PREVIS.....	137
V.2.2. PLA DE NAIXEMENT.....	138
V.2.3. DESIG D'ATENCIÓ RESPECTUOSA AMB LA FISIOLOGIA A L'INGRÉS .....	138
<b>V.3. PRÀCTIQUES OBSTÈTRIQUES DURANT EL PROCÉS DE PART</b> .....	<b>138</b>
V.3.1. ACOMPANYAMENT PER UNA LLEVADORA DURANT EL PART .....	138
V.3.2. APLICACIÓ ÈNEMA .....	139
V.3.3. RASURAT DEL PERINEU .....	140
V.3.4. DIETA.....	140
V.3.5. MANEIG DEL DOLOR AMB MÈTODES NO FARMACOLÒGICS .....	141
V.3.6. MANEIG DEL DOLOR AMB MÈTODES FARMACOLÒGICS .....	143
V.3.7. AMNIORREXIS.....	144
V.3.8. NÚMERO DE TACTES VAGINALS.....	145
V.3.9. ÚS OXITOCINA EN LA DILATACIÓ I EXPULSIU .....	146
V.3.10. MONITORITZACIÓ DE LA FREQUÈNCIA CARDÍACA FETAL (FCF) I LA DINÀMICA UTERINA (DU)...	147
V.3.11. ELECCIÓ DE LA POSICIÓ DURANT EL PERÍODE DE L'EXPULSIU .....	150
V.3.12. MANIOBRA DE KRISTELLER.....	151
V.3.13. EPISIOTOMIA.....	152
V.3.14. PINÇAMENT CORDÓ UMBILICAL .....	153
V.3.15. DESLLIURAMENT .....	154
<b>V.4. PART</b> .....	<b>156</b>
V.4.1. TEMPS DE PART .....	156
V.4.2. TIPUS DE PART.....	159
V.4.3. LESIONS DEL PERINEU .....	162

V.4.4. HEMORRÀGIA PRIMÀRIA POST-PART.....	164
V.4.5. DESTÍ DE LA MARE DESPRÉS DE L'EXPULSIU .....	164
<b>V.5. VARIABLES PERINATALS.....</b>	<b>165</b>
V.5.1. SIGNES DE PÈRDUA DE BENESTAR FETAL.....	165
V.5.2. TEST DE ÀPGAR .....	165
V.5.3. PH NEONATAL EN SANG DE CORDÓ.....	166
V.5.4. ASPIRACIÓ OROFARÍNGIA I NASOFARÍNGIA DEL NOUNAT .....	166
V.5.5. CONTACTE PELL A PELL A LA SALA DE PARTS.....	167
V.5.6. INICI LACTÀNCIA MATERNA A LA SALA DE PARTS.....	167
V.5.7. DESTÍ NOUNATS .....	167
V.5.8. NEONATÒLEG AL PART.....	168
<b>V.6. NIVELL D'INTERVENCIÓ<sup>D</sup> .....</b>	<b>168</b>
<b>V.7. ALTA HOSPITALÀRIA .....</b>	<b>171</b>
V.7.1. DIES ESTADA HOSPITALÀRIA .....	171
V.7.2. TIPUS DE LACTÀNCIA A L'ALTA.....	173
V.7.3. TIPUS ALTA .....	176
V.7.4. GRAU DE SATISFACCIÓ I FIDELITAT GLOBAL .....	178
V.7.5 CLASSIFICACIÓ DE L'ALTA DE LA PUÈRPERA EN UN GRUP GRD .....	179
V.7.6. CLASSIFICACIÓ DE L'ALTA DEL NADÓ EN UN GRUP GRD .....	180
<b>V.8. PUERPERI .....</b>	<b>181</b>
V.8.1. REINGRESSOS DE LA DONA DURANT LA QUARANTENA .....	181
V.8.2. URGÈNCIES DE LA DONA DURANT LA QUARANTENA .....	183
<b>V.9. PERÍODE NEONATAL .....</b>	<b>185</b>
V.9.1. REINGRESSOS DEL NADÓ DURANT EL PERÍODE NEONATAL .....	185
V.9.2. PERCENTATGE DE NADONS QUE ACUDEIXEN A URGÈNCIES DURANT EL PERÍODE NEONATAL ...	187
<b>V.10. COST ABC PART HOSPITALARI SEGONS CLASSIFICACIÓ PER GRD .....</b>	<b>189</b>
V.10.1. COST PART HOSPITALARI DE LA MARE PER CLASSIFICACIÓ GRD .....	189
V.10.2. COST PART HOSPITALARI DEL NADÓ PER CLASSIFICACIÓ GRD .....	193
<b>V.11. COST ABC PART HOSPITALARI SEGONS CLASSIFICACIÓ TIPUS DE PART .....</b>	<b>196</b>
V.11.1. COST PART HOSPITALARI MARE SEGONS TIPUS DE PART .....	196
V.11.2. COST PART HOSPITALARI NADÓ SEGONS TIPUS DE PART .....	199
<b>V.12. COSTOS ABC FINALS.....</b>	<b>202</b>
V.12.1. COST PART HOSPITALARI MARE + SEGUIMENT FINS LA QUARANTENA SEGONS TIPUS DE PART	202
V.12.2. COST PART HOSPITALARI NADÓ + SEGUIMENT DURANT EL PERÍODE NEONATAL SEGONS TIPUS DE PART .....	204

V.12.3. COST PART SEGONS CLASSIFICACIÓ PART DE BAIXA O ALTA INTERVENCIÓ .....	206
<b>VI. DISCUSSÓ .....</b>	<b>211</b>
VI.1. DISCUSSIÓ SOBRE ELS RESULTATS OBTINGUTS .....	213
VI.2. LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	234
VI.3. APLICABILITAT .....	235
<b>VII. CONCLUSIONS .....</b>	<b>239</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>245</b>
<b>IX. DIFUSIÓ DE LA INVESTIGACIÓ .....</b>	<b>277</b>
<b>X. ÍNDEX DE TAULES.....</b>	<b>281</b>
<b>XI. ÍNDEX FIGURES .....</b>	<b>287</b>
<b>XII. ANNEXES .....</b>	<b>291</b>
ANNEX 1. TAULA PER LA CLASSIFICACIÓ DEL RISC DURANT L'EMBARÀS .....	291
ANNEX 2. LLISTATS D'INDICADORS RECOMANABLES PER AVALUAR LA QUALITAT ASSISTENCIAL A LES MATERNITATS HOSPITALÀRIES.....	292
ANNEX 3. NIVELLS D'EVIDÈNCIA I RESUM DE LES RECOMANACIONS SEGONS LA CLASSIFICACIÓ SIGN DE LES PRÀCTIQUES CLÍNiques EN L'ATENCIÓ AL PART NORMAL DE LA GPC ( ACTUALITZACIÓ I ADAPTACIÓ A CATALUNYA DE LA GUÍA DE PRÀCTICA CLÍNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT SOBRE L'ATENCIÓ AL PART NORMAL).....	296
ANNEX 4. ARTÍCLE DE REVISIÓ. "LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL PARTO NORMAL HOSPITALARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA" .....	308
ANNEX 5. GRD .....	315
ANNEX 6. LLISTAT DE COSTOS .....	330
ANNEX 7. FULL INFORMACIÓ ESCRITA .....	337
ANNEX 8. CONSENTIMENT INFORMAT .....	339
ANNEX 9. GRAELLA RECOLLIDA DE DADES .....	341
ANNEX 10. CEIC HOSPITAL.....	349

## ***PRESENTACIÓ***

---





## PRESENTACIÓ

Els anys van passar, i sense sortir de la meva trajectòria del cuidar l'any 1993 em vaig diplomar com a infermera a l'Escola Universitària d'Infermeria de Manresa.

Com tots els inicis professionals, les infermeres hospitalàries suplents rotàvem per totes les especialitats; totes m'agradaven, perquè la base sempre era la mateixa, el cuidar, però el que més interès em despertava era la planta de Maternitat. Això em va portar a preparar-me les oposicions per optar a fer l'especialitat en Infermeria Obstètrico-Ginecològica (Llevadora), aconseguint el títol d'especialista a l'any 1997. Tot seguit a l'any 1998 vaig ser mare del meu primer fill, el Jaume.

Durant els tres primers anys vaig treballar com a llevadora hospitalària a la Sala de Parts de l'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, on s'assisteixen els parts amb titularitat pública, i, a més a més, també feia algunes guàrdies extres a la Clínica Sant Josep de Manresa, on es fan els parts amb titularitat privada o mutual.

A l'any 2000 vaig ser mare del meu segon fill, el Joan. Aquest fet em va comportar una sèrie de canvis tan personals com professionals. D'una banda, com a mare, volia tenir cura del meus fills, d'altra banda, com a professional i enamorada de la meva professió, no volia deixar de treballar en l'entorn hospitalari.

Considero que vaig tenir sort i a l'any 2001, la direcció d'Infermeria de la Fundació Althaia, em va oferir la possibilitat de ser la cap d'unitat de la sala de parts de l'edifici Sant Joan de Déu de la mencionada Institució. L'oferta no la podia rebutjar, doncs les noves condicions laborals em permetien poder estar molt més amb els meus fillets, i a més a més, em donava la possibilitat de treballar per la nostra professió, pel reconeixement de les nostres competències, vetllar pels desitjos de les dones i gestionar els recursos de manera eficient.

Jo era llevadora assistencial, amb bona predisposició i ganes de fer coses, però no m'havien ensenyat a gestionar un servei, em faltaven coneixements, eines i habilitats en l'àmbit de la gestió. Per això a l'any 2009 em vaig matricular en el Màster oficial en Lideratge i Gestió del Serveis d'Infermeria obtenint el títol a l'any 2011.

Paral·lelament, a l'any 2010, la direcció d'Infermeria em va afegir, dintre les meves tasques, la gestió de la sala de parts de la Clínica Sant Josep.

Va ser doncs, a partir de la meva experiència com a llevadora assistencial d'un Hospital Públic i d'una Clínica privada, i com a gestora dels dos centres, que em vaig plantejar investigar de manera formal i acadèmica si existien diferències en el maneig del part entre les dues Maternitats, i com aquestes diferències, si hi fossin, podien afectar a la satisfacció i cost del part hospitalari.

Això em va portar a fer la tesi doctoral en el Programa de Ciències Infermeres.

***RESUM***

---



## RESUM

El part ha passat de ser un procés fisiològic a rebre la consideració d'un procediment controlat amb moltes intervencions mèdiques. Davant la multitud de factors que poden influir en la variabilitat en l'atenció al part, aquest estudi es centra en un dels factors claus que és la titularitat de l'hospital.

**Objectiu:** Comparar el procés assistencial que reben les dones en l'atenció al part hospitalari, a la Fundació Althaia, segons el model assistencial públic o privat durant els anys 2012-2013.

**Àmbit d'estudi:** Les 2 àrees de parts i les 2 unitats maternoinfantils que ofereix la Fundació Althaia.

**Disseny:** Estudi observacional, longitudinal, prospectiu i analític de Cohorts

**Subjectes d'estudi:** Es van estudiar les dones de baix i mitjà risc ateses a la Fundació Althaia durant els anys 2012-2013.

140 subjectes per el grup de dones amb assistència pública i 140 subjectes per al grup de dones amb assistència privada.

**Instruments:** En una graella de dades d'elaboració pròpia, les llevadores van recollir a la sala de parts les variables de les pràctiques realitzades i els resultats perinatals obtinguts i en el postpart es va recollir la satisfacció de la dona, el tipus d'alletament i el tipus d'alta. Al mes de l'alta es va recollir el cost del procés del part hospitalari.

**Principals mesures de resultat:** Diferències entre les pràctiques basades en l'evidència científica, la satisfacció i el cost en l'atenció al part normal hospitalari depenent si les dones varen ser ateses en el model d'atenció públic o privat.

**Resultats:** Es van trobar diferències estadísticament significatives amb  $p < 0,001$  en les característiques sociodemogràfiques. La mitjana d'edat de les dones del model públic, 30,7 anys (DE= 5,2), va ser inferior a la mitjana d'edat de les dones del model privat, 33,7 anys (DE= 4,1). El nivell d'estudis que tenien les dones de la privada va ser superior i la variabilitat en els països de procedència va ser més elevat en el model públic on només un 69,1% eren

autòctones en front a un 98,6% en el model privat. Es van analitzar 39 pràctiques obstètriques que la dona pot rebre en el transcurs del part i els resultats obtinguts ens mostren que hi va haver variabilitat entre els dos models en un 61,53% de les pràctiques. No es van observar diferències estadísticament significatives en el grau de satisfacció que van expressar les dones, trobant pels dos models un elevat grau de satisfacció, amb una mitjana de 9,1 (DE= 0,9) en el model públic i de 8,7 (DE= 1,3) en el model privat. Només es van observar diferències estadísticament significatives entre els dos models en el cost del part normal, trobant un cost de 1.298,1€ (DE= 943,4) pel model públic i de 1.307,5€ (DE= 304,1) pel model privat.

**Conclusions:** La variabilitat en les pràctiques obstètriques que existeix entre el model públic i privat no influeix en la satisfacció de les dones. El cost del part pels dos models assistencials és igual en tots dos centres exceptuant el cost del part normal que és superior en el model assistencial privat.

**Paraules clau:** patient satisfaction, practice evidence based, quality, childbirth, analysis cost, parto, calidad asistencial, costes.

## ***RESUMEN***

---





## RESUMEN

El parto ha pasado de ser un proceso fisiológico a recibir la consideración de un procedimiento controlado con muchas intervenciones médicas. Ante la multitud de factores que pueden influir en la variabilidad en la atención al parto, este estudio centra su atención en uno de los factores clave que es la titularidad del hospital.

**Objetivo:** Comparar el proceso asistencial que reciben las mujeres en la atención al parto hospitalario, en la "Fundació Althaia", según el modelo asistencial público o privado durante los años 2012-2013.

**Ámbito de estudio:** Las 2 áreas de parto y las 2 unidades maternoinfantiles que ofrece la "Fundació Althaia".

**Diseño:** Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico de Cohortes.

**Sujetos de estudio:** Se estudiaron las mujeres de bajo y medio riesgo atendidas en la "Fundació Althaia" durante los años 2012-2013.

140 sujetos para el grupo de mujeres con asistencia pública y 140 sujetos para el grupo de mujeres con asistencia privada.

**Instrumentos:** En una parrilla de datos de elaboración propia, las comadronas recogieron en la sala de partos las variables de las prácticas clínicas realizadas y los resultados perinatales obtenidos y en el postparto se recogió la satisfacción de la mujer, el tipo de lactancia y el tipo de alta. Al mes del alta se recogió el coste del proceso del parto hospitalario.

**Principales medidas de resultado:** Diferencias entre las prácticas basadas en la evidencia científica, la satisfacción y el coste en la atención al parto hospitalario en función de si las mujeres fueron atendidas en el modelo de atención público o privado.

**Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con  $p < 0,001$  en las características sociodemográficas. La media de edad de las mujeres del modelo público 30,7 años (DE= 5,2), fue inferior a la media de

edad de las mujeres del modelo privado 33,7 años (DE= 4,1). El nivel de estudios que tenían las mujeres de la privada fue superior y la variabilidad en el país de procedencia fue más elevado en el modelo público donde sólo un 69,1% eran autóctonas frente a un 98,6% en el modelo privado. Se analizaron 39 prácticas obstétricas que la mujer puede recibir en el transcurso del parto y los resultados obtenidos muestran que hubo variabilidad entre los dos modelos en un 61,5% de las prácticas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción que expresaron las mujeres, encontrando para los dos modelos un elevado grado de satisfacción, con una media de 9,1 (DE= 0,9) en el modelo público y de 8,7 (DE= 1,3) en el modelo privado. Sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos modelos en el coste del parto normal, resultando un coste de 1.298,1€ (DE= 943,4) para el modelo público y de 1.307,5€ (DE= 304,1) para el modelo privado.

**Conclusiones:** La variabilidad en las prácticas obstétricas que existe entre el modelo público y privado no influye en la satisfacción de las mujeres. El coste del parto para los dos modelos es igual en los dos centros exceptuando el coste del parto normal que es superior en el modelo asistencial privado.

**Palabras clave:** patient satisfaction, practice evidence based, quality, childbirth, analysis cost, parto, calidad asistencial, costes.

## ***ABSTRACT***

---



**ABSTRACT**

Childbirth assistance has gone from being a physiological process to the status of a controlled process with many medical interventions. Given the multitude of factors that can influence the variability in delivery care, this study focuses on one of the key factors which is the type of hospital.

**Objective:** Compare care process in women receiving attention, at “Fundació Althaia”, according to public or private healthcare model during the years 2012-2013.

**Setting:** The two areas of childbirth and two maternity units offering “Fundació Althaia”.

**Design:** Observational, longitudinal, prospective analytic cohort.  
**Subjects:** We studied women with low or medium risk attended at “Fundació Althaia” during the years 2012-2013.

140 subjects per group of women in public assistance and 140 subjects for the group of women with private insurance health.

**Instruments:** In a data sheet of own elaboration, midwives were collected in the delivery room variables of practices and results obtained perinatal and postpartum picked up the satisfaction of the woman, the kind of breastfeeding and the kind of discharge. To the month of discharge picked up the cost of hospital delivery process.

**Main outcome measures:** Differences between practices based on scientific evidence, satisfaction and cost of care in the hospital following normal delivery if women were treated in public or private care model.

**Results:** We found statistically significant differences with  $p < 0.001$  sociodemographic characteristics. The average age of women in the public model, 30.7 years (SD= 5.2) was lower than the average age of women in the private model 33.7 years (SD= 4,1). The education level of women in the private sector was higher. Variability in the country of origin was higher in the public model, where 69.1% were native versus 98.6% in the private model. We

analyzed 39 obstetric practices that women can receive during childbirth and the results show that there was variability between the two models in 61.53% of the placement. There were no statistically significant differences in the degree of satisfaction women expressed, finding a high level of satisfaction in the two models, with an average of 9.1 (SD= 0.9) in the public model and 8.7 (SD= 1.3) in the private model. Only statistically significant differences were observed between the two models in the cost of normal childbirth, finding an average cost of €1,298.1 (SD= 943.4) in the public model and €1,307.5 (SD= 304.1) in the private model.

**Conclusions:** The variability in the obstetric practices between the public and private model does not affect satisfaction of women. The cost of delivery care for both models is the same in both centers excepting the cost of normal labor that is higher in the private healthcare model.

**Keywords:** patient satisfaction, evidence based on practice, quality, Childbirth, cost analysis, parts, quality of health care, costs.

## ***LLISTAT D'ACRÒNIMS***

---





## LLISTAT D'ACRÒNIMS

Es detallen a continuació el llistat d'acrònims utilitzats en el text i el seu significat.

<b>ABC</b>	Activity Based Costing
<b>ACNM</b>	American College of Nurse-Midwives
<b>AQuAS</b>	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists
<b>CEIC</b>	Comitè Ètic d'Investigació Clínica
<b>CHUC</b>	Fundació Privada Centre Hospitalari-Unitat Coronària
<b>CMBD</b>	Conjunt mínim bàsic de dades
<b>CTG</b>	Cardiotocografia
<b>EAPN</b>	Estrategia de atención al parto normal
<b>ECG</b>	Electrocardiograma fetal
<b>EDUCER</b>	Equip multidisciplinari de professionals amb seu a Alacant dedicats a l'atenció i formació de famílies i professionals en temes relacionats amb l'embaràs, part i criança així com altres moments del cicle vital
<b>FAME</b>	Federación Asociación Matronas Españolas
<b>FCF</b>	Freqüència cardíaca fetal
<b>GPC</b>	Guia de pràctica clínica
<b>GRD</b>	Grup relacionat per el diagnòstic
<b>HPP</b>	Hemorràgia postpart.
<b>INE</b>	Institut Nacional d'Estadística
<b>IDESCAT</b>	Institut d'Estadística de Catalunya

<b>JCAHO</b>	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
<b>MEFC</b>	Monitorització fetal contínua
<b>MH</b>	Maternitat Hospitalària
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Clinical Excellence
<b>OMS</b>	Organització Mundial de la Salut
<b>OSTEBA</b>	Agència d'avaluació de tecnologies sanitàries del País Vasc
<b>RCM</b>	Royal College of Midwives
<b>RCOG</b>	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
<b>SEGO</b>	Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetria
<b>SEMEPE</b>	Sección de Medicina Perinatal
<b>SENeo</b>	Sociedad Española de Neonatología
<b>SIGN</b>	Scottish Intercollegiate Guidelines Network Agència escocesa multidisciplinària que elabora guies de pràctica clínica basades en l'evidència, així com documents metodològics sobre el disseny de les mateixes
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salut
<b>SOE</b>	Seguro Obligatorio de Enfermedad
<b>STAN</b>	Anàlisi del segment ST de l'electrocardiograma fetal
<b>TCA</b>	Teràpies complementàries y alternatives
<b>TENS</b>	Estimulació nerviosa transcutània
<b>UTPR</b>	Unitats de Treball de Part, Part i Recuperació

## ***CAPÍTOL I. INTRODUCCIÓ***

---



## I. INTRODUCCIÓ

L'embaràs i el part són processos de la vida normal; no obstant això, les idees sobre el part i tot el que l'envolta són tantes com grups humans han existit i existeixen.

Goberna<sup>1</sup> explica la maternitat com un fet biològic que forma part de la vida d'aquelles dones que han esdevingut mares i que, a la vegada, permet la perpetuació de l'espècie humana. El saber tradicional ha vinculat les cures d'atenció al part a l'esfera femenina i va ser durant la segona meitat del segle XX quan aquestes atencions es van institucionalitzar i es vincularen a l'assistència hospitalària i especialitzada.

El nostre país, a partir de la dècada dels seixanta i des de l'entrada en vigor de la Llei general de sanitat<sup>2</sup> l'any 1986, ha anat desenvolupant un bon sistema públic sanitari, amb bons indicadors de salut i una bona cobertura universal i equitativa. Aquest fet ha contribuït significativament a la millora dels resultats de la mortalitat perinatal passant del 17,9‰ a l'any 1975 al 4,76‰ a l'any 2013<sup>3</sup>, però d'altra banda ha conduït injustificadament a una deshumanització de l'assistència i a una parcel·lació de l'atenció a la partera. El part ha passat de ser un procés fisiològic a rebre la consideració d'un procediment controlat amb moltes intervencions mèdiques, fet que ha provocat que hi hagi poca cura dels desitjos de la dona i la seva parella. Tanmateix, les competències de la llevadora<sup>4</sup>, que és el professional idoni per a l'atenció a la normalitat en el part, s'han deixat de banda.

Davant la marcada tendència a la medicalització del naixement és important analitzar la qualitat assistencial que reben les dones ateses en el part normal hospitalari per constatar:

- a) Si es realitzen les intervencions adequades durant el procés de part normal en funció de l'evidència científica que hi ha.
- b) Si aquestes intervencions responen a les necessitats de les nostres clientes.

- c) Si els resultats obtinguts assoleixen els estàndards recomanats per aconseguir que el procés de part normal hospitalari sigui eficaç, efectiu i eficient.

La introducció d'aquesta tesi s'estructura en quatre apartats.

En el primer apartat es realitza un repàs històric en l'atenció al naixement, de l'àmbit familiar a l'assistència hospitalària. Ens permetrà conèixer com han anat evolucionant les competències dels diferents professionals implicats en l'assistència al naixement, com es van assentar les intervencions mèdiques i quirúrgiques durant el part i com l'entorn físic s'ha anat desenvolupant.

En el segon apartat es defineix el concepte de part normal segons diferents visions i s'expliquen diverses conceptualitzacions del procés reproductiu així com algunes de les principals pràctiques que es duen a terme en el part. En aquest episodi es reflexa la complexitat de la conceptualització del part normal ja que són molts els factors que influeixen.

En el tercer apartat s'analitza el concepte de qualitat assistencial, identificant els seus components i de quins instruments de mesura disposem per avaluar-la. Es pretén que una vegada entesa la complexitat de la qualitat assistencial pels múltiples factors que la componen, els gestors sanitaris disposaran de la informació i les eines necessàries que els ajudaran a estructurar les seves maternitats per aconseguir donar una bona qualitat assistencial en el part normal en totes les seves dimensions.

En el quart apartat s'expliquen dos models per la gestió econòmica dels serveis hospitalaris. S'observa que el càlcul del cost del part hospitalari és difícil i que el model de costos basat en activitats (ABC) constitueix una eina molt útil per la gestió clínica i de processos.

## PART 1: L'ATENCIÓ SANITÀRIA AL NAIXEMENT: DE L'ÀMBIT FAMILIAR A L'ASSISTÈNCIA HOSPITALÀRIA.

### 1.1. Visió històrica de l'atenció al part

#### 1.1.1. Professionals implicats

Encara que la història demostra que el part normal o eutòcic ha transcorregut en un àmbit familiar fins fa tan sols unes dècades i eren les llevadores les seves conductores, hem de dir que els homes, metges o cirurgians, durant segles van intentar introduir-se en el camp de l'obstetrícia, però no en la seva vessant pràctica de dur a terme el part en primera línia, sinó a través de les seves recomanacions teòriques, escrivint tractats sobre els coneixements teòrics i més cultes de la disciplina vigents en cada època amb la finalitat d'ensenyar a les llevadores sobre com haurien d'actuar. Es pot dir que l'obstetrícia s'ha fet en femení i s'ha escrit en masculí<sup>1,5</sup>.

Fins al segle XVII, la presència masculina en el part només era permesa en casos difícils que necessitaven una intervenció quirúrgica pel seu desenllaç<sup>6</sup> i l'assistència pràctica a la procreació era encara una tasca femenina considerada indigna per als metges<sup>1</sup>. Un exemple va ser William Harvey (1578-1657) que sent un dels grans investigadors de la fisiologia humana del segle XVII no va mostrar cap interès en l'assistència directa a les dones com a obstetra. En el seu llibre, recomanava paciència i cura en l'atenció a la partera i les seves propostes d'intervenció per als casos difícils consistien en la versió podàlica i l'extracció de natges. Un exemple que corrobora això és la conseqüència que va patir l'hamburguès Wertt, que es disfressava de dona per veure un part amb la intenció d'aprendre'n, i va ser cremat a la foguera l'any 1522<sup>7</sup>.

En tots els països europeus s'anava visualitzant la necessitat d'augmentar els coneixements de les llevadores d'una manera més científica. Aquesta necessitat va portar la creació d'una literatura específica anomenada «los libros para comadres»<sup>8</sup>.



Són molts els tractats d'obstetrícia que es poden trobar i destacarem, a nivell internacional, el primer llibre de text publicat per Eucharius Röesslin l'any 1513. Portava per títol *Der Schwangern Frawen und HebmmemRosergarten* (El jardí de roses per a dones embarassades i llevadores) i es va escriure amb la finalitat d'instruir les llevadores. En aquest es descriu el curs del part, els símptomes de mort fetal, etc.<sup>9</sup>. A més, l'obra de Röesslin presenta la característica de fer ressorgir l'obra de Sorà d'Efes, que havia quedat oblidada durant molts segles i on emfatitzava tots aquells aspectes relacionats amb l'atenció pràctica i directa a la dona embarassada i en el moment del part<sup>1</sup>. De característiques similars trobem el llibre escrit per Walter Reiff l'any 1545, que va ser considerat un plagi del de Röesslin. Cal destacar també les obres de Jacob Rueff (1554), que va escriure *De conceptuó et generatione hominis*, en el qual es perfeccionava el contingut del llibre de Röesslin i va descriure varietats de fòrceps per a l'extracció de fetus morts<sup>10</sup>, i el llibre de Mercurio (1595), *La comare o Riccoglitrice*, que és una font important per a l'estudi de la història de la cesària en cas de pelvis estretes<sup>11</sup>.

A nivell nacional, podem citar quatre obres fonamentals que pretenien ensenyar a les llevadores els coneixements teòrics materno-infantils de l'època. El primer tractat obstètric va ser el *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños* de Damián Carbón (1541)<sup>10</sup>. Tot seguit, es pot destacar *El regimiento de las mugeres preñadas* publicat l'any 1551 per Luis Lobera de Ávila, *El libro del parto humano* publicat per primera vegada l'any 1580 per Francisco Núñez de Coria i *Diez privilegios para mugeres preñadas*, text escrit per Juan Alonso Ruyces de Fontecha l'any 1606<sup>4</sup>.

No ens hem d'oblidar de citar Louise Bourgeois, llevadora de la cort francesa, que va ser una de les llevadores pioneres de l'obstetrícia científica. La seva obra, *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*, publicada a París l'any 1609 es va convertir en un veritable vademècum per a les llevadores de l'edat contemporània<sup>12</sup>.

Diversos fets en el transcurs de la història estimularien l'assistència masculina en els parts; com quan en el segle XVII es va autoritzar als cirurgians de l'Hôtel Dieu de París a assistir als parts normals<sup>13</sup>. O quan a Espanya l'any 1713, el Dr. Climent, seguint la moda generada a final del segle XVII a l'Hôtel Dieu de París, s'encarregà d'assistir la reina Luisa Gabriela de Saboya, esposa de Felip V. O també quan, quan en la primera meitat del segle XIX, Pedro Castelló, cirurgià i catedràtic de parts, va ser requerit per Maria Antònia de Nàpols, la primera esposa de Fernando VII perquè li assistís el part<sup>14</sup>.

D'altra banda, la invenció del fòrceps obstètric l'any 1588 per Peter Chamberlen va assentar les bases de les intervencions mèdiques i quirúrgiques durant el part<sup>15</sup>.

És important recordar que durant la primera meitat del segle XIX hi va haver un avanç important en el coneixement de l'anatomia i la fisiologia de l'aparell femení. També seguia creixent dintre de l'àmbit mèdic l'interès en l'embaràs i el part.

L'assistència al part seguia estant en mans de les llevadores, a Espanya, la formació de les llevadores estava regulada mitjançant una reial cèdula de 6 de maig de 1804 que recollia la normativa per a l'obtenció del títol de llevadora i les condicions que havien de reunir aquestes dones. En aquella època les llevadores amb "titulació" eren escasses i no cobrien les necessitats assistencials. Per això sovint intervenien en el part, sobretot en les classes humils, dones anomenades *enteses*<sup>16</sup>.

Més endavant es va produir la unió definitiva entre metges i cirurgians, gràcies a un real decret de 14 de juliol de 1827 que va crear els col·legis de Medicina i Cirurgia en substitució dels antics Reals Col·legis de Cirurgia. D'aquest fet se'n derivarien conseqüències importants, no només en el camp per l'exercici de la professió mèdica sinó també en el seu desenvolupament científic i en el camp de l'ensenyament, i va facilitar així la creació d'especialitats autènticament medico-quirúrgiques. «El arte de Partear», que equivaldria al terme *obstetrícia*, va deixar d'estar només en mans de llevadores o de metges teòrics i es va convertir en una disciplina científica gràcies al notable avanç en el coneixement

de l'embaràs i el mecanisme del part, la millora del coneixement de la patologia de l'embaràs, la concepció bacteriològica en la gènesi de les infeccions, l'antisèpsia i l'asèpsia, el desenvolupament de l'anestèsia i la normalització de la pràctica de la cesària<sup>17</sup>.

Amb tots aquests esdeveniments que s'han descrit es pot afirmar que des de principi del segle XX l'hegemonia de la institució mèdica amb poder sobre el naixement va quedar instaurada. Les dones "enteses" i les llevadores queden en desigualtat de condicions i els seus sabers i pràctiques queden sota el control mèdic. El poder de la medicina, com a institució, s'integra en l'organització estatal del control social en els països occidentals i en conseqüència, el control dels cossos de les dones i especialment dels cossos gestants es planteja com una necessitat social<sup>1,18</sup>.

### 1.1.2. Entorn físic

Les institucions denominades cases de maternitat o maternitats, sorgides en el transcurs dels segles XVIII i XIX a Espanya i altres països europeus, van subsistir fins al segle XX. També van ser uns dels primers espais físics fora de l'àmbit familiar que cuidaven les dones gestants i atendien els seus parts. Aquestes institucions donaven atenció a les dones de classes socials baixes o que no tenien suport familiar durant el part i el puerperi immediat<sup>19</sup>. Juntament amb aquestes cases hi havia les cases de nens expòsits, en les quals les mares que no podien fer-se càrrec dels seus nadons els hi deixaven. A Espanya, la Llei general de beneficència de l'any 1822 va regular el funcionament i distribució de les cases de maternitat entre altres coses<sup>20</sup>. Tanmateix, el dispositiu d'assistència hospitalària era molt precari, amb una distribució territorial anàrquica, una pèssima organització i una infraestructura pobre.

Així doncs, parir a l'hospital, a l'inici del segle XIX, era signe de pobresa i de desprestigi social, associat a més a una mortalitat materna elevada deguda a la temuda febre puerperal que també s'anomenava *la pesta negra de les mares*<sup>1,21</sup>. Les epidèmies de febre puerperal es van apoderar del vell continent

entre els segles XVII i XIX. Aquestes febres cursaven amb una taxa de mortalitat materna del 90%. Tot i que la *febris maligna puerperum*, nom que rebia en llatí la febre puerperal, ja es pot trobar referenciada en antics textos hindús que daten de 1.500 anys a.C.<sup>22</sup>. Aquesta malaltia no apareixia o tenia una incidència molt baixa en aquells parts atesos per parteres als domicilis. Les causes d'això no es coneixien, s'havien explicat des de diferents perspectives: s'havia associat a l' hospitalització com un dels principals factors de risc de la malaltia degut a la mala ventilació, l'amuntegament de dones a les habitacions, la mala aplicació dels fòrceps, la deficient praxis dels estudiants de medicina, l'ansietat de les dones provocada pel soroll de la campana que feia el capellà quan aquest es dirigia a administrar els sagraments a les moribundes, la pressió de la matriu sobre l'intestí, etc. Aclarir l'etiologia i el tractament de la febre puerperal va esdevenir un dels temes d'interès, tant per part dels polítics com dels científics, i va donar lloc a la creació de diferents teories sobre la seva etiologia, com la teoria contagionista, l'anticontagionista, les proposades pels iatrofísics i les dels iatroquímics<sup>21</sup>. Fins i tot hi havia investigacions mèdiques que, seguint una línia de pensament que considerava les dones com a agents contaminants, defensaven que eren les mateixes dones que presentaven una predisposició morbosa a la purulència. Cal destacar la figura de l'obstetra hongarès Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) que a mitjan del segle XIX va ser el primer a identificar la forma de transmissió de la sèpsia puerperal controlant la seva aparició amb una senzilla mesura d'higiene. Semmelweis és un bon exemple d'observació metòdica i reflexiva, i per primera vegada va aplicar la comprovació estadística a les seves troballes. Semmelweis, que exercia d'obstetra a l'Hospital General de Viena la mortalitat per febre puerperal era molt elevada, molt preocupat pel tema va observar que la freqüència d'aparició d'aquesta no era igual en les dues sales de maternitat que tenia l'hospital. En la primera sala maternal, on les embarassades eren ateses per metges i estudiants que practicaven en cadàvers per fomentar la medicina anatomo-clínica, la mortalitat era més elevada que en l'altra sala, on les dones eren ateses per llevadores que no tenien contacte amb els estudis anatòmics en cadàvers. Per això, va confirmar experimentalment la naturalesa infecciosa de la febre puerperal i que la "causa necessària" d'aquesta era deguda a l'existència d'unes partícules cadavèriques que eren disseminades per les

mans dels metges i estudiants de medicina que després de realitzar les autòpsies no se les rentaven. Es va demostrar així que una simple mesura d'antisèpsia, com era el rentat de mans amb solucions amb clor abans i després d'atendre les seves pacients, ajudava a reduir l'aparició de la malaltia. Tanmateix, les seves observacions no van ser ben vistes per part dels seus companys ja que creien que la seva teoria insultava la imatge dels metges. Inclús el seu propi cap, el professor Klein, es va posicionar en contra d'ell i va prohibir aquesta mesura sanitària, destituint Semmelweis i deixant Braun al seu lloc, el qual creia que tot el problema era degut a la mala ventilació dels hospitals. Aquesta nova decisió va augmentar una altra vegada la taxa de mortalitat<sup>23</sup>. Més endavant, en la segona meitat del segle XIX, Pasteur i Kock van identificar l'estreptococ com a agent causal de la febre puerperal i va reafirmar, a la vegada, la teoria de la naturalesa infecciosa de la febre puerperal de Semmelweis i que era el metge qui portava els microbis d'una persona infectada a una altra<sup>24,25</sup>.

A partir de la segona meitat del segle XX, amb l'arribada del desenvolupament econòmic i de les institucions sanitàries, en la majoria de les societats occidentals l'atenció al part i puerperi deixa de ser atès per parteres/llevadores fora de l'àmbit sanitari per passar a ser atès a l'hospital, el procés reproductiu passa a tractar-se com un esdeveniment aïllat del seu entorn, igual per a totes les dones. Ja no estem davant un fenomen social compartit per la dona i les seves xarxes socials, sinó que és el personal sanitari, principalment els obstetres, els qui dirigeixen, decideixen i estan presents, i els mètodes naturals cedeixen el lloc a l'ús de sofisticada tecnologia i medicalització.

## 1.2. Característiques de les maternitats hospitalàries en el segle XIX-primera meitat del segle XX

### 1.2.1. Maternitats espanyoles

L'Espanya del segle XIX i de la primera meitat del segle XX necessitava intensificar els seus esforços en l'organització sanitària per a l'atenció a la maternitat, ja que, d'una banda, l'any 1901 ens trobàvem davant d'una taxa de mortalitat materna que se situava aproximadament al voltant dels 500 morts maternes per 100.000 nascuts vius, taxa que es va mantenir estable durant els dos primers decennis del segle XX<sup>26</sup>.

D'altra banda l' any 1943 la taxa de mortalitat infantil a España oscil·lava al voltant del 103 per 1.000 nascuts vius, fet que ens situava entre els països d'alta mortalitat infantil a Europa i, a més, la taxa de mortalitat materna seguia elevada. Malgrat l'escassetat del mitjans econòmics, que encara s'arrossegaven pels anys difícils de la Guerra Civil i la II Guerra Mundial, es necessitava intensificar l'organització sanitària; per això, el nou règim franquista, seguint l'exemple d'altres països d'Europa, en l'àmbit de la salut materno-infantil i a través del programa «Al Servicio de España y del niño español» va situar com a objectiu prioritari la lluita per la reducció de la mortalitat infantil i juvenil, la mortinatalitat i la mortalitat materna<sup>27</sup> sota la vigilància dels Serveis Centrals d'Higiene Infantil de la Direcció General de Sanitat, creats per Decret de 13 d'octubre de 1931, ampliat per la Llei de sanitat infantil i maternal de 12 de juliol de 1941 i reorganitzats per la Llei de bases de sanitat nacional de 25 de novembre de 1944. La incidència va fer-se evident en els camps següents: en la puericultura, organitzant i dirigint les tasques dels dispensaris i clíniques de lactants i hospitals infantils; en la maternologia, organitzant i dirigint les consultes d'higiene prenatal i els centres maternals i pediàtrics d'urgència en el medi rural; en l'ensenyament, convocant anualment cursos, nomenament de professorat, expedició de títols i diplomes; en la gestió econòmica, dotant els centres dels elements necessaris; en el reajustament de les plantilles de personal; en les grans campanyes contra les grans causes de mortalitat infantil i relacionant-se amb altres organismes com eren els de beneficència general, el Consell Superior de Protecció de Menors i

juntes provincials, les organitzacions d'assistència infantil i maternal creades per l'assegurança obligatòria de malaltia, l'Obra d'Auxili Social, les activitats sanitàries femenina de la Falange Espanyola Tradicionalista i de les J. O. N. S i d'intercanvi científic i cultural amb l'estranger<sup>28</sup>. Totes aquestes activitats, juntament amb un lent però continuat increment de les condicions socials de la població espanyola, van ajudar a reduir significativament la taxa de mortalitat infantil i la van situar l'any 1950 a 63,72 per 1.000.

L'any 1951, el Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, en la secció de puericultura, maternologia i higiene escolar, va publicar un document en què s'explicava la necessitat de completar l'organització sanitària en l'atenció a la maternitat i puericultura augmentant els llits destinats a l'hospitalització maternal i infantil, ja que la política oficial d'aquella època apostava per afavorir una assistència obstètrica en una maternitat o hospital a tota la població, no només a les gestants amb suposades distòcies o per causes socials. L'Espanya de meitat del segle XX, encara que l'internament en una clínica maternal era cada vegada més freqüent, inclús entre les classes social més acomodades, també es trobava una gran variabilitat entre províncies espanyoles. Mentre que a València s'assistien a domicili més del 99% dels parts, a Màlaga capital gairebé la meitat tenien lloc a la maternitat i en clíniques particulars.

La proporció de parts que tenien lloc a l'hospital encara era molt baixa si es comparava amb altres països europeus. Les causes eren diverses, com la necessitat de no abandonar la casa per motius familiars, les dificultats per trobar ajuda en l'assistència domèstica durant els dies del part i postpart, la disponibilitat de llits destinats a la maternitat i el fet que les maternitats es trobessin localitzades a les capitals provocava que no tothom hi podia accedir d'una manera fàcil, ja que el sistema de comunicacions i transports era molt precari. Per això, el Govern va començar a planificar com es distribuïrien les maternitats i hospitals en el territori espanyol per l'atenció a la maternitat, a calcular en funció de la població el nombre de llits que es necessitarien, quin personal creia que donaria una assistència tècnica perfecta i com es finançaria tota aquesta xarxa hospitalària<sup>29</sup>.

El Govern espanyol va calcular per a Catalunya que es necessitarien uns 360 llits per a l'atenció a la maternitat, distribuïts de la manera següent:

<b>Barcelona</b>	<b>220 llits</b>
<b>Manresa</b>	<b>30 llits</b>
<b>Terrassa</b>	<b>30 llits</b>
<b>Sabadell</b>	<b>30 llits</b>
<b>Granollers</b>	<b>10 llits</b>
<b>Berga</b>	<b>10 llits</b>
<b>Vich</b>	<b>10 llits</b>
<b>V.Penedès</b>	<b>20 llits</b>

Font: "Bosch J. El Hospital infantil y maternal en España. Madrid: Ministerio de la Gobernación Dirección General de Sanidad; 1951.

### 1.2.2. Maternitats catalanes

A Catalunya, la Diputació de Barcelona havia construït l'any 1853 la Casa Provincial de Maternitat i d'Expòsits, d'acord amb les prescripcions de la llei de beneficència. Es tractava d'un local mal condicionat al carrer de Ramalleres on s'allotjarien els orfes sans provinents de l'Hospital de la Santa Creu, els orfes malalts i les parteres secretes. L'any 1892, el Departament de Maternitat es traslladava del vell Hospital de la Santa Creu a Ramalleres i s'hi varen assistir els primers parts a càrrec d'una llevadora de fora tenint-hi els metges poc paper. La instal·lació era pèssima, tancada a tota aportació provinent de l'exterior amb ganes de reforma. Es tractava d'una mena de centre secret protegit per les lleis de l'Estat, absolutament tancat a l'ensenyament i sense cap inquietud científica, aprofitant els llits que havien deixat lliures els fills de pares desconeguts instal·lats allà des de 1853. Aquests nens van romandre aquí fins als anys 1884-1885 quan es traslladaren a una finca a les Corts de Sarrià anomenada *Mas Caballé*, en el solar que el conjunt arquitectònic de la Maternitat ocupa actualment<sup>30</sup>.



Fou amb la constitució de la Mancomunitat<sup>31</sup>, el 6 d'abril de 1914, quan es començà a indagar en la situació que viu la maternitat catalana. Un paper clau el jugà el professor Miquel A. Fargas<sup>32</sup>, gran ginecòleg d'aquella època i fervent polític d'aquell moment, que sent gran amic de l'inspirador i president de la Mancomunitat, el Sr. Enric Prat de la Riba, li plantejà la modernització de la Maternitat per oferir assistència pública a les dones obreres a un preu accessible, amb la finalitat de rebre garanties sanitàries en el moment del part i que el centre disposés d'un cos mèdic propi amb una escola de pràctiques per als estudiants de Medicina i amb una moderna escola de llevadores. L'any 1915 s'aprova el projecte d'un nou edifici dissenyat per l'arquitecte Josep Bori i Gensana, i dirigit per un director mèdic, el Dr. Ricard Zariquiey, ambdós delegats per la Mancomunitat, després de visitar les maternitats de Suïssa i Alemanya. Però amb pocs mesos de diferència moriren Fargas i Prat de la Riba i poca cosa es realitzarà del gran projecte que preveia sis pavellons. Gràcies a la presència en la Junta de la Casa de Maternitat d'un deixeble de Fargas, el Dr. Francesc Fàbregas, es va edificar un dels pavellons anomenat *Pavelló Rosa* i que fou inaugurat l'any 1924. S'aconseguia, d'aquesta manera, una instal·lació moderna amb una organització dels serveis exemplars regits aleshores per Boi Guilera, metge també de l'escola de Fargas. El Pavelló disposava de sales de part àmplies, quiròfan, sala sèptica, departaments del nounat, sales de puerperis i d'aïllament. Respecte al personal disposava de llevadores en pràctiques i metges interns, joves postgraduats residents dedicats només a la Secció de Maternitat. De mica en mica a la Maternitat van començar a acudir dones casades i es va aconseguir que les dones gestants arribessin al part en bones condicions<sup>33</sup>.

El 20 de març de 1925 el general Primo de Rivera va abolir la Mancomunitat i la resta de projecte de Fargas va quedar abandonat.

L'any 1930, el Dr. Guilera fou nomenat director de la Maternitat i emprengué un procés de reforma començant les obres del segon edifici, anomenat *Pavelló Blau*, destinat a embarassades casades. El nou edifici va ser construït lentament gràcies a les aportacions econòmiques del Dr. Francesc Fàbregas i, finalment, fou inaugurat l'any 1942; aquest edifici és, encara avui, la seu de

l'actual Casa de la Maternitat. La institució no era modèlica, ja que tants anys d'edificació i inauguracions parcials no van ajudar al fet que Barcelona comptés amb una Maternitat construïda d'acord amb les concepcions sanitàries d'aquella època, encara que comptava amb consultoris prenatals amplis, grans sales de parts i habitacions de puerperis individuals i compartides, entre d'altres<sup>34</sup>.

### **1.2.2.1. Atenció a la maternitat a la comarca del Bages**

En el nostre àmbit d'estudi, la comarca del Bages, extensa regió geogràfica de 1.299 Km<sup>2</sup> situada a la Catalunya Central on la ciutat de Manresa n'és la capital, els parts també es duïen a terme majoritàriament al domicili amb l'ajuda de les llevadores que només sol·licitaven la col·laboració del metge quan el part no era espontani. Llavors, aquest es desplaçava al domicili per intentar resoldre la situació en condicions precàries d'higiene i oferint poques garanties sanitàries. S'ha d'esperar la llei de 14 de desembre de 1942, mitjançant la qual el govern de Madrid va crear el *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE), per iniciar una nova dinàmica assistencial en l'atenció sanitària<sup>35</sup>. Així, a Manresa, l'any 1945, el Dr. Ramon Llatjós i Planas, especialista en toco-ginecologia, obtingué la primera plaça de tocòleg del SOE i podem dir que va revolucionar l'atenció a les dones amb parts distòcics quan va dir que no atendria cap més part a domicili i que totes havien de parir a la Clínica per augmentar la seguretat de les seves pacients. Aquesta decisió li va suposar una revolta per part de les llevadores, que seguien apostant pel part domiciliari, però finalment va guanyar el Dr. Llatjós i les llevadores van quedar sota la coordinació i lideratge d'ell<sup>36</sup>.

Els arxius històrics de la ciutat de Manresa revelen el nom de dos centres que varen començar a donar assistència a les dones embarassades en aquesta època:

- L'Hospital de Sant Andreu de Manresa.

Per les referències històriques que es conserven a l'Arxiu Comarcal del Bages referents als hospitals manresans, l'Hospital Sant Andreu va ser

el primer de Manresa, data aproximadament de l'any 1260. Aquesta institució funcionava mitjançant la dotació pressupostària del Consell de la ciutat, que es complementava amb les deixes, llegats i almoines. Es tractava d'un centre de beneficència. Hem de tenir present que la funció dels hospitals durant segles no era la de curar, sinó que eren llocs d'acollida de gent pobra i de persones sense casa afectades per malalties que no eren considerades contagioses.

Durant la segona meitat del segle XIX, l'hospital havia destinat una sala pròpia amb un total de 4 llits i 11 màrtegs per a l'assistència a les dones malaltes, però l'any 1883 s'afegí una altra sala, en un pavelló separat, per acollir les mares solteres que parien a l'hospital amb la finalitat de poder mantenir-les en l'anonimat, ja que l'estricta moral d'aquella època les duia al rebuig per part de la societat. Fins i tot es va crear un registre d'ingressos a banda dels registres d'ingressos de malalts de l'hospital per consignar les entrades i sortides d'aquestes noies embarassades. Aquest registre, que duia el nom de *Registro para las reiteradas*, es va utilitzar entre el 27 de juny de 1883 i el 9 de desembre de 1900 i va servir per deixar constància que durant aquest període l'hospital va acollir 120 noies embarassades que hi van donar a llum<sup>37</sup>.

Les característiques d'aquesta sala per a dones embarassades les podem conèixer gràcies a la descripció que en va fer l'any 1927 Joaquim Sarret, que deia que:

*«es tractava d'un petit departament isolat, amb cuina i cinc llits, ben ventilats i anomenat de reiterades, en què s'assisteixen solteres gràvides de cinc mesos fins que han infantat, a les quals, si volen criar, se'ls deixa llur fill i, en cas contrari, les germanes de l'hospital tenen cura de portar l'infant a la Maternitat de Barcelona»<sup>38</sup>.*

- La Clínica Sant Josep de Manresa.

La Clínica de Sant Josep fou inaugurada l'any 1929 sota el lideratge de les religioses Filles de Sant Josep per oferir un servei sanitari integral a la ciutat de Manresa i evitar que la seva població hagués d'anar a

Barcelona per ser atesa d'una patologia mèdica complexa, ja que aquella època la comunicació entre poblacions era complicada.

L'arquitecte manresà, Alexandre Soler i March (1873-1949), va ser l'encarregat de transformar la casa de les religioses del carrer dels Caputxins en el Sanatori Sant Josep, i es van aconseguir així unes instal·lacions i equipaments segons els estàndards de qualitat hospitalària que s'exigia en aquells temps. La Clínica disposava d'una àrea quirúrgica i tocològica, i d'un espai d'hospitalització. Era lluminosa, ben ventilada i les habitacions tenien pica de rentamans, llit, tauleta de nit, cadires, il·luminació elèctrica i alarmes. Els banys i dutxes eren comunitàries i l'aigua de l'edifici era corrent i tractada.

Les principals activitats que s'hi duïen a terme eren la quirúrgica, traumatològica i tocològica, i es va consolidar des del primer moment com un centre quirúrgic d'atenció privada, mutual i altruista que també donava atenció mèdica i atenia parts.

La Clínica Sant Josep esdevingué el centre de referència per als parts a partir de la decisió que va prendre el Dr. Llatjós l'any 1945, tal com ho hem explicat abans<sup>39</sup>.

### 1.3. L'atenció a la maternitat a Espanya a l'actualitat

L'atenció al part en l'entorn hospitalari s'ha anat consolidant al nostre país i, actualment, la majoria dels parts que es produeixen a Espanya tenen lloc en l'entorn hospitalari. Un informe publicat per un equip multidisciplinari de professionals amb seu a Alacant dedicats a temes relacionats amb l'embaràs, part i criança (EDUCER)<sup>40</sup> reflecteix que la mitjana estimada de parts planificats a casa en el territori espanyol només és del 0,19%, la Comunitat Autònoma de Catalunya és la que presenta el percentatge més elevat, amb un 0,39% versus la Rioja amb un 0,02%.

D'altra banda, segons les dades que ens proporciona el conjunt mínim bàsic de dades —CMBD— elaborat pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat<sup>41</sup> durant anys, el part ha estat la causa més freqüent d'ingrés als hospitals espanyols, l'any 2013 ocupava la quarta posició.

En el si de l'atenció hospitalària al part, les unitats de maternitat hospitalària es poden definir com:

*«Una organització de professionals sanitaris que ofereix assistència multidisciplinària a la dona, al nounat i a la família en el part i el naixement, i que compleix uns requisits funcionals, estructurals i organitzatius, de forma que garanteix les condicions adequades de seguretat, qualitat i eficiència per realitzar aquesta activitat»<sup>42</sup>.*

La incidència que té l'assistència hospitalària al part sobre la qualitat de vida de les dones i dels seus nadons va ser recollit en el *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud*<sup>43</sup>, en què en el seu marc d'objectius i accions preveu que les unitats de maternitat dels hospitals requereixen l'elaboració de criteris de qualitat i seguretat. Aquests criteris volen aconseguir la millor forma d'organitzar i gestionar l'atenció hospitalària al part, tenint en compte el reconeixement del dret a decidir de les dones, la necessitat basada en l'evidència científica de respectar la fisiologia del part, així com una atenció integral a la família.

L'Oficina de Planificació Sanitària i Qualitat del Ministeri de Sanitat i Consum va dirigir l'elaboració del document sobre estàndards i recomanacions per a les maternitats hospitalàries (MH)<sup>42</sup>. L'objectiu del document és posar a disposició de les administracions públiques sanitàries, gestors tant públics com privats i professionals, criteris per a l'organització i gestió de les seves MH, per tal de contribuir en la millora de les condicions de seguretat i qualitat de la seva pràctica en totes les dimensions que la qualitat conté.

Les maternitats hospitalàries (MH) han de garantir els punts següents:

a. Els drets i les garanties de les usuàries.

Les MH han de respectar els drets de les usuàries, els nounats i familiars recollits en la legislació sanitària vigent segons la Llei 41/2002, de 14 de novembre<sup>44</sup>, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, i la Carta europea dels drets dels nens i nenes hospitalitzats.

Les MH per ajustar-se a la normativa han de :

○ Estar orientades a les famílies.

Encara que el titular del dret a la informació és la usuària, la família ha de ser informada si ella ho concedeix o ho sol·licita<sup>45</sup>. El part té una dimensió familiar que és necessària incorporar a l'atenció.

○ Informar a les dones i familiars. Consentiment informat.

Les MH ha de facilitar informació respecte a les característiques generals de la seva MH. Tenen dret a conèixer els professionals i a rebre informació detallada sobre el procés de part; a més a més, es recomana que hi hagi un model de consentiment informat per cada procediment o tractament inclòs en la seva cartera de serveis.

b. La seguretat del pacient.

Les MH han de disposar de programes de vigilància i protocols específics per tal de:

- Prevenir infeccions nosocomials.  
Han de tenir protocols en relació amb la higiene de mans, utilització d'antisèptics, profilaxi antibiòtica, prevenció i gestió d'accidents provinents de punxades o inoculacions accidentals...
- Prevenir la infecció neonatal transmesa per la mare. Han de tenir i conèixer el protocol d'actuació en cas de mare portadora d'estreptococ agalactiae del grup B i malalties que pot transmetre la mare de manera vertical (hepatitis B, lues, HIV, rubèola...).
- Rebre i comunicar alertes epidemiològiques a les autoritats sanitàries competents.
- Gestió de fàrmacs, segons les directrius que preveu la legislació del medicament<sup>46</sup>.
- Gestió d'hemoderivats.  
És altament recomanable que les M.H tinguin el protocol d'hemorràgia massiva obstètrica.
- Identificació inequívoca de les parteres i els seus nadons.
- Gestió de seguretat per al pacient per tal de garantir la seguretat quirúrgica, l'ús adequat de la tecnologia, seguretat per evitar robatoris o canvis de nadons.
- Pla d'autoprotecció amb la finalitat d'estar en possessió de tots els recursos materials i humans per a la prevenció de riscos, així com que tot el personal del centre sàpiga actuar davant de situacions d'emergència, ja siguin internes com externes.
- Gestió de residus biològics segons la normativa que preveu la Llei 20/1986 bàsica de residus tòxics i perillosos<sup>47</sup>.

- Gestió de riscos per avaluar de manera periòdica indicadors obstètrics, o incidents produïts.
- c. Els criteris organitzatius i de gestió de les maternitats hospitalàries.
- Les MH en funció del nombre de parts atesos per any es classifiquen en quatre nivells, segons podem observar en la següent taula:

### **Classificació de les maternitats hospitalàries en nivells segons el nombre de parts atesos**

Nivell hospitalari	Nombre de parts atesos
1	Menys de 600 parts anuals
2	Entre 600 i menys de 1.200 parts anuals
3	Entre 1.200 i menys de 2.400 parts anuals
4	Més de 2.400 parts anuals

Font: "Maternidad Hospitalaria .Estándares y recomendaciones"

També les gestants en funció dels seu risc durant l'embaràs es classifiquen en quatre nivells<sup>48</sup>, (vegeu l'annex 1):

- risc baix
- risc I o mitjà
- risc II o alt
- risc III o molt alt

S'aconsella que les gestants de risc II siguin ateses per MH de nivell 3 o 4 i les gestants de risc III per MH de nivell 4.

- d. L'estructura física i recursos materials de les maternitats hospitalàries.
- Dintre les MH espanyoles es poden distingir dos tipus d'unitats:
- Unitats seqüencials: en les quals cada etapa del procés de part ( dilatació, expulsio i deslliurament, recuperació) es realitza en sales diferents. Així en aquest model trobem sales de dilatació, sales de part i sales de recuperació.



- Unitats integrades o unitats de treball de part, part i recuperació (UTPR): en les quals totes les etapes del procés de part es desenvolupen en una mateixa sala.

Durant anys, la primera estructura era la que predominava als nostres hospitals, però actualment les MH treballen per poder oferir UTPR, ja que aquesta estructura, d'una banda, ofereix major comoditat i privacitat a les dones i a les seves parelles, i, d'una altra, interfereix menys en la fisiologia del part i afavoreix tot plegat la humanització del part.

e. Els recursos humans de les maternitats hospitalàries.

Els estàndards i recomanacions en recursos humans es basen en el document de consens entre el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, el Royal College of Midwives, el Royal College of Anaesthetists i el Royal College of Paediatrics and Child Health<sup>49</sup>, en el qual es reconeix el paper central de la llevadora en l'assistència al part normal i la implicació de l'obstetra en l'assistència a les dones amb parts complicats.

Llevadores, obstetres, anestesiòlegs, neonatòlegs, infermeres i auxiliars d'infermeria han de treballar conjuntament els protocols i guies d'actuació per aconseguir els millors resultats per a la mare i el seu nadó.

f. Els aspectes relatius a la qualitat assistencial de les maternitats hospitalàries.

A partir de l'elaboració d'un conjunt d'indicadors de qualitat assistencial en obstetrícia, es valorarà la qualitat tècnica, utilització i qualitat percebuda.

La utilització dels indicadors de qualitat ens permetrà avaluar si l'assistència donada es realitza dintre d'un marc adequat de qualitat, no només percebuda per part dels professionals, sinó també pel pacient i el seu entorn. S'ha de vetllar perquè l'assistència sigui l'adequada, oportuna, segura, accessible, amb una correcta utilització dels recursos.

En el document sobre estàndards i recomanacions per a les maternitats hospitalàries es proposen un conjunt de vint-i-set indicadors de qualitat per a les MH<sup>42</sup>, (vegeu l'annex 2).

### 1.3.1. L'atenció a la maternitat a la Comarca del Bages a l'actualitat

Com hem esmentat amb anterioritat, el Bages és una extensa comarca de 1.299 Km<sup>2</sup> situada a la Catalunya central i Manresa n'és la capital.

Durant anys, com ja hem comentat, van ser l'Hospital Sant Andreu i la Clínica Sant Josep de Manresa les maternitats de referència de la comarca.

Posteriorment, el Centre Hospitalari de Manresa, inaugurat l'any 1971 com un hospital monogràfic dedicat a la cirurgia ortopèdica i la traumatològica, la rehabilitació i la prevenció d'accidents, va anar augmentant la seva cartera de serveis fins convertir-se en un hospital general, i va incorporar l'obstetrícia i la ginecologia l'any 1974.

Ens situem, doncs, als anys setanta, època en què Manresa tenia cinc centres hospitalaris: l'Hospital Sant Andreu, la Clínica Sant Josep, la Unitat Coronària, l'Hospital de Sant Joan de Déu i el Centre Hospitalari, sovint amb carteres de serveis duplicades i forta competència entre elles.

Com a conseqüència de la gran oferta hospitalària, la despesa sanitària era molt elevada, la qual cosa va empènyer al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a dur a terme un pla de reordenació hospitalària<sup>50,51</sup>.

Aquest fet comportà a la nostra comarca una sèrie de fusions hospitalàries:

- L'any 1986 es van fusionar el Centre Hospitalari i la Unitat Coronària per formar la Fundació Privada Centre Hospitalari–Unitat Coronària (CHUC).
- L'any 1994 el CHUC compraria la Clínica Sant Josep.
- L'any 1988 se signà la fusió de l'Hospital Sant Joan de Déu amb el de Sant Andreu i es creà, en la ubicació del primer, el nou Hospital General de Manresa, Fundació Privada.

- L'any 2002 es va fusionar el grup Centre Hospitalari i Cardiològic i la Clínica Sant Josep amb l'Hospital General de Manresa, i es va crear així la Fundació Althaia, Xarxa Hospitalària de Manresa.

Aquesta institució disposa d'un hospital públic, ubicat a l'edifici Sant Joan de Déu i la Clínica Sant Josep com a centre privat. També disposa de centres socio-sanitaris i d'atenció primària, i dóna serveis i suports a la regió<sup>52</sup>.

Actualment, la comarca del Bages disposa de dues maternitats hospitalàries sota la gestió de la Fundació Althaia. Una maternitat pública, ubicada a l'edifici Sant Joan de Déu i una maternitat privada, ubicada a la Clínica Sant Josep.

## PART 2: ATENCIÓ HOSPITALÀRIA AL PART NORMAL

### 2.1. Definicions de part normal

Definir què s'entén per part normal no és una tasca fàcil, sovint influenciada segons quin professional ho defineix, Wagner (1995) recull diferents visions<sup>53</sup>:

- **Obstetra:** és un part normal si no hi ha patologia ni cap intervenció.
- **Epidemiòleg:** és un part normal aquell que és totalment natural, encara que la medicalització del part fa difícil de mesurar-ho.
- **Psicòleg:** el part normal està relacionat amb el cicle de la vida de la dona i la seva transició. A través de la maternitat recolza la seva progressió cap a la plena condició de dona.
- **Antropòleg:** la societat occidental està anormalitzant progressivament el naixement.
- **Sociòleg:** el naixement no és un procés normal, sinó un procés social en el qual el resultat es veu afectat per la pròpia dona i el seu medi ambient.
- **Llevadora:** el naixement normal és si la dona el veu com una cosa normal, s'involucra i s'ajusta al seu marc de referència perquè el naixement forma part del procés de la vida.

L'any 2007, en una conferència de salut que va tenir lloc a Melbourne, Waldenström<sup>54</sup> va publicar que el terme *normal* podia estar definit entre els termes *natural* i *comú*. El debat sobre el concepte de normalitat en el part difereix entre cultures i els canvis que el desenvolupament de la tecnologia mèdica aplicada en el part ha tingut lloc en les darreres dècades.

Si es considera que un part normal és un part natural sense cap mena d'intervenció, probablement només un grup minoritari de dones dels països desenvolupats tindrien aquest tipus de part. Per això, hi ha una altra tendència que inclou en el part normal els parts que finalitzen per via vaginal encara que usin la peridural per a l'alleugeriment del dolor.

Si d'altra banda es defineix normal com una pràctica comuna llavors, la cesària, que és una pràctica comuna en països llatino-americans, s'hauria de considerar com a normal.

Seguint en la mateixa línia on el terme *normal* pot estar definit entre els termes *natural* i *comú*, Blázquez<sup>55</sup> explica que aquest concepte de normalitat es pot utilitzar en diferents sentits:

- Si fa referència a la fisiologia: l'embaràs i el part són funcions fisiològiques i, consegüentment, es tracta de processos normals en el cos de les dones. Des d'aquesta vessant, no hi ha anormalitat ni disfunció, sinó, tot el contrari, mecanismes que es compensen durant l'embaràs i el part.
- Si fa referència al no-intervencionisme: l'embaràs i el part en la majoria de les dones del món i en el transcurs de la història té com a característica no haver estat tecnificat ni medicalitzat ni atès per obstetres.
- Si fa referència al que més succeeix: l'embaràs i el part de la majoria de les dones són normals i el més freqüent és que aquest funcionament fisiològic funcioni i no es produeixin alteracions.

En els primers dos punts, el concepte de *normal* s'associa més a *natural* com una cosa espontània i pròpia del cos de les dones.

L'últim punt fa referència al que és el més comú i al que més es repeteix.

Organitzacions científiques nacionals i internacionals, institucions i associacions defineixen aquest terme.

A continuació es detallen algunes de les definicions de part normal segons diferents organitzacions:

- L'Organització Mundial de la Salut (OMS):  
«començament espontani, baix risc al començament del part, i es manté com a tal fins al deslliurament. El nen neix espontàniament en posició

cefàlica entre les setmanes 37 a 42 completes. Després de parir, tant la mare com el nen es troben en bones condicions»<sup>56</sup>.

- Royal College of Midwives (RCM):  
«Un on una dona comença, continua i completa fisiològicament un part a terme»<sup>57</sup>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE):  
«Sense cap intervenció quirúrgica, ús d'instruments, inducció, epidural o anestèsia general»<sup>58</sup>.
- La Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia (SEGO):  
«Treball de part d'una gestant sense factors de risc, s'inicia de forma espontània entre la 37-42 setmanes de gestació i després d'una evolució fisiològica acaba amb el naixement d'un nadó normal que s'adapta de forma adequada a la vida extrauterina. El deslliurament i el puerperi immediat també evolucionen de manera fisiològica. És l'únic tipus de part susceptible de ser atès com un part no intervingut»<sup>59</sup>.
- La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME):  
«És el procés fisiològic únic amb el qual la dona finalitza la seva gestació a terme, en què estan implicats factors psicològics i socioculturals. El seu inici és espontani, es desenvolupa i acaba sense complicacions, culmina amb el naixement i no implica més intervenció que el suport integral i respectuós d'aquest»<sup>60</sup>.

Persisteix la controvèrsia en la manera d'entendre aquests conceptes entre llevadores i obstetres, fet que influeix en les seves pràctiques professionals<sup>61</sup>. Des del punt de vista mèdic l'atenció al part s'ha de centrar en la reducció del risc de possibles complicacions. L'educació mèdica entrena els metges a diagnosticar i tractar la patologia. Aquest posicionament ha conduït a un augment en les intervencions en el part i redefeixen el concepte de normal com la prevenció de l'anormal en el part.

D'altra banda, la visió de les llevadores té un enfocament més holístic, centrat en l'individu i defineix el part com un esdeveniment natural en què la seva

actuació va encaminada a la prevenció i promoció de la salut i que intervé només quan sigui necessari.

També hi ha controvèrsia en el fet les dones ho entenen. Un estudi fet per Howell-White estableix que la definició del part des de la vessant de la dona parteix de l'acceptació o no de la intervenció, de la tecnologia aplicada en el part i de la seva percepció de risc. S'identifiquen, doncs, dos perfils de dones, aquelles que viuen l'embaràs i el part com un esdeveniment mèdic amb necessitat de supervisió i de control i aquelles que creuen que el part és un esdeveniment natural que és més segur sense la interferència de procediments mèdics<sup>62</sup>.

Goberna et al.<sup>63</sup> en un estudi, fet a Catalunya, sobre la percepció de les dones en relació amb la tecnologia sanitària aplicada al seguiment de l'embaràs i assistència al part i la humanització al naixement troba que la majoria de les dones accepten la tecnologia sanitària, només un sector minoritari de dones prefereix una atenció menys medicalitzada. Això sí, totes les dones volen sentir-se protagonistes del seu embaràs i part i confien en la competència dels experts que els proporcionen seguretat encara que demanden ser tractades amb més estimació i tracte deferent.

## **2.2. Evidència científica sobre algunes de les pràctiques obstètriques més habituals en l'atenció al part normal**

Independentment dels diferents punts de vista sobre la normalitat en el part, els professionals de la salut han de tenir una creixent consciència que ens trobem davant d'un nou paradigma en el qual les pràctiques clíniques han d'estar basades en la millor evidència disponible i s'ha de tenir en compte la voluntat del pacient, en substitució del paradigma mèdic tradicional que es basava en l'autoritat del professional per prendre decisions que, sovint, es fonamentaven en la seva experiència.

En l'àmbit de l'atenció materno-infantil es crea el pla de part i naixement que és un document en què la dona expressa les seves preferències, necessitats, desitjos i expectatives, i facilitar la participació activa tant de la dona com de la seva parella en el procés de part i naixement<sup>64</sup>.

Hidalgo<sup>65</sup> conclou que el Pla de part, a més a més de ser una eina eficaç per la consecució d'una millor vivència i experiència en el part, ajuda a l'obtenció d'uns millors resultats tant obstètrics com neonatals.

Es passarà a analitzar algunes de les principals intervencions i pràctiques obstètriques avaluades per la evidència científica i que s'utilitzen en l'assistència al part normal.

### **2.2.1. Atenció continuada durant el part**

Històricament les dones sempre havien estat acompanyades per altres dones durant el part. En passar del part a casa a l'entorn hospitalari l'atenció i suport continuat de la dona durant el part sovint va esdevenir una excepció més que una norma.

Davant l'evidència dels efectes beneficiosos que té per a la dona el fet de sentir-se acompanyada durant el seu procés de part, les institucions sanitàries de la majoria del països desenvolupats fomenten que la dona estigui acompanyada.



Podem trobar tres perfils diferents d'acompanyants:

- Personal de la plantilla de l'hospital (fa referència bàsicament a les llevadores i en algunes ocasions a les infermeres).
- Dones que ni formen part de la plantilla de l'hospital ni tenen una relació de parentesc amb la dona de part, però que a canvi, generalment de diners, les poden acompanyar durant el procés d'embaràs, part i puerperi amb una funció bàsicament d'orientació i suport emocional (ens referim bàsicament a les doules<sup>66</sup>).
- Persones que formen part de la xarxa social de la dona (ens referim bàsicament a la seva parella, mare o amics).

Els resultats d'una revisió sistemàtica feta per Hodnett et al.<sup>67</sup> conclouen que les dones que van rebre una atenció continuada en el part eren més propenses a tenir un part espontani. A més a més, no necessitaven tanta medicació per disminuir el dolor de part, solien quedar més satisfetes i el seu part tenia una durada lleugerament més curta. També es va constatar que els resultats del test d'Àpgar als cinc minuts en els seus nadons eren més alts.

### 2.2.2. Ús d'ènema i afaitat perineal

Durant anys, l'administració d'ènemes a les dones que iniciaven el part era una pràctica habitual.

D'una banda, es creia que el buidament del contingut fecal aportaria uns efectes beneficiosos com: augmentar l'espai del nadó per néixer; reduir el temps de part; disminuir la possibilitat d'infecció tant per a la mare com per al nadó i afavorir la reducció dels moviments intestinals en el post part que sovint proporcionaven malestar a les dones.

D'altra banda, la seva administració també pot produir uns efectes indesitjables a les dones com: un augment de dolor abdominal durant el part; sortida de deposicions líquides durant el període expulsiu que podria afavorir l'augment d'infeccions per a la mare i el seu nadó.

Els resultats d'una revisió sistemàtica feta per Reveiz et al.<sup>68</sup> conclouen que l'ús d'ènemes no proporcionen uns efectes beneficiosos en la millora dels ràtios d'infecció perineal de la mare ni ajuden a contribuir a disminuir les infeccions neonatals, així com la satisfacció materna.

Afaitar el pèl púbic de les dones sovint era una pràctica habitual amb la creença que ajudaria a prevenir les infeccions i que facilitaria la sutura del perineu en cas d'episiotomia. No es tenia en compte el malestar que tenia la dona quan a posteriori li creixia el pèl.

Els resultats d'una revisió sistemàtica feta per Basevi et al.<sup>69</sup> conclouen que falten més estudis per mesurar l'efectivitat de l'afaitat perineal, encara que les dones que no havien estat sotmeses a afaitat presentaven una menor colonització bacteriana per gèrmens gram negatius.

### 2.2.3. Restricció de líquids i sòlids

Deixar en dejú una dona durant el treball de part, independentment de la fase en què es trobés, va esdevenir una pràctica cada vegada més generalitzada en la majoria dels hospitals des que el Dr. Mendelson va descriure el Síndrome que du el seu nom<sup>70</sup>. Aquest podia aparèixer a les gestants que eren sotmeses a anestèsia general durant el seu part i era una causa de morbi-mortalitat materna deguda a una pneumònia post-aspiració del contingut gàstric.

En l'actualitat, la millora de les tècniques anestèsiques i l'augment de l'ús d'anestèsies regionals per les dones sotmeses a cesàries ha fet disminuir significativament la incidència d'aquest esdeveniment advers.

El binomi anestèsia-ingesta oral durant el part és tan important que fa que obstetres, llevadores i anestesiòlegs el treballin conjuntament per arribar a una directriu clara en aquest tema.

Els membres i consultors de The American Society of Anesthesiologists (ASA)<sup>71</sup> estan d'acord a dir que la ingesta oral de líquids clars durant el part millora la satisfacció i el confort de la mare i no incrementa les complicacions maternes en dones de baix risc per presentar una aspiració o dones que no

tinguin un risc alt d'acabar el part amb cesària. D'altra banda, no hi ha prou evidència per determinar quin és el temps de dejuni segur per a aquelles dones que han ingerit aliments. Per aquest motiu, l'ASA recomana no ingerir aliments sòlids durant el part.

The American College of Nurse-Midwives (ACNM)<sup>72</sup> recomana elaborar guies que permetin identificar aquells factors que poden augmentar el risc de patir una aspiració pulmonar, així com la necessitat d'haver informat la dona que la ingesta oral durant el treball de part no és un factor de risc pròpiament dit, sinó que és l'anestèsia en si mateixa la que pot provocar el risc d'aspiració, fent comprendre a la gestant la necessitat d'aturar la ingesta oral en cas que l'evolució del part es desvii de la normalitat.

L'OMS<sup>73</sup> recomana als proveïdors de salut que no han d'interferir en la ingesta oral durant el part quan no hi hagi factors de risc evidents.

Singata et al.<sup>74</sup> en una revisió sistemàtica conclouen que no hi ha justificació per a la restricció de líquids i menjar durant el part en aquelles dones amb baix risc de necessitar una anestèsia, ja que l'evidència no mostra ni beneficis ni danys, tot i que hi ha poca evidència en aquelles dones amb un risc d'entrada més elevat de necessitar una anestèsia.

O'Sullivan et al.<sup>75</sup> conclouen que el consum d'una dieta lleugera durant el part no influeix en els resultats obstètrics ni neonatals, ni incrementa la incidència del vòmit. Tot i això les dones que se'ls ha permès menjar durant el part tenen una durada del part i una taxa de cesàries similars a aquelles que només se'ls ha permès la ingesta d'aigua.

#### 2.2.4. Maneig del dolor amb mètodes no farmacològics

El dolor és una experiència sensorial desagradable que experimenten gairebé totes les dones durant el procés de part.

Moltes dones volen controlar aquest dolor sense fer ús de medicaments i tècniques invasives com la peridural, i intenten reduir la seva percepció de dolor i millorar-ne el control fent ús de teràpies complementàries i alternatives (TCA).

Muñoz<sup>76</sup> troba que no existeix una definició operacional àmplia que sigui estandarditzada per definir les TCA, però descobreix que totes les definicions reconeixen implícitament que a mesura que les pràctiques de les medicines alternatives es vagin demostrant segures i efectives podran ser incorporades a la pràctica mèdica convencional.

Jones et al.<sup>77</sup>, en una revisió Cochrane, conclouen que la majoria dels mètodes no farmacològics semblen segurs per a la mare i el nadó, però la seva eficàcia no està clara a causa que la qualitat metodològica general dels assaigs va ser baixa.

Són moltes les classes de teràpies complementàries que s'utilitzen durant el treball de part: immersió en aigua, ús de pilota, massatge, tècniques de relaxació, injecció d'aigua estèril, estimulació nerviosa transcutània (TENS); acupuntura, reflexologia, homeopatia, hipnosis, musicoteràpia, aromateràpia, entre d'altres.

Procedirem a descriure algunes d'aquestes teràpies.

#### **2.2.4.1. Immersió en aigua**

Fa referència a la gestant que està immersa en aigua calenta durant el treball de part fent ús d'una banyera que permeti que el seu abdomen quedi completament submergit.

La percepció de relaxació, alleugeriment del dolor, facilitat de moviment i una experiència més holística que experimentaven les dones immerses en aigua calenta durant el treball de part va fer que, durant la dècada dels anys vuitanta, augmentés a França la demanda de les dones que volien fer ús d'aquesta teràpia durant el part. Tot aquest moviment, ajudat per la influència de les teories de Michel Odent<sup>78</sup>, va popularitzar la immersió en aigua durant el part a altres països europeus.

En resposta a les creixents demandes, la House of Commons Health Committee, va publicar un informe adreçat als serveis de maternitat per recomanar que totes les maternitats haurien de poder donar l'opció de part a l'aigua<sup>79</sup>.

Posteriorment, davant aquest moviment, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) i l'RCM<sup>80</sup> van elaborar una declaració conjunta per donar suport a l'ús de l'aigua durant la fase de dilatació per a dones sanes sense embarassos complicats i recomanaven un estricte compliment dels criteris d'inclusió descrits en les guies de pràctica clínica per prevenir les possibles complicacions d'un part a l'aigua en relació amb el control de la infecció o la ruptura del cordó, davant que encara no hi ha prou evidència disponible.

Benfield et al.<sup>81</sup> mostren que la immersió en aigua durant el treball de part està associada a una disminució dels nivells d'ansietat, de vasopressina i d'oxitocina i incrementa la relaxació de la dona. Es redueix la percepció de dolor, hi ha una millora de la perfusió uterina i una reducció de les xifres de la pressió sanguínia.

Cluett et al.<sup>82</sup>, en una revisió Cochrane, van informar que els resultats adversos no es van veure augmentats en les dones que havien utilitzat la immersió en aigua durant el part en relació amb les ràtios d'infeccions maternals i neonatals, així com en els resultats baixos del test d'Àpgar, ni en l'increment d'ingressos neonatals. De totes maneres, la gran variabilitat entre els estudis feia concloure que es necessitava més investigació en aquest camp.

Nutter et al.<sup>83</sup>, en una revisió recent, troben que el part a l'aigua està associat amb una incidència baixa d'episiotomies i laceracions perineals severes i pot contribuir a reduir l'hemorràgia post part.

L'any 2014 a Espanya, la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) i la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEMEPE de la SEGO)<sup>84</sup>, redacten un document de consens en relació amb l'atenció del part a l'aigua. Les consideracions finals d'aquest document diuen: «amb les dades actuals es pot afirmar que en gestacions no complicades i a terme, el desenvolupament de la primera etapa del part a

l'aigua és una tècnica que disminueix les necessitats d'analgèsia farmacològica i la duració del treball de part, encara que no millora els resultats perinatals. No obstant això, la seguretat i l'eficàcia en l'atenció a l'aigua durant l'expulsiu no està establerta ni per les mares ni pels nounats i davant de la falta d'evidència científica de cap benefici i l'absència de dades de seguretat sobre la salut del nounat, així com l'existència de casos clínics amb complicacions greus la SENEo i la SEMEPE de la SEGO, recomanen que aquesta modalitat de part només es tingui en compte en el context d'un assaig clínic controlat».

#### **2.2.4.2. Utilització de la pilota**

Fa referència a la gestant que durant el treball de part utilitza, com a recurs per millorar la seva experiència, una pilota de goma, resistent, capaç de suportar el pes d'una gestant.

Teòricament, el moviment de balanceig que la gestant fa quan està asseguda damunt la pilota mobilitza la musculatura i les articulacions de la pelvis, fet que ajuda el fetus a encaixar-se millor a mesura que avança el treball de part.

A més a més, la utilització de la pilota implica adoptar una postura vertical, fet que afavoreix el massatge del perineu i l'alleugeriment del dolor en permetre llibertat en el moviment .

Després de la revisió de la literatura escrita sobre els efectes de la utilització de la pilota durant el treball de part, els resultats obtinguts en la majoria dels estudis mostren que, el seu ús és efectiu per a l'alleugeriment del dolor i no troben altres diferències en relació amb el temps de part i la integritat del perineu.

Delgado et al.<sup>85</sup> conclouen que la utilització de la pilota durant el part disminueix la percepció del dolor i és una pràctica segura. A més, no s'observa cap esdeveniment advers matern ni neonatal.

Taavoni et al.<sup>86</sup> també troben que la seva utilització redueix la intensitat de dolor durant la fase activa del part, encara que el seu ús no té efectes ni en la

duració de la fase activa de part ni en la duració de les contraccions uterines, ni en l'interval entre contraccions.

Makvandi et al.<sup>87</sup>, en una revisió sistemàtica recent per tractar de manera crítica l'evidència disponible en relació amb l'impacte de la utilització de la pilota durant el part per a l'alleugeriment del dolor, conclouen que l'aplicació clínica dels exercicis damunt la pilota durant el part podria ser una eina eficaç per reduir el dolor; no obstant això, es necessiten més assaigs clínics controlats per avaluar l'efecte de la pilota en l'alleugeriment del dolor de part.

### **2.2.4.3. Massatge**

Fa referència al massatge que rep la gestant durant el treball de part, realitzat per una llevadora o bé per la seva parella.

Fer massatge implica la manipulació dels teixits tous del cos i es creu que és una intervenció eficaç per ajudar a alleugerir el dolor en el part<sup>88</sup>.

El massatge actua a través de dos canals diferents, bloquejant els impulsos de dolor i estimulant la producció d'endorfines a nivell local<sup>89</sup>.

Field<sup>90</sup> en un estudi del dolor del part va trobar que les dones que van rebre massatge van experimentar significativament menys dolor i els seus treballs de part van ser de mitjana tres hores més curts amb menys necessitat de medicació.

Se suggereix que els efectes del massatge poden ser explicats per la teoria de la porta, és una manera metafòrica d'explicar que els missatges de pressió viatgen més ràpidament que els missatges del dolor i en l'arribar al cervell més ràpid es produeix un tancament de la porta per al missatge del dolor.

En una revisió Cochrane, Smith et al.<sup>91</sup> conclouen que encara que el massatge té un paper en la reducció del dolor i en la millora de l'experiència emocional de la dona durant el part es necessita més recerca.

**2.2.4.4. Reflexologia**

Fa referència a la gestant que durant el treball de part rep una manipulació suau o pressió en determinades zones dels peus per produir un efecte en una altra part del cos.

Durant el part l'estimulació de la glàndula pituïtària, hipotàlem, plexe solar i úter pot ajudar a disminuir el dolor, l'ansietat i l'estrès<sup>92</sup>.

**2.2.4.5. Tècniques de relaxació**

Fa referència a la gestant que durant el treball de part utilitza intervencions ment cos com: relaxació, ioga, meditació, visualitzacions, respiracions, etc.

La majoria d'aquestes tècniques han estat apreses en els cursos de preparació al part i proporcionen a la dona un efecte calmant en proporcionar una distracció del dolor i la tensió.

En una revisió Cochrane, Smith et al.<sup>93</sup> conclouen que les tècniques de relaxació poden tenir un paper important amb la reducció del dolor, l'augment de la satisfacció amb l'alleugeriment del dolor i la reducció de la taxa de parts vaginals assistits, encara que es necessita més recerca en aquests camps.

**2.2.4.6. Injecció d'aigua estèril**

Fa referència a la gestant que durant el treball de part rep quatre injeccions intradèrmiques d'aigua estèril a la zona que envolta el rombe de Michaelis sobre la zona sacra. L'aigua estèril causa una irritació mecànica i un efecte osmòtic que produeix una breu (entre 15-30 segons) però significativa sensació de picada que se succeeix gairebé immediatament en una sensació d'alleugeriment del dolor.

Encara que es troben estudis<sup>94,95</sup> que conclouen que la injecció d'aigua estèril és una tècnica senzilla i efectiva per al control del dolor durant el part, Derry et al.<sup>96</sup> en una revisió Cochrane troben poca evidència sòlida que l'aigua estèril



sigui eficaç per al dolor durant el part, amb la qual cosa no es poden emetre conclusions per a la seva pràctica clínica.

#### **2.2.4.7. Estimulació nerviosa transcutània (TENS)**

Fa referència a la gestant que durant el treball de part se li col·loquen dos elèctrodes lumbar bilaterals en les posicions vertebrals T10 i S2 i se li aplica un corrent de 0-40 mA a una freqüència de 40-150 Hz.

Les últimes revisions sistemàtiques sobre la utilització del TENS per a l'alleugeriment del dolor durant el part<sup>97,98,99</sup> coincideixen que hi ha poca evidència que la utilització del TENS ajudi a reduir el dolor, així com també sembla que la seva utilització no té cap impacte, ni positiu ni negatiu, en altres resultats en relació amb les mares o nadons. No obstant això, encara que no estigui clar que redueixi el dolor, les dones haurien de tenir l'opció d'utilitzar-lo si elles pensen que els pot servir d'ajuda.

#### **2.2.4.8. Aplicació de termoteràpia en el perineu**

Fa referència a l'aplicació de manera continuada de calor seca o humida al perineu posterior quan la presentació fetal ha arribat al III pla de Hodge i fins a la finalització de l'expulsiu.

Terré<sup>100</sup> conclou que l'aplicació de termoteràpia és eficaç per reduir la percepció del dolor durant l'expulsiu de part normal i que les dues aplicacions de termoteràpia, humida o seca, són igual d'efectives per reduir la percepció de dolor.

#### **2.2.5. Maneig del dolor amb mètodes farmacològics**

Hi ha més evidència per donar suport a l'eficàcia dels mètodes farmacològics per a l'alleugeriment del dolor en el part<sup>77</sup>.

Els principals mètodes farmacològics són<sup>101</sup>:

### 2.2.5.1. Tècniques neuroaxials

Són les més efectives en la reducció del dolor en el part. De totes maneres la seva utilització pot provocar efectes adversos com la prolongació de la segona etapa del part i també l'augment de les taxes de parts vaginals instrumentats. D'altra banda, la seva utilització no incrementa la taxa de cesàries<sup>102</sup>. També estan descrits altres efectes secundaris com picors, somnolència, calfreds i febre.

Dintre d'aquest grup les tècniques més utilitzades són:

- L'epidural<sup>103</sup>  
Fa referència a la tècnica mitjançant la qual s'injecta un anestèsic local a l'espai extradural a nivell de la columna vertebral. La utilització d'una agulla específica permet deixar un catèter en aquest espai amb l'objectiu de mantenir el nivell d'anestèsia requerit. L'objectiu del bloqueig epidural és arribar a les arrels sensibles que innerven la matriu i el canal tou del part<sup>104</sup>. Les solucions anestèsiques administrades es poden realitzar per bol, infusió contínua o mitjançant una bomba controlada per la dona.
- L'espinal i epidural combinada<sup>105</sup>  
Fa referència a la tècnica mitjançant la qual s'injecta una única dosi d'anestèsic local o d'opiacis en el líquid cefaloraquidi per a un alleugeriment ràpid del dolor, tot seguit de la inserció del catèter epidural per continuar mantenint l'alleugeriment del dolor.
- La punció dural tècnica epidural<sup>106</sup>  
Fa referència a la tècnica en la qual es produeix una punxada intencionada a la duramàter sense l'administració de cap tipus de fàrmac, seguit de la inserció del catèter epidural per a l'administració dels anestèsics. La possible transferència dels fàrmacs injectats a través del catèter peridural cap al líquid cefaloraquidi a través del forat creat durant la tècnica pot proporcionar una millora en la qualitat de l'analgèsia epidural.

- L'analgèsia espinal contínua<sup>107</sup>

Fa referència a la tècnica en la qual s'insereix de manera intencional un catèter a través de la duramàter a l'espai intratecal i es procedeix a injectar un bol d'anestèsics locals i opiacis.

És una tècnica a tenir en compte quan es creu que la inserció d'un catèter a l'espai epidural pot esdevenir difícil a causa de les característiques físiques de la dona com ara obesitat mòrbida o escoliosi o després d'una punxada accidental de la duramàter.

### **2.2.5.2. Opiacis parenterals<sup>108</sup>**

Fa referència a l'administració d'opiacis via parenteral. Aquests s'utilitzen en cas que la dona prefereixi no fer ús de l'epidural o que aquesta estigui contraindicada per algun motiu.

Els opiacis més utilitzats són: meperidina, morfina, fentanil, remifentanil i agonistes parcials. Encara que no queda clar quin és el millor opiaci ni el més efectiu.

Els principals efectes secundaris dels opiacis per a les dones són nàusees, vòmits i somnolència i no hi ha una evidència clara dels efectes adversos que podrien ocasionar en el nounat. També sembla que la satisfacció materna en el seu ús és moderada.

### **2.2.5.3. Anestèsia intravenosa<sup>109</sup>**

Fa referència a l'administració de remifentanil via intravenosa. El seu ús només ha d'estar considerat quan les tècniques neuroaxials estan contraindicades i totes les altres opcions estan esgotades.

La causa de la limitació radica en el fet que els opiacis són uns potents depressors del sistema respiratori central, sobretot quan la seva administració és via endovenosa, i si és necessària la seva utilització cal fer una vigilància contínua fent ús del capnògraf, una monitorització de la saturació d'oxigen i un suplement d'oxigen.

**2.2.5.4. Fàrmacs no opiàcis<sup>110</sup>**

Fa referència a l'ús de fàrmacs no esteroïdals i antiinflamatoris, com el paracetamol, antiespasmòdics, benzodiazepines i antihistamínics.

No hi ha una evidència clara que demostrï que la seva utilització ajudi a alleugerir el dolor de part i la majoria d'aquests fàrmacs estan associats a ajudar la dona a reduir el seu estat d'ansietat.

**2.2.5.5. Òxid nítrós<sup>111</sup>**

Fa referència a la inhalació per part de la gestant d'una preparació que consta d'òxid nítrós ( 50%) barrejada amb oxigen ( 50%).

Els avantatges que presenta és que es tracta d' un gas insípid, inodor, incolor, de fàcil maneig i de ràpida aparició del seu efecte. La seva filtració és totalment pels pulmons, el que fa que sigui inofensiu en el cas de presentar malalties hepàtiques i renals<sup>112</sup>.

Cal destacar que els efectes adversos més descrits, com les nàusees, vòmits, lleugera somnolència, desapareixen uns minuts després de la interrupció del gas<sup>113</sup>.

Entre diversos estudis publicats no s'han trobat diferències en: els resultats de les puntuacions d' Apgar obtinguts, la duració del treball de part, la força d'empenta de la mare durant l'expulsiu, el líquid amniòtic tenyit de meconi, el volum de l'hemorràgia postpart i l'anàlisi de gasos en sang, en comparació amb les mares que utilitzen altres mètodes<sup>114,115</sup>.

De totes maneres Likis et al.<sup>111</sup> en una revisió sistemàtica conclouen que es necessita més investigació en totes les àrees examinades d'eficàcia, satisfacció i efectes adversos.

### 2.2.6. Amniotomia

És una tècnica mitjançant la qual amb la utilització d'una llanceta especial amb mànec llarg es procedeix a la ruptura de la bossa amniòtica durant un examen vaginal.

Aquesta pràctica és una de les realitzades amb més freqüència pels professionals que intervenen en un part. L'objectiu principal és accelerar i augmentar la intensitat de les contraccions per reduir la duració del treball de part.

Smith et al.<sup>116</sup>, en una revisió Cochrane, conclouen que no es pot recomanar la pràctica rutinària de l'amniotomia en aquelles dones que inicien el part espontàniament ja que l'evidència ens mostra que la seva realització no escurça la duració de la primera etapa del part i pot incrementar el nombre de cesàries. D'altra banda no hi ha prou evidència que demostrï que un treball de part més curt porti beneficis per a la mare i el seu nadó. A més a més, l'amniotomia, encara que la incidència és baixa, pot comportar riscos importants, inclosos problemes amb el cordó umbilical i alteracions de la freqüència cardíaca fetal.

### 2.2.7. Utilització d'oxitocina

Administració d'oxitocina (hormona específica que estimula les fibres musculars llises de la matriu) endovenosa durant el treball de part.

Encara que la utilització d'oxitocina és una pràctica àmpliament utilitzada durant el treball de part no hi ha consens respecte en quin moment s'hauria d'utilitzar, la dosi més eficaç i els riscos i beneficis que comporta aquesta intervenció<sup>117</sup>. Per això, no es recomana el seu ús en parts vaginals que progressen adequadament.

Per una banda es poden trobar estudis com el de Wei et al.<sup>118</sup> que en una metanàlisi conclouen que la utilització precoç d'oxitocina durant el treball de part està associada amb un increment del part vaginal espontani. Aquesta conclusió, d'entrada, podria afavorir la seva utilització ja que ajudarien a reduir

el nombre de parts instrumentats, que incrementen la possibilitat de trauma per a la mare i el seu nadó i el nombre de cesàries, que estan relacionades amb complicacions en el postpart<sup>119</sup>. Per una altra banda, la utilització d'oxitocina està relacionada amb un augment del risc de patir una hiperestimulació uterina. Estudis com el de Simpson et al.<sup>120</sup> demostren els efectes negatius que se'n deriven a nivell de l'oxigenació fetal i els patrons de freqüència cardíaca fetal. També si s'analitza la visió de les dones<sup>121</sup>, trobem que la majoria refereixen una experiència desagradable relacionada amb el control del dolor. La gran variabilitat en els estudis trobats fa necessari més recerca en aquest camp per obtenir unes conclusions més sòlides.

#### 2.2.8. Monitorització de la freqüència cardíaca fetal (FCF) i la dinàmica uterina (DU)

Fa referència a l'auscultació dels batecs del cor del fetus amb la finalitat de comprovar-ne els seus benestar.

L'FCF es pot monitoritzar de manera intermitent o contínua durant el treball de part.

A partir de la dècada dels seixanta, la monitorització contínua de l'FCF (MEFC) ha esdevingut una pràctica rutinària en l'entorn hospitalari, encara que la seva utilització impliqui una limitació en la mobilitat de la dona durant el part, una reducció del contacte físic amb la seva parella, així com una disminució del temps que el professional acompanya la dona respecte a si el control es fa utilitzant la monitorització intermitent<sup>122</sup>.

Durant el procés de part, les contraccions uterines redueixen el flux de sang materna a la placenta i el cordó umbilical es pot comprimir, sobretot si la bossa amniòtica està trencada. Encara que en la majoria de les ocasions el fetus té les reserves suficients per resistir aquest efecte, algunes vegades pot provocar-li un patiment.

Es disposa de diversos mètodes per a la monitorització de l' FCF<sup>123</sup>:

- L'estetoscopi fetal de Pinard  
Dispositiu no electrònic en forma de trompeta (metàl·lic, plàstic o fusta) que es col·loca damunt l'abdomen de la mare i el cuidador o professional per l'altre extrem col·loca l'orella i pot escoltar els batecs del cor del fetus.  
Permet la monitorització intermitent de l' FCF.
- Monitor d'ultrasò Doppler de mà  
És un transductor d'ultrasons portàtil que es col·loca damunt l'abdomen de la mare i que mitjançant l'efecte Doppler permet auscultar l' FCF.  
Permet la monitorització intermitent de l' FCF.
- Cardiotocògraf extern (CTG)  
Aparell electrònic que permet detectar l' FCF i l'activitat de la musculatura uterina col·locant dos transductors damunt l'abdomen matern, un per sobre del cor del fetus i l'altre a nivell del fons de l'úter. La informació proporcionada queda registrada en una tira de paper.  
Permet la monitorització contínua i intermitent de l' FCF, i l'activitat uterina.
- Cardiotocògraf intern (ECG)  
Es col·loca un elèctrode directament a la calota del fetus amb la finalitat de detectar la senyal del electrocardiograma fetal. L'anàlisi del segment ST(STAN) proporciona informació de la capacitat del miocardi fetal per respondre a la hipòxia durant el treball de part.  
Les senyals emeses també queden registrades en paper.  
Aquest mètode només es pot utilitzar si les membranes estan trencades.  
Permet la monitorització contínua de la FCF.

Alfirevic et al.<sup>122</sup>, en una revisió Cochrane, conclouen que la monitorització contínua durant el treball de part està associada a una reducció de les convulsions neonatals, però no s'han trobat diferències significatives en relació amb paràlisis cerebrals, taxes de mortalitat infantil o altres mesures estàndards per valorar el benestar fetal.

D'altra banda la utilització de la monitorització contínua està associada a un increment de la taxa de cesàries, aproximadament en un 20%, i també dels parts instrumentats.

Altres revisions, com la de Devane et al.<sup>124</sup> troben que no hi ha prou evidència en el benefici que la monitorització contínua pugui aportar en la dona amb baix risc.

Quan la monitorització contínua està indicada, davant una sospita que el nadó no està rebent l'aportació d'oxigen adequada, Neilson<sup>125</sup>, en una revisió Cochrane, va trobar que la vigilància del nadó utilitzant ECG més CTG dona lloc a una reducció en el nombre de preses de mostra de sang del cuir cabellut del nadó per analitzar el pH fetal i menys parts instrumentats però no va trobar diferències en el nombre de parts per cesària ni en el naixement de nadons en millors condicions.

### 2.2.9. Tactes vaginals

Fa referència a l'exploració vaginal que rep una dona durant el treball de part per avaluar-ne el seu progrés.

És una pràctica útil que ens donarà informació sobre:

- L'estat del coll uterí referent a la seva longitud, posició, consistència i grau de dilatació.
- El tipus de presentació, posició fetal i la penetració de la presentació a la pelvis.
- Algunes característiques del canal ossi del part (accessibilitat del promontori, prominència de les espines ciàtiques, pubis...).

La majoria dels estudis referents a aquesta pràctica<sup>126,127,128</sup> coincideixen en els sentiments de dolor, vergonya i estrès que expressen les dones sotmeses a un tacte vaginal; tot i que encara que la majoria d'elles accepten la seva pràctica, és necessari que els professionals siguin sensibles en aquest punt, mostrant respecte i consideració envers la seva dignitat.



Per això, Muliira et al.<sup>129</sup> anomenen un conjunt de recomanacions que els professionals haurien de tenir en compte per a la realització del tacte vaginal:

- Analitzar la necessitat de la seva realització.
- La utilització d'habilitats de comunicació efectiva.
- Consentiment informat.
- L'exploració de les preferències de la dona.
- L'atenció centrada en la sensibilitat de la dona.
- Minimitzar la variabilitat dels professionals.
- Prestar atenció a la freqüència dels exàmens vaginals.
- Utilitzar mesures alternatives per valorar el progrés de part.
- La gestió de les experiències traumàtiques no resoltes.

#### 2.2.10. Posicions en el part

Fa referència a la postura que adopta la dona durant el part.

Durant molt de temps les dones podien modificar lliurement les seves posicions durant el part d'acord amb els seus desitjos. S'observava que la seva preferència generalment era adoptar postures verticals.

En el segle XVII, François Mariceau ( 1637-1709), cirurgià de la cort del rei de França, va tenir molta influència en la història de l'obstetrícia i va proclamar els beneficis de donar a llum en posició horitzontal, segons la seva opinió la millor postura i la més segura per parir era sobre un llit. Des de França, la pràctica de tombar les dones es va estendre a la resta d'Europa i als Estats Units<sup>1,130</sup>.

Aquesta recomanació coincidí en un moment en que les famílies de l'alta burgesia construïen cases dotades d'alcoves separades de la resta de la casa dotades de llits amb dintell i disposaven de luxosos llençols i còmodes coixins. Donar a llum en posició horitzontal, en un llit provist de llençols blancs i nets es convertí en un costum entre les classes socials benestants<sup>1</sup>.

En la majoria dels països desenvolupats, on les dones solen parir en un entorn hospitalari, les posicions dorsals, iniciades en els domicilis burgesos, s'han anat imposat davant les posicions verticals.

Les nombroses pràctiques obstètriques com la monitorització fetal, la teràpia endovenosa, l'analgèsia regional han limitat l'actitud espontània i instintiva que adoptaria la dona.

Les principals postures adoptades durant el part són<sup>131</sup>:

a) Posicions en decúbit

Són aquelles en les quals la dona està ajaguda sobre la seva esquena (decúbit supí) o de costat (decúbit lateral) sense comptar amb l'ajuda de la gravetat.

Els beneficis que s'atribueixen en adoptar aquestes posicions són:

- Facilitar la palpació de l'abdomen de la mare, per la qual cosa la monitorització de l'FCF i de la dinàmica uterina és millor.
- Facilitar l'exploració vaginal, així com les maniobres invasives.
- Comoditat per als professionals.

A més a més també s'associen a aquestes posicions:

- Augment del risc de compressió de la vena cava.
- Menys efectivitat de les contraccions uterines.
- Més requeriment d'analgèsia.
- Allargament del treball de part.
- Alteracions de la traça de l'FCF.
- Més parts instrumentats.
- Major taxa de cesàries.

b) Posicions verticals

Són aquelles en les quals la dona compta amb l'ajuda de la gravetat.

La dona pot adoptar una postura vertical, asseguda, semi-asseguda, de genolls i ajupida.

Els beneficis que s'atribueixen en adoptar aquestes posicions són:

- Reducció del risc de compressió de la vena cava.
- Contraccions uterines més eficaces.
- Afavoriment d'una millor alineació del fetus en el canal del part.
- Menys dolor per a les dones.

- Menys parts instrumentats.

D'altra banda, la postura vertical s'associa a un risc augmentat de pèrdua vaginal superior a 500 mil·lilitres que sovint pot ser secundària pel fet que en aquesta posició és més fàcil la recollida de sang<sup>132</sup>.

Gizzo et al.<sup>133</sup> conclouen que s'ha d'encoratjar les dones a moure's i donar a llum en la posició que estiguin més confortables.

#### 2.2.11. Maniobra de Kristeller

Maniobra que fa referència a una pressió manual que rep la dona a la part superior de la matriu dirigida cap al canal del part amb la finalitat d'escurçar la segona etapa del part.

Les principals indicacions que provoquen la seva utilització són la sospita de patiment fetal, la falta de progressió de la segona etapa del part, l'esgotament matern i quan hi ha una contraindicació mèdica que no permet a la dona que empenyi de manera perllongada.

Tanmateix diversos informes associen la seva utilització amb complicacions materno-fetals com la ruptura uterina, embolisme de líquid amniòtic, laceracions de l'esfínter anal matern, fractures fetals, dany cerebral, lesions de medul·la espinal i un risc augmentat de transfusió entre la mare i el seu nadó<sup>134</sup>.

Verheijen et al.<sup>135</sup> conclouen que no hi ha prou evidència disponible per descriure els efectes beneficiosos i nocius derivats de l'aplicació d'aquesta pràctica, encara que la seva utilització no sembla que augmenti la taxa de parts espontanis vaginals.

#### 2.2.12. Episiotomia

És una tècnica que fa referència a l'ampliació quirúrgica de l'orifici vaginal que pateix la dona durant el període expulsiu.

Durant l'expulsiu es poden produir estrips vaginals que poden afectar des de la pell fins a la musculatura del perineu, fins i tot pot arribar a l'esfínter anal i a l'anus.

Durant la primera meitat del segle XX, obstetres com DeLee van defensar la realització de l'episiotomia sistemàtica amb la creença que aquest procediment els ajudaria a prevenir els estrips perineals severos. Paral·lelament, les dones que escollien l'hospital per al naixement del seu fill va anar augmentant, amb el consegüent increment de l'intervencionisme en el part. Tots aquests fets van comportar que aquesta pràctica esdevingués rutinària en el món, encara que l'evidència sobre la seva efectivitat era limitada.

Els efectes beneficiosos que se li han atribuït a aquesta pràctica han estat<sup>136</sup>:

- Per a la mare: la reducció de la probabilitat de patir estrips de tercer i quart grau; preservació de la musculatura del sòl pelvià; reducció del risc de patir incontinència fecal i urinària; més fàcil de suturar i de curar en tractar-se d'un tall dirigit i net.
- Per al nadó: ajudar a la disminució del temps d'expulsiu davant la creença que quan la segona etapa del part era superior als 120 minuts es podria produir asfíxia fetal, traumes i hemorràgies cerebrals; en cas de patir una distòcia d'espatlles l'episiotomia seria necessària per a l'ampliació del camp.

D'altra banda, els efectes adversos inclouen:

- Prolongació de l'episiotomia fins a l'esfínter anal i recte.
- Resultats anatòmics no satisfactoris com introïts més estrets, fístules vagino-rectals, fístules anals, prolapses vaginals.
- Edema, hematoma i dolor.
- Dehiscència i infecció.
- Disfunció sexual.

En les últimes dècades l'evidència que recomana l'ús restrictiu de l'episiotomia s'ha anat difonent. L'acceptació internacional d'aquest nou enfocament en la gestió perineal es pot veure reflectida en diverses declaracions d'organismes de salut pública i en recomanacions de pràctica clínica que els diferents països publiquen dintre les seves línies estratègiques<sup>137</sup>.

Però encara es troba una gran variabilitat en la taxa d'episiotomies. Mentre que l'OMS recomana una taxa que no superi el 20-30%<sup>56</sup>, la variabilitat entre països és alta, des d'un 62,5% als Estats Units a un 30% a Europa<sup>138</sup>. Dintre els països europeus les taxes també oscil·len, i s'observa un percentatge del 8% a Holanda fins a altres països que estan al voltant del 100%. A Espanya, la taxa oscil·la del 33% al 73% en funció de les comunitats autònomes<sup>139</sup>.

Es troben molts estudis que posen en evidència que els beneficis materns que tradicionalment s'havien atribuït a l'episiotomia de rutina no eren del tot certs<sup>139,140</sup> i que la política d'episiotomia selectiva incrementa els perinés íntegres i els resultats maternofetals no es veuen alterats. Carroli et al.<sup>136</sup>, en una revisió Cochrane, conclouen que l'ús selectiu de l'episiotomia té beneficis en comparació amb la pràctica rutinària. Hi ha menys trauma perineal posterior, menys necessitat de sutura i menys complicacions, i no s'observen diferències en relació amb el trauma perineal o vaginal sever.

Si es vol reduir la taxa d'episiotomies és important conèixer aquells factors de risc que contribueixen a augmentar-la com són: dones primíparaes, posició de litotomia durant l'expulsiu, analgèsia epidural, parts instrumentats, la utilització d'oxitocina, parts induïts i gestacions que superin les 41 setmanes. D'altra banda un pes fetal menor de 2.500 grams i edat materna superior als 35 anys poden ser factors protectors per a la realització de l'episiotomia.

Per si sol un pes fetal superior a 4.000 grams no es considera un factor de risc, però sí que s'associa amb la utilització de l'epidural o part instrumentat el risc de patir una episiotomia es veu incrementat<sup>141</sup>.

### 2.2.13. Pinçament del cordó umbilical

Procediment que comportarà la separació del nadó de la placenta. El nadó se separa de la placenta col·locant una pinça a prop del melic i una altra al llarg del cordó umbilical i llavors es procedeix a tallar el cordó entre les dues pinces.

En el moment del naixement, el nadó encara es troba unit a la seva mare mitjançant el cordó umbilical, que és part de la placenta.

Si el cordó no es pinça immediatament després del naixement la sang continuarà fluïnt entre la placenta i el nadó durant uns minuts.

El volum net de sang transferit cap al nadó durant aquests minuts rep el nom de *transfusió placentària*.

Per a nadons a terme el volum mitjà de transfusió placentària és de 90 mil·lilitres. Aproximadament una quarta part de la sang transferida té lloc durant els primers 10-15 segons després del naixement, arriba a un 90% després del minut de vida i es considera finalitzada després dels tres minuts de vida.

Però hi ha altres factors que poden condicionar la quantitat de sang transferida com és la influència de la gravetat. Pujant o baixant el nadó de 15 a 20 centímetres respecte al nivell de la placenta sembla influir en la transfusió placentària encara que Palethorpe et al.<sup>142</sup>, en una revisió Cochrane, conclouen que es necessiten més assaig clínics ben dissenyats per avaluar si la gravetat influeix en la transfusió placentària en el part vaginal i la cesària.

Es parla de dos tipus de pinçament<sup>143</sup>:

- *Pinçament precoç*: col·locació de la pinça umbilical en el transcurs dels primers 60 segons després del naixement.
- *Pinçament tardà*: col·locació de la pinça umbilical després d'1 a 3 minuts d'haver-se produït el naixement o quan el cordó umbilical hagi deixat de bategar.

McDonald et al.<sup>144</sup>, en una revisió Cochrane, conclouen que encara que el pinçament precoç del cordó umbilical s'havia pensat que reduïa el risc de sagnat després del part, no es van trobar diferències estadísticament significatives entre les taxes d'hemorràgia post part entre el pinçament precoç i el tardà. En canvi, sí que es van observar alguns avantatges quan es duia a terme el pinçament tardà en nounats a terme sans, així com major pes en néixer, nivells més elevats d'hemoglobina i de ferro fins a sis mesos després del naixement. Encara que s'ha de tenir en compte que hi ha un petit risc addicional d'icterícia en el nounat que pot requerir fototeràpia.

L'OMS<sup>145</sup> recomana el pinçament tardà per a tots els naixements i només recomana el pinçament precoç en cas que el nou-nat necessiti maniobres de reanimació.

#### 2.2.14. Maneig de la tercera etapa del part.

La tercera etapa del part és la que transcorre des que es produeix el naixement del nadó fins a l'expulsió de la placenta i les seves membranes.

És en aquesta fase de part quan la dona té més risc de patir una hemorràgia postpart (HPP).

Es poden adoptar tres conductes<sup>58</sup>:

- *Conducta expectant*: quan els professionals no intervenen. Es tracta que la placenta es desprengui espontàniament, amb l'ajuda de la gravetat o amb l'esforç matern. El cordó umbilical no es pinça fins que deixa de bategar.
- *Conducta activa*: quan els professionals intervenen. Consisteix en la realització d'un paquet d'intervencions:
  - L'administració de manera profilàctica d'un uterotònic, coincidint amb la sortida de l'espatlla anterior o immediatament després del naixement.
  - Pinçament precoç del cordó umbilical.
  - Tracció controlada del cordó.
- *Conducta mixta*: com la paraula indica consisteix en la barreja d'alguns components que estan en la conducta expectant i en la conducta activa. Una conducta mixta pot incloure, per exemple:
  - L'administració precoç d'un uterotònic, el pinçament tardà del cordó i una tracció controlada del cordó
  - Retardar l'administració d'un uterotònic fins que el cordó deixi de bategar, després pinçar el cordó i fer una tracció controlada.

Els agents uterotònics es divideixen en tres grups principals: alcaloides de banya de sègol, oxitocina i prostaglandines. Els seus mecanismes de prevenció de l'HPP són diferents<sup>146</sup>:

- La metilergometrina, l'alcaloide més comú, augmenta el to muscular de la matriu amb contraccions rítmiques superposades al miometri i contraccions tetàniques durant diverses hores, i dóna com a resultat la compressió dels vasos sanguinis del miometri.  
Efectes secundaris com augment de la pressió arterial i dolor després del part estan descrits sobretot si s'administra via intravenosa.
- L'oxitocina actua a través dels receptors d'oxitocina en el miometri i la decidua, i provoca contraccions ràpides i de llarga durada sobre el to basal del miometri.  
Falta informació sobre els efectes secundaris que pot produir<sup>147</sup>.
- Les prostaglandines provoquen fortes contraccions del miometri i incrementen el to uterí.
- Altres uterotònics<sup>148</sup> :
  - La Syntometrina, barreja de 5 unitats d'oxitocina i 0,5 mil·ligrams d'ergometrina. Aquesta medicació sembla que suma els avantatges de la ràpida acció de l'oxitocina amb l'acció més llarga de l'ergometrina, però està associada a més efectes secundaris respecte a l'oxitocina.
  - La carbetocina és un agonista de l'oxitocina que imita la seva acció i sembla que té un inici ràpid i una durada més perllongada en relació amb l'oxitocina, però són necessaris més assaigs clínics controlats per analitzar el seu cost–efectivitat .

Begley et al.<sup>149</sup>, en una revisió Cochrane, conclouen que la conducta activa de la tercera etapa del part redueix el risc d'HPP encara que han estat identificats efectes adversos. Les dones han d'estar informades sobre els beneficis i els danys de les dues conductes : per poder prendre una decisió informada.



### 2.2.15. Aspiració al nadó

La col·locació d'una sonda nasogàstrica en el nounat es va convertir en una pràctica rutinària tant en nadons nascuts per parts vaginals com amb cesària.

Durant molt temps es va creure que l'aspiració ajudava a expulsar el líquid pulmonar de la tràquea i facilitava l'entrada d'aire, prevenia l'aspiració de mocs o de sang i provocava una estimulació tàctil per ajudar a l'inici de la respiració.

Posteriorment s'han descrit els possibles efectes adversos que poden aparèixer com, la inducció del síndrome vagal, que provocaria bradicàrdia o apnea en el nounat, la irritació de les mucoses i un risc augmentat d'infeccions iatrogèniques<sup>150</sup>.

Modarres et al.<sup>151</sup> en una revisió Cochrane, conclouen que no és recomanable, com una pràctica rutinària, l'aspiració orofaríngia del nadó a terme nascut per part vaginal.

### 2.2.16. Contacte pell a pell

És una pràctica que consisteix en la col·locació del nadó nu i sec, amb el cap cobert amb una gorra i una manta calenta a l'esquena, sobre el pit nu de la mare en néixer o poc després.

A partir del segle XX, separar el nadó de la seva mare poc després del naixement, s'ha convertit en una pràctica comuna en moltes societats industrialitzades.

Aquesta pràctica s'allunya de la història evolutiva, on la supervivència neonatal depenia del contacte matern estret i pràcticament continu entre la mare i el nadó.

Moore et al.<sup>152</sup>, en una revisió Cochrane, conclouen que el contacte pell a pell entre les mares i els seus nadons sans millora els resultats en la lactància materna i tendeixen a alletar més temps, facilita l'adaptació cardio-respiratòria i redueix el plor del nadó al néixer.

Encara que es necessita seguir investigant, doncs la qualitat metodològica general dels assaigs va ser mixta, no es van trobar efectes negatius aparents a curt o llarg termini.

Altres estudis com el de Mori<sup>153</sup>, assenyalen els efectes positius del contacte pell a pell per ajudar a augmentar la temperatura corporal dels nadons, especialment en ambients freds. D'altra banda s'observa que els nivells de saturació d'oxigen dels nadons en contacte pell a pell són menors.

Bystrova et al.<sup>154</sup> van estudiar els efectes a llarg termini que pot comportar la realització del pell a pell i conclouen que el contacte pell a pell, de 25 a 120 minuts després del part, i l'inici de la lactància materna, influeix positivament en la interacció mare–nadó un any més tard.

Adjuntem un resum de les recomanacions sobre les pràctiques obstètriques explicades (vegeu l'annex 3) que ha publicat el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en la Guia de Pràctica Clínica «Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal»<sup>155,156</sup> segons l'escala utilitzada per l' Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) per avaluar el rigor científic del disseny dels estudis<sup>157</sup>.

### 2.3. Models assistencials d'atenció al part normal

Blázquez<sup>158</sup> descriu les principals conceptualitzacions del procés reproductiu, l'embaràs, el part i el puerperi (epp). En tots els casos es tracta de visions dicotòmiques.

Les dues primeres estarien en oposició, ja que suposen entendre el procés reproductiu com un procés fisiològic o patològic:

- Embaràs, part i puerperi com un procés fisiològic:  
Defensa que l'embaràs i el part són processos fisiològics, que es produeixen en dones sanes i no és una patologia. No obstant això, encara que sigui normal i natural, s'acompanya de la concepció de risc, que correspondria a patologies o problemes de salut, fet que justificaria la intervenció sanitària.  
Amb aquest enfocament es pretén promoure una atenció on la dona és la protagonista del seu procés i no es considera una malalta.
- Embaràs, part i puerperi com una malaltia:  
Defensa que l'embaràs i el part són una malaltia i com a conseqüència es requereix un increment del control mèdic que va associat a un augment del nombre de proves i d'intervencions.  
Amb aquest enfocament tecnificant, encara que d'entrada sembla que està pensat per estar al servei de la dona, s'acaba afavorint els interessos dels professionals i institucions sanitàries, prescindint de la subjectivitat, el benestar i el protagonisme de les dones<sup>159</sup>.

Per altra banda sovint s'ha conceptualitzat el procés reproductiu com a un procés mecànic de producció:

- Embaràs, part i puerperi com un procés productiu:  
Defensa que la importància del procés reproductiu no només radica en la reproducció biològica, sinó que també tenen rellevància les condicions que assegurin que es donin en condicions òptimes que permetin obtenir individus sans i productius. Martín<sup>160</sup> ens aporta la visió centrada en aquest procés, en què el context hospitalari es converteix en una fàbrica

on l'interès resideix en el producte i no en el procés. Es considera que les dones són les treballadores i les seves matrius, considerades les màquines, necessiten un control exhaustiu per aconseguir el màxim d'efectivitat, de manera que es cosifica la partera i s'incorpora a un procés protocol·litzat que la despersonalitza.

Aquests posicionaments en la manera d'entendre el procés reproductiu ens portaran a diferenciar els tres models assistencials d'atenció al part que podem trobar en l'actualitat:

- Model humanitzat:

El model humanitzat col·loca la dona en el centre de l'atenció.

El terme humanització del part es té en compte per primera vegada a Ceará (Brasil) l'any 2000, on es discuteix que la humanització del part constitueix una necessitat urgent, ja que el part i el naixement són el principi i punt de partida de la vida i per això són processos que afecten la resta de l'existència humana. D'aquí surt la Declaració de Ceará en relació amb la humanització del part<sup>161</sup>.

La humanització comprèn al menys dos aspectes fonamentals:

- Una actitud ètica per part dels professionals de salut i la institució amb la finalitat de crear un clima agradable i preservar la dignitat de la dona, família i nounat.
- Adopció de mesures i procediments que són beneficiosos en el part i que eviten pràctiques intervencionistes innecessàries que encara que tradicionalment han estat utilitzades no aporten cap benefici per a la dona i el seu nadó.

Altres autors intenten definir el concepte *d' humanització* i, segons Wagner <sup>162</sup> humanitzar el part significa:

- Entendre que la dona que està de part és un ésser humà, no una màquina que fabrica nadons. S'ha de respectar la dona com un ésser humà important i valuós tenint la certesa que l'experiència de les dones mentre estan de part és satisfactòria.

Donar-li poder a la dona és absolutament essencial, ja que la fa més forta.

- Posar la dona que està de part en el centre i en el control, de tal manera que sigui ella i no els metges o qualsevol altra persona qui prengui totes les decisions del seu procés. S'ha de treballar amb la dona per facilitar les seves pròpies respostes autònomes.
- Entendre que el focus dels serveis maternals és l'atenció primària basada en la comunitat, no els hospitals basats en cures terciàries, amb llevadores, infermeres i metges tots treballant en harmonia com iguals.
- Serveis maternals basats en bones evidències científiques, incloent la tecnologia i medicaments basats en l'evidència.

Biurrun i Goberna<sup>163</sup> conclouen que el concepte humanització del part es tracta d'un terme polisèmic que es basa en tres aspectes fonamentals:

- situar la dona en el centre de l'atenció
  - facilitar a la dona un suport emocional
  - donar a la dona una atenció basada en l'evidència científica
- Model biomèdic:

El model biomèdic col·loca el metge en el centre d'atenció<sup>164</sup>.

És ell qui té el control, s'anul·la la biologia i se sobreposen controls externs mitjançant intervencions amb fàrmacs i procediments quirúrgics. Les principals intervencions que inclou el model biomèdic són: la inducció del part, l'ús de l'oxitocina, la monitorització fetal contínua, l'amniotomia, l'aplicació d'anestèsia peridural, la instrumentació i la cesària per a la finalització del part entre altres pràctiques. Aquestes intervencions, que s'haurien de reservar per als processos de part complicats, s'han convertit en intervencions rutinàries en el seu maneig i ara es consideren normals.

Davant la marcada tendència a l'intervencionisme en el part, l'Organització Mundial de la Salut fa la recomanació següent:

«L'objectiu de l'atenció és aconseguir una mare i un nen sa amb el mínim nivell d'intervenció que sigui compatible amb la seguretat. Aquest enfocament implica que: en un naixement normal hauria d'haver-hi una raó vàlida per interferir amb el procés natural».

Encara que el model biomèdic ha contribuït a fer el naixement més segur ajudant a disminuir les taxes de mortalitat materno–infantil. S'ha de fer un ús apropiat d'aquesta tecnologia pensant que estem davant d'un nou paradigma en el qual les decisions en les pràctiques clíniques han d'estar basades en la millor evidència científica disponible.

- Model mixt:

Es refereix al fet que els dos models explicats anteriorment s'interelacionen i són mantinguts tant per la institució sanitària com per les dones usuàries i la societat en el seu conjunt.

### **PART 3: QUALITAT ASSISTENCIAL EN EL PART NORMAL HOSPITALARI**

L'àmbit sanitari treballa per a una millora contínua de la seva qualitat assistencial per satisfer les necessitats dels agents que la componen (usuaris, professionals i gestors) i reduir la variabilitat que hi ha en els processos basant-se en l'evidència científica.

En el camp de l'assistència procreativa, potenciar l'atenció al part normal millorant la qualitat assistencial i mantenint els nivells de seguretat actuals, constitueix un element central de la política sanitària actual.

L'estudi de la qualitat assistencial del procés de part normal hospitalari és difícil per la multitud de dimensions que la componen i el fet que l'assistència hospitalària que rep una dona gestant pot tenir diferents nivells de qualitat perquè està influïda per múltiples factors com el tipus d'embaràs, el nivell sociocultural, les seves necessitats i les expectatives.

#### **3.1. Definicions de qualitat assistencial**

La qualitat, de manera genèrica, es pot definir com un conjunt de característiques o atributs que quan és alta denota superioritat en el seu gènere<sup>165</sup>.

Donabedian (1919-2000), un referent en el tema de qualitat en l'atenció a la salut va proposar la definició següent:

*« Qualitat de l'atenció és aquella que s'espera que pugui proporcionar a l'usuari el màxim i més complet benestar després de valorar el balanç de guanys i pèrdues que poden acompanyar el procés en totes les seves parts »<sup>166</sup>.*

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) afirmava que:

*« Una atenció sanitària d'alta qualitat és la que identifica les necessitats de salut (educatives, preventives, curatives i de manteniment) dels individus o de la població, d'una manera total i precisa, i destina els recursos (humans i altres), de manera adequada i tan efectiva com l'estat actual del coneixement ho permeti »<sup>167</sup>.*

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) la defineix com:

*«Aquella que es realitza de forma continuada, amb eficàcia, efectivitat i eficiència, adequada a les necessitats dels pacients, accessible i acceptada per aquests i tot això segons l'estat actual de coneixements»<sup>168</sup>.*

### 3.2. Components de la qualitat assistencial en el part normal

Donabedian<sup>169</sup> identifica tres components de qualitat assistencial a tenir en compte:

- El component tècnic: és l'aplicació de la ciència i de la tecnologia en el maneig d'un problema d'una persona de manera que s'aconsegueixi el màxim benefici sense augmentar els riscos.
- El component interpersonal: la relació entre les persones ha de seguir les normes i valors socials que governen la interacció dels individus en general. Aquestes normes poden estar en part modificades pels dictats ètics dels professionals i les expectatives i aspiracions de cada persona individual.
- Aspectes de confort: es refereix a aquells elements de l'entorn de l'usuari que li proporcionen una atenció més confortable.

A partir d'aquestes anàlisis nombrosos autors, entre ells Palmer, Vuori, Nutting<sup>170</sup> van postular les dimensions que componen la qualitat: efectivitat, eficiència, continuïtat, adequació, satisfacció, accessibilitat, competència professional, acceptabilitat, privacitat i eficàcia.

La introducció de la participació del client en l'atenció sanitària, com conclou Iñiguez et al.<sup>171</sup>, implica tenir en compte l'usuari com un agent actiu dintre del sistema sanitari que ens conduirà a reconèixer les seves necessitats i varietat de perspectives.



Si s'analitza la qualitat tècnica o qualitat del producte sanitari, es poden identificar diferents agents facilitadors que ajuden a realitzar la intervenció adequada davant una situació concreta en funció de l'evidència científica existent i així millorar el procés de part normal. Alguns d'aquests agents facilitadors són:

- Estratègies i guies de pràctica clínica.  
Un exemple en el territori espanyol és la Guia OSTEBA de pràctica clínica sobre l'atenció al part normal<sup>155</sup> que va publicar l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries del País Basc, la qual recull totes les recomanacions per a l'atenció al part basades en les millors evidències científiques disponibles, facilita la participació de les dones en el seu part i dóna suport les iniciatives de millora en els serveis d'obstetrícia dels nostres hospitals.  
Més tard, a Catalunya, l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) va publicar una actualització de la Guia OSTEBA<sup>156</sup>.
- Segons Hodnett et al.<sup>67</sup>, l'ambient institucional que aporten els centres de part alternatius en comparació amb els centres de part convencionals i el suport continu que reben les dones durant el part, augmenten la probabilitat de part vaginal espontani i contribueixen a la disminució de la probabilitat d'estimulació amb oxitocina, part instrumentat, ús sistemàtic de l'episiotomia i part per cesària.
- Els models d'atenció a l'embaràs, part i puerperi dirigit per llevadores, com conclou una revisió sistemàtica feta per Hatem et al.<sup>172</sup>, comporten menys episiotomies, augment de la probabilitat de part espontani, inici precoç de la lactància materna i reducció en la utilització d'analgèsia regional.

D'altra banda, també es poden identificar unes barreres que dificulten la implementació de les pràctiques basades en l'evidència científica i l'apoderament de les dones com:

- Les regles institucionals<sup>173</sup>, l'ús inadequat de la tecnologia sense tenir en compte el nivell de risc de les embarassades, la falta de preparació mèdica en el part normal i els baixos nivells de dotació de personal<sup>174,175</sup>.

Si s'analitza la qualitat percebuda, trobem nombrosos estudis que s'han desenvolupat amb l'objectiu d'identificar els elements implicats que produeixen satisfacció i insatisfacció, i així poder ajudar els professionals a la millora de les seves atencions.

Martin et al.<sup>176</sup> han desenvolupat una escala de satisfacció en el naixement la qual posa de manifest que hi ha tres temes principals que influeixen en la percepció de la qualitat de servei rebuda per les dones que són: la prestació de serveis, els atributs personals i l'estrès experimentat durant el part.

Altres autors, com Avorti et al.<sup>177</sup>, han determinat com a predictors claus en la satisfacció de l'atenció al part l'amabilitat del personal, la quantitat d'informació proporcionada i la sensació de ser tractat amb respecte.

Per Hildingsson et al.<sup>178</sup> el tipus de part també influeix en la satisfacció de les dones i aquestes expliquen una experiència menys positiva si s'ha fet una inducció al seu part, degut a la por que els ha generat el fet que el seu fill pogués patir.

Altres estudis<sup>179</sup> diuen que la finalització dels parts per cesària no va acompanyada d'insatisfacció si aquesta és planificada. El grau d'insatisfacció es genera quan la dona ha planificat un part vaginal i aquest acaba en una cesària. Un altre predictor clau que genera satisfacció és si el nadó no se separa de la seva mare immediatament després del naixement<sup>180</sup>.

En el nostre context, Catalunya, Goberna et al.<sup>181</sup> identifiquen la seguretat que els dona l'entorn hospitalari, l'ús de les noves tecnologies com l'ecografia i la peridural, els professionals experts que les atenen i la dimensió humana que s'estableix entre els professionals i les gestants com els elements principals que les dones perceben com a essencials per a unes cures de qualitat.

La Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha publicat la segona edició dels resultats de l'estudi d'opinió i satisfacció envers al model català d'atenció al part normal per valorar la qualitat de servei i satisfacció en l'embaràs, part i puerperi<sup>182</sup>.

Entre els resultats obtinguts mencionar que la puntuació mitjana de satisfacció ha estat amb una nota de 8,19 sobre una escala de 0-10, amb un important índex de fidelitat, un 84,6%, cap al centre on han estat ateses. El resultat obtingut és similar a altres països europeus. Wieggers<sup>183</sup> va obtenir al Països Baixos una nota de 8,36.

A més a més, l'estudi revela que els aspectes que reben valoracions més positives són el tracte personal de les llevadores (94,7%), sentir-se en bones mans durant l'embaràs (94,1%), el seguiment del nadó (93,8%), el tracte personal dels metges (92,9%) i sentir-se en bones mans durant el part, i l'estada a l'hospital.

Quan es parla de qualitat assistencial no s'ha d'oblidar la seva dimensió de l'eficiència. Davant de la conjuntura econòmica actual, en què els recursos són limitats i la contenció de la despesa en sanitat és tan important, s'ha de vetllar per aconseguir la màxima efectivitat de les nostres pràctiques al mínim cost.

Hem elaborat i publicat el recull d'una revisió bibliogràfica sobre els components de la qualitat assistencial en el part normal hospitalari per tal d'identificar les nombroses estratègies per reduir l'excés de medicalització en el part normal i identificar els predictors claus per mesurar la satisfacció de les dones (vegeu l'annex 4).

### **3.3. Indicadors de qualitat assistencial en el part normal.**

L'OMS, l'any 1981, en el marc de la preparació d'indicadors per vigilar els progressos realitzats per l'assoliment de la Salut per a tots l'any 2000<sup>184</sup>, els va definir com variables que serveixen per mesurar els canvis.

Un indicador és un instrument de mesura que utilitzarem de manera sistemàtica. El resultat obtingut es tindrà en compte en la gestió de la qualitat i haurà de reflectir la realitat<sup>185</sup>.

Els indicadors són útils perquè<sup>186</sup>:

- Permeten determinar metes de salut, planificar els recursos i serveis necessaris.
- Són instruments que faciliten l'avaluació dels resultats i detecten les desviacions de la normalitat per poder prendre decisions adequades.
- Són eines que ens permeten desenvolupar el procés de millora contínua de la qualitat.
- Permeten realitzar comparacions i tendències de canvi en el temps.
- Són marcadors que demostren l'avanç en l'assoliment d'objectius i metes.

D'altra banda, els indicadors han de complir una sèrie de qualitats:

- Disponibilitat: informació fàcil d'aconseguir.
- Simplicitat: d'interpretació senzilla.
- Qualitat: registres veraços.
- Objectivitat: els resultats invariables.
- Validesa: expressen el que intenten mesurar.
- Especificitat: reflecteixen canvis exclusius del fenomen.
- Sensibilitat: capten els canvis ocorreguts.

La realitat és que podem trobar un ampli conjunt d'indicadors que pretenen mesurar la qualitat assistencial en obstetrícia. La SEGO, amb la coordinació tècnica de la Fundació Avedis Donabedian, ja van desenvolupar un ampli grup<sup>108</sup>.

S'ha elaborat una llista d'indicadors bàsics i indicadors recomanables per conèixer l'impacte i el compliment del conjunt de recomanacions, agrupades en quatre línies estratègiques, que el Sistema Nacional de Salut (SNS) va desenvolupar en la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPN)<sup>187</sup> amb la finalitat de millorar la qualitat de l'atenció al part normal.

Les quatre línies estratègiques són:

- Línia estratègica 1:
  - Pràctiques clíniques basades en el millor coneixement disponible en el Part Normal.
  - Pràctiques clíniques basades en el millor coneixement disponible en Naixement Normal.
  - Cures basades en l'evidència científica sobre el nadó hospitalitzat.
- Línia estratègica 2: Participació de les dones usuàries en la presa de decisions
- Línia estratègica 3: Formació de professionals (especialització i formació continuada)
- Línia estratègica 4: Investigació, innovació i difusió de bones pràctiques

Dintre dels indicadors clau de l' SNS es va incloure la taxa de cesàries, com un indicador rellevant per mesurar la qualitat i resultats de l'atenció sanitària en l'àmbit de l'obstetrícia.

A Catalunya l'entitat adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques i que té la missió de generar coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i la sostenibilitat del Sistema de Salut de Catalunya és l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Dintre dels projectes estratègics de l'AQuAS trobem la Central de Resultats on es mesuren, avaluen i difonen els resultats en salut i qualitat assolits pels diferents agents que integren el sistema sanitari. En l'últim informe publicat<sup>188</sup> també es pot observar que l'indicador que utilitza com a rellevant per mesurar la qualitat en l'àmbit de l'obstetrícia és la taxa de cesàries.

## PART 4: GESTIÓ ECONÒMICA EN ELS SERVEIS SANITARIS

### 4.1. El cost del part.

El càlcul del cost d'un part hospitalari és difícil. En l'actualitat, gairebé tots els sistemes de comptabilitat analítica implantats en els diferents hospitals del territori espanyol permeten obtenir informació de costos per centre de responsabilitat, per línia d'activitat assistencial i per procés, entenent aquest últim com el cost mitjà de tots els pacients que han estat donats d'alta en un determinat Grup Relacionat pel Diagnòstic (GRD)<sup>189</sup>.

En l'atenció maternoinfantil, segons el *Manual de descripció del GRD*<sup>190</sup>, en el qual es classifiquen els pacients clínicament similars i amb semblant consum de recursos, trobem per una banda 11 GRD relacionats amb el part, amb un cost mitjà analitzat l'any 2010<sup>191</sup> que oscil·la entre 1.422,6 euros, que correspon a les dones que han tingut un part vaginal sense complicacions, fins a 4.980,2 euros, que correspon a les dones que han tingut una cesària d'alt risc amb complicacions.

D'altra banda, trobem 34 GRD relacionats amb els nounats, amb un cost mitjà que oscil·la entre 995,0 euros, que corresponen als nounats amb pes en néixer major de 2.499 grams, sense procediment quirúrgic significatiu amb diagnòstic neonatal normal, fins a 59.757,7 euros que correspon als nounats amb pes en néixer 2.000–2.499 grams, amb procediment quirúrgic significatiu amb múltiples problemes més grans.

La publicació d'estudis i articles en l'àmbit internacional sobre economia de la salut maternoinfantil és escassa, a més a més, en no haver-hi un mètode estandarditzat per a l'anàlisi de la despesa maternoinfantil provoca que sigui difícil fer les comparacions entre països<sup>192</sup>. Bellanger et al.<sup>193</sup>, en un estudi que té lloc dintre del Marc europeu European Health Management Association fa un anàlisi comparativa dels costos d'un part normal hospitalari en nou països europeus i conclou que el cost mitjà és de 1.260 euros, amb un rang que va des de 350 euros a Hongria fins a 2000 euros a Gran Bretanya i França. El cost

d'un part és més baix en aquells països on les llevadores i infermeres lideren el part normal envers els països on el part normal és conduït pels obstetres.

Comas et al.<sup>194</sup>, en un estudi fet a Catalunya, conclouen que els predictors més importants dels costos d'un part són el tipus de part i els resultats neonatals, tenint en compte l'impacta de les cesàries en el cost total del part.

## 4.2. Sistemes de costos

### 4.2.1. Grups relacionats amb el diagnòstic (GRD)

El cost estàndard (cost mitjà per producte a través del GRD).

La investigació realitzada a Espanya demostra que amb els GRD el nivell d'ajust al cost real només ascendeix fins al 40%.

L'obtenció d'un cost mitjà per procés a través de la utilització de criteris externs a l'hospital per al repartiment de costos entre els processos no és gaire convincent per als responsables assistencials, ja que aquest sistema no ens permet observar amb claredat quina és la cadena de decisió que origina el cost de cada procés assistencial, amb la qual cosa es fa difícil veure canvis en les seves decisions assistencials.

Els punts d'intensitat relativa de l'escala GRD pretenen reflectir el consum relatiu de recursos en funció d'estàndards externs.

Les dades necessàries per realitzar l'agrupació en GRD són:

- Edat
- Sexe
- Circumstàncies de l'alta
- Diagnòstic principal
- Intervencions o altres dels procediments realitzats durant l'ingrés
- Diagnòstics secundaris que coexisteixen amb el principal en el moment de l'ingrés o es desenvolupen durant aquest

#### 4.2.2. Sistema de costos basat en les activitats (ABC)

L'aplicació del sistema de costos basat en activitats (ABC) ens permetrà obtenir el cost per pacient o per procés clínic (Finkler,1994).

En la metodologia de costos per ABC, els costos són acumulats a les activitats que consumeixen recursos i s'apliquen a cada pacient assistit en funció de les activitats que ha requerit. El sistema de costos ABC possibilita un càlcul de costos més detallat, permet calcular directament el cost de cada pacient, el cost mitjà de cada procés i obtenir el cost hospitalari total, així com el cost de cadascun dels departaments de l'hospital.

És important presentar els costos de cada procediment hospitalari com una cadena de costos vinculats a les activitats, relacionades totes aquestes directament amb les decisions clíniques dels professionals (dies d'estància, temps a sala de part, cost de material o de farmàcia, cost del diagnòstic realitzat) perquè puguin ser gestionades.





***CAPÍTOL II. PLANTEJAMENT DEL  
PROBLEMA D'ESTUDI***

---



## II. PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA D'ESTUDI

Com s'ha posat en evidència en les darreres dècades s'ha produït una marcada tendència a la medicalització del naixement incorporant rutinàriament pràctiques clíniques per iniciar, accelerar, regular y monitoritzar el procés de part, tractant totes les dones amb el mateix grau d'intervencionisme sense tenir en compte el nivell de risc de l'embaràs.

Amb el pas del temps l'evidència científica ha demostrat que intervenir en el procés fisiològic del part normal en absència d'indicació mèdica incrementa el risc de complicacions, tant per la mare com el nounat, amb les conseqüències que això comporta en referència a morbiditat maternoinfantil i augment de la despesa econòmica.

Per això nombroses estratègies s'han desenvolupat per fomentar el no intervencionisme en el part normal.

No obstant totes aquestes mesures, persisteix una gran variabilitat en les pràctiques i cures que es realitzen en el part essent, com s'ha explicat, la titularitat de l'hospital un factor determinant en aquesta variabilitat.

La recerca es realitza a la Fundació Althaia, que, és una xarxa assistencial de referència de 188.000 habitants procedents de l'àrea d'influència territorial de Manresa, bàsicament de les comarques del Bages i Solsonès, a la Catalunya Central. Actualment disposa de 457 llits d'hospitalització d'aguts, de 61 llits de caràcter privat i de 150 places d'atenció a la dependència.

Althaia fixa entre els seus objectius treballar per una millora contínua de la seva qualitat assistencial.

El que es pretén en aquest treball és conèixer si, l'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, que atén els parts amb titularitat pública, i la Clínica Sant Josep, que atén els parts amb titularitat privada o mutual, (ambdós centres integrats a la Fundació Althaia), incorporen les pràctiques basades en l'evidència científica que es recullen en la guia OSTEBA de pràctica clínica sobre l'atenció al part normal<sup>155</sup>, si els resultats dels processos s'engloben dintre dels estàndards recomanats, si les seves clientes queden satisfetes i quin cost suposa per la Institució tot aquest procés.



## ***CAPÍTOL III . OBJECTIUS I HIPÒTESIS***

---



## III. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

### III.1. HIPÒTESIS

#### Hipòtesis 1

Les gestants de risc baix i mitjà, que han estat ateses en el model assistencial públic, reben més pràctiques obstètriques basades en l'evidència científica que es recomanen en la Guia de Pràctica Clínica sobre l'atenció al part normal que promou el Sistema Nacional de Salut, que les gestants de risc baix i mitjà que han estat ateses en el model assistencial privat.

#### Hipòtesis 2

El part de baixa intervenció contribueix a la reducció del cost del part hospitalari.

### III.2. OBJECTIUS GENERALS

En aquesta investigació es presenten 2 objectius generals.

#### Objectiu general 1

Comparar el procés assistencial que reben les dones i els seus nadons en l'atenció al part normal hospitalari, a la Fundació Althaia, segons el model assistencial públic o privat durant els anys 2012-2013.

#### Objectiu general 2

Calcular el cost del part hospitalari a la Fundació Althaia durant els anys 2012-2013.



### III.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- 1) Analitzar si hi ha diferències en les característiques sociodemogràfiques i obstètriques entre les gestants que han estat ateses en el model assistencial públic o privat.
- 2) Comparar les pràctiques obstètriques i els resultats perinatals que reben les gestants de baix i mitjà risc i els seus nadons segons hagin estat ateses en el model assistencial públic o privat.
- 3) Conèixer el nivell d'intervenció que han tingut les dones i els seus nadons segons hagin estat ateses en el model assistencial públic o privat.
- 4) Comparar si hi ha diferències en els dies d'estada hospitalària segons el model assistencial públic o privat.
- 5) Identificar si hi ha diferències en el nombre de reingressos i nombre de visites a urgències durant la quarantena de la dona o durant el període neonatal del nadó en funció del model assistencial públic o privat.
- 6) Identificar el grau de satisfacció i fidelitat de les puèrperes a l'alta hospitalària en els 2 grups d'estudi.
- 7) Conèixer els Grups relacionats per diagnòstic (GRD) obtinguts a l'alta hospitalària i en cas de reingrés de la mare i del nadó relacionats amb el part i amb el naixement.
- 8) Calcular el cost pels Grups relacionats per diagnòstic (GRD) segons l'aplicació del Sistema de Costos Basat en Activitats (ABC).
- 9) Calcular el cost del procés de part hospitalari de les gestants i els seus nadons dels 2 grups d'estudi segons l'aplicació del Sistema de Costos Basat en Activitats (ABC).
- 10) Calcular el cost final del procés de la dona a la quarantena i del nadó al acabar el període neonatal.

## ***CAPÍTOL IV. METODOLOGIA***

---



## IV. METODOLOGIA

### IV.1. DISSENY DE L'ESTUDI

Estudi observacional, longitudinal, prospectiu i analític de Cohorts.

Es van estudiar les dones classificades de baix i mitjà risc, segons la classificació que descriu el "Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2a ed. rev. 2005)", ateses a la Fundació Althaia durant els anys 2012-2013.

Es van crear dos grups que van ser comparats.

Un grup estava format per les gestants que eren ateses en el model assistencial públic que ofereix Althaia per anar a parir, i l'altre grup estava format per les gestants que eren ateses en el model assistencial privat que ofereix Althaia.

Les variables sociodemogràfiques, obstètriques i les relacionades amb les pràctiques obstètriques i perinatals es van recollir el dia del part i la variable satisfacció global i tipus d'alletament es va recollir el dia de l'alta hospitalària.

Les variables de cost es van recollir al mes de la seva alta hospitalària, quan el servei de documentació i el servei de gestió clínica ho van tenir codificat.

### IV.2. ÀMBIT D'ESTUDI

Les 2 àrees de parts i les 2 unitats maternoinfantils que ofereix la Fundació Althaia.

La Fundació Althaia està constituïda per diferents centres sanitaris entre els quals trobem l'edifici Sant Joan de Déu de Manresa, on s'hi atenen els parts amb càrrec a la seguretat social i la Clínica Sant Josep de Manresa, on s'hi atenen els parts amb càrrec privat o mutual.

Durant l'any 2011 entre els dos centres es van assistir al voltant del 2100 parts dels quals 1300 corresponien a gestants amb un nivell de risc baix i mitjà.

L'estudi va durar 14 mesos.

### **IV.3. SUBJECTES D'ESTUDI**

#### **Població diana**

Gestants de Catalunya amb un risc baix o mitjà del seu embaràs.

#### **Població accessible**

Gestants del Bages i Solsonès amb un risc baix o mitjà que acudien a la Fundació Althaia a parir per ser el seu Hospital de referència o per ser la Clínica privada que havien escollit lliurament.

#### **Criteris d'inclusió**

- Gestants amb un risc baix o mitjà del seu embaràs, segons la Classificació del risc recollida en el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (vegeu l'annex 1).
- Gestants que iniciaven el seu part espontàniament.

#### **Criteris d'exclusió**

- Gestants que complint els criteris d'inclusió a l'ingrés van presentar febre materna, tensions arterials per damunt de 140/90, signes de pèrdua de benestar fetal i líquid meconial durant el transcurs del part.
- Gestants que acudien a l'hospital amb bossa trencada de més de 18 hores.
- Gestants que no van voler participar en l'estudi.

#### **Població elegible**

Totes les gestants que complint els criteris d'inclusió i exclusió acudien a parir a les Sala de Parts de l'hospital Sant Joan de Déu de Manresa i a la Sala de Parts de la Clínica Sant Josep de Manresa.

#### **Tècnica de mostreig**

El tipus de mostreig va ser no probabilístic consecutiu i es van incloure les gestants a mesura que acudien a parir a les sales de part de la Fundació Althaia i complien els criteris de selecció.

### Grandària de la mostra

Per aconseguir una potència del 90% per detectar diferències en el contrast de la hipòtesi nul·la, el percentatge de dones ateses al model assistencial públic que han requerit d'un part d'alta intervenció és igual al percentatge de dones ateses al model assistencial privat, mitjançant el test de la khi-quadrat ( $\chi^2$ ) de Pearson bilateral per a dues mostres independents, tenint en compte un nivell de significació del 5%, i assumint que la proporció de dones que han requerit d'un part d'alta intervenció en el model assistencial públic sigui del 40%, i del 60% en el model assistencial privat i que la proporció de dones en el model assistencial públic respecte del total sigui del 50%, serà necessari incloure 130 dones que hagin estat ateses en el model assistencial públic i 130 dones en el model assistencial privat. Assumint que un 5% de les dones no acceptin participar en l'estudi serà necessari convidar a 274 dones. Es va utilitzar el programa Ene 2.0 ([www.e-biometria.com](http://www.e-biometria.com)).

## IV.4. VARIABLES

### Variables independents

- Model assistencial públic: la gestant es atesa a l'hospital Sant Joan de Déu per parir, on el càrrec de la despesa del part és assumida des de la financiació pública.

A l'hospital Sant Joan de Déu és la llevadora que està de guàrdia el professional de referència per a la gestant de baix i mitjà risc, assumint un rol autònom en l'atenció a la dona durant tot el procés de part. L'obstetra intervindrà quan en el transcurs de les fases de part apareixien situacions que es desviïn de la normalitat.

- Model assistencial privat: la gestant es atesa a la Clínica Sant Josep per anar a parir, on el càrrec de la despesa del seu part es cobreix de manera privada o a través de mútues de salut.

A la Clínica és l'obstetra que la dona ha escollit el professional de referència per la gestant de baix i mitjà risc. La llevadora exerceix un paper de col·laboració amb l'obstetra.

### **Variables sociodemogràfiques i obstètriques**

- Edat: s'expressarà amb data de naixement (--/--/----)
- Nivell d'estudis: sense estudis, estudis primaris, estudis secundaris, formació professional, universitaris.
- País de procedència: s'agruparan en Espanya, Magreb, Països de l'Est, Sudamèrica, Àfrica Subsahariana, Àsia, Resta d'Europa, altres.
- Paritat: s'expressarà amb nombre de parts previs.
- Pla de naixement o part de la dona: si, no
  - Pla de part: document escrit en el que la gestant manifesta els seus desitjos i expectatives pel naixement del seu fill.
- Desig a l'ingrés d'atenció respectuosa amb la fisiologia: part no intervencionista, part amb peridural.

### **Variables dependents**

#### **Variable dependent principal**

- Nivell d'intervenció en el procés de part: baixa o alta intervenció
  - Es considerarà com a intervenció quan es realitzen les següents pràctiques: ènema, rasurat, amniotomia, oxitocina, monitorització contínua, no llibertat de moviments, no poder escollir la posició del part, maniobra de Kristeller, part instrumentat, episiotomia, pinçament precoç del cordó umbilical, deslliurament natural, aspiració oro i nasofaríngia del nounat, no contacte pell a pell, no inici d'alletament matern a sala de parts.
  - Es considera part de baixa intervenció el que finalitza amb un màxim de tres intervencions i part d'alta intervenció el que finalitza amb més de tres intervencions.

### Variables de les pràctiques clíniques durant el procés d'atenció al part

- Atenció contínua durant el part: si, no
  - La partera en treball de part es atesa individualment i de manera contínua per una llevadora des del seu ingrés fins el expulsiu exceptuant curts períodes de temps o quan la dona ho sol·liciti.
- Administració d'ènema: si, no
- Rasurat del perineu: si, no
- Dieta: si, no
  - Ingesta de líquids clars (suc de fruita sense polpa), begudes isotòniques (aquarius o isostar) o aigua durant la dilatació i període expulsiu.
- Maneig del dolor amb mètodes no farmacològics: si, no
  - Llibertat de moviments, utilització de la pilota, utilització d'escalfor, massatge dorsolumbar.
- Administració de l'anestèsia peridural: si, no
- Tipus d'amniorrexis: espontània, artificial
  - Ruptura de la bossa de les aigües de manera espontània o artificial utilitzant una llanceta per amniorrexis (amniotomia).
- Tactes vaginals durant tot el procés de part: s'expressarà amb un nombre enter.
- Ús d'oxitocina en la dilatació o expulsiu: si, no
- Tipus de monitorització i control del benestar fetal durant tot el procés de part : discontinua, contínua
  - Monitorització discontinua: quan el registre cardiotocogràfic de la freqüència cardíaca fetal i la dinàmica uterina materna es realitza amb períodes de 15-30 minuts cada dues hores, acompanyat per una auscultació intermitent cada 15-30 minuts entre els períodes de monitorització electrònica.
  - Monitorització contínua: quan el registre cardiotocogràfic de la freqüència cardíaca fetal i la dinàmica uterina es realitza de manera continuada durant totes les fases del part.
- La dona ha pogut escollir la posició: si, no



- Posició en l'expulsiu: de peu, a la gatxoneta, quadrúpeda, decúbit lateral, semisentada, litotomia.
- Maniobra de Kristeller: si,no
- Durada del període de dilatació: s'expressarà en hores i minuts.
- Durada del període expulsiu: s'expressarà en hores i minuts.
- Part natural: si,no
  
- Tipus de part: eutòcic, fòrceps, espàtules, ventosa, cesària.
- Motiu de la cesària : electiva, urgent, en curs de part.
- Tipus d'anestèsia pel part: cap, peridural, raquídia, general, local.
- Lesions al perineu: si,no
- Episiotomia: si,no
- Grau del trauma perineal: estrip grau I, estrip grau II, estrip grau III, estrip grau IV , esclat vaginal,estrip cervical.
  - Estrip grau I: afecta mucosa vaginal i pell.
  - Estrip grau II: afecta mucosa vaginal, teixit connectiu i músculs subjacents.
  - Estrip grau III: afecta múscul esfínter anal.
  - Estrip grau IV: afecta mucosa rectal.
  - Esclat vaginal: afecta les parets de la vagina.
  - Estrip cervical: laceracions al coll uterí.
- Pinçament del cordó umbilical: precoç o tardà.
  - Pinçament precoç: immediatament després del naixement.
  - Pinçament tardà: quan deixi de bategar.
- Deslliurament: espontani o dirigit.
  - Deslliurament espontani: conducta expectant a que apareixien senyals de separació de la placenta (allargament del cordó, petita pèrdua de sang, matriu globular a la palpació al melic).
  - Deslliurament dirigit: s'administrarà 5UI d'oxitocina diluïda en 10 cc de solució fisiològica en volus lent endovenós (1 minut) o 10 UI d'oxitocina intramuscular abans que transcorri un minut després del naixement del nadó.

- Hemorràgia primària postpart: si, no
  - Es considera hemorràgia quan existeix una pèrdua hemàtica de 500 ml o més del tracte genital en les primeres 24 hores després del part.

### Variables perinatals

- Signes de pèrdua de benestar fetal: si, no
- Es considerarà signes de pèrdua de benestar fetal si apareixen els següents patrons:
  - Desacceleració tardana (DIP II): caiguda de la freqüència cardíaca fetal que comença després de l'inici de la contracció uterina i retorna a la línia basal només després que la contracció uterina hagi finalitzat.
  - Desacceleració variable (DIP variable): caiguda de la freqüència cardíaca fetal que varia amb relació al temps de la contracció uterina.
  - Bradicàrdia: descens de la freqüència cardíaca fetal a menys de 120 pulsacions per minut de la línia de base normal durant 10 minuts o més.
  - Patró sinusoidal: absència de variabilitat a curt termini però mantinguda a llarg termini.
  - Patró silent: absència de variabilitat a curt i llarg termini.
- Test de Àpgar que presenta el nouat al minut, als cinc minuts i als deu minuts.
  - Es valoraran cinc signes: la freqüència cardíaca, l'esforç respiratori, el to muscular, la irritabilitat reflexa i el color de la pell. Cada signe té una puntuació mínima de 0 i una màxima de 2 punts.
- Ph neonatal en sang de cordó: s'expressarà amb un nombre i dos decimals.
  - S'obtidran dues mostres, una de sang venosa i una altra de sang arterial extretes directament a través de la punció de la vena i

artèria del cordó umbilical. Les mostres seran analitzades mitjançant el pH-metre Radiometer Copenaguen.

- Aspiració orofaríngia i nasofaríngia del nounat: si,no
- Contacte pell a pell a Sala de Parts: si, no
  - Es considera contacte pell a pell si la mare i el seu fill mantenen el contacte pell a pell immediatament després del naixement sense separar-los durant la primera hora de vida.
- Inici lactància materna a Sala de Parts: si,no
  - Es considera inici lactància materna a Sala de Parts si el nounat ha iniciat la lactància materna durant la primera hora de vida.
- Destí nounat: amb la mare o al servei de neonats.
- Hores de part. S'expressarà en hores i minuts.
  - Temps que transcorre entre l'ingrés i el part.
- Tipus de lactància a l'alta de l'hospital: materna, artificial, mixta.
- Tipus d'alta: normal, precoç, voluntària.
  - Alta normal: la puèrpera marxa d'alta hospitalària a partir de les 48 hores del part.
  - Alta precoç: la puèrpera marxa d'alta hospitalària a les 24 hores del part.
  - Alta voluntària: la puèrpera marxa d'alta hospitalària quan ella vol sense tenir en compte el criteri mèdic.
- Grau de satisfacció global de la puèrpera a l'alta. Es valorarà amb una escala d'interval de 0 a 10.
- Grau de fidelitat. Es valorarà amb: sí, no, no n'estic segura.

## Variables de cost

- GRD de la puèrpera a l'alta hospitalària: GRD 370, GRD 371, GRD 372, GRD 373, GRD 374, GRD 375, GRD 376, GRD 377, GRD 650, GRD651, GRD 652, altres. (vegeu l'annex 5)
- GRD del nounat a l'alta hospitalària: GRD 622, GRD 623, GRD 624, GRD 626, GRD 627, GRD 628, GRD 629, GRD 630, GRD 635, GRD 637, GRD 639, altres. (vegeu l'annex 5)
- Cost del procés de la dona: s'expressarà en euros.
  - Es comptabilitzaran tots els costos des de l'ingrés a la sala de parts fins a l'alta hospitalària, sumant els costos derivats dels reingressos i de les visites a urgències durant un mes posterior a la data del part si s'ha presentat una complicació derivada del procés de part.
- Cost del procés del nadó: s'expressarà en euros.
  - Es comptabilitzaran tots els costos des del naixement fins a l'alta hospitalària, sumant els costos derivats dels reingressos i les visites a urgències durant un mes posterior a la data del part si s'ha presentat una complicació.

Per comptabilitzar el cost del procés de la dona i del nadó es durà a terme seguint el següent algoritme de costos ABC:

## ALGORITME COSTOS ABC

### MARE

Tipus de part:

#### 1) Part Eutòcic Natural:

- Estada a sala de parts:
  - el temps d'estada a sala de parts es calcularà com la diferència entre la hora de sortida de la sala de parts - la hora d'ingrés a la sala de parts. S'expressarà en minuts sala de parts.
  - El cost a la sala de parts serà el temps d'estada en minuts multiplicat pel cost/minut<sup>a</sup> del personal bàsic a la sala de parts<sup>b</sup>.
- Personal de suport<sup>c</sup>:
  - Afegirem el cost del neonatòleg si la variable està marcada.
  - Li adjudicarem 40 minuts. Així el cost del neonatòleg serà el cost/minut neonatòleg multiplicat per 40 minuts.
- Material:
  - Afegirem el cost del material<sup>a</sup> per tipus de part eutòcic natural.

---

a. Els costos de personal, estades i material d'Althaia es poden consultar en l'annex 6

b. El personal bàsic a les Sales de Part de la Fundació Althaia està format per una llevadora, un obstetra i una auxiliar d'infermeria.

c. A la Fundació Althaia s'entén com a personal de suport si a més a més del personal bàsic cal la col·laboració d'un o més d'aquests professionals: llevadora; infermera; obstetra; anestesiològ; neonatòleg.

- Estada a reanimació:
  - afegirem el cost d'estada a reanimació només si està marcada la variable.
  - el temps d'estada a reanimació es calcularà com la diferència entre la hora de sortida de reanimació - la hora d'entrada a reanimació. S'expressarà en minuts sala de reanimació.
  - Afegirem el cost/minut sala de reanimació si la variable està marcada.
  - El cost a la sala de reanimació serà el temps d'estada a reanimació en minuts multiplicat pel cost/minut estada reanimació.
- Estada hospitalària:
  - Els dies d'estada hospitalària es calcularan com la diferència entre la data d'alta - la data d'ingrés. S'expressarà en dies.
  - El cost d'estada hospitalària serà els dies d'estada hospitalària multiplicat pel cost/dia estada obstetrícia .

## 2) Part Peridural:

- Estada sala de parts: com abans
- Personal de Suport:
  - Afegirem el cost del neonatòleg si la variable està marcada. Li adjudicarem 40 minuts. Es calcularà com abans.
  - Afegirem el cost de l'anestesiòleg.
  - El cost de l'anestesiòleg serà la diferència entre la hora final d'anestèsia - la hora d'inici d'anestèsia expressada en minuts i es multiplicarà pel cost/minut anestesiòleg.
- Material:
  - Afegirem el cost del material<sup>a</sup> per tipus de part eutòcic peridural.
- Estada a reanimació : com abans
- Estada hospitalària: com abans

### 3) Part Instrumental:

- Estada sala de parts: com abans
- Personal de Suport :
  - Afegirem el cost del neonatòleg si la variable està marcada. Li adjudicarem 40 minuts. Es calcularà com abans.
  - Afegirem el cost de l'anestesiòleg. Es calcularà com abans.
- Material:
  - Afegirem el cost del material<sup>a</sup> per tipus de part instrumentat.
- Estada a reanimació: com abans
- Estada Hospitalària: com abans

### 4) Cesària:

- Estada sala de parts: com abans
- Personal de Suport :
  - Afegirem el cost del neonatòleg si la variable està marcada. Li adjudicarem 40 minuts. Es calcularà com abans.
  - Afegirem el cost de l'anestesiòleg. Es calcularà com abans.
  - Afegirem el cost d'una llevadora de suport. Li fixarem un temps igual per totes les cesàries de 90 minuts. Així el cost de la llevadora de suport serà el cost/minut llevadora multiplicat per 90 minuts.
  - Afegirem el cost d'un obstetra de suport. Li fixarem un temps igual per totes les cesàries de 90 minuts. Així el cost de l'obstetra de suport serà el cost/minut obstetra multiplicat per 90 minuts.
- Material:
  - Afegirem el cost del material<sup>a</sup> per tipus de part cesària.
- Estada a reanimació: com abans
- Estada hospitalària: com abans

## **NADÓ**

- El nadó que queda amb règim d'internació conjunta no genera costos.
- Només generen costos si els nadons requereixen ingressar al Servei de Neonats.
  - el temps d'estada al servei de neonats es calcularà com la diferència entre la hora de sortida de neonats - la hora d'entrada al servei de neonats. S'expressarà en minuts servei de neonats.
  - El cost de l'estada a neonats serà el temps d'estada a neonats multiplicat pel cost/minut estada neonats.

## **REHOSPITALITZACIONS I VISITES A URGÈNCIES**

- Rehospitalització: es calcula els dies d'estada hospitalària i es multiplica per cost/dia estada obstèrica.
- Urgència:
  - Cost urgència mare.
  - Cost urgència pediatria.



## IV.5. RECOLLIDA DE DADES

### Captació de la gestant

La llevadora, la llevadora resident, l'obstetra o l'obstetra resident de l'àrea d'urgències, després de visitar a la partera i revisar la seva història identificarà les dones que poden accedir a l'estudi segons criteris d'inclusió i exclusió. Es convidarà a la partera a participar de manera voluntària explicant-li el propòsit de l'estudi.

S'entregarà un full d'informació escrita reforçant la informació oral (veure l'annex 7) i el consentiment informat (veure l'annex 8).

S'ha elaborat una graella per recollir les dades que consta de tres apartats (veure l'annex 9):

- 1) L'emplenarà la llevadora en el decurs del part. Recollirà les variables sociodemogràfiques, obstètriques i les de les pràctiques obstètriques i perinatals.
- 2) L'emplenarà la llevadora de la unitat o la llevadora resident el dia de l'alta. Recollirà les dades sobre el tipus de lactància, tipus d'alta i li preguntarà sobre el grau de satisfacció i fidelitat.
- 3) L'emplenarà l'autora d'aquesta Tesi. Recollirà les variables de cost al mes de l'alta hospitalària.

Finalitzada la recollida de dades de l'apartat 1 i 2 es deixarà la graella dins una carpeta ubicada al taulell de l'administrativa de la unitat d'hospitalització de de l'Hospital i de la Clínica anomenada " Pràctiques obstètriques en l'atenció al part normal hospitalari". Després l'autora de la Tesi recollirà la graella i acabarà d'emplenar les dades del tercer apartat.

## IV.6. ASPECTES ÈTICS

Consideracions generals: l'estudi s'ha dut a terme d'acord amb els principis ètics que emanen de la Declaració de Helsinki.

Confidencialitat: l'accés a les bases de dades ha estat restringit com es contempla en la legislació espanyola vigent, Llei orgànica 15/1999 del 13/12/99 de Protecció de dades de Caràcter Personal.

L'estudi ha obtingut l'aprovació del Comitè ètic d'investigació clínica de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals. (Vegeu l'annex 10).

## IV.7. ANÀLISI DE DADES

### IV.7.1. Anàlisi estadística descriptiva

En una primera fase es va fer una anàlisi univariada exploratòria variable per variable per a la detecció dels valors atípics i extrems i dels valors perduts i/o no aplicables. Per testar la normalitat de les variables contínues es va utilitzar el test de Kolmogorov-Smirnov.

Les variables contínues amb distribució normal es van resumir amb la mitjana i la desviació estàndard. Es va utilitzar la mediana i els percentils 25 i 75 per a les variables contínues amb distribució no normal. Les variables categòriques es mostren en valors absoluts i freqüències relatives.

### IV.7.2. Anàlisi estadística inferencial. Anàlisi bivariant i multivariant

Per a comparar les característiques sociodemogràfiques i obstètriques de les gestants, les característiques del procés assistencial que van rebre les dones i els seus nadons en l'atenció al part normal hospitalari, les variables perinatales, el seguiment durant el puerperi i els costos segons el model assistencial públic o privat es va utilitzar el test de la T de Student per a les variables contínues

amb una distribució normal i el test no paramètric de la U de Mann-Whitney en el supòsit que les variables no seguissin una distribució normal. Pel contrast de les variables categòriques es va utilitzar el test de la chi-quadrat ( $\chi^2$ ) de Pearson o la prova exacta de Fisher o el mètode de Monte Carlo en les taules de contingència 2x2 o nx2 on les freqüències esperades van ser inferiors a 5.

Per al càlcul de la magnitud de l'efecte es va emprar el model de regressió logística per a les variables dependents categòriques binàries. Es van determinar les *odds ratio* (OR) crues juntament amb els intervals de confiança del 95% amb models de regressió logística univariants. Per testar si hi havia diferències en les pràctiques obstètriques emprades en l'atenció al part normal hospitalari entre els dos models assistencials i en el seguiment durant el puerperi de la dona i el nadó es van emprar models de regressió logística multivariants per poder ajustar per les possibles variables de confusió. Es van determinar les *odds ratio* (OR) ajustades amb l'interval de confiança del 95%.

Per a les variables dependents categòriques nominals es va utilitzar la regressió logística multinomial. Es van determinar les *odds ratio* (OR) crues i ajustades amb l'interval de confiança del 95%.

Per a les variables dependents contínues es va emprar la regressió lineal múltiple. Es van determinar els coeficients  $\beta$  crus i ajustats amb l'interval de confiança del 95%.

En els models multivariants per les pràctiques obstètriques, com a variables de confusió es van seleccionar les característiques sociodemogràfiques i obstètriques de les gestants que es van distribuir de forma no homogènia entre els dos models assistencials, és a dir, significatives estadísticament en l'anàlisi bivariant o amb evidència sobre la seva associació. En els models multivariants per al seguiment durant el puerperi i el període neonatal es va ajustar pel nivell d'intervenció.

El nivell de significació estadística utilitzat ha estat del 5% bilateral ( $p < 0,05$ ). Per a l'anàlisi estadística de les dades es va utilitzar el programa IBM SPSS Statistics® v.22 (IBM Corporation, Armonk, Nova York, EEUU) i el programa STATA® v.10 (StataCorp LP, College Station, Texas, EEUU).

## ***CAPÍTOL V. RESULTATS***

---



## V.RESULTATS

En aquest capítol es mostren els resultats obtinguts després d'analitzar les variables sociodemogràfiques i obstètriques, les variables sobre pràctiques obstètriques durant el part, les variables perinatals, les variables de satisfacció i les variables de cost d'un total de 279 gestants que van ser ateses en els 2 models assistencials diferents, el model públic i el model privat que ofereix la Fundació Althaia de Manresa.

139 gestants van estar seleccionades a l' Hospital St. Joan de Déu, on s'atenen les gestants amb càrrec a la sanitat pública i 140 gestants van estar seleccionades a la Clínica Sant Josep on s'atenen aquelles gestants amb càrrec a una cobertura mutual o privada.

Es va excloure una gestant de l'anàlisi estadística per ser un registre duplicat.

Les característiques sociodemogràfiques i obstètriques de la mostra d'estudi es mostren en la taula 1.

**Taula 1. Característiques sociodemogràfiques i obstètriques de la mostra**

	Total N=279
<b>Edat</b>	
<i>Estratificació per edats</i>	
Entre 15-19 anys	3 (1,1%)
Entre 20-24 anys	26 (9,3%)
Entre 25-29 anys	54 (19,4%)
Entre 30-34 anys	108 (38,7%)
Entre 35-39 anys	80 (28,7%)
Entre 40-44 anys	8 (2,9%)
<i>Nivell d'estudis</i>	
Sense estudis	3 (1,1%)
Estudis primaris	25 (9,0%)
Estudis secundaris	44 (15,8%)

Batxillerat	28 (10,0%)
Formació professional	55 (19,7%)
Estudis Universitaris	124 (44,4%)
<b><i>País de Procedència</i></b>	
Espanya	234 (83,9%)
Magreb	25 (9,9%)
Països de l'Est	6 (2,2%)
Sudamèrica	9 (3,2%)
Subsahariana	2 (0,7%)
Àsia	1 (0,4%)
Altres	2 (0,7%)
<b><i>Número de parts prevís</i></b>	
0	147 (52,7%)
1	101 (36,2%)
2	25 (9,0%)
3	6 (2,2%)
<b><i>Pla de naixement</i></b>	
No	256 (91,8%)
Si	23 (8,2%)
<b><i>Desig d'atenció</i></b>	
Part natural	61 (21,9%)
Part amb peridural	208 (74,6%)
No ho te clar	10 (3,6%)

A continuació es detallen els resultats de les variables estudiades en funció del tipus de centre.

## V.1. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES

### V.1.1. Edat

La mitjana d'edat de les 139 dones que van estar ateses a l'Hospital públic va ser de 30,7 anys (DE 5,2).

La mitjana d'edat de les 140 dones que van ser ateses a la Clínica privada va ser de 33,7 anys (DE 4,1).

Es van trobar diferències estadísticament significatives, segons el test de la t d'Student amb  $p < 0,001$ , entre l'edat de les dones. Les dones que van parir a la Clínica privada tenien un promig de 3 anys més que les dones que van parir a l'Hospital públic.

En la taula 2 es pot observar la diferència en valors absoluts i percentuals quan es va estratificar l'edat de les dones en 5 grups.

A l'Hospital públic les franges d'edat amb un major % de dones van ser les compreses entre 25-29 anys i 30-34 anys.

A la Clínica privada les franges d'edat amb un major % de dones van ser les compreses entre 30-34 anys i 35-39 anys.

**Taula 2. Edat de les dones dels 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Edat</b>	30,7 (DE 5,2)	33,7 (DE 4,1)	0,001 <sup>a</sup>
<b>Estratificació per edats</b>			0,001 <sup>b</sup>
Entre 15-19 anys	2 (1,4)	1 (0,7)	
Entre 20-24 anys	24 (17,3)	2 (1,4)	
Entre 25-29 anys	34 (24,5)	20 (14,3)	
Entre 30-34 anys	49 (35,3)	59 (42,1)	
Entre 35-39 anys	28 (20,1)	52 (37,1)	
Entre 40-44 anys	2 (1,4)	6 (4,3)	

Mitjana ( desviació estàndard); <sup>a</sup> Student t; n(%); <sup>b</sup> Prova exacta ( Monte Carlo)



### V.1.2. Nivell d'estudis

Es van trobar diferències estadísticament significatives, segons la prova exacta (Monte Carlo) ( $p < 0,001$ ), en el nivell d'estudis entre les dones dels 2 models assistencials.

El grup de dones que van parir a la Clínica privada tenien un nivell d'estudis superiors respecte a les dones que van parir a l'hospital públic.

A la Clínica privada un 57,9% ( $n=81$ ) de les dones tenien estudis universitaris, seguides en un 21,4% ( $n=30$ ) que tenien una formació professional, en un percentatge més petit 9,3% ( $n=13$ ) les seguien les dones amb estudis de batxillerat i secundaris i finalment només un 2,1% ( $n=3$ ) tenien estudis primaris, no trobant cap dona sense cap nivell d'estudis.

A l'Hospital públic la distribució va ser diferent. Un 30,9% ( $n=43$ ) de les dones tenien estudis universitaris, un 22,3% ( $n=31$ ) tenien estudis secundaris seguides d'un 18,8% ( $n=25$ ) amb estudis de formació professional, un 15,8% ( $n=22$ ) amb estudis primaris, un 10,8% ( $n=15$ ) amb estudis de batxillerat i un 2,2% ( $n=3$ ) no tenien cap estudi.

### V.1.3. País de Procedència

Es van trobar diferències estadísticament significatives ( $p < 0,001$ ), en el País de Procedència entre les dones dels 2 models assistencials.

Com es representa en la taula 3, les dones que van parir a la Clínica privada en un 98,6% ( $n=138$ ) eren de nacionalitat Espanyola, en canvi les dones que van parir a l'Hospital públic tenien més varietat en el seu país de procedència.

**Taula 3. País de Procedència entre les dones dels 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>País de procedència</b>			0,001 <sup>b</sup>
Espanya	96 (69,1)	138 (98,6)	
Magreb	24 (17,3)	1 (0,7)	
Països de l'Est	5 (3,6)	1 (0,7)	
Sudamèrica	9 (6,5)	0 (0,0)	
Subsahariana	2 (1,4)	0 (0,0)	
Àsia	1 (0,7)	0 (0,0)	
Altres	2 (1,4)	0 (0,0)	

n(%); <sup>b</sup> Prova exacta ( Monte Carlo)

## V.2. CARACTERÍSTIQUES OBSTÈTRIQUES

### V.2.1. Número de parts previs

No es van trobar diferències estadísticament significatives en el número de parts previs, segons la prova de U Mann-Whitney ( $p=0,71$ ), entre les dones dels 2 models assistencials.

No obstant, quan es va estratificar per nombre de parts, la distribució que seguien els 2 models assistencials era diferent.

Més de la meitat de les dones que van parir a la Clínica privada, un 56,4% ( $n=79$ ), no tenien cap part anterior, seguides de les dones que tenien un part anterior 37,1% ( $n=52$ ) i finalment amb un percentatge més petit 6,4% ( $n=9$ ) es trobaven aquelles dones que tenien dos o més parts anteriors.

D'altra banda més de la meitat de les dones que van parir a l'Hospital públic 51,1% ( $n=71$ ) tenien un part anterior o més i el percentatge de dones que tenien dos o més parts anteriors era de 15,8% ( $n=22$ ).

### **V.2.2. Pla de naixement**

Es van trobar diferències estadísticament significatives ( $p < 0,001$ ) en les dones que van entregar un pla de naixement entre els 2 models assistencials.

Un 15,1% ( $n = 21$ ) de les dones que van parir a l'Hospital públic van elaborar un pla de naixement.

Només un 1,4 % ( $n = 2$ ) de les dones que van parir a la Clínica privada van elaborar un pla de naixement.

### **V.2.3. Desig d'atenció respectuosa amb la fisiologia a l'ingrés**

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p < 0,001$ ) en el desig que expressaven les dones a l'ingrés referent al tipus d'atenció respectuosa o intervencionista al part que els hi agradaria tenir.

Un 56,8% ( $n = 79$ ) de les dones que van parir a l'Hospital públic desitjaven un part amb peridural en relació a un 38,1% ( $n = 53$ ) que desitjaven a l'ingrés un part no intervencionista.

En canvi a la Clínica privada el percentatge de dones que desitjaven a l'ingrés un part amb peridural era molt elevat 92,1% ( $n = 129$ ) en relació a un 5,7% ( $n = 8$ ) que desitjaven a l'ingrés un part no intervencionista.

## **V.3. PRÀCTIQUES OBSTÈTRIQUES DURANT EL PROCÉS DE PART**

### **V.3.1. Acompanyament per una llevadora durant el part**

No es van trobar diferències estadísticament significatives en l'acompanyament per una llevadora que rebien les dones dels 2 models assistencials en el moment de l'ingrés, en la fase activa de dilatació i en el període expulsiu. En aquests tres moments del procés de part, en un percentatge superior al 95,7%, les dones dels dos models assistencials van estar acompanyades per una llevadora.

D'altra banda, com es representa en la taula 4, si que es van trobar diferències estadísticament significatives en l'acompanyament per una llevadora que rebien les dones dels dos models assistencials durant la fase latent de dilatació.

**Taula 4. Acompanyament per una llevadora durant les fases del part entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>A l'ingrés</b>			1,000 <sup>e</sup>
Si	138 (99,3)	139 (99,3)	
No	1 (0,7)	1 (0,7)	
<b>Fase latent dilatació</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	88 (63,3)	114 (81,4)	
No	51 (36,7)	26 (18,6)	
<b>Fase activa dilatació</b>			0,501 <sup>e</sup>
Si	134 (96,4)	137 (97,9)	
No	5 (3,6)	3 (2,1)	
<b>Període expulsiu</b>			0,120 <sup>e</sup>
Si	138 (99,3)	134 (95,7)	
No	1 (0,7)	6 (4,3)	

n (%); <sup>e</sup>estadístic exacte de Fisher; <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

### V.3.2. Aplicació ènema

No es van trobar diferències estadísticament significatives ( $p=0,498$ ) en l'aplicació d'ènema a les dones dels 2 models assistencials.

Cap ( $n=139$ ) de les dones que van parir a l'Hospital públic se'ls hi va administrat ènema i només un 1,4% ( $n=2$ ) de les dones que van parir a la Clínica privada se'ls hi va aplicar un ènema.

### V.3.3. Rasurat del perineu

Es van trobar diferències estadísticament significatives, segons el test de la chi-quadrat de Pearson ( $p=0,034$ ), en el rasurat del perineu entre les dones dels 2 models assistencials.

En un 96,4% ( $n= 134$ ) de les dones ateses a l'Hospital públic no es rasurava el perineu davant d'un 90% ( $n= 126$ ) de les dones que van parir a la Clínica privada.

### V.3.4. Dieta

En aquest apartat es recull la ingesta de líquids clars, begudes isotòniques i aigua durant les diferents fases del part: fase latent de dilatació, fase activa de dilatació i període expulsiu.

En la taula 5 es pot observar que les principals diferències trobades van tenir lloc en la fase activa de dilatació.

**Taula 5. Ingesta de líquids durant les diferents fases del part entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Fase latent dilatació</b>			
<b>Líquids clars</b>			0,231 <sup>d</sup>
Si	49 (35,3)	40 (28,6)	
No	90 (64,7)	100 (71,4)	
<b>Begudes isotòniques</b>			0,049 <sup>d</sup>
Si	13 (9,4)	5 (3,6)	
No	126 (90,6)	135 (96,4)	
<b>Aigua</b>			0,256 <sup>d</sup>
Si	71 (51,1)	62 (44,3)	
No	68 (48,9)	78 (55,7)	

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Fase activa dilatació</b>			
<b>Líquids clars</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	26 (18,7)	6 (4,3)	
No	113 (81,3)	134 (95,7)	
<b>Begudes isotòniques</b>			0,036 <sup>e</sup>
Si	7 (5,0)	1 (0,7)	
No	132 (95,0)	139 (99,3)	
<b>Aigua</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	61 (43,9)	30 (21,4)	
No	78 (56,1)	110 (78,6)	
<b>Període expulsiu</b>			
<b>Líquids clars</b>			0,122 <sup>e</sup>
Si	3 (2,2)	0 (0,0)	
No	136 (97,8)	140 (100)	
<b>Begudes isotòniques</b>			0,498 <sup>e</sup>
Si	1 (0,7)	0 (0,0)	
No	138 (99,3)	140 (100)	
<b>Aigua</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	22 (15,8)	1(0,7)	
No	117 (84,2)	139 (99,3)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson; <sup>e</sup>estadístic exacte de Fisher.

### V.3.5. Maneig del dolor amb mètodes no farmacològics

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p < 0,001$ ), en deixar a la dona llibertat de moviments, utilització de la pilota i utilització d'escalfor.

Com es pot veure en la taula 6, el percentatge de dones que se'ls va deixar llibertat de moviments, fer ús de la pilota i utilització d'escalfor va ser superior en aquelles dones que van parir a l'Hospital públic.

En ambdós models assistencials el que es va oferir més va ser la llibertat de moviments seguit de la utilització de la pilota i finalment la utilització d'escalfor. No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,274$ ) en la realització de massatge dorsolumbar.

En ambdós models assistencials el percentatge de dones a qui se'ls va realitzar massatge dorsolumbar va ser baix. Un 14,4%( $n=20$ ) a les dones que van parir a l'Hospital públic i a un 19,3% ( $n=27$ ) a les dones que van parir a la Clínica privada.

**Taula 6. Maneig del dolor amb mètodes no farmacològics entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Llibertat moviments</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	113 (81,3)	90 (64,3)	
No	26 (18,7)	50 (35,7)	
<b>Utilització pilota</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	51 (36,7)	26 (18,6)	
No	88 (63,3)	114 (81,4)	
<b>Utilització escalfor</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	40 (28,8)	13 (9,3)	
No	99 (71,2)	127 (90,7)	
<b>Massatge dorsolumbar</b>			0,274 <sup>d</sup>
Si	20 (14,4)	27 (19,3)	
No	119 (85,6)	113 (80,7)	

n (%); <sup>d</sup>chi de Pearson

### V.3.6. Maneig del dolor amb mètodes farmacològics

#### V.3.6.1. Elecció de l'anestèsia

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencial ( $p=0,009$ ) en el motiu d'elecció de les dones de mètodes farmacològics pel maneig del dolor.

Un 91,4% ( $n=128$ ) de les dones que van parir a la Clínica privada davant d'un 80,6% ( $n=112$ ) de les dones que van parir a l'Hospital públic van escollir que se'ls apliqués un mètode farmacològic per l'alleugeriment del dolor.

#### V.3.6.2. Ús d'anestèsia

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,001$ ), en l'ús d'anestèsia durant les diferents fases del part.

Totes les dones que van parir a la Clínica privada se'ls hi va administrar algun tipus d'anestèsia en comparació a un 89,9% ( $n=125$ ) de les dones que van parir a l'Hospital públic.

Posteriorment, quan es va procedir a l'estratificació pels diferents tipus d'anestèsia que s'utilitzen en la dilatació i part es va observar, com es representa en la taula 7, que no existien diferències estadísticament significatives en l'aplicació d'anestèsia raquídia i general però sí que existien diferències estadísticament significatives en la utilització de l'anestèsia peridural i l'anestèsia local.

El percentatge de dones que se'ls hi va aplicar l'anestèsia peridural va ser més elevat a la Clínica privada, un 87,9% ( $n=123$ ), respecte a un 77,6% ( $n=97$ ) a l'Hospital públic.

D'altra banda el percentatge de dones que se'ls hi va aplicar una anestèsia local va ser més elevat a l'Hospital públic, un 21,6% ( $n=27$ ), respecte a un 7,1% ( $n=10$ ) a la Clínica privada.



**Taula 7. Ús d'anestèsia entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
No	14 (10,1)	0 (0,0)	0,001 <sup>d</sup>
Si	125 (89,9)	140 (100)	
<b>Peridural</b>			0,026 <sup>d</sup>
Si	97 (77,6)	123 (87,9)	
No	28 (22,4)	17 (12,1)	
<b>Raquídia</b>			0,463 <sup>d</sup>
Si	4 (3,2)	7 (5,0)	
No	121 (96,8)	133 (95,0)	
<b>General</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	27 (21,6)	10 (7,1)	
No	98 (78,4)	130 (92,9)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson; <sup>e</sup>estadístic exacte de Fisher

### V.3.7. Amniorrexis

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencial ( $p=0,036$ ), en el tipus d'amniorrexis.

Com es pot observar en la taula 8, en un 55,4% ( $n=77$ ) les dones que van parir a l'Hospital públic l'amniorrexis es va produir de manera espontània respecte a un 42,9% ( $n=60$ ) de les dones que van parir a la Clínica privada.

**Taula 8. Diferències en el tipus d'amniorrexis entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
Esponània	77 (55,4)	60 (42,9)	0,036 <sup>d</sup>
Artificial	60 (42,9)	80 (57,1)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson

### V.3.8. Número de tactes vaginals

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,001$ ), en el número de tactes vaginals que rebien les dones durant el procés de part.

Encara que en ambdós models assistencials la mediana va ser de 4 tactes, el rang interquartílic per les dones que van parir a l'Hospital públic va ser de 2 i per les dones que van parir a la Clínica privada va ser de 3 com es pot observar en la taula 9.

**Taula 9. Número de tactes vaginals entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
Nº Tactes vaginals			0,001 <sup>c</sup>
Mitjana	4,0	4,8	
Mediana	4,0	4,0	
Desviació estàndard	1,5	1,8	
Mínim	1	1	
Màxim	8	10	
Percentil 25	3,0	3,2	
Percentil 75	5,0	6,0	

<sup>c</sup> U Mann-Whitney

### V.3.9. Ús oxitocina en la dilatació i expulsiu

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons el test de la chi-quadrat de Pearson ( $p=0,001$ ), en la utilització d'oxitocina en el període de dilatació i en el període expulsiu.

Com es pot observar en la taula 10, la utilització d'oxitocina va ser més elevada tant en el període de dilatació com en el període expulsiu en les dones que van parir a la Clínica privada.

En el període de dilatació se'ls va administrar oxitocina a un 72,1% ( $n=101$ ) de les dones que van parir a la Clínica privada en comparació a un 51,8% ( $n=72$ ) de les dones que van parir a l'Hospital públic.

En el període expulsiu se'ls va administrar oxitocina a un 81,4% ( $n=114$ ) de les dones que van parir a la Clínica privada en comparació a un 62,6% ( $n=87$ ) de les dones que van parir a l'Hospital públic.

**Taula 10. Utilització d'oxitocina en la dilatació i expulsiu entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Dilatació</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	72 (51,8)	101 (72,1)	
No	67 (48,2)	39 (27,9)	
<b>Expulsiu</b>			0,001 <sup>d</sup>
Si	87 (62,6)	114 (81,4)	
No	52 (37,4)	26 (18,6)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

### V.3.10. Monitorització de la freqüència cardíaca fetal (FCF) i la dinàmica uterina (DU)

Es pot observar les diferències en la utilització de la monitorització de la F.C.F i la D.U que reben les dones dels 2 models assistencials durant les diferents fases del part.

#### V.3.10.1. Monitorització a l'ingrés

No es van trobar diferències estadísticament significatives en la monitorització a l'ingrés, segons l'estadístic exacte de Fisher ( $p=0.498$ ), entre els 2 models assistencials.

Sí que es van observar diferències estadísticament significatives, segons el test de la chi-quadrat de Pearson ( $p=0,041$ ), en el tipus de monitorització (contínua o intermitent), que se'ls aplicava a les dones. Les dones que van ser ateses a l'Hospital públic se'ls va practicar, en un percentatge més elevat 57,2% ( $n=79$ ), la monitorització discontinua, en canvi les dones que van ser ateses a la Clínica privada se'ls va practicar, en un percentatge més elevat 55% ( $n=77$ ) , la monitorització contínua.

#### V.3.10.2. Monitorització a la fase latent de dilatació

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons el test de la chi-quadrat de Pearson ( $p=0,002$ ), en la monitorització durant la fase latent de dilatació.

La diferència es va observar en que un percentatge superior de les dones que van parir a la Clínica privada van ser monitoritzades durant la fase latent de dilatació. Un 82,1% ( $n=115$ ) de les dones de la Clínica privada en vers a un 65,5% ( $n=91$ ) de les dones de l'Hospital públic.

En canvi no es van observar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons el test de la chi de Pearson ( $p=654$ ), en el tipus

de monitorització que van utilitzar els 2 models, sent més elevada la monitorització discontinua per la fase latent de dilatació.

#### V.3.10.3. Monitorització en la fase activa de dilatació

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons l'estadístic exacte de Fisher ( $p=0,541$ ), en la monitorització durant la fase activa de dilatació.

Però sí que es van observar diferències estadísticament significatives, segons el test de la chi de Pearson ( $p=0,005$ ), en el tipus de monitorització que se'ls va practicar a les dones.

En un percentatge més elevat 92,6% ( $n=126$ ) en vers a un 81,2% ( $n=108$ ) les dones que van parir a la Clínica privada se'ls va monitoritzar de manera contínua durant la fase activa de dilatació en relació a les dones de l'Hospital Públic.

Es va observar que la monitorització discontinua en la fase activa de part era més freqüent en les dones que parien a l'Hospital públic, un 18,8% ( $n=25$ ) en vers a un 7,4% ( $n=10$ ).

#### V.3.10.4. Monitorització a l'expulsiu

Es van observar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons el test de la chi-quadrat de Pearson ( $p=0,001$ ), en la monitorització en l'expulsiu.

Totes les dones que van parir a l'Hospital públic van estar monitoritzades durant l'expulsiu en canvi les dones que van parir a la Clínica privada un 8.6% ( $n=12$ ) no van estar monitoritzades durant l'expulsiu.

D'altra banda no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons el test de la chi-quadrat de Pearson ( $p=0,426$ ), en el tipus de monitorització utilitzat durant l'expulsiu. En ambdós

models assistencials el tipus de monitorització més utilitzat va ser la monitorització contínua.

El resum dels resultats referits al tipus de monitorització a l'ingrés, durant la fase latent i activa de dilatació i en el període expulsiu es pot comprovar en la taula 11.

**Taula 11. Monitorització durant les diferents fases del part entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Monitorització a l'ingrés</b>			
<b>No</b>	1 (0,7)	0 (0,0)	0,498 <sup>e</sup>
<b>Si</b>	138 (99,3)	140 (100)	
Contínua	59 (42,8)	77 (55,0)	0,041 <sup>d</sup>
Discontínua	79 (57,2)	63 (45,0)	
<b>Monitorització fase latent</b>			
<b>No</b>	48 (34,5)	25 (17,9)	0,002 <sup>d</sup>
<b>Si</b>	91 (65,5)	115 (82,1)	
Contínua	44 (48,4)	52 (45,2)	0,654 <sup>d</sup>
Discontínua	47 (51,6)	63 (54,8)	
<b>Monitorització fase activa</b>			
<b>No</b>	6 (4,3)	4 (2,9)	0,541 <sup>e</sup>
<b>Si</b>	133 (95,7)	136 (97,1)	
Contínua	108 (81,2)	126 (92,6)	0,005 <sup>d</sup>
Discontínua	25 (18,8)	10 (7,4)	
<b>Monitorització expulsiu</b>			
<b>No</b>	0 (0,0)	12 (8,6)	0,001 <sup>d</sup>
<b>Si</b>	139 (100)	128 (91,4)	
Contínua	128 (92,1)	121 (94,5)	0,426 <sup>d</sup>
Discontínua	11 (7,9)	7 (5,5)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson; <sup>e</sup>estadístic exacte de Fisher

### V.3.11. Elecció de la posició durant el període de l'expulsiu

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,001$ ), en que la dona pogués escollir la posició en l'expulsiu.

Es va observar que el percentatge de dones que van escollir la posició en l'expulsiu va ser superior per les dones que van parir a l'Hospital públic respecte a les de la Clínica privada. Un 41% ( $n=57$ ) de la pública respecte a un 10,7% ( $n=15$ ) de la Clínica privada.

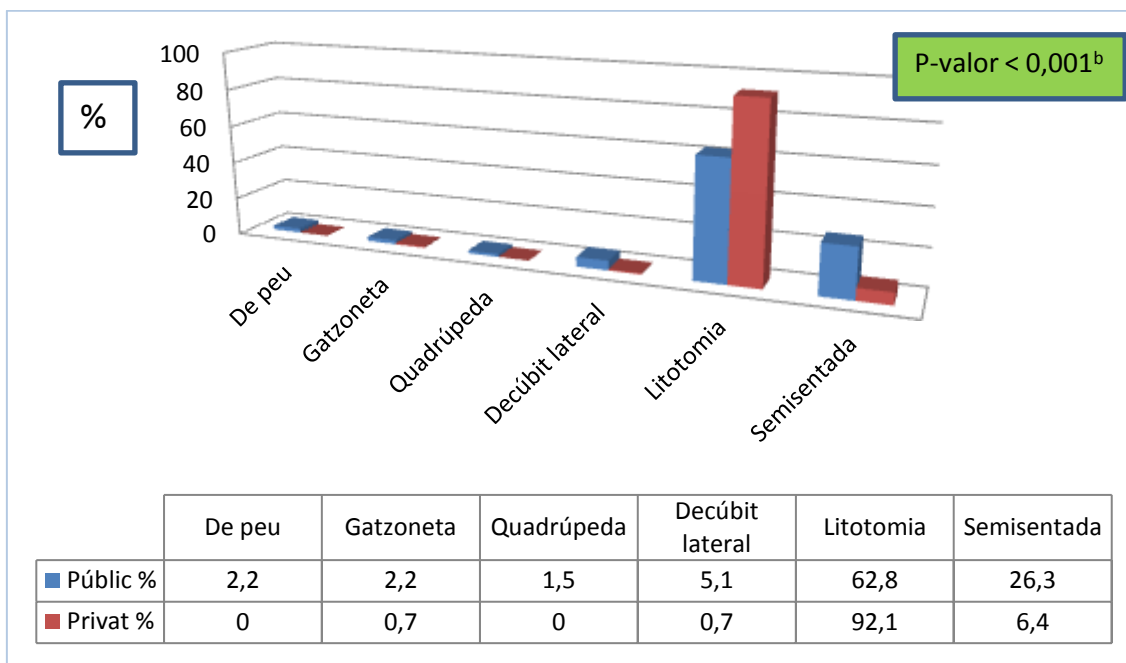
#### V.3.11.1 Posició durant l'expulsiu

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons la proba exacta ( $p=0,001$ ), en la posició que van adoptar les dones durant l'expulsiu.

La posició més utilitzada en ambdós models assistencials va ser la de litotomia.

Com es pot comprovar en la figura 1 les dones que van parir a l'Hospital públic van utilitzar més diversificació de posicions en l'expulsiu. D'altra banda, com es pot observar, les dones que van parir a la Clínica privada pràcticament totes van adoptar la posició de litotomia.

**Figura 1. Posició que adopten les dones en l'expulsiu entre els 2 models assistencials**



(%); <sup>b</sup> Prova exacta ( Monte Carlo)

### V.3.12. Maniobra de Kristeller

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials en la realització de la maniobra de Kristeller.

En la taula 12 es poden observar els percentatges de maniobres de Kristeller efectuades segons model assistencial.

**Taula 12. Realització de la maniobra de Kristeller entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Kristeller</b>			0,028 <sup>d</sup>
No	122 (87,8)	109 (77,9)	
SI	17 (12,2)	31 (22,1)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.



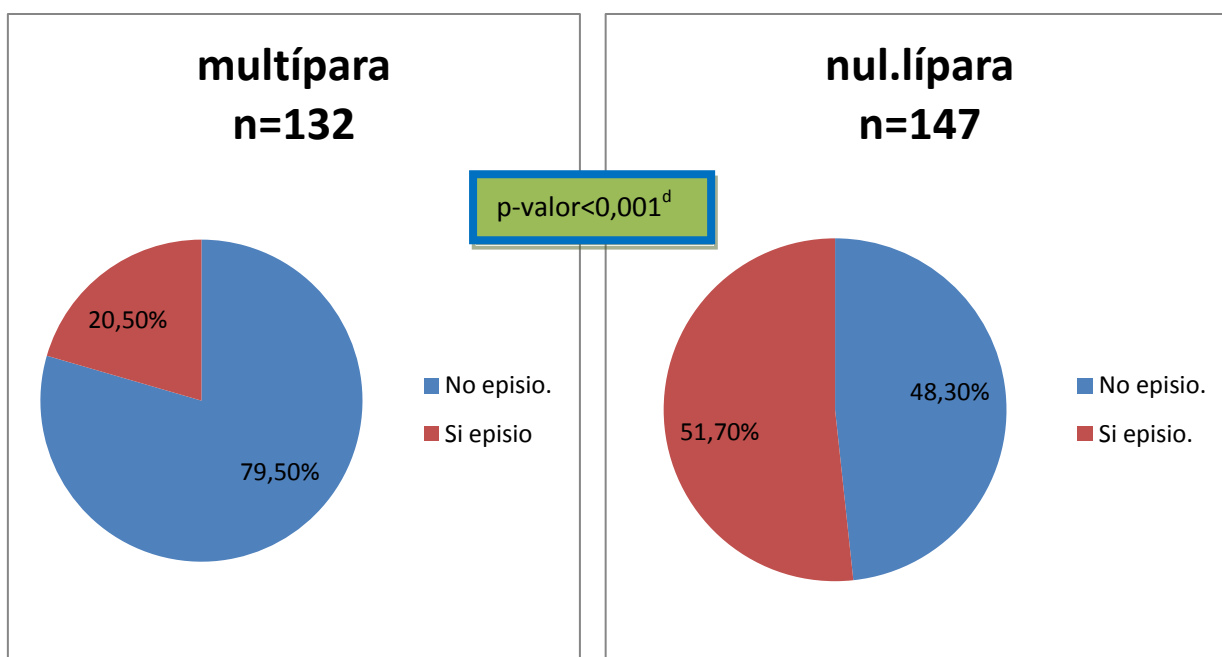
### V.3.13. Episiotomia

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons el test de la chi-quadrat de Pearson ( $p=0,039$ ) en la realització d'episiotomia.

El percentatge d'episiotomies practicades va ser d'un 42,9% ( $n=60$ ) a la privada respecte a un 30,9% ( $n=43$ ) a la pública.

Com es representa en la figura 2 quan desglossem els resultats segons parts previs es varen observar diferències estadísticament significatives ( $p=0,001$ ) en la realització de l'episiotomia.

**Figura 2. Relació de l'episiotomia amb la paritat ( nul·lípara/ múltiples)**



<sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

D'altra banda quan es va relacionar la realització d'episiotomia tenint en compte els parts previs i el model assistencial es va observar que no hi havien diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,959$ ) per les dones nul·lípara.

En canvi es va trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,005$ ) per les dones múltiples, com es pot observar en la taula 13.

**Taula 13. Realització d'episiotomia segons els parts previs i model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Nul·lípara</b>	<b>n=68</b>	<b>n=79</b>	0,959 <sup>d</sup>
<b>Episiotomia</b>			
No	33 (48,5)	38(48,1)	
Si	35 (51,5)	41 (51,9)	
<b>Múltipara</b>	<b>n=71</b>	<b>n=61</b>	0,005 <sup>d</sup>
<b>Episiotomia</b>			
No	63 (88,7)	42 (68,9)	
Si	8 (11,3)	19 (31,1)	

n(%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

### V.3.14. Pinçament cordó umbilical

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,001$ ) en el moment quan es realitzava el pinçament del cordó umbilical.

Encara que en ambdós models es va realitzar en un percentatge superior el pinçament precoç respecte al tardà, es va trobar que el percentatge de dones a qui se'ls hi va realitzar el pinçament precoç era superior en aquelles que van parir a la Clínica privada (veure taula 14).

**Taula 14. Moment del pinçament del cordó umbilical entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Pinçament</b>			0,001 <sup>d</sup>
Precoç	84 (60,4)	112 (80,0)	
Tardà	55 (39,6)	28 (20,0)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson

### V.3.15. Deslliurament

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons la prova exacta ( $p=0,001$ ), en el tipus de deslliurament com es pot observar en la taula 15.

**Taula 15. Tipus de deslliurament entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Deslliurament</b>			0,001 <sup>b</sup>
Esponatani	133 (95,7)	116 (82,9)	
Dirigit	1 (0,7)	3 (2,1)	
Manual	5 (3,6)	21 (15,0)	

n(%);<sup>b</sup> Prova exacta ( Monte Carlo)

Com es pot observar en la taula 16, les magnituds de l'associació per a les següents pràctiques obstètriques (oxitocina durant la dilatació i expulsiu, episiotomia i lesió al periné) es van calcular amb models de regressió logística. Es van observar diferències estadísticament significatives en l'ús d'oxitocina durant la dilatació i l'expulsiu entre els dos models assistencials. Les dones ateses en el model privat tenien un risc 2,41 i 2,62 vegades superior de que se'ls apliqués oxitocina durant la dilatació i l'expulsiu respectivament. Així com també les dones en el model privat tenien un risc 1,67 vegades superior de que se'ls hi practiqués una episiotomia.

En el model multivariant ajustant per l'edat, procedència i número de parts previs, les pràctiques obstètriques que es van mantenir diferents entre els dos models assistencials van se la utilització d'oxitocina durant la dilatació i l'expulsiu.

**Taula 16. Models de regressió logística univariants i multivariants per a les pràctiques obstètriques segons model assistencial. Odds Ratio (OR) crues i ajustades i intervals de confiança del 95%**

	OR crua (IC 95%)	OR ajustada <sup>a</sup> (IC 95%)
Oxitocina durant la dilatació		
<b>No</b>	1	1
<b>Si</b>	2,41 (1,47 a 3,96)	1,92 (1,09 a 3,42)
Oxitocina durant l'expulsiu		
<b>No</b>	1	1
<b>Si</b>	2,62 (1,52 a 4,53)	2,00 (1,07 a 3,73)
Episiotomia		
<b>No</b>	1	1
<b>Si</b>	1,67 (1,02 a 2,74)	1,54 (0,86 a 2,75)
Lesió periné		
<b>No</b>	1	1
<b>Si</b>	0,72 (0,45 a 1,15)	0,70 (0,40 a 1,20)

Ajustada per l'edat, procedència i número de parts previs

## V.4. PART

### V.4.1. Temps de part

No es van observar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons la prova de U Mann-Whitney ( $p=0,515$ ), en el temps de dilatació.

Les dones que van parir a l'Hospital públic la mediana de temps que estaven dilatant era de 4,3 hores amb un rang interquartílic de 4,5 hores.

Les dones que van parir a la Clínica privada la mediana de temps era de 4,0 hores amb un rang interquartílic de 3,4 hores.

Un 25% de les dones del model públic van trigar més de 7,2 hores en el temps de dilatació davant un 25% de les dones del model privat que van trigar 6,2 hores.

Tampoc no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons la prova de U Mann-Whitney ( $p=0,484$ ), en el temps d'expulsiu.

Es va observar que la mediana de temps d'expulsiu va ser de 30 minuts per ambdós models assistencials encara que el rang interquartílic en les dones que van parir a l'Hospital públic va ser de 59,7 minuts i el rang interquartílic en les dones que van parir a la Clínica privada va ser de 42 minuts.

Un 25% de les dones del model públic van trigar més de 75,0 minuts en el temps d'expulsiu davant un 25% de les dones del model privat que van trigar 50,0 minuts.

Com s'observa en la taula 17, quan ho desglossem segons la paritat prèvia només es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,019$ ) en el temps de dilatació per dones nul·líparees.

Es va observar que les dones nul·líparees que parien a la Clínica privada el seu temps de dilatació era menor que les dones nul·líparees que parien a l'Hospital públic. Les dones nul·líparees de la Clínica privada tenien una mediana de

temps de dilatació de 5,33 hores amb un rang interquartílic de 3,5 hores en vers a les dones nul·líparas de l'Hospital públic que tenien una mediana de temps de dilatació de 6,93 hores amb un rang interquartílic de 5,54 hores.

**Taula 17. Temps de dilatació i expulsiu segons parts previs entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>NUL.LÍPARES</b>			
<b>Temps dilatació (hores)</b>			0,019 <sup>c</sup>
Mitjana	6,8	5,6	
Mediana	6,9	5,3	
Desviació estàndard	3,3	2,8	
Mínim	0,0	0,1	
Màxim	14,0	16,4	
Percentil 25	4,0	3,5	
Percentil 75	9,5	7,0	
<b>Temps expulsiu (minuts)*<sup>2</sup></b>			0,103 <sup>c</sup>
Mitjana	70,5	57,1	
Mediana	57,5	45,0	
Desviació estàndard	51,7	46,0	
Mínim	2,0	0,0	
Màxim	220,0	205,0	
Percentil 25	30,0	27,0	
Percentil 75	93,5	7,2	
<b>MULTÍPARES</b>			
<b>Temps dilatació (hores)</b>			0,869 <sup>c</sup>
Mitjana	3,5	3,8	
Mediana	3,5	3,0	
Desviació estàndard	2,2	2,8	
Mínim	0,0	0,2	

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
Màxim	10,0	18,5	
Percentil 25	1,91	2,1	
Percentil 75	4,7	4,6	
<b>Temps expulsiu (minuts)<sup>*3</sup></b>			0,675 <sup>c</sup>
Mitjana	31,2	30,5	
Mediana	20,0	25,0	
Desviació estàndard	28,4	24,9	
Mínim	5,0	2,0	
Màxim	125,0	120,0	
Percentil 25	10,0	10,0	
Percentil 75	37,0	40,0	

<sup>c</sup> U Mann-Whitney; <sup>\*2</sup> 2 casos amb valors perduts pel model públic i 13 casos pel model privat; <sup>\*3</sup> 1 cas amb valor perdut pel model públic i 2 pel model privat.

Com es pot observar en la taula 18, en el model univariant el temps de dilatació de les dones ateses en el model privat és de 19,4 minuts menys respecte les dones ateses al model públic ( $p=2,390$ ). A l'ajustar per l'edat, procedència i número de parts previs la diferència passa a ser de 28,4 minuts menys, tot i que les diferències no arribin a ser estadísticament significatives ( $p=0,217$ ).

**Taula 18. Models de regressió lineal univariants i multivariants pel temps de dilatació i de l'expulsiu segons model assistencial. Coeficients  $\beta$  crus i ajustats i intervals de confiança del 95%.**

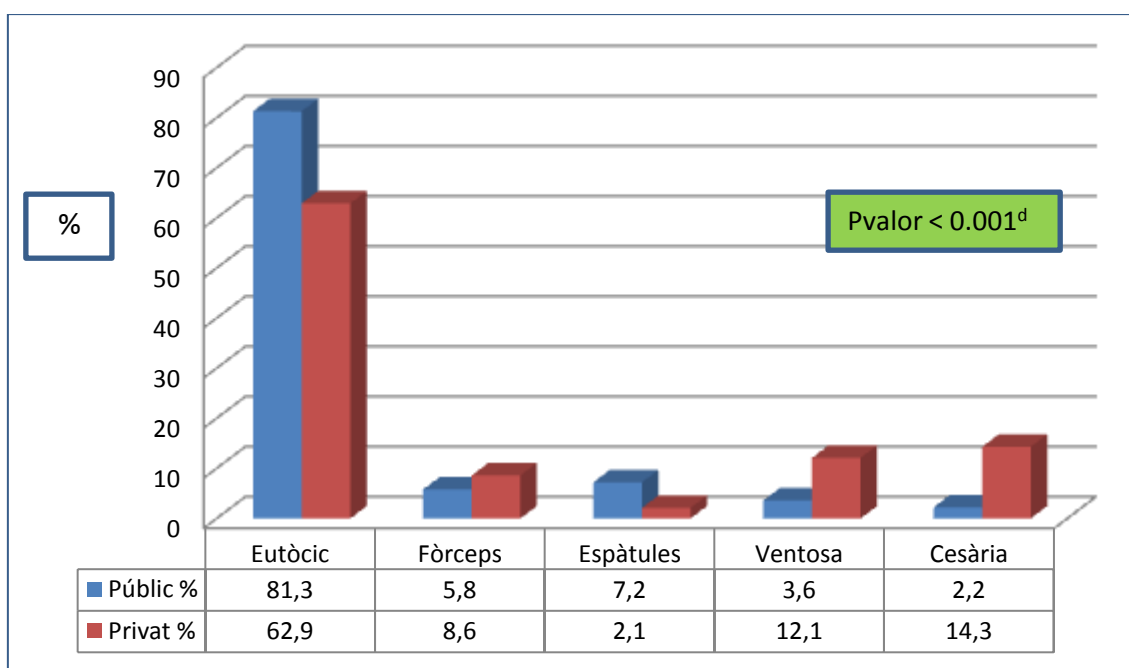
	Temps de dilatació (minuts)		Temps expulsiu (minuts)	
	$\beta$ crua (IC 95%)	$\beta$ ajustada <sup>a</sup> (IC 95%)	$\beta$ crua (IC 95%)	$\beta$ ajustada <sup>a</sup> (IC 95%)
Model assistencial				
<b>Públic</b>	1	1	1	1
<b>Privat</b>	-19,4 (-63,8 a 25,0)	-28,4 (-73,7 a 16,8)	-5,7 (-16,2 a 4,8)	-12,3(-23,1 a -1,6)

Ajustat per l'edat, procedència i número de parts previs.

### V.4.2. Tipus de part

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencial ( $p < 0,001$ ) en els tipus de part. Com es pot visualitzar en la figura 3 la distribució dels tipus de part entre els 2 models assistencials va ser ben diferent.

**Figura 3. Tipus de part segons model assistencial**



<sup>d</sup> chi-quadrat de Pearson

En la figura 4 es representen els tipus de part després d'agrupar-los de la següent manera:

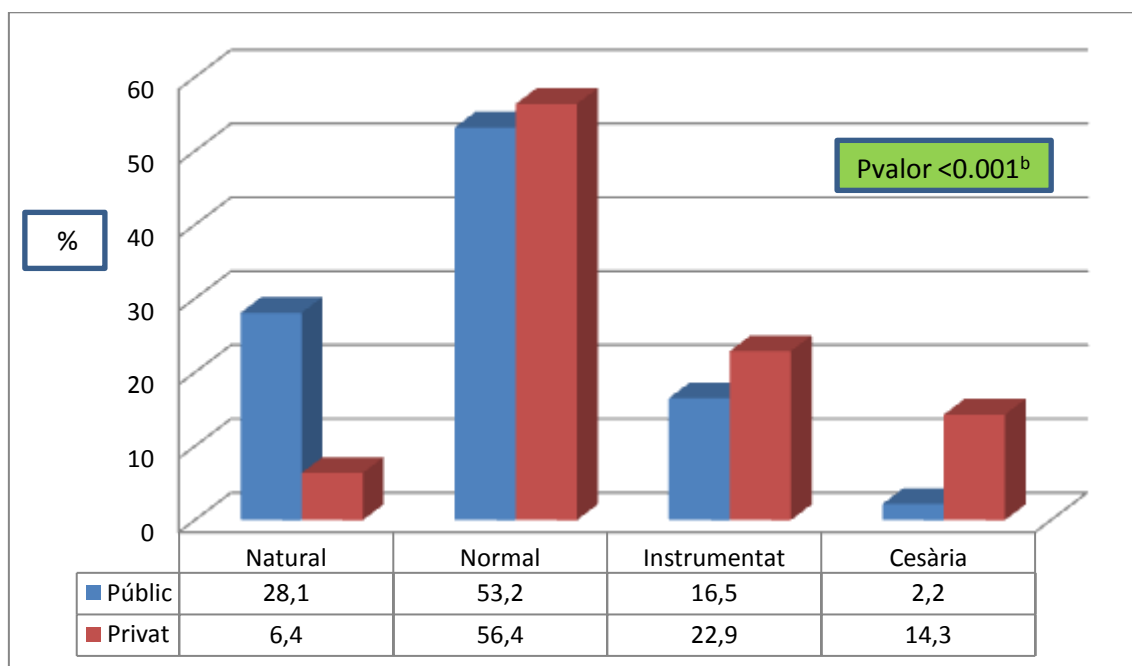
- Part natural: dones amb part vaginal sense anestèsia.
- Part normal: dones amb part vaginal amb anestèsia.
- Part instrumentat: dones que se'ls hi va realitzar un fòrceps, espàtula o ventosa.
- Cesàries: dones sotmeses a cesària.

Es va poder observar que el percentatge de parts normals era similar en ambdós models assistencials.



Les principals diferències que es van observar van ser en el percentatge de parts naturals, que va ser del 28,1% (n=39) en l'Hospital públic en vers a un 6,4 % (n=9) en la Clínica privada, seguits de les cesàries que van ser d'un 2,2% (n=3) en vers a un 14,3% (n=20) en la Clínica privada i finalment els parts instrumentats que van ser d'un 16,5% (n=23) envers a un 22,9% (n=32) en la Clínica privada.

**Figura 4. Tipus de parts agrupats segons models assistencials**



<sup>b</sup> Prova exacta ( Monte Carlo)

Quan classifiquem els resultats segons paritat observem, com es representen en les figures 5 i 6, que els tipus de part en les dones nul·lípare i múltiples va ser diferent segons el model assistencial

Figura 5. Tipus de part en Nul·lípare segons model assistencial

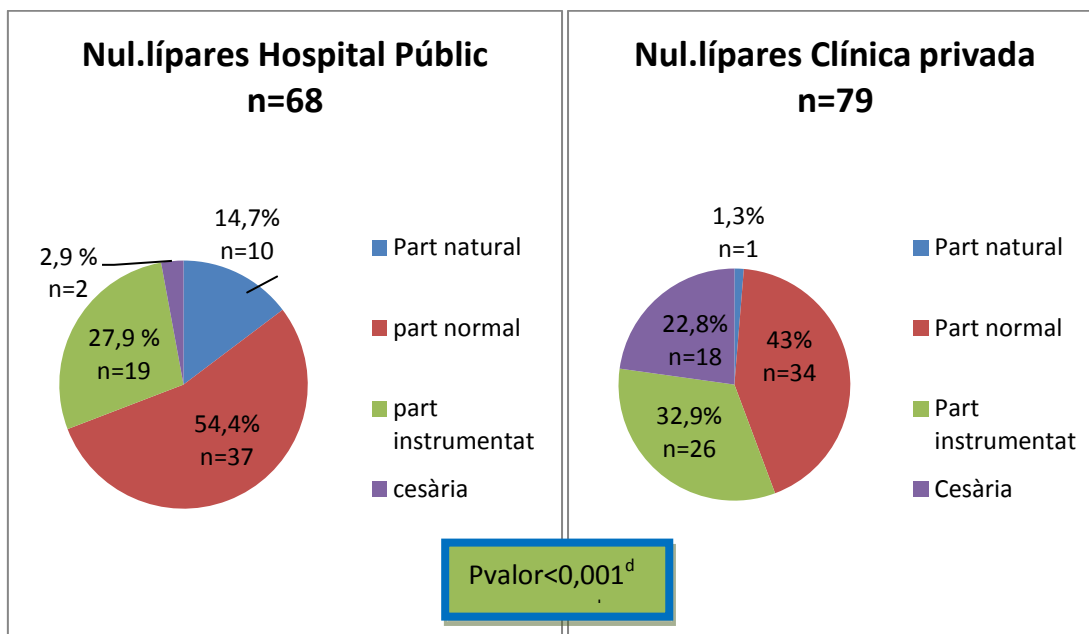
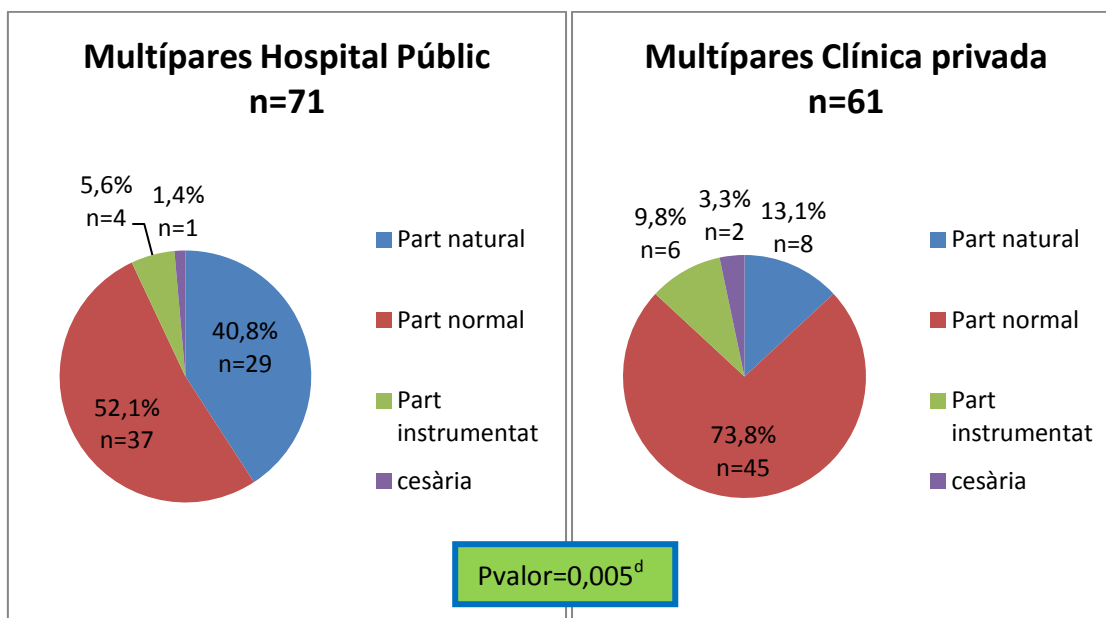
n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson

Figura 6. Tipus de part en múltiples segons model assistencial

n(%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson

No es van trobar diferències estadísticament significatives ( $p=0,130$ ) en el motiu de la cesària com es representa en la taula 19.

**Taula 19. Motius de la cesària entre els 2 models assistencials**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Motiu de la cesària</b>			0,130 <sup>e</sup>
Urgent	1 (33,3)	0 (0,0)	
En curs de part	2 (66,7)	20 (100)	

n (%); <sup>e</sup>estadístic exacte de Fisher

#### V.4.3. Lesions del perineu

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,168$ ) per les lesions que varen patir les dones al perineu com es pot observar en la taula 20.

**Taula 20. Lesions del perineu que pateixen les dones entre els 2 models assistencials**

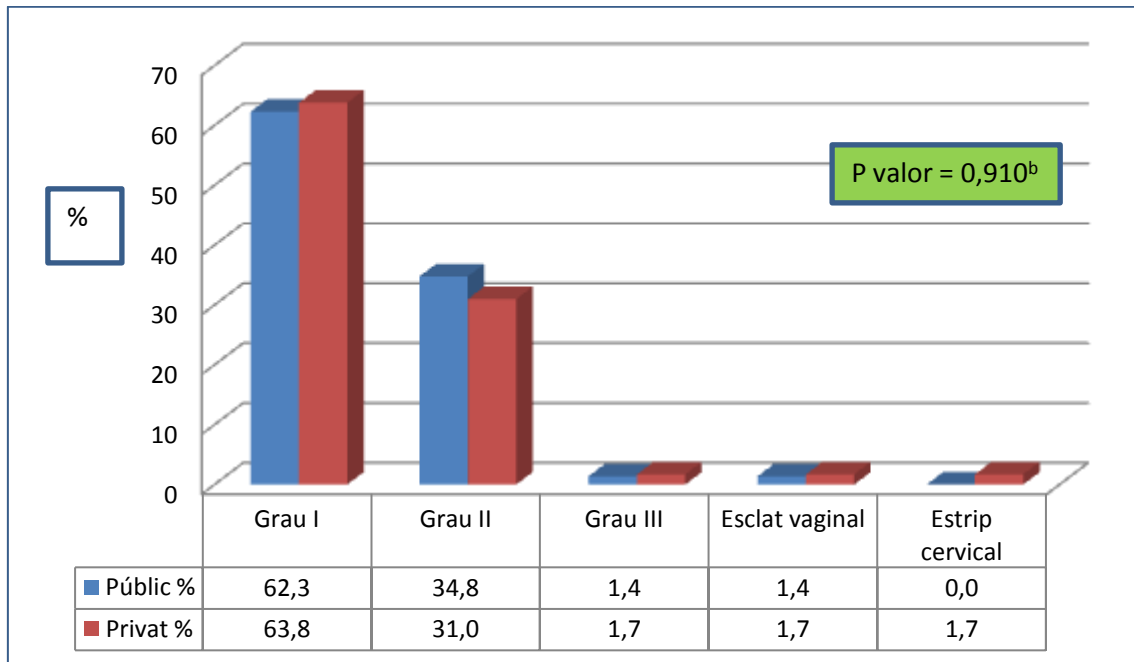
	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Lesió periné</b>			0,168 <sup>d</sup>
No	70 (50,4)	82(58,6)	
Si	69 (49,6)	58(41,4)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

Quan analitzem els tipus de lesió al perineu que van patir les dones no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials( $p=1,0$ ).

Per ambdós models assistencials, com es pot observar en la figura 7, la principal lesió que van patir les dones va ser l'estrip de primer grau, seguits dels estrips de segon grau.

**Figura 7. Tipus de lesions al perineu que van patir les dones segons el model assistencial**



<sup>b</sup> Prova exacta ( Monte Carlo)

En la Taula 21, a l'aplicar models de regressió multinomials pel tipus de part es va observar que les dones ateses a la privada tenien menys probabilitat de fer un part natural respecte d'un eutòcic, i aquesta diferència es va mantenir a l'ajustar per l'edat, procedència i número de parts previs. Les dones ateses a la privada tenien més risc de fer un part instrumentat versus un eutòcic, i aquestes diferències es van mantenir a l'ajustar per les variables esmentades anteriorment. I per últim les dones ateses a la privada tenien més risc de ser sotmeses a cesària que les dones de la pública. El risc s'incrementa per 6,24 vegades i aquestes diferències es van mantenir en l'anàlisi multivariant.

**Taula 21. Models de regressió multinomials nivariants i multivariants per tipus de part segons model assistencial. Relative-risk ratios (RRR) crus i ajustats i intervals de confiança del 95%**

	RRR cru (IC 95%)	RRR ajustat <sup>a</sup> (IC 95%)	RRR cru (IC 95%)	RRR ajustat <sup>a</sup> (IC 95%)	RRR cru (IC 95%)	RRR ajustat <sup>a</sup> (IC 95%)
	Natural vs eutòcic		Instrumentat vs eutòcic		Cesària vs eutòcic	
Model assistencial						
Públic	1	1	1	1	1	1
Privat	0,22 (0,10 a 0,48)	0,23 (0,10 a 0,54)	1,30 (0,70 a 2,43)	1,65 (0,75 a 3,64)	6,24 (1,78 a 21,9)	7,95 (1,92 a 32,87)

Ajustada per l'edat, procedència i número de parts previs

#### V.4.4. Hemorràgia primària post-part

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons l'estadístic exacte de Fisher ( $p=1,0$ ), en l'hemorràgia post-part.

En ambdós models assistencials es va trobar el mateix percentatge de dones que van patir una hemorràgia post-part i aquest es va situar en un 2,9%.

#### V.4.5. Destí de la mare després de l'expulsiu

Es van observar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials en el destí post-part que van anar les mares: reanimació, UCI, o habitació de la unitat d'hospitalització.

La distribució en el destí de la mare després del període expulsiu es pot observar en la taula 22.

**Taula 22. Destí de les mares després del part segons el model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Destí</b>			0,001 <sup>b</sup>
Hospitalització	136 (97,8)	119 (85,0)	
Reanimació	2 (1,4)	19 (13,6)	
UCI	0 (0,0)	2 (1,4)	
Altres	1 (0,7)	0 (0,0)	

n (%);<sup>b</sup> Prova exacta ( Monte Carlo)

## V.5. VARIABLES PERINATALS

### V.5.1. Signes de pèrdua de benestar fetal

No es van trobar diferències estadísticament significatives en la presentació de signes de pèrdua de benestar fetal segons model assistencial.

En ambdós models assistencials els percentatges de no presentar signes de pèrdua de benestar fetal van ser elevats, un 82,7% (n=115) a l'Hospital públic i un 85,7% (n=120) a la Clínica privada.

### V.5.2. Test de Àpgar

No es van trobar diferències estadísticament significatives en els test d'Àpgar obtinguts entre els nadons dels 2 models assistencials, segons la prova de Mann-Whitney, tant en referència al minut, cinc minuts i deu minuts de vida del nadó.

### V.5.3. pH neonatal en sang de cordó

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els pH neonatals en sang de cordó ( $p < 0,001$ ) entre els nadons nascuts a l'Hospital públic i la Clínica privada com es representa en la taula 23, encara que per tots dos casos els valors estan dins la normalitat.

**Taula 23. pH neonatals en sang de cordó obtinguts al néixer segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=127	Model assistencial Privat n=124	p-valor
Ph neonatal	7,26 [6,93-7,45]	7,23 [7,07-7,39]	0,001 <sup>c</sup>

Mitjana [ mínim - màxim]; <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

### V.5.4. Aspiració orofaríngia i nasofaríngia del nounat

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els dos models assistencial ( $p=0,322$ ), en l'aspiració oro i nasofaríngia que se'ls hi pot practicar als nadons al néixer com es pot observar en la taula 24.

**Taula 24. Aspiració orofaríngia i nasofaríngia que pateixen els nadons al néixer segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
Aspiració			0,322 <sup>d</sup>
No	99 (71,2)	92 (65,7)	
Si	40 (28,8)	48 (34,3)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

### V.5.5. Contacte pell a pell a la Sala de Parts

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p < 0,001$ ) en la realització del contacte pell a pell a la Sala de Parts. Veure taula 25.

**Taula 25. Contacte pell a pell a la Sala de Parts segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Pell a Pell</b>			0,001 <sup>d</sup>
No	15 (10,8)	52 (37,1)	
Si	124(89,2)	88 (62,9)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson

### V.5.6. Inici lactància materna a la Sala de Parts

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencial, segons el test de la chi-quadrat de Pearson ( $p < 0,001$ ), en l'inici de la lactància materna a la Sala de parts.

Un 87,1% (n=121) de les dones que havien parit a l'Hospital públic iniciaven la lactància materna a la Sala de Parts, en relació a un 30,7% (n=43) de les dones que la iniciaven a la Clínica privada.

### V.5.7. Destí nounats

Es van trobar diferències estadísticament significatives en el destí dels nadons ( $p < 0,001$ ) entre els 2 models assistencials com es representa en la taula 26.



**Taula 26. Destí del nounat segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
Destí			0,001 <sup>d</sup>
Mare	123 (88,5)	103 (73,6)	
Neonats	16 (11,5)	37 (26,4)	

n(%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson

### V.5.8. Neonatòleg al part

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencial ( $p < 0,001$ ), en la presència del neonatòleg en el moment del part.

Un 22,3% (n=31) dels parts a l'Hospital públic van tenir la presència del neonatòleg en el moment del part en contrast a un 99,3% (n=139) dels parts a la Clínica privada.

### V.6. NIVELL D'INTERVENCIÓ<sup>d</sup>

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p < 0,001$ ) en els nombre d'intervencions que es feien durant el procés de part, com es representa en la taula 27.

---

d. Es considera part de baixa intervenció el que finalitza amb un màxim de tres intervencions i part d'alta intervenció el que finalitza amb més de tres intervencions.

Es considerarà com a intervenció quan es realitzen les següents pràctiques: ènema, rasurat, amniotomia, oxitocina, monitorització contínua, no llibertat de moviments, no poder escollir la posició del part, maniobra de Kristeller, part instrumentat, episiotomia, pinçament precoç del cordó umbilical, deslliurament natural, aspiració oro i nasofaríngia del nounat, no contacte pell a pell, no inici d'alletament matern a sala de parts.

**Taula 27. Nivells d'intervenció segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
Nivell intervenció			0,001 <sup>d</sup>
Part baixa intervenció	70 (50,4)	19 (13,6)	
Part alta intervenció	69 (49,6)	121 (86,4)	

n (%); <sup>d</sup>ch-quadrati de Pearson.

Quan es desglossen els resultats, no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials entre el tipus de part i el nivell d'intervenció com es representa en la taula 28.

Es va poder observar que els parts classificats de baixa intervenció, tant en l'Hospital públic com en la Clínica privada, les dones havien tingut un tipus de part natural o normal.

D'altra banda els parts classificats d'alta intervenció, tant en l'Hospital públic com en la Clínica privada, les dones havien tingut en percentatges superiors un tipus de part normal o instrumentat.

**Taula 28. Nivells d'intervenció i tipus de part segons model assistencial**

	Model assistencial Públic	Model assistencial Privat	p-valor
<b>Part baixa intervenció</b>	<b>n= 70</b>	<b>n=19</b>	0,083 <sup>b</sup>
Part natural	35 (50,0)	6 (31,6)	
Part normal	35 (50,0)	12 (63,2)	
Part instrumentat	0 (0,0)	1 (5,3)	
<b>Part alta intervenció</b>	<b>n= 69</b>	<b>n=121</b>	0,054 <sup>b</sup>
Part natural	4 (5,8)	3 (2,5)	
Part normal	39 (56,5)	67 (55,4)	
Part instrumentat	23 (33,3)	31 (25,6)	
Cesària	3 (4,3)	20 (16,5)	

n (%);<sup>b</sup> Prova exacta ( Monte Carlo)

Tampoc no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els dos models assistencials, que relacionés els parts previs amb el nivell d'intervenció durant el part, com es pot veure en la taula 29.

**Taula 29. Nivells d'intervenció i parts previs segons model assistencial**

	Model assistencial Públic	Model assistencial Privat	p-valor
<b>Part baixa intervenció</b>	<b>n= 70</b>	<b>n=19</b>	0,511 <sup>d</sup>
Nul·lípara	24 (34,3)	5 (26,3)	
Múltipara	46 (65,7)	14 (73,7)	
<b>Part alta intervenció</b>	<b>n=69</b>	<b>n=121</b>	0,721 <sup>d</sup>
Nul·lípara	44 (63,8)	74 (61,2)	
Múltipara	25 (36,2)	47 (38,8)	

n(%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

A la taula 30 es mostra com a l'aplicar regressió logística univariant les dones ateses en el model privat tenien un risc 6,46 vegades superior a tenir un part d'alta intervenció respecte a les dones que van acudir al model assistencial públic. En el model multivariant ajustant per l'edat, procedència i número de

parts previs el nivell d'intervenció es va mantenir diferent pel nivell d'intervenció.

**Taula 30. Models de regressió logística univariants i multivariants pel nivell d'intervenció. Odds Ratio (OR) crues i ajustades i intervals de confiança del 95%**

	OR crua (IC 95%)	OR ajustada <sup>a</sup> (IC 95%)
<b>Nivell d'intervenció</b>		
<b>Part baixa intervenció</b>	1	1
<b>Part alta intervenció</b>	6,46 (3,60 a 11,62)	5,92 (3,04 a 11,55)

Ajustada per l'edat, procedència i número de parts previs

## V.7. ALTA HOSPITALÀRIA

### V.7.1. Dies estada hospitalària

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p < 0,001$ ) en els dies d'estada hospitalària, ( veure taula 31).

**Taula 31. Dies estada hospitalària segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Estada hospitalària (dies)</b>	2,4 [2,1-2,7]	3,3 [2,8-4,0]	0,001 <sup>c</sup>

Mediana [percentil 25 - percentil 75]; <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

Quan es van desglossar els resultats es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials entre els dies d'estada hospitalària segons el tipus de part.

Com es representa en la taula 32, es va observar pels 2 models assistencials que la mediana de dies d'estada hospitalària anava augmentant en relació a la complexitat del part, trobant la mediana de dies més petita per aquelles dones

que havien tingut un part natural fins la mediana de dies més gran que corresponia a aquelles dones que se'ls hi havia practicat una cesària.

També es va poder objectivar que la mediana de dies d'estada hospitalària , per tots tipus de part, era superior per aquelles dones que havien parit a la Clínica privada, trobant en les dones que se'ls hi va practicar una cesària la màxima diferència entre medianes, 3,2 dies per les dones de l'Hospital públic en contrast a 5,1 dies per les dones de la Clínica.

**Taula 32. Dies estada hospitalària segons tipus de part i model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Dies estància hospital</b>			
Part natural	2,2 [1,6-2,5]	2,7 [2,4-3,2]	0,003 <sup>c</sup>
Part normal	2,4 [1,7-2,6]	3,0 [2,5-3,4]	0,001 <sup>c</sup>
Part instrumentat	2,6 [2,3-3,0]	3,3 [3,1-3,7]	0,001 <sup>c</sup>
Cesària	3,2 [3,2- . ]	5,1 [4,6-5,4]	0,002 <sup>c</sup>

Mediana [percentil 25 - percentil 75]; <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

D'altra banda es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials entre els dies d'estada hospitalària segons parts previs com es pot veure en la taula 33.

**Taula 33. Dies estada hospitalària segons parts previs i model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Dies estància hospital</b>			
Nul·líparees	2,5 [2,2-2,7]	3,6 [3,2-4,6]	0,001 <sup>c</sup>
Múltiples	2,2 [1,6-2,5]	2,7 [2,4-3,2]	0,001 <sup>c</sup>

Mediana [percentil 25 - percentil 75]; <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

### V.7.2. Tipus de lactància a l'alta

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,001$ ) entre els tipus de lactància a l'alta.

Per ambdós models assistencials el percentatge més elevat va ser el de lactància materna. Un 86,3% ( $n=120$ ) respecte a un 69,3% ( $n=97$ ), les dones que havien parit a l'Hospital públic marxaven a l'alta fent més lactància materna.

D'altra banda es van trobar diferències entre els dos altres tipus de lactància a l'alta. Mentre que en l'Hospital públic després de les dones que donaven lactància materna les seguien les dones que donaven lactància artificial 7,9% ( $n=11$ ) i finalment lactància mixta 5,8% ( $n=8$ ), a la Clínica privada després de les dones que donaven lactància materna les seguien les dones que donaven lactància mixta 17,1% ( $n=24$ ) i finalment lactància artificial 13,6% ( $n=19$ ).

Quan desglossem els resultats, no es van observar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials pel tipus de lactància que donaven les mares a l'alta per les dones que havien tingut un part natural, normal i amb cesària. En canvi, si que es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials pel tipus de lactància que donaven les mares a l'alta en els parts instrumentats.

Com es representa en la taula 34, la diferència es va trobar en que cap dona amb part instrumentat a l'Hospital va marxar a l'alta amb una lactància mixta respecte a un 31,3% (n=10) de les dones amb part instrumentat a la Clínica privada.

**Taula 34. Tipus de lactància a l'alta segons tipus de part i model assistencial**

	Model assistencial Públic	Model assistencial Privat	p-valor
<b>LACTÀNCIA</b>			
Part natural	<b>n=39</b>	<b>n=9</b>	0,627 <sup>d</sup>
Materna	38 (97,4)	9 (100)	
Artificial	1 (2,6)	0 (0)	
Mixta	-	-	
Part normal	<b>n=74</b>	<b>n=79</b>	0,327 <sup>b</sup>
Materna	60 (81,1)	56 (70,9)	
Artificial	7 (9,5)	13 (16,5)	
Mixta	7 (9,5)	10 (12,7)	
Part instrumentat	<b>n=23</b>	<b>n=32</b>	0,004 <sup>b</sup>
Materna	21 (91,3)	21 (65,6)	
Artificial	2 (8,7)	1 (3,1)	
Mixta	0 (0)	10 (31,3)	
Cesària	<b>n=3</b>	<b>n=20</b>	1,000 <sup>b</sup>
Materna	1 (33,3)	11 (55,0)	
Artificial	1 (33,3)	5 (25,0)	
Mixta	1 (33,3)	4 (20,0)	

n (%); <sup>b</sup>Prova exacta ( Monte Carlo); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

Tampoc no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, entre els tipus de lactància a l'alta en les dones nul·líparas. En canvi sí que es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, entre els tipus de lactància a l'alta en les dones múltiples, com es representa en la taula 35.

**Taula 35. Tipus de lactància a l'alta segons parts previs i model assistencial**

	Model assistencial Públic	Model assistencial Privat	p-valor
<b>LACTÀNCIA</b>			
<b>Nul·líparas</b>	<b>n=68</b>	<b>n=79</b>	0,107 <sup>b</sup>
Materna	57 (83,8)	55 (69,6)	
Artificial	5 (7,4)	8 (10,1)	
Mixta	6 (8,8)	16 (20,3)	
<b>Múltiples</b>	<b>n=71</b>	<b>n=61</b>	0,012 <sup>b</sup>
Materna	63 (88,7)	42 (68,9)	
Artificial	6 (8,5)	11 (18,0)	
Mixta	2 (2,8)	8 (13,1)	

n (%);<sup>b</sup>Prova exacta ( Monte Carlo)

En la Taula 36 , a l'aplicar regressió multinomial, s'observa que tot i que les dones ateses al model privat tenen un major risc d'acabar alimentant el seu nadó amb lactància artificial versus materna, les diferències no són estadísticament significatives. Si que s'observen diferències en la lactància mixta respecte la materna, les dones ateses en el model privat tenen un risc superior de fer lactància mixta respecte de la materna, diferències que es mantenen a l'ajustar el model per l'edat, procedència i número de parts previs.



**Taula 36. Models de regressió multinomials univariants i multivariants pel tipus de lactància a l'alta. Relative-risk ratios (RRR) crus i ajustats i intervals de confiança del 95%**

	RRR cru (IC 95%)	RRR ajustat <sup>a</sup> (IC 95%)	RRR cru (IC 95%)	RRR ajustat <sup>a</sup> (IC 95%)
	<b>Artificial vs materna</b>		<b>Mixta vs materna</b>	
Model assistencial				
<b>Públic</b>	1	1	1	1
<b>Privat</b>	2,14 (0,97 a 4,71)	1,88 (0,80 a 4,42)	3,71 (1,60 a 8,63)	2,86 (1,13 a 7,28)

Ajustada per l'edat, procedència i número de parts previs

### V.7.3. Tipus alta

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els tipus d'alta que es donaven als 2 models assistencials.

Com es representa en la taula 37, totes les dones que van parir a la Clínica privada se'ls hi va donar una alta normal. Mentre que les dones que van parir a l'Hospital públic un 79,1% (n=110) se'ls hi va donar una alta normal i un 20,1% (n=28) van acollir-se a una alta precoç.

**Taula 37. Tipus d'alta segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Tipus alta</b>			0,001 <sup>d</sup>
Normal	110 (79,1)	140 (100)	
Precoç	28 (20,1)	0 (0,0)	
Voluntària	1 (0,7)	0 (0,0)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

Quan es desglossen els resultats, no es van trobar diferències estadísticament significatives en el tipus d'alta segons el tipus de part per les dones de l'hospital públic, com es pot veure en la taula 38.

En els parts naturals un 23,1% (n=9) de les altes va ser un alta precoç similar a 25,7% (n=19) dels parts normals, mentre que no hi va haver cap alta precoç en parts instrumentats o cesàries.

**Taula 38. Relació entre el tipus d'alta i el tipus de part a l'Hospital públic**

	Tipus part n=139				p-valor
	Natural	Normal	Instrumentat	Cesària	
Tipus d'alta					0,058 <sup>b</sup>
Normal	29 (74,4)	55 (74,3)	23 (100)	3 (100)	
Precoç	9 (23,1)	19 (25,7)	0 (0)	0 (0)	
Voluntària	1 (2,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

N (%);<sup>b</sup>Prova exacta ( Monte Carlo)

En canvi, es van trobar diferències estadísticament significatives que relacionaven el tipus d'alta amb els parts previs per les dones de l' Hospital públic, com es representa en la taula 39.

Les dones múltiples s'acollien més a l'alta precoç 26,8% (n=19) respecte a les nul·lípara 13,2% (n=9).

**Taula 39. Tipus d'alta segons parts previs a l'Hospital públic**

	Parts previs		p-valor
	Nul·lípara n=68	Múltipara n=71	
Tipus d'alta			0,043 <sup>b</sup>
Normal	59 (86,8)	51 (71,8)	
Precoç	9 (13,2)	19 (26,8)	
Voluntària	0 (0)	1 (1,4)	

n(%); <sup>b</sup>Prova exacta ( Monte Carlo)

#### V.7.4. Grau de satisfacció i fidelitat global

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials en el grau de satisfacció i el grau de fidelitat que sentien les dones dels dos centres, com es representa en la taula 40.

El grau de satisfacció va ser alt pels dos centres tant en referència a la seva estada a Sala de Parts com a la Unitat d'Hospitalització.

A l'Hospital públic la mitjana de satisfacció de les dones durant la seva estada a Sala de Parts va ser de 9,1 (DE 0,9) i a la Unitat d'Hospitalització va ser de 8,6 (DE 1,3).

A la Clínica privada la mitjana de satisfacció de les dones durant la seva estada a Sala de Parts va ser de 8,7 (DE 1,3) i a la Unitat d'Hospitalització va ser de 8,6 (DE 1,2)

El grau de fidelitat també va ser alt pels dos centres.

A l'Hospital públic un 96,4% (n=134) de les dones van dir que tornarien a escollir el mateix centre en una altra ocasió i només un 3,6% (n=5) van dir que no n'estaven segures.

A la Clínica privada un 92,9% (n=130) de les dones van dir que tornarien a escollir el mateix centre en una altre ocasió i un 7,1% (n=10) van dir que no n'estaven segures.

**Taula 40. Grau de satisfacció i fidelitat segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>Grau de Satisfacció</b>			0,076 <sup>c</sup>
Sala de Parts	9,1 (DE 0,9)	8,7 (DE 1,3)	
Hospitalització	8,6 (DE 1,3)	8,6 (DE 1,2)	
<b>Grau de fidelitat</b>			0,189 <sup>d</sup>
<b>Si</b>	134 (96,4)	130 (92,9)	
<b>No</b>	5 (3,6)	10 (7,1)	

Mitjana ( desviació estàndard); <sup>c</sup> U Mann-Whitney; n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

### V.7.5 Classificació de l'alta de la puèrpera en un grup GRD

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons la prova exacta ( $p=0,006$ ), en la classificació de l'alta de la puèrpera.

En l'Hospital públic les dones que van tenir un part vaginal en un 71,2% ( $n=99$ ) la seva alta va ser codificada amb el GRD 373 (part vaginal, sense diagnòstic complicat), un 25,9% ( $n=36$ ) amb el GRD 372 (part vaginal amb diagnòstic complicat) i un 0,7% ( $n=1$ ) amb el GRD 374 (part vaginal, amb esterilització i/o dilatació i raspament).

Les 3 dones a qui se'ls hi va practicar una cesària la seva alta va ser classificada amb el GRD 371 (cesària sense complicacions).

En la Clínica privada les dones que van tenir un part vaginal en un 65,0% ( $n=91$ ) la seva alta va ser codificada amb el GRD 373 (part vaginal, sense diagnòstic complicat), un 20,0% ( $n=28$ ) amb el GRD 372 (part vaginal amb diagnòstic complicat) i un 0,7% ( $n=1$ ) amb el GRD 374 (part vaginal, amb esterilització i/o dilatació i raspament).

De les 20 dones a qui se'ls hi va practicar una cesària a la Clínica privada un 7,9% ( $n=11$ ) la seva alta va ser classificada amb el GRD 371 (cesària sense complicacions), un 4,3% ( $n=6$ ) amb el GRD 651 (cesària d'alt risc, sense complicacions), un 1,4 ( $n=2$ ) amb el GRD 370 (cesària amb complicacions) i un 0,7% ( $n=1$ ) amb GRD 376 (diagnòstic postpart i postavortament, sense intervenció quirúrgica).

La classificació de l'alta de la puèrpera en els diferents GRD es pot observar en la taula 41.

**Taula 41. Classificació de l'alta de la puèrpera en un grup GRD**

	Model assistencial Públic n=139	Model assistencial Privat n=140	p-valor
<b>GRD mare</b>			0,006 <sup>b</sup>
370	0 (0,0)	2 (1,4)	
371	3 (2,2)	11 (7,9)	
372	36 (25,9)	28 (20,0)	
373	99 (71,2)	91 (65,0)	
374	1 (0,7)	1 (0,7)	
376	0 (0,0)	1 (0,7)	
651	0 (0,0)	6 (4,3)	

n (%); <sup>b</sup>Prova exacta ( Monte Carlo)

370: Cesària amb complicacions

371: Cesària sense complicacions

372: Part vaginal amb diagnòstic complicat

373: Part vaginal sense diagnòstic complicat

374: Part vaginal, amb esterilització i/o dilatació i raspament

376: Diagnòstics postpart , sense procediment quirúrgic

651: Cesària d'alt risc, sense complicacions

#### V.7.6. Classificació de l'alta del nadó en un grup GRD

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, segons la prova exacta ( $p=0,059$ ) en la classificació que van rebre els nadons a la seva alta hospitalària.

Es va objectivar els pocs nadons que a l'alta tenien una codificació GRD. Només 4 nadons a la l'Hospital públic i 13 a la Clínica privada.

Els GRD obtinguts pels 4 nadons nascuts a l'Hospital públic van ser un 50,0% ( $n=2$ ) el GRD 627 (nounat, pes en néixer  $> 2.499g$ , sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes majors), un 25,0% ( $n=1$ ) el GRD 620 (nounat, pes en néixer  $2.000g-2.499g$ , sense procediment quirúrgic significatiu, diagnòstic de nounat normal) i un 25,0% ( $n=1$ ) el GRD 628 (nounat, pes en néixer  $>2.499g$ , sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes menors).

Els GRD obtinguts pels 13 nadons nascuts a la Clínica privada van ser un 69,2% (n=9) el GRD 629 (nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb diagnòstic de nounat normal), un 15,4% (n=2) el GRD 620 (nounat, pes en néixer 2.000g-2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, diagnòstic de nounat normal) i un 15,4% (n=2) el GRD 627 (nounat, pes en néixer > 2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes majors).

La classificació de l'alta del nadó en els diferents GRD es pot observar en la taula 42.

**Taula 42. Classificació de l'alta del nadó en un grup GRD**

	Model assistencial Públic n=4	Model assistencial Privat n=13	p-valor
<b>GRD nadó</b>			0,059 <sup>b</sup>
620	1 (25,0)	2 (15,4)	
627	2 (50,0)	2 (15,4)	
628	1 (25,0)	0 (0,0)	
629	0 (0,0)	9 (69,2)	

n(%); <sup>b</sup>Prova exacta ( Monte Carlo)

620: Nounat, pes en néixer 2.000g-2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, diagnòstic de nounat normal

627: Nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes majors

628: Nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes menors

629: Nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb diagnòstic de nounat normal

## V.8. PUERPERI

### V.8.1. Reingressos de la dona durant la quarantena

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials (p=0,622) en el nombre de reingressos que va fer la dona durant la quarantena.

Un 1,4% (n=2) de les dones que van parir a l'Hospital públic i un 0,7% (n=1) de les dones que van parir a la Clínica privada van fer un reingrés durant la quarantena.

Com es pot observar en la taula 43, les 2 dones que van reingressar a l'Hospital públic la seva alta va ser classificada en el GRD 376 i l'única dona que va reingressar a la Clínica privada, la seva alta va ser classificada en el GRD 178.

**Taula 43. Codificació GRD dels reingressos de les dones segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=2	Model assistencial Privat n=1	p-valor
<b>Codificació GRD</b>			0,333 <sup>e</sup>
178	0 (0)	1 (100)	
376	2 (100)	0 (0)	

n (%);<sup>e</sup>estadístic exacte de Fisher.

178: Úlcera pèptica no complicada,sense CC

376: Diagnòstics postpart i postavortament ,sense procediment quirúrgic

En la taula 44 es recullen els motius dels reingressos i la seva incidència.

**Taula 44. Motius dels reingressos de la dona durant la quarantena**

Motiu reingrés de la puèrpera	n
<b>Hospital públic</b>	
Pirèxia puerperal origen desconegut	1
Abscès mama associat a part	1
<b>Clínica privada</b>	
Úlcera duodenal	1

### V.8.2. Urgències de la dona durant la quarantena

No es van trobar diferències estadísticament significatives ( $p=0,317$ ), en el nombre de dones que s'havien anat a visitar a urgències durant la quarantena.

A l'Hospital públic un 12,2% ( $n=17$ ) de les dones van fer 1 o més visites a urgències durant la quarantena, amb una mitjana de 1,76 (DE 1,56).

A la Clínica privada un 8,6% ( $n=12$ ) de les dones van fer 1 o més visites a urgències durant la quarantena, amb una mitjana de 1,25 (DE 0,62).

En la taula 45 es detallen els diagnòstics de les urgències de les dones i la seva incidència.

**Taula 45. Motiu de consulta de les urgències de les dones**

Motiu urgències puèrpera	Model assistencial Públic n	Model assistencial Privat n
Consultes	5	0
Infecció mama i mugró	4	0
Infecció tracte urinari	1	2
Mastitis no purulenta	2	0
Mastodínia. Ingurgitació. Dolor mama.	1	1
Mastitis	2	0
Herpes simple	0	1
Ansietat	0	1
Examen manual mama	0	1
Dolor abdominal	1	0
Abscés	1	0
Abscés mama associat a part	1	0
Hemorroides	1	0
Efectes tardans de complicacions	0	1
Sinusitis aguda	0	1



Motiu urgències puèrpera	Model assistencial Públic n	Model assistencial Privat n
Menstruació freqüent excessiva	0	1
Preeclàmpsia lleu o inespecífica	0	1
Evacuació hematoma obstètric	1	0
Febre origen desconegut	0	1
Pielonefritis	0	1
Hemorroides	0	1
Prolapse genital femení	0	1
Amigdalitis aguda	1	0
Disrupció ferida perineal	1	0
Fissura anal	1	0

En la Taula 46, a l'aplicar un model de regressió logística tot i que les dones ateses en el model privat tenien un risc inferior de consultar a urgències durant el puerperi, les diferències no varen ser estadísticament significatives ni a l'ajustar pel nivell d'intervenció.

**Taula 46. Model de regressió logística univariants i multivariants per les visites a urgències que fan les dones durant el puerperi segons el model assistencial. Odds Ratio (OR) crues i ajustades i intervals de confiança del 95%.**

	OR crua (95%CI)	OR ajustada <sup>a</sup> (95%CI)
SEGUIMENT PUERPERI DONA		
Visites a urgències		
<b>No</b>	1	1
<b>Si</b>	0,67 (0,31-1,47)	0,66 (0,29-1,54)

Ajustada pel nivell d'intervenció

## V.9. PERÍODE NEONATAL

### V.9.1. Reingressos del nadó durant el període neonatal

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencial ( $p=0,512$ ) en el nombre de nadons que reingressaven durant el període neonatal.

Es va trobar a l'Hospital públic un 4,3% ( $n=6$ ) dels nadons i a la Clínica privada un 2,9% ( $n=4$ ) dels nadons que van reingressar durant el període neonatal.

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,501$ ) en la codificació que van rebre els nadons al reingressar en el període neonatal.

Com es mostra en la taula 47, quatre GRD van agrupar el total dels 10 nens que van reingressar durant el període neonatal entre els 2 centres.

El GRD més utilitzat pels 2 models assistencials va ser el GRD 628.

**Taula 47. GRD dels nadons que van reingressar segons model assistencial**

	Model assistencial Públic n=6	Model assistencial Privat n=4	p-valor
<b>Codificació GRD</b>			0,501 <sup>d</sup>
627	0 (0)	1 (25,0)	
628	4 (66,7)	2 (50,0)	
629	1 (16,7)	1 (25,0)	
779	1 (16,7)	0 (0)	

n (%); <sup>d</sup>chi-quadrat de Pearson.

627: nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes majors

628: nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes menors

629: nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb diagnòstic de nounat normal

779:altres diagnòstics d'aparell digestiu, edat <18,sense CC

En la taula 48 es mostren els motius dels reingressos dels nadons i la seva incidència, observant que el motiu principal de reingrés va ser el de la Bronquiolitis.

**Taula 48. Motius dels reingressos dels nadons**

Motius reingressos nadons	Model assistencial Públic n	Model assistencial Privat n
Bronquiolitis	2	1
Dermatosis ampulars inespecificada	0	1
VRS+ Muguet	0	1
VRS+ ITU	0	1
Sepsis+ onfalitis	1	0
Ennuegament	1	0
Icterícia	1	0
Abscés regions anal i rectal	1	0

### V.9.2. Percentatge de nadons que acudeixen a urgències durant el període neonatal

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencial ( $p=0,172$ ) en el percentatge de nadons que es van portar a urgències durant el període neonatal.

A l'Hospital públic un 23,7% ( $n=33$ ) dels nadons van ser portats a urgències amb una mitjana de 1,3 (DE 0,68) consultes per nadó.

A la Clínica privada un 17,1% ( $n=24$ ) dels nadons van ser portats a urgències amb una mitjana de 1,3 (DE 0,69) consultes per nadó.

En la taula 49 es recullen els motius de les urgències dels nadons i la seva incidència.

**Taula 49. Motius de les urgències dels nadons**

Motius de les urgències dels nadons	Model assistencial Públic n	Model assistencial Privat n
Control	9	3
Visita	8	3
Ictericia	6	0
Catarro vies altes	2	3
Restrenyiment	1	3
Conjuntivitis aguda	2	1
Muguet	1	1
Ennuegament	1	1
Transtorn inespecífic d'ull	2	0
Meteorisme.Còlic lactant	1	1
Estomatitis	0	1
Irritabilitat	0	1
Infecció malic	1	0
Hipoglicèmia	1	0

Motius de les urgències dels nadons	Model assistencial Públic n	Model assistencial Privat n
Bronquiolitis aguda VR Spositiu	1	0
Pèrdua de pes	1	0
Cardiopatia congènita	1	0
Exitus	0	1

En la taula 50 a l'aplicar un model de regressió logística tot i que els nadons nascuts en el model privat tenien un risc inferior de consultar a urgències durant el període neonatal, les diferències no varen ser estadísticament significatives ni a l'ajustar pel nivell d'intervenció.

**Taula 50. Model de regressió logística univariants i multivariants per les visites a urgències que fan els nadons durant el període neonatal segons el model assistencial. Odds Ratio (OR) crues i ajustades i intervals de confiança del 95%.**

	OR crua (95%CI)	OR ajustada <sup>a</sup> (95%CI)
SEGUIMENT PERIODE NEONATAL		
Visites a urgències		
<b>No</b>	1	1
<b>Si</b>	0,66 (0,37-1,20)	0,61 (0,32-1,16)

Ajustada pel nivell d'intervenció

## V.10. COST ABC PART HOSPITALARI SEGONS CLASSIFICACIÓ PER GRD

### V.10.1. Cost part hospitalari de la mare per classificació GRD

Es van calcular els costos del part segons la codificació GRD que va rebre el procés de part de la dona a l'alta mèdica.

#### GRD 370 (cesària amb complicacions). Pes 1,0853

No es va realitzar cap prova de contrast pel baix nombre de casos.

A l'Hospital públic cap alta va ser codificada en aquest GRD 370.

A la Clínica privada 2 altes van ser codificades en aquest GRD 370 que va generar una mitjana de cost de 2319,0 € (DE 20,2).

#### GRD 371 (cesària sense complicacions). Pes 0,8691

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,815$ ), entre el cost obtingut pel GRD 371.

A l'Hospital públic 3 altes van ser codificades en aquest GRD 371 que va generar una mitjana de cost de 2063,0 € (DE 626,2).

A la Clínica privada 11 altes van ser codificades en aquest GRD 371 que va generar una mitjana de cost de 2060,5 (DE 310,4).

#### GRD 372 (part vaginal amb diagnòstic complicat). Pes 0,7004

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,144$ ), entre el cost obtingut pel GRD 372.

A l'Hospital públic 36 altes van ser codificades en aquest GRD 372 que va generar una mitjana de cost de 1569,9 (DE 1343,2).

A la Clínica privada 28 altes van ser codificades en aquest GRD 372 que va generar una mitjana de cost de 1552,0 (DS 377,9).

**GRD 373 (part vaginal sense diagnòstic complicat). Pes 0,5803**

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p < 0,001$ ), entre el cost obtingut pel GRD 373.

Una diferència de mitjanes de -203,3 € va ser identificada.

A l' Hospital públic 99 altes van ser codificades en aquest GRD 373 que va generar una mitjana de cost de 1114,5 (DE 388,7).

A la Clínica privada 91 altes van ser codificades en aquest GRD 373 que va generar una mitjana de cost de 1317,8 (DE 369,9).

**GRD 374 (part vaginal, amb esterilització i/o dilatació i raspament). Pes 0,8186**

No es va realitzar cap prova de contrast pel baix nombre de casos.

A l' Hospital públic 1 alta va ser codificada en aquest GRD 374 que va generar una mitjana de cost de 1032,5 €.

A la Clínica privada 1 alta va ser codificada en aquest GRD 374 que va generar una mitjana de cost de 2748,4 €.

**GRD 376 (diagnòstic postpart, sense procediment quirúrgic). Pes 0,5539**

No es va realitzar cap prova de contrast pel baix nombre de casos.

A l' Hospital públic cap alta va ser codificada en aquest GRD 376.

A la Clínica privada 1 alta va ser codificada en aquest GRD 376 que va generar una mitjana de cost de 2610,6 €.

**GRD 651 (Cesària d'alt risc, sense complicacions). Pes 1,0542**

No es va realitzar cap prova de contrast pel baix nombre de casos.

A l' Hospital públic cap alta va ser codificada en aquest GRD 651.

A la Clínica privada 6 altes van ser codificades en aquest GRD 651 que va generar una mitjana de cost de 2318,2 € (DE 281,4).

En la Taula 51 es troben tabulats els resultats obtinguts.



**Taula 51. Cost ABC part hospitalari de la mare segons classificació GRD**

GRD mare	Cost per ABC					p-valor
	pes GRD	Públic		Privat		
		n(%)	cost	n(%)	cost	
370	1,0853	0 (0,0)	-	2 (1,4)	2319,0 (DE 20,2)	-
371	0,8691	3 (2,2)	2063,0 (DE 626,2)	11 (7,9)	2060,5 (DE 310,4)	0,815 <sup>c</sup>
372	0,7004	36 (25,9)	1569,9 (DE 1343,2)	28 (20,0)	1555,0 (DE 377,9)	0,144 <sup>c</sup>
373	0,5803	99 (71,2)	1114,5 (DE 388,7)	91 (65,0)	1317,8 (DE 369,9)	0,001 <sup>c</sup>
374	0,8186	1 (0,7)	1032,5	1 (0,7)	2748,4	-
376	0,5539	0 (0,0)	-	1 (0,7)	2610,6	-
651	1,0542	0 (0,0)	-	6 (4,3)	2318,2 (DE 281,4)	-

n (%); mitjana € (desviació estàndard); <sup>c</sup>U Mann-Whitney; - : contrast no realitzat.

370: Cesària amb complicacions

371: Cesària sense complicacions

372: Part vaginal amb diagnòstic complicat

373: Part vaginal sense diagnòstic complicat

374: Part vaginal, amb esterilització i/o dilatació i raspament

376: Diagnòstics postpart, sense procediment quirúrgic

651: Cesària d'alt risc, sense complicacions

### V.10.2. Cost part hospitalari del nadó per classificació GRD

En els resultats obtinguts es va observar que només 4 nadons nascuts a l'Hospital públic i 13 nascuts a la Clínica privada tenien una alta amb codificació en un grup GRD.

La resta de nadons no havien generat cap alta pròpia.

Degut al baix nombre trobat no es va realitzar cap tipus de contrast entre ells.

GRD 620 (nounat, pes en néixer 2000gr-2499gr, sense procediment quirúrgic significatiu, diagnòstic de nounat normal)

A l'Hospital públic 1 alta va ser codificada en aquest GRD 620 que va generar una mitjana de cost de 19,5€.

A la Clínica privada 2 altes van ser codificades en aquest GRD 620 que no van generar cap cost.

GRD 627 (nounat, pes en néixer > 2499gr, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes majors)

A l'Hospital públic 2 altes van ser codificades en aquest GRD 627 que va generar una mitjana de cost de 244,4€.

A la Clínica privada 2 altes van ser codificades en aquest GRD 627 que va generar una mitjana de cost de 273,2 € (DE 293,9).

GRD 628 (nounat, pesen néixer > 2499gr, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes menors)

A l'Hospital públic 1 alta va ser codificada en aquest GRD 628 que va generar una mitjana de cost de 502,8€.

A la Clínica privada cap alta va ser codificada en aquest GRD 628.

GRD 629 (nounat, pes en néixer > 2499gr, sense procediment quirúrgic significatiu, amb diagnòstic de nounat normal)

A l'Hospital públic cap alta va ser codificada en aquest GRD 629.

A la Clínica privada 9 altes van ser codificades en aquest GRD 629 que van generar una mitjana de cost de 970,8€ (DE 716,8).

En la Taula 52 es troben tabulats els resultats obtinguts.

**Taula 52. Cost ABC part hospitalari del nadó segons classificació GRD**

GRD nadó	Cost per ABC				
	pes GRD	Públic		Privat	
		n(%)	cost	n(%)	cost
620	0,4264	1 (25,0)	19,5	2 (15,4)	-
627	0,9614	2 (50,0)	244,4	2 (15,4)	273,2 (DE 293,9)
628	0,5918	1 (25,0)	502,8	0 (0,0)	-
629	0,2364	0 (0,0)	-	9 (69,2)	970,8 (DE 716,8)

n (%); mitjana € (desviació estàndard).

620: Nounat, pes en néixer 2.000g-2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb diagnòstic de nounat normal

627: Nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes majors

628: Nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb problemes menors

629: Nounat, pes en néixer >2.499g, sense procediment quirúrgic significatiu, amb diagnòstic de nounat normal

## V.11. COST ABC PART HOSPITALARI SEGONS CLASSIFICACIÓ TIPUS DE PART

### V.11.1. Cost part hospitalari mare segons tipus de part

Es van calcular els costos del part segons els tipus de part que van tenir les dones.

#### Cost part natural

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials, en el cost del part natural.

A l' Hospital públic 39 dones van tenir un part natural que va generar una mitjana de cost de 889,9€ (DE 384,8).

A la Clínica privada 9 dones van tenir un part natural que va generar una mitjana de cost de 1003,7€ (DE 390,5).

#### Cost part normal

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials( $p=0,017$ ), en el cost del part normal.

A l' Hospital públic 74 dones van tenir un part normal que va generar una mitjana de cost de 1298,1€ (DE 943,4).

A la Clínica privada 79 dones van tenir un part normal que va generar una mitjana de cost de 1307,5€ (DE 304,1).

### Cost part instrumentat

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,573$ ), en el cost del part instrumentat.

A l'Hospital públic 23 dones van tenir un part instrumentat que va generar una mitjana de cost de 1613,9€ (DE 458,2).

A la Clínica privada 32 dones van tenir un part instrumentat que va generar una mitjana de cost de 1688,8€ (DE 455,7).

### Cost cesària

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,784$ ), en el cost de la cesària.

A l'Hospital públic 3 dones van ser sotmeses a una cesària que va generar una mitjana de cost de 2063,9€ (DE 626,2).

A la Clínica privada 20 dones van ser sotmeses a una cesària que va generar una mitjana de cost de 2183,2€ (DE 303,0).

En la Taula 53 es troben tabulats els resultats obtinguts.

**Taula 53. Cost ABC part hospitalari mare segons tipus de part**

TIPUS PART	Cost per ABC				p-valor
	Públic		Privat		
	n(%)	cost	n(%)	cost	
Natural	39 (28,1)	889,9 (DE 384,8)	9 (6,4)	1003,7 (DE 390,5)	0,484 <sup>c</sup>
Normal	74 (53,2)	1298,1 (DE 943,4)	79 (56,4)	1307,5 (DE 304,1)	0,017 <sup>c</sup>
Instrument	23 (16,5)	1613,9 (DE 458,2)	32 (22,9)	1688,8 (DE 455,7)	0,573 <sup>c</sup>
Cesària	3 (2,2)	2063,9 (DE 626,2)	20 (14,3)	2183,2 (DE 303,0)	0,784 <sup>c</sup>

n (%); mitjana € (desviació estàndard); <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

### V.11.2. Cost part hospitalari nadó segons tipus de part

Es va calcular el cost dels nadons en relació al tipus de part que havien patit.

#### Cost nadó procedent part natural

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,121$ ), en els costos que generaven els nadons nascuts de parts naturals.

A l'Hospital públic es van identificar 2 nadons nascuts de parts naturals que van generar una mitjana de cost de 909,1€ (DE 850,8).

A la Clínica privada es van identificar 2 nadons nascuts de parts naturals que van generar una mitjana de cost de 1583,2€ (DE 80,5).

#### Cost nadó procedent part normal

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,291$ ), en els costos que generaven els nadons nascuts de parts normals.

A l'Hospital públic es van identificar 7 nadons nascuts de parts normals que van generar una mitjana de cost de 728,4€ (DE 645,1).

A la Clínica privada es van identificar 5 nadons nascuts de parts normals que van generar una mitjana de cost de 396,7€ (DE 536,0).

#### Cost nadó procedent part instrumentat

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,433$ ), en els costos que generaven els nadons nascuts de parts instrumentats.



A l'Hospital públic es van identificar 4 nadons nascuts de parts instrumentats que van generar una mitjana de cost de 667,67€ (DE 353,1).

A la Clínica privada es van identificar 11 nadons nascuts de parts instrumentats que van generar una mitjana de cost de 558,2€ (DE 493,2).

#### Cost nadó procedent de cesària

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,231$ ), en els costos que generaven els nadons nascuts per cesària.

A l'Hospital públic es van identificar 3 nadons nascuts amb cesària que van generar una mitjana de cost de 24,4€ (DE 2,0).

A la Clínica privada es van identificar 19 nadons nascuts amb cesària que van generar una mitjana de cost de 22,3€ (DS 8,1).

En la Taula 54 es troben tabulats els resultats obtinguts.

**Taula 54. Cost ABC part hospitalari nadó segons tipus de part**

TIPUS PART	Cost per ABC				p-valor
	Públic		Privat		
	n=16	cost	n=37	cost	
Natural	2	909,1 (DE 850,8)	2	1583,2 (DE 80,5)	0,121 <sup>c</sup>
Normal	7	728,4 (DE 645,1)	5	396,7 (DE 536,0)	0,291 <sup>c</sup>
Instrument	4	667,6 (DE 353,1)	11	558,2 (DE 493,2)	0,433 <sup>c</sup>
Cesària	3	24,4 (DE 2,0)	19	22,3 (DE 8,1)	0,231 <sup>c</sup>

n; mitjana € (desviació estàndard); <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

## V.12. COSTOS ABC FINALS

### V.12.1. Cost part hospitalari mare + seguiment fins la quarantena segons tipus de part

En la taula 55 es troben tabulats els costos finals del part hospitalari de la mare segons tipus de part i seguiment durant la quarantena, que incloïa els reingressos i les consultes a urgències amb motius relacionats amb el part.

No es van trobar diferències estadísticament significatives, entre els dos models assistencials, en els costos finals de les mares que havien tingut un part natural, instrumentat o cesària.

Sí que es van trobar diferències estadísticament significatives, entre els dos models assistencials, en els costos finals de les mares que havien tingut un part normal.

**Taula 55. Cost ABC final part hospitalari mare+ seguiment fins la quarantena segons tipus de part.**

TIPUS PART	Cost per ABC				p-valor
	Públic		Privat		
	n(%)	cost	n(%)	cost	
Natural	39 (28,1)	905,3 (DE 382,1)	9 (6,4)	1003,7 (DE 390,5)	0,644 <sup>c</sup>
Normal	74 (53,2)	1317,8 (DE 942,0)	79 (56,4)	1314,0 (DE 305,0)	0,038 <sup>c</sup>
Instrument	23 (16,5)	1665,9 (DE 519,4)	32 (22,9)	1712,9 (DE 476,5)	0,733 <sup>c</sup>
Cesària	3 (2,2)	2120,9 (DE 623,9)	20 (14,3)	2216,3 (DE 352,4)	0,855 <sup>c</sup>

n (%); mitjana € (desviació estàndard); <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

### **V.12.2. Cost part hospitalari nadó + seguiment durant el període neonatal segons tipus de part**

En la taula 56 es troben tabulats els costos finals del part hospitalari del nadó segons tipus de part i seguiment durant el període neonatal , que incloïa els reingressos i les consultes a urgències dels nadons.

No es van trobar diferències estadísticament significatives, entre els dos models assistencials, en els costos finals dels nadons segons tipus de part.

**Taula 56. Cost ABC final part hospitalari nadó + seguiment durant el seu període neonatal segons tipus de part**

TIPUS PART	Cost per ABC				p-valor
	Públic		Privat		
	n(%)	cost	n(%)	cost	
Natural	39 (28,1)	127,4 (DE 398,9)	9 (6,4)	351,8 (DE 698,7)	0,784 <sup>c</sup>
Normal	74 (53,2)	108,8 (DE 368,9)	79 (56,4)	58,6 (DE 230,9)	0,303 <sup>c</sup>
Instrument	23 (16,5)	204,5 (DE 309,1)	32 (22,9)	327,5 (DE 571,4)	0,900 <sup>c</sup>
Cesària	3 (2,2)	326,1 (DE 455,6)	20 (14,3)	37,4 (DE 38,4)	0,083 <sup>c</sup>

n (%); mitjana € (desviació estàndard); <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

### V.12.3. Cost part segons classificació part de baixa o alta intervenció

En la taula 57 es troben tabulats el cost del part hospitalari de la mare i el nadó segons hagi estat classificat en part de baixa o alta intervenció.

#### Cost part de baixa intervenció entre els 2 models assistencial

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p=0,002$ ), en el cost d'un part de baixa intervenció.

A l'Hospital públic es van identificar 70 parts classificats de baixa intervenció que van generar una mitjana de cost de 1177,4€ (DE 1021,4).

A la Clínica privada es van identificar 19 parts classificats de baixa intervenció que van generar una mitjana de cost de 1466,4€ (DE 644,3).

#### Cost part alta intervenció entre els dos models assistencials

No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els 2 models assistencials ( $p= 0,168$ ), en el cost d'un part d'alta intervenció.

A l'Hospital públic es van identificar 69 parts classificats d'alta intervenció que van generar una mitjana de cost de 1468,5€ (DE 567,8).

A la Clínica privada es van identificar 121 parts classificats d'alta intervenció que van generar una mitjana de cost de 1620,4€ (DE 601,6).

#### Cost part baixa i alta intervenció en el model públic

Les diferències de mitjanes de costos en el model públic entre el part de baixa i alta intervenció van ser estadísticament significatives ( $p < 0,001$ ).

### Cost part baixa i alta intervenció en el model privat

Les diferències de mitjanes de costos en el model privat entre el part de baixa i alta intervenció no van ser estadísticament significatives ( $p=0,389$ ).



**Taula 57. Cost part segons classificació part de baixa o alta intervenció**

	Cost per ABC				p-valor
	Públic		Privat		
	n(%)	cost	n(%)	cost	
Part baixa intervenció	70 (50,4)	1177,4 (DE 1021,4)	19 (13,6)	1466,4 (DE 644,3)	0,002 <sup>c</sup>
Part alta intervenció	69 (49,6)	1468,5 (DE 567,8)	121 (86,4)	1620,4 (DE 601,6)	0,168 <sup>c</sup>

n (%); mitjana € (desviació estàndard); <sup>c</sup>U Mann-Whitney.

## ***CAPÍTOL VI. DISCUSSIÓ***

---



## VI. DISCUSSÓ

Les polítiques sanitàries dels països desenvolupats ja no estan preocupades per disminuir les taxes de mortalitat maternoinfantil<sup>195</sup>. En l'actualitat el seu treball està més focalitzat en temes relacionats amb la satisfacció de les dones en el naixement i amb la identificació de les pràctiques iatrogèniques que han anat augmentat en l'atenció al part normal.

A Espanya, com reflexa l'objectiu principal de la «Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud»<sup>187</sup>, la qualitat en l'assistència al part constitueix un element central en la política sanitària, i pretén potenciar l'atenció al part normal millorant la qualitat assistencial en totes les seves dimensions de qualitat tècnica, percebuda i eficiència, sense que els nivells de seguretat actuals en el part se'n vegin afectats.

En el marc teòric desenvolupat s'ha donat una visió històrica de com ha anat evolucionant el lloc de naixement i l'atenció que han rebut les dones en el part. S'ha explicat el pas de l'àmbit familiar a l'assistència hospitalària i s'ha descrit l'evolució de les Maternitats a la Comarca del Bages. Ens hem endinsat en el concepte i en els models assistencials d'atenció al part normal i s'han descrit i donat a conèixer quina és la millor evidència disponible per algunes de les pràctiques obstètriques aplicades en el part. També s'ha definit el sistema de costos ABC com una eina eficaç per comptabilitzar el cost d'un part hospitalari.

Davant la multitud de factors que poden influir en la variabilitat en l'atenció al part, aquest estudi es centra en un dels factors claus que és la titularitat del centre.

El fet que la Fundació Althaia, sota el mateix paraigües organitzatiu, tingui dues Maternitats, una pública i una privada, ha permès realitzar una anàlisi comparativa entre les diferents variables que intervenen en l'atenció al part.

Els resultats obtinguts han permès identificar si els professionals d'Althaia segueixen les recomanacions que suggereixen les Guies de Pràctica Clínica en l'atenció al part normal<sup>155,156</sup> i si la titularitat de les Maternitats influeix en les

pràctiques obstètriques que s'hi realitzen, en la satisfacció de les dones i en el cost del part hospitalari.

Això converteix el present estudi en un estudi més complet que la majoria dels treballs nacionals i internacionals similars que han estudiat la variabilitat en l'atenció al part en funció de si tenien lloc en una maternitat pública o privada<sup>196-203</sup>. Aquests estudis es van limitar a buscar diferències en la taxa de cesàries, taxa d'episiotomies i parts instrumentats.

Un exemple n'és l'estudi de Recio<sup>204</sup>, on afirmava que les dones que parissin en un hospital privat a España patirien més intervencions i les possibilitats d'una cesària, un part instrumentat, una episiotomia o una inducció es podien duplicar o triplicar en funció de la Comunitat Autònoma. També va comprovar, que de manera generalitzada, l'actuació assistencial no es corresponia amb les recomanacions que fan les Guies de Pràctica Clínica. Aquests resultats coincideixen amb els del nostre estudi.

A Catalunya, Escuriet<sup>205</sup>, va concloure que el tipus de finançament tenia un efecte significatiu en la incidència de la realització de cesàries i parts instrumentats trobant-se més elevada en hospitals privats.

La discussió dels resultats obtinguts s'ha estructurat en deu apartats que segueixen els objectius específics plantejats en l'estudi.

## VI.1. Discussió sobre els resultats obtinguts

**Objectiu 1. Analitzar si hi ha diferències en les característiques sociodemogràfiques i obstètriques entre les gestants que han estat ateses en el model assistencial públic o privat.**

### Característiques sociodemogràfiques

Els resultats obtinguts van mostrar que en el nostre àmbit d'estudi hi ha diferències en les característiques sociodemogràfiques de les dones que van ser-hi ateses.

Els resultats del perfil sociodemogràfic de les dones ateses a l'Hospital públic en relació a les ateses a la Clínica privada, ens van mostrar que es tractava de dones amb una mitjana d'edat inferior, amb uns nivells d'estudis inferiors i amb una major divergència respecte al país de procedència.

En la comparació per edats, en ambdós models s'observa que el percentatge amb més població era el de 30-34 anys; no obstant s'observen algunes diferències doncs en l'Hospital públic es van trobar un 16% més de dones en l'interval de 20-24 anys, mentre que en el privat hi havia un 17% més de dones en l'interval entre 35-39 anys.

A nivell global a Catalunya, segons l'estadística de naixements que ens proporciona l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT)<sup>206</sup>, la mitjana d'edat a la maternitat a l'any 2013 va ser de 31,5 anys i, com en el nostre àmbit d'estudi, l'estrat que va agrupar més dones va ser el comprès entre 30-34 anys. Hem de ressaltar que en la darrera dècada el percentatge de naixements entre dones d'edats superiors a 34 anys s'ha vist incrementat en un 60,1% situant-se a l'any 2013 en un 34,9%, consolidant-se com a segon grup amb més naixements<sup>207</sup>.

Troben nombrosos estudis<sup>208-211</sup> que assenyalen que aquest increment en l'edat materna comporta un risc afegit de patir resultats obstètrics i neonatals desfavorables. L'edat materna avançada està associada a un risc augmentat

de mortalitat perinatal, aparició de complicacions durant l'embaràs, com diabetis i hipertensió, parts preterme, baix pes al néixer i intervencions com cesàries i induccions al part.

D'altra banda s'ha de seguir estudiant si les millores socials poden influir en la disminució dels efectes indesitjables que provoca l'edat materna per si mateixa.

### Característiques obstètriques

En aquest apartat es va estudiar el nombre de parts previs, si les dones havien elaborat el pla de naixement i quin desig a l'ingrés expressava la dona en relació al tipus de part.

#### **Nombre de parts previs**

L'estudi va mostrar que el nombre de fills per dona és baix, presentant un rang interquartílic [0-1] pels dos models assistencials.

Dades similars a la mostra del nostre estudi ens proporciona l'IDESCAT<sup>206</sup>, que publica que la mitjana de fills a Catalunya és de 1,33, una mica superior a la mitjana d'Espanya que és de 1,27 i inferior a la Unió europea amb 1,55 fills per dona.

#### **Pla de naixement**

En relació a l'elaboració del Pla de naixement, encara que es van trobar diferències estadísticament significatives entre els dos models assistencials, el percentatge de plans de part elaborats va ser molt baix. Només un 15,1% a l'Hospital públic i un 1,4% a la Clínica privada.

Trobem diversos estudis que corroboren aquesta infrautilització del Pla de naixement. Una revisió bibliogràfica feta per De Molina<sup>64</sup>, assenyalava que encara que aquests documents fa més de vint-i-set anys que van estar creats, la implantació no ha estat homogènia en els diferents entorns on es produeixen els parts. Alguns professionals de l'obstetrícia els descarten per considerar-los una eina ineficaç.

Hidalgo<sup>65</sup> també va destacar que els plans de part eren utilitzats per una minoria de les dones.

Gijón<sup>212</sup>, en una revisió, conclou que la llevadora és el professional essencial en la confecció d'un pla de naixement perquè ajudi a la dona a realitzar un pla de part realista i flexible perquè l'experiència del part sigui el més positiva possible. Encara que trobem altres estudis<sup>213-215</sup> que remarquen que el terme pla de part resulta inadequat ja que un part és quelcom impossible de planejar, per això proposen altres noms per aquest document com "Guía pel part" o "preferències pel part".

### **Desig d'atenció respectuosa amb la fisiologia**

Com hem mostrat als resultats el desig a l'ingrés que van expressar les dones respecte al tipus de model d'atenció al part que els hi agradaria tenir també ens va conduir a uns resultats amb diferències estadísticament significatives.

Pràcticament totes les dones de la Clínica privada, en un 92,2%, van expressar el desig d'un part amb peridural, mentre que les dones de l'Hospital públic van mostrar més variabilitat, un 56,8% volien un part amb peridural en front a un 38,1% que desitjaven un part natural.

Diversos estudis han intentat determinar quins poden ser els factors i quines característiques presenten les dones que desitgen un part natural.

Kringeland<sup>216</sup> va concloure que els factors que s'associaven més fortament al desig de part natural eren els d'haver tingut experiències positives en parts anteriors i no tenir por al part.

També un estudi fet a França per Le Ray et al.<sup>217</sup> va identificar que eren les dones que tenien una paritat més elevada les que feien més demanda de part natural i va mostrar com les dones que presentaven unes condicions socials desfavorables tenien més parts naturals. Aquest punt pot ser confirmat en el nostre estudi, donat que podem afirmar que les dones que acudeixen a la clínica privada i que costegen l'atenció de forma privada o mutual pertanyen a un nivell socioeconòmic superior.



Heinze<sup>218</sup> va trobar que eren les dones que tenien més coneixements sobre els riscos associats amb l'ús de la peridural i el desig de participar activament en el procés de part les que feien demanda de part natural.

A Espanya, un estudi fet a Andalusia<sup>219</sup>, va concloure que les principals característiques que definien a les dones que volien part natural eren aquelles que tenien escassos recursos econòmics, nivells educatius baixos i mestresses de casa.

## **Objectiu 2. Comparar les pràctiques obstètriques i els resultats perinatals que reben les gestants de baix i mitjà risc i els seus nadons segons hagin estat ateses en el model assistencial públic o privat.**

### **Pràctiques obstètriques**

En l'actualitat, la política sanitària del nostre país, en relació a l'assistència sanitària perinatal, aposta per oferir a la dona una atenció més humana i propera, situant-la en el centre de l'atenció perquè ella pugui ser la protagonista del seu embaràs i part, deixant endarrere el model biomèdic.

Però corregir l'intervencionisme en el part, que durant dècades ha suportat l'atenció al naixement, no és fàcil. Alberola et al.<sup>220</sup>, en un estudi a l'any 2005, on es preguntaven si les pràctiques que rebien les dones estaven basades en l'evidència o en hàbits adquirits, van concloure que encara l'aplicació de moltes pràctiques obstètriques estaven basades en l'experiència més que en l'evidència científica existent.

Per facilitar el camí cap al nou paradigma, que intenta fomentar una atenció al part més humanitzada, no tan medicalitzada ni tan intervencionista i més basada en l'evidència, diverses societats científiques han elaborat guies de pràctica clínica en l'atenció al part normal<sup>155,156</sup>, on estableixen els graus de recomanació per cadascuna de les pràctiques que es realitzen durant el part.

En aquest estudi es van analitzar catorze pràctiques obstètriques que una dona pot rebre en el transcurs del part.

Les catorze pràctiques observades van ser: acompanyament per una llevadora durant el part, aplicació ènema, rasurat del perineu, dieta, maneig del dolor, amniorrexis, nombre de tactes vaginals, utilització oxitocina, monitorització de la FCF i la DU, posició en l'expulsiu, maniobra de Kristeller, episiotomia, pinçament cordó umbilical, deslliurament.

Els resultats obtinguts van mostrar que les nostres dones, en un percentatge molt elevat, superior al 95,7%, van estar **acompanyades per una llevadora** durant les diferents fases del part, només trobant diferències significatives durant la fase latent de dilatació on les dones de la privada van estar més acompanyades per una llevadora que les dones de la pública.

Els efectes beneficiosos que comporta l'acompanyament continu per part d'una llevadora estan descrits en nombrosos estudis<sup>67,221</sup>, i es relacionen amb un efecte positiu en la durada de la fase activa del part, una disminució de la necessitat d'analgèsia i la incidència de cesàries. Sydsjö et al.<sup>222</sup>, insisteixen en la necessitat que les llevadores coneixien la importància que el seu recolzament continu produeix en les dones, ajudant-les a disminuir les seves pors i millorar la seva experiència en el part.

L'aplicació d'**ènema i rasurat** del perineu, que havien estat pràctiques rutinàries durant dècades, s'han abandonat en els últims anys degut als nombrosos estudis que han demostrat la seva ineficàcia<sup>68</sup>. Les recomanacions de les guies de pràctica clínica es segueixen en el nostre estudi ja que les xifres són realment baixes en els dos models.

En referència a **la ingesta de líquids durant el part** va ser en la fase activa de la dilatació on es va observar més variabilitat, tant en la ingesta de líquids clars, begudes isotòniques i aigua, sent l'aigua el líquid més ingerit, tant per les dones de la pública com de la privada, amb un 43,9% i un 21,4% respectivament.

A nivell global podem afirmar que a les dones de la pública se'ls va oferir més suport oral que a les dones de la privada, encara que amb percentatges per ambdós models no gaire elevats. El suport oral que van rebre les dones de la pública no va superar el 32% en la fase latent de dilatació, el 22,5% en la fase activa i el 19% en el període expulsiu. Així com el suport oral que van rebre les

dones de la privada que no va superar el 25,5% en la fase latent, el 8,8% en la fase activa i en l'expulsiu pràcticament cap dona va ingerir res.

Amb els resultats obtinguts veiem que la restricció de líquids segueix present en el nostre àmbit.

Encara que hi ha molta literatura en relació al tema<sup>72-75</sup> que recomana als proveïdors de salut de no interferir en la ingesta oral durant el part quan no existeixen factors de risc evidents, sembla que és un tema que està obert a debat.

Mentre d'una banda Sperling et al.<sup>223</sup>, en una revisió recent, reafirmen que la ingesta oral no ha de limitar-se en dones de baix risc de complicacions ja que, en l'actualitat, l'aspiració i altres resultats adversos materns no es poden relacionar amb la ingesta oral, en canvi, a nivell qualitatiu, la satisfacció que refereixen les dones quan se'ls permet la ingesta durant el part augmenta molt. D'altra banda, trobem posicions ben oposades, com la que expressa McQuaid-Hanson<sup>224</sup>. La seva opinió és que davant l'evidència actual, que no demostra que la restricció de la ingesta oral tingui un impacte directe en els resultats obstètrics i pot prevenir un efecte, encara que molt poc comú, però potencialment catastròfic, creu que les pràctiques actuals han de seguir limitant la ingesta oral.

Les dones del model privat, amb una diferència percentual del 14,2%, se'ls va practicar més **amniorrexis** artificial que les dones del model públic.

De totes maneres, encara que les diferències van sortir amb significació estadística, el percentatge d'amniorrexis artificials realitzades va ser elevat per ambdós models, un 42,9% pel públic i un 57,1% pel privat. Percentatges que ens haurien de portar a la reflexió, ja que encara que no hi ha un estàndard vàlid que ens permeti constituir una taxa esperable d'amniorrexis correctament indicades, l'informe sobre l'atenció al part, publicat pel Ministeri de Sanitat, fa recomanable una revisió de la pràctica en resultats superiors al 20%<sup>225</sup>.

Les dones del model privat van rebre més **tactes vaginals** que les dones del model públic. La mitjana de tactes vaginals va ser de 4,8 pel model privat i 4 pel model públic. Relacionant aquesta variable amb la mitjana de temps de

dilatació es va trobar que les dones del model públic rebien tactes vaginals cada 1,3 hores i les dones de la privada cada hora.

Atès que les recomanacions de les GPC<sup>155,156</sup> aconsellen que en condicions normals les exploracions vaginals es realitzin cada quatre hores, podem dir que les nostres dones van rebre massa tactes vaginals.

Coincidint amb l'estudi fet per Hassan et al.<sup>127</sup>, les seves dones també van rebre masses tactes vaginals durant el seu període de dilatació, coneixent que la repetició de tactes vaginals en curts intervals no aporta cap valor afegit i provoca un desconfort evitable a les dones.

En aquest estudi es va observar que, encara que sortissin diferències estadísticament significatives entre ambdós models assistencials, el mètode més utilitzat per **l'alleugeriment del dolor** va estar la utilització de la peridural, amb uns percentatges elevats pels dos models, un 77,6% en les dones del model públic i un 87,9% en les dones del model privat.

Hem de ressaltar que la principal diferència es troba en el model públic, ja que en el moment de l'ingrés només un 56,8% volien part amb peridural mentre que en el model privat era un 92,1% de les dones que ja en el moment de l'ingrés havien expressat que volien el recurs de la peridural.

Encara que no existeix un estàndard concret per la utilització de l'analgèsia locoregional (peridural o raquídia), el Sistema Nacional de Salut, en el seu informe sobre l'atenció al part i naixement<sup>225</sup>, accepta un ampli rang que va del 30-80%, ja que el resultat de l'indicador pot estar influït per nombroses variables com: la paritat, l'equip de professionals que acompanyen a la dona, la gestió del part, la disponibilitat d'anestesiòlegs...

Si comparem aquests percentatges amb altres països, trobem que a França, un 77% de les dones que van tenir un part vaginal van utilitzar una analgèsia neuroaxial<sup>226</sup> i als EEUU va ser un 61%<sup>101</sup>.

El nostre model públic està dintre del rang acceptat, en canvi en el nostre model privat es superen els percentatges del rang marcat per l'estratègia.

Estudis similars al nostre, com el fet per Dahlen et al.<sup>203</sup>, on es comparaven les taxes d'intervenció obstètrica entre les dones de baix risc que donaven a llum en els hospitals públics i privats a New South Wales (NSW), van trobar que el

percentatge de peridurals realitzades també era superior en els hospitals privats que els públics, 53% vs un 32%.

D'altra banda el nostre estudi també va deixar palès que es van utilitzar més recursos no farmacològics per l'alleugeriment del dolor en el model públic.

Pensem que la causa d'aquesta infrautilització, per part de les dones del model privat, va estar vinculada al desig de part a l'ingrés que tenia la dona, que com ja hem mencionat en l'apartat anterior, només un 6% s'havien plantejat un part natural vs un 38% de les dones del model públic.

Kpéa et al.<sup>226</sup>, en un estudi realitzat a partir d'una enquesta nacional a França, van identificar que inicialment un 26% de la seva població preferia parir sense la utilització de tècniques neuroaxials i que aquesta preferència s'associava amb dones que tenien una paritat elevada, condicions socials desfavorables i que anirien a parir en una maternitat pública.

En canvi, uns resultats ben contradictoris ens aporta l'estudi de Lindholm<sup>227</sup> fet a Suècia, on eren les dones primíparas i amb un nivell d'estudis més alt les que preferien utilitzar més recursos no farmacològics per l'alleugeriment del dolor.

Tot això ens porta a reflexionar sobre la multitud de factors que influeixen en la gestió del dolor de part i com les normes i creences socioculturals poden influir en les opcions d'alleugeriment del dolor.

Com assenyala l'estudi fet per Newnham et al.<sup>228</sup>, als països on la majoria dels parts tenen lloc en l'entorn hospitalari, es produeix un efecte denominat (paradoxa de la Institució, risc/seguretat), referint-se a que la vigilància institucional que adopten els hospitals en el seu intent de mantenir la dona segura, no ajuda a implementar aquelles pràctiques que són recomanables per a la normalització i la humanització del naixement, ja que el que es troba és encara taxes més elevades de peridurals, tot i el risc de patir els efectes secundaris que la pròpia tècnica comporta com poden ser: la necessitat de monitorització materna i fetal més acurada, febre intrapart, sondatge vesical, hipotensió, període expulsiu de més llarga duració, augment de parts instrumentats...

Les dones del model privat van rebre més **oxitocina** que les del model públic, tant en la fase de dilatació 72% vs 52%, com en la fase d'expulsió 81% vs 63%. Aquestes taxes són molt altes per ambdós models assistencials, ja que l'estàndard recomanat per l'estimulació d'oxitocina en les dones que inicien el part espontàniament, com les del nostre estudi, està situat entre el 5-10%. Existeix una creixent evidència respecte als efectes adversos que produeix l'estimulació de la dinàmica uterina de manera artificial i el subsegüent bloqueig en la producció endògena de l'oxitocina natural<sup>225</sup>.

L'estudi de Gu et al.<sup>229</sup>, que analitzen les conseqüències a llarg termini que pot provocar la hiperutilització durant el part d'oxitocina sintètica, troben una correlació positiva entre la utilització intrapart d'oxitocina sintètica amb els nivells d'oxitocina endògena dos mesos després del part. Les dones que als dos mesos postpart donaven el pit de manera exclusiva havien rebut menys dosis d'oxitocina sintètica en relació a les dones que no alletaven de manera exclusiva.

És necessari buscar estratègies que ens ajudin a implementar les recomanacions que l'evidència científica ens aporta per reduir la utilització de l'oxitocina intrapart. A Espanya, un estudi fet per Iglesias et al.<sup>230</sup>, va demostrar com la utilització d'una via clínica basada en l'evidència va ajudar a disminuir la utilització d'oxitocina, passant d'un 28% a un 22% després de la seva aplicació.

En el nostre estudi va quedar palès que la **monitorització** intermitent es va utilitzar més en les dones del model públic que en les del model privat, encara que per ambdós models els percentatges de monitorització contínua, a partir de la fase activa del part, van ser molt elevats, superant el 81% dels casos.

Com assenyalen altres estudis<sup>231-234</sup>, la utilització de la monitorització pel control del benestar fetal, s'ha anat incrementant, com han estat el cas dels Estats Units i Canadà, que han passat del 62% al 93% en les darreres dues dècades, encara que la seva utilització, com descriu Paterno et al.<sup>234</sup> en una revisió, augmenta el risc de patir una cesària en gestants de baix risc.

Els resultats del nostre estudi mostren que les **posicions** horitzontals van ser les més utilitzades, tant per les dones del model públic com privat, trobant per la posició de litotomia uns percentatges del 62,8% i 92,1% respectivament.

Altres estudis fets en diferents països com Suècia i Brasil<sup>235,236</sup> coincideixen amb el nostre en que són les posicions horitzontals les que presenten els percentatges més elevats amb un 83,9% i 82,3% respectivament.

Desseauve et al.<sup>237</sup>, en un article de revisió, van examinar com la posició durant el part podia afectar els resultats tant per la mare com pel nadó. Les dades epidemiològiques suggereixen que les posicions verticals tenen molts beneficis. Però quan es tenen en compte els mecanismes del part, incloent-hi les forces generades per moure el fetus i els obstacles per a la seva progressió, encara apareixen molts interrogants sobre els avantatges d'una posició sobre una altra. Es necessiten més investigacions en biomecànica per valorar de manera individual per a cada dona quina és la millor posició de naixement per ajudar a augmentar la seva eficiència i eficàcia.

Els resultats van mostrar que les nostres dones, tant del model públic com privat, se'ls seguia practicant **la maniobra de Kristeller** amb un 12,2% i 22,1% respectivament. Aquest resultat es va obtenir a partir de les pròpies llevadores que ho van registrar en les fulles de recollida de dades.

Encara que ens pot semblar que aquests percentatges són petits, hem de tenir present que l'estàndard recomanat per la realització d'aquesta maniobra és del 0%<sup>225</sup>.

Sovint costa trobar estudis que analitzin la prevalença d'aquesta maniobra en les sales de part.

Rengel<sup>238</sup>, en una revisió conclou que no existeixen registres en la història clínica sobre la utilització de la maniobra de Kristeller, la qual cosa dificulta la recollida de dades per realitzar estudis observacionals, així com tampoc no s'informa dels resultats adversos derivats de la mateixa pràctica per no entrar en conflicte amb suposades qüestions medicolegals.

Velázquez<sup>239</sup>, va voler conèixer l'estat d'aquesta pràctica als hospitals de Sevilla i mitjançant un qüestionari autocomplementat per llevadores va trobar que, el 80,48% de les llevadores havien manifestat que consideraven que la realització de la maniobra era útil i habitual en les sales de part, l'havien

practicat rutinàriament el 19,51% i ocasionalment el 56,09% de les enquestades. També l'estudi deixa palès que fins el 70,73% de les llevadores van reconèixer que aquesta tècnica mai es registra i només el 24,39% ho feien de manera ocasional.

Carmo et al.<sup>240</sup> en un estudi realitzat als Hospitals de Brasil van registrar que aquesta maniobra era utilitzada en un 37% dels parts.

Els resultats van mostrar que a les dones del model privat se'ls va practicar més **episiotomies** que a les dones del model públic (42,9% vs 30,9%), encara que per ambdós models assistencials, una variable clau en la taxa d'episiotomies era el fet de ser nul·lípara, no registrant-se diferències entre ambdós models assistencials i situant la taxa al voltant del 51,5% .

La nul·lipararitat, com uns dels principals factors de risc associat a l'episiotomia, coincideix amb l'estudi fet per Ballesteros et al.<sup>141</sup>, on aquesta variable clínica presentava una associació significativa (RR=2,98) amb la realització de l'episiotomia.

D'altra banda, com coincideix amb l'estudi de Althabe<sup>241</sup>, la titularitat del centre, públic o privat, no influeix en l'elevada taxa d'episiotomies que s'emporten les dones nul·líparaes.

La incidència més alta d'aquesta pràctica en el model privat, coincideix amb l'estudi que Escuriet et al.<sup>197</sup> van dur a terme per valorar com havia impactat l'Estratègia d'atenció al part normal en els hospitals de Catalunya<sup>187</sup>, observant que encara que la utilització de l'episiotomia ha anat disminuint constantment des de l'any 2007, coincidint amb la implementació de l'Estratègia, la taxa d'episiotomies segueix sent superior en els hospitals privats situant-la en un 38,21% vs un 28,62% en els hospitals públics.

Lutowski et al.<sup>201</sup>, diuen que les dones que acudeixen a l'assistència privada tenen un 40% més de probabilitat que se'ls hi practiqui una episiotomia.

De totes maneres, com es mostra en altres estudis<sup>137,242</sup>, les estadístiques del món en general han revelat altes taxes d'episiotomies amb tendència a la baixa en alguns països, encara que existeix variabilitat dintre dels mateixos països i fins i tot dintre del mateix grup de professionals que la realitzen. Un exemple de països on podem trobar taxes d'episiotomies elevades està en els països asiàtics, com Xina amb un 82% o Taiwan amb un 100% estimat. Mentre que



alguns països del Nord d'Europa presenten taxes d'episiotomies baixes, com Suècia amb un 9,7% o Dinamarca amb un 12%.

El **pinçament** precoç va ser, respecte al pinçament tardà, el més utilitzat per ambdós models assistencials.

Els beneficis i danys potencials de cada una d'aquestes pràctiques han estat objecte de debat i motiu d'estudi de molts treballs<sup>144</sup>, i davant l'evidència publicada, "The American College of Obstetricians and Gynecologists" ha editat un dictamen<sup>243</sup> recomanant el pinçament tardà del cordó, tant en nens a terme com prematurs. A més a més, com conclou l'estudi de De Paco et al.<sup>244</sup> el pinçament tardà no afecta el temps en què es produeix el deslliurament de la placenta ni es mostra cap efecte sobre els paràmetres hematològics en la mare 48h després del part.

Amb els resultats obtinguts veiem que el **deslliurament** espontani va ser el més utilitzat per ambdós models assistencials.

Encara que en el nostre estudi la taxa d'**hemorràgies** primàries postpart es va situar en un 2,9%, molt per sota del que la literatura recull, on es descriu que l'hemorràgia postpart apareix aproximadament en el 4% dels part vaginals i en el 6% dels parts per cesària<sup>245</sup>, diversos estudis<sup>246-249</sup> aporten resultats en els que s'associa el deslliurament dirigit com una pràctica que ajuda a la reducció de l'hemorràgia postpart. Trobem que l'estàndard recomanat per a la realització d'aquesta pràctica en parts normals es situa en un índex superior al 70%<sup>225</sup>.

El nostre estudi revela la variabilitat en la distribució dels **tipus de part**, trobant que les dones del model privat van estar sotmeses a més parts instrumentats (22,9% vs 16,5%) i més cesàries (14,3% vs 2,2%) que les dones del model públic. Hem de destacar que el tipus d'instrument més utilitzat per un model va ser el menys utilitzat per l'altre i viceversa. Així trobem que l'instrument més utilitzat en el model públic va estar la utilització de les espàtules amb un 7,2% vs un 2,1% en el model privat, i en canvi en el model privat l'instrument més utilitzat va ser la utilització de la ventosa amb un 12,1% vs un 3,6% en el model públic.

La taxa d'instrumentació trobada en el nostre model públic no s'allunya gaire de l'estàndard que es recomana en l'informe sobre l'atenció al part i naixement en el Sistema Nacional de Salut<sup>225</sup> que el situa inferior al 15%.

Per ambdós models assistencials la taxa de cesàries es situa dintre l'estàndard que recomana la OMS (15%)<sup>250</sup>, encara que la diferència de taxes entre els dos models assistencials és manté molt elevada en un 12,1%.

Altres estudis similars al nostre, que analitzen les diferències entre l'atenció pública i privada, també van obtenir resultats similars.

Lutomski et al.<sup>201</sup> van trobar que les dones amb una cobertura privada tenien més probabilitat de que se'ls hi practiqués una cesària durant el part (RR= 1,13), o un part instrumentat (RR= 1,25).

Escuret et al.<sup>196</sup>, en un estudi fet a Catalunya, després d'agrupar els hospitals d'acord amb la seva font de finançament (públic o privat) i ser estratificats en quatre estrats sobre la base del nombre anual de naixements, van trobar que els hospitals públics van realitzar un menor nombre de cesàries (amb un rang entre 19,20% i 28,14%) que els hospitals privats (amb un rang entre 32,21% i 39,43%). Xifres en ambdós casos superiors al del nostre estudi. També coincideix amb el nostre estudi que la utilització de la ventosa és més comú en els hospitals privats.

Mazzoni et al.<sup>199</sup>, en un estudi fet a hospitals Argentins, van trobar que encara que la majoria de les dones expressaven la seva preferència per un part vaginal, un 34% vs un 40% acabaven el seu embaràs per cesària als hospitals públics i privats respectivament.

### Resultats perinatal

En el nostre estudi no es van observar diferències entre els dos models assistencials en la puntuació que van obtenir en el **test de Àpgar** els nounats.

Les puntuacions obtingudes en els tres moments analitzats (al minut, als cinc minuts i als deu minuts) van presentar una mitjana superior a 8,9 punts.

Encara que sí que es van trobar diferències entre els dos models en els valors de pH neonatals obtinguts, aquestes diferències no han estat considerades clínicament significatives, ja que els valors es van mantenir dins dels rangs normals pels dos models.

Els nostres resultats no coincideixen amb els de l'estudi publicat per Einarsdóttir et al.<sup>251</sup>, on varen trobar que el risc de reanimació neonatal va ser més gran per a les mares admeses en els hospitals privats (OR= 2,13) que en els públics (OR= 0,55).

D'altra banda sí que en un percentatge superior (26,4% vs 11,5%), els nounats de l'assistència privada van anar immediatament després de néixer al servei de neonats i no es van quedar amb la mare.

Aquest resultat coincideix amb un altre estudi fet per Einarsdóttir et al.<sup>252</sup> on van concloure que els naixements que es produeixen en els hospitals públics presenten taxes més baixes en que els seus nounats siguin ingressats al servei de neonats (OR= 0,67).

En referència a l'**aspiració orofaríngea i nasofaríngea del nounat**, els nostres resultats van mostrar que no hi havia diferències entre els dos models assistencials, i varem objectivar que aquesta pràctica encara estava present a les nostres sales de part, tant en el model públic (28,8%) com en el model privat (34,3%). Valors que ens han de portar a la reflexió ja que, com es mostra en l'estudi de Modarres et al.<sup>151</sup>, als nounats que no se'ls hi va practicar aspiració oronasofaríngea van arribar abans a assolir una  $SaO_2 \geq 92\%$  respecte als que se'ls hi va practicar l'aspiració.

En un percentatge molt més elevat les dones que van parir a l'Hospital públic (89,2%) van realitzar el **contacte pell a pell** a la sala de parts en vers a les dones que va parir a la Clínica privada (62,9%).

El percentatge que s'ha trobat en el model públic està dintre de l'estàndard que es recomana, que el situa igual o superior al 80%<sup>225</sup>.

També, en un percentatge superior, 87,1% vs 30,7%, les dones del nostre model públic van **iniciar precoçment la lactància materna** durant la primera hora postpart.

És important l'oferiment d' aquesta pràctica, ja que com conclou l'estudi de Kilci<sup>253</sup>, l'inici de la lactància durant la primera hora postpart redueix els

problemes amb els pits i augmenta la percepció per a la mare d'autoeficàcia en el període postpart tardà.

A més a més, la combinació d'ambdues pràctiques, com trobem en l'estudi de Sharma<sup>254</sup>, millora la taxa de lactància exclusiva a les sis setmanes de vida entre els nadons a terme sans.

### **Objectiu 3. Conèixer el nivell d'intervenció que han tingut les dones i els seus nadons segons hagin estat ateses en el model assistencial públic o privat.**

Els resultats del nostre estudi ens permeten dir que les dones del model assistencial privat va presentar un percentatge més alt de parts d'alta intervenció que les dones del model assistencial públic (86,4% vs 49,6%).

De totes maneres, no es van trobar diferències entre els dos models, referents a dos factors estudiats, tipus de part i paritat.

El tipus de part que pels dos models assistencials va presentar percentatges més elevats d'alta intervenció va coincidir en el part normal.

D'altra banda, pels dos models assistencials les dones nul·líparas patien més intervencionisme en el part.

No trobem en la literatura cap estudi similar al nostre que analitzi en la mateixa dona la majoria de les pràctiques que es recomanen en les guies de pràctica clínica per l'atenció al part normal<sup>255</sup>.

Dahlen et al.<sup>203</sup> també van estudiar les taxes d'intervenció obstètrica entre les dones de baix risc que parien en els hospitals públics i privats de Nova Gal·les del Sud i van concloure que, durant l'última dècada les intervencions en el part havien augmentat en un 5% per les dones als hospitals públics i en un 10% per les dones dels hospitals privats. Coincidint amb els resultats del nostre estudi, la paritat influeix en el nivell d'intervenció i, entre les dones nul·líparas de baix risc que parien als hospitals privats només un 15% van tenir un part vaginal sense intervenció obstètrica, en comparació amb un 35% de les dones que van parir en un hospital públic.

Per això, davant el fet que l'intervencionisme en el part normal encara està present en la majoria dels països desenvolupats i que sovint és un concepte que es pot entendre de diverses maneres en funció dels professionals, de les creences i valors de les societats, és un tema d'interès identificar aquells indicadors que ens ajudin a captar la no intervenció en el part. És un punt difícil, com ens mostra l'estudi d'Escuret et al.<sup>256</sup>, emmarcat dintre del projecte COST ISO907: "Les cultures del part, preocupacions i conseqüències: la creació d'un marc dinàmic de la UE per a l'atenció de la maternitat òptima", ja que es van identificar un total de 388 indicadors que capturaven aspectes de l'atenció a la maternitat, però van concloure que la majoria dels indicadors identificats mesuraven les intervencions tècniques i de resultats de salut no desitjables. Davant d'aquest fet s'ha vist la necessitat d'identificar aquells indicadors que captin la no intervenció, ja que un part normal requereix generalment poques o cap intervenció.

#### **Objectiu 4. Comparar si hi ha diferències en els dies d'estada hospitalària segons el model assistencial públic o privat.**

Els resultats del nostre estudi van mostrar diferències estadísticament significatives en els dies d'estada hospitalària, trobant que la mitjana d'estada pel model públic va ser inferior respecte al model privat (2,4 dies vs 3,3 dies respectivament).

També s'ha pogut veure que la multiparitat i el part natural ajuden a baixar els dies d'estada hospitalària.

La mitjana de dies d'estada hospitalària és molt variable entre països ja que són molts els factors que hi poden influir, com senyalen diversos estudis<sup>257,258</sup> la paritat, les experiències prèvies, les creences i valors, les característiques socioculturals, els sistemes de recolzament i accés al seguiment durant el puerperi es troben entre ells. Però en tots els casos les polítiques sanitàries dels països han de garantir a la dona una atenció postnatal adequada per part dels professionals .

En l'estudi que van realitzar Campbell et al.<sup>259</sup> entre 92 països, la mitjana d'estada oscil·la entre 1,3 dies a 6,6 dies: 0,5 dies a 6,2 dies en els parts vaginals i 2,5 dies a 9,5 dies per cesàries.

A Catalunya es va estimar que l'estada mitjana per al part vaginal és de 2,89 dies, amb un mínim de 2,41 dies i un màxim de 3,41 dies, i per a les cesàries 5,65 dies, amb un mínim de 3,81 dies i un màxim de 7,49 dies<sup>192</sup>.

### **Objectiu 5. Identificar si hi ha diferències en el nombre de reingressos i nombre de visites a urgències durant la quarantena de la dona o durant el període neonatal del nadó en funció del model assistencial públic o privat.**

Amb els resultats obtinguts no es van observar diferències significatives entre els dos models assistencials ni en el nombre de reingressos, ni en el nombre d'urgències.

Els percentatges de reingressos de les mares tant pel model públic com privat va ser molt baix, trobant un 1,4% i un 0,7% respectivament.

Encara que el nostre estudi no es pot comparar amb altres estudis que investiguen les causes de les readmissions maternes, ja que en el nostre només estaven incloses les gestants de baix i mitjà risc, trobem que la majoria dels estudis<sup>260-262</sup> assenyalen el tipus de part com un dels principals factors que incideixen en la taxa de readmissions, trobant que les dones sotmeses a una cesària i/o un part instrumentat respecte a les que han tingut un part vaginal espontani tenen més risc més alt de patir un reingrés.

De totes maneres, com conclou Clapp<sup>263</sup> en un estudi recent, l'augment de la taxa de cesàries no augmenta la taxa de reingressos, ja que aquesta taxa de reingressos sembla que està més relacionada amb problemes de comorbiditat materna.

El percentatge de reingressos pel nadons també va ser baix, tant pel model públic com privat, presentant una taxa del 4,3% i del 2,9 % respectivament.

Amb els estudis trobats<sup>264,265</sup>, els principals motius identificats pels quals els nadons reingressen coincideixen amb el nostre estudi tractant-se de problemes

infecciosos, alteracions dels nivells de la bilirubina, problemes respiratoris i problemes relacionats amb l'alimentació.

Tampoc no es van observar diferències ( $p= 0,172$ ) entre el model públic i privat en el percentatge de nadons que van acudir a urgències durant el període neonatal, presentant una taxa del 23,7% i del 17,1% respectivament. Els motius de consulta a urgències van ser similars als que es van trobar en l'estudi de Fernández et al.<sup>266</sup> on els diagnòstics més freqüents trobats van ser dubtes de puericultura, còlic del lactant i infecció de les vies respiratòries altes.

### **Objectiu 6. Identificar el grau de satisfacció i fidelitat de les puèrperes a l'alta hospitalària en els 2 grups d'estudi.**

Els resultats del nostre estudi no van mostrar diferències en el grau de satisfacció que van expressar les dones en els dos models assistencials. La mitjana de satisfacció global durant la seva estada a sala de parts i a la planta d'hospitalització va ser, pels dos models, superior a la mitjana de Catalunya situada en un 8,19<sup>182</sup>, trobant pel model públic una mitjana de 9,1 i pel model privat una mitjana de 8,7.

Hem de ressaltar, per les dones del model públic, que encara que el resultat del procés de part no es va correspondre amb el desig que havien expressat a l'ingrés, ja que només un 56,8% havien verbalitzat que volien part amb peridural i al finalitzar el part el resultat va ser que en un 77,6% se'ls hi havia administrat, això no va afectar a la nota de la satisfacció global que van expressar.

En aquest punt és interessant tenir en compte que el canvi de desig que es va produir en el transcurs del part, en un 80,6% dels casos va ser per elecció de la dona i només en un 19,4% dels casos va ser per indicació professional. Aquest fet coincideix amb el treball de de Molina<sup>267</sup>, on va demostrar que encara que no es complissin les expectatives prèvies al part, això no implicava una pitjor valoració de l'hospital, ja que les dones valoren l'atenció rebuda i la professionalitat percebuda dels membres de l'equip, especialment davant

l'aparició de dificultats, i valoren el fet de que les seves opinions es tinguin en compte afavorint el sentiment d'autocontrol en el part.

El mateix va passar quan es va fer valorar a les dones el seu grau de fidelitat en vers a la institució, obtenint pels dos models uns percentatges molt elevats de dones que tornarien als nostres serveis.

Són molts els factors que estan implicats en el moment que una dona pren la decisió de posar una puntuació per expressar el seu grau de satisfacció, i en aquest estudi, encara que les dones del model privat van acabar amb un percentatge molt més elevat de parts d'alta intervenció, això no va afectar a la seva satisfacció. Coincidint amb l'estudi de Goberna et al.<sup>63</sup>, la majoria de les dones del nostre estudi van acceptar la tecnologia aplicada a l'assistència al part i es corrobora amb els resultats trobats en l'estudi de Carquillat<sup>268</sup>, on el tipus de part i altres variables obstètriques només expliquen una baixa proporció de la variació total en les puntuacions globals obtingudes quan es va estudiar l'experiència que expressaven les dones en el part i es fa èmfasi en la importància dels factors subjectius que influeixen en que l'experiència del part sigui més o menys positiva.

No obstant això, trobem nombrosos treballs que identifiquen altres factors que influeixen en la satisfacció de les dones.

En l'estudi de Cooper et al.<sup>269</sup> l'experiència en el part apareix íntimament relacionada amb l'assoliment d'un part espontani, encara que la utilització de les peridurals a dosis baixes que permetin la mobilització, ha fet augmentar la satisfacció en les dones que utilitzen aquest recurs, ja que aquesta tècnica millora la sensació de control del treball de part.

Weeks et al.<sup>270</sup> van identificar la cesària (OR= 1,4), l'alleugeriment del dolor amb mètodes farmacològics (OR= 1,3), la monitorització contínua (OR=1,4), l'episiotomia (OR= 1,4) i la nul·liparitat (OR= 1,3) com aquells factors associats a un nivell més baix de satisfacció. I la major satisfacció es va associar si van poder escollir i estar acompanyades durant el part (OR= 0,49). Les conclusions d'aquest estudi, on afirmen que la satisfacció materna es veu afectada negativament pels procediments obstètrics, no coincideixen amb els nostres resultats, ja que encara que varem tenir un 49,6% de parts d'alta intervenció en



el model públic i un 86,4% en el model privat la satisfacció global va ser, com ja s'ha comentat, molt elevada.

**Objectiu 7 i 8. Conèixer els Grups relacionats per diagnòstic (GRD) obtinguts a l'alta hospitalària i en cas de reingrés de la mare i del nadó relacionats amb el part i amb el naixement. Calcular el cost pels Grups relacionats per diagnòstic (GRD) segons l'aplicació del Sistema de Costos Basat en Activitats (ABC)**

Amb els resultats obtinguts, al classificar els parts a l'alta hospitalària en un grup GRD, es van observar diferències estadísticament significatives entre els dos models. Es va poder observar que la classificació dels 139 parts en el model assistencial públic va quedar englobada en 4 GRD, en canvi pel model assistencial privat la classificació dels 140 parts va quedar englobada en 7 GRD.

Va ser en el model privat, on la distribució del grup de les dones que van acabar en cesària (n= 20) en un grup GRD, va presentar una major variabilitat respecte al model públic. Mentre totes les dones del model públic que van acabar en cesària (n=3) es van classificar en un únic GRD-371, les 20 dones del model privat es van repartir en 3 GRD (371; 651; 370).

En canvi, els dos models assistencials van coincidir en els GRDs que van agrupar les dones amb part vaginal. Resultant que el GRD-373 va presentar el percentatge més elevat pels dos models, 71,2% en la pública i un 65% en la privada, tot seguit del GRD-372 amb un 25,9% en la pública i un 20% en la privada.

Quan es va procedir a associar el cost a cada GRD, només es van trobar diferències significatives entre els dos models pel cost del GRD-373. Mentre la mitjana de cost del part classificat en el GRD-373 estava situada pel model públic en 1.114,5€ (DE= 388,7), el cost pel model privat va ser superior, donant un cost de 1.317,8€ (DE= 369,9).

Altres estudis es corroboren amb els nostres resultats que persisteix una elevada variabilitat intra e inter-GRD. Aquestes diferències en la classificació

del part hospitalari en els grups GRD ens porten a fer la reflexió si un dels sistemes més utilitzats a nivell europeu per a la classificació dels processos hospitalaris es recolza en les variables més adequades.

Un exemple el tenim en l'estudi de González<sup>271</sup> fet entre set comunitats autònomes del territori Espanyol. En aquest es va identificar, segons les dades que va proporcionar l'Institut Català de la Salut, que per aquest territori el GRD-373 va ser el que va presentar menys variabilitat en el cost mitjà associat, adjudicant-li un cost de 1.169,4€ (+/- 54,74). En canvi les dades aportades pel Servei Galleg de Salut, el cost associat a aquest GRD-373 va presentar més variabilitat adjudicant-li un cost per procés de 1.493,41(+/- 308,42).

Un altre estudi, el de Bellanger et al.<sup>272</sup>, emmarcat en onze països europeus, corroboren amb els seus resultats que persisteix variabilitat intra e inter-GRD. Seguint posant com exemple el GRD-373, van trobar una gran diferència de costos entre països europeus. Mentre que per Estonia la mitjana de cost associada va ser de 756 €, a Espanya va ser de 1.170 € i a Suècia de 2.047 €. En aquest estudi es va introduir la renda per càpita del països com una altra possible variable que podria ajudar a explicar aquestes diferències, observant que els països amb rentes per càpita més baixes, la mitjana de preus tendia a ser més baixa respecte als països amb rentes per càpita més elevades.

**Objectiu 9 i 10. Calcular el cost del procés de part hospitalari de les gestants i els seus nadons dels 2 grups d'estudi segons l'aplicació del Sistema de Costos Basat en Activitats (ABC). Calcular el cost final del procés de la dona a la quarantena i del nadó al acabar el període neonatal**

### Costos de la mare

Els resultats del nostre estudi, quan varem voler saber el cost del part segons el tipus de part, van mostrar que pels dos models assistencials, el públic i privat, les dones que van estar sotmeses a cesària van generar el procés més costós amb una mitjana de 2.063,9€ (DE=626,2) i de 2.183,2 (DE=303,0) respectivament, seguit del part instrumentat, el part normal i el de cost més baix va ser per les mares que van tenir un part natural amb una mitjana de cost de

889,9€ (DE=384,8) i 1003,7€ (DE=309,5) . Aquesta distribució de costos es va mantenir al fer el tancament del cost final del part a l'acabar la quarantena.

Quan varem fer la comparativa entre els dos models, només va ser en el cost del part normal on es van trobar diferències ( $p < 0,017$ ).

Cots<sup>273</sup>, en el seu estudi sobre diferències del cost hospitalari del part entre població nacional i immigrant, coincideix amb el nostre quan conclou que la diferència de cost entre cesària i part vaginal es evident, trobant una mitjana de cost de 2.148€ per la cesària i de 936€ pel part vaginal.

### Costos del nadó

En els resultats obtinguts es va observar que només 16 nadons que van néixer a l'Hospital públic i 37 nadons nascuts a la Clínica privada van generar costos després del naixement.

No es van trobar diferències entre els 2 models, públic i privat, i contràriament al que va passar en el cas dels costos de la mare, van ser els nadons nascuts amb part natural els qui van generar una mitjana de costos més elevat, 909,1€ (DE= 850,8) i 1.583,2€ (DE= 80,5) respectivament. I els nadons nascuts per cesària van ser els qui van generar una mitjana de costos menys elevats, 24,4€ (DE= 2,0) i 23,3 (DE= 8,1).

## VI.2. Limitacions de l'estudi

La principal limitació de l'estudi és que s'emmarca en un únic context, el de la Fundació Althaia, amb unes característiques socials i geogràfiques diferents a altres zones de Catalunya que poden condicionar els resultats obtinguts.

Durant la fase de recollida de dades les principals dificultats han estat per problemes amb l'idioma entre les dones del model públic i la pressió assistencial.

Per intentar reduir al màxim les dificultats de comunicació es va demanar la col·laboració d'una medidora cultural per respondre a les variables

sociodemogràfiques i obstètriques i per respondre a la pregunta sobre el grau de satisfacció i fidelitat.

L'estudi s'ha centrat en buscar l'existència o no de variabilitat entre l'assistència pública i privada però no ha aprofundit com el perfil dels professionals que hi han estat implicats influeixen en aquesta variabilitat.

Tampoc no s'han analitzat els motius que van portar a la dona a respondre el seu grau de satisfacció ni en el perquè les dones van anar a parir a l'Hospital o a la Clínica.

En referència al càlcul dels costos, la limitació més important per comparar costos entre hospitals ve determinada per la qualitat intrínseca de la comptabilitat analítica que cada hospital utilitza en la seva gestió, i que sovint és heterogènia entre hospitals.

No s'ha estudiat la qualitat dels registres d'alta, que contenen aquells factors que poden alterar la codificació dels parts en un grup relacionat en el diagnòstic (GRD).

### **VI.3. Aplicabilitat**

El disseny de l' estudi present permet la possibilitat de fer una rèplica a qualsevol altre hospital.

L'aplicabilitat que ens aporta aquest estudi es centra principalment en dos aspectes:

#### *Implicacions a la pràctica assistencial*

L'estudi en profunditat de com es duen a terme les pràctiques obstètriques en l'atenció al part en el model públic i privat ha servit per detectar els punts dèbils i forts que tenen els dos models.

A partir d'aquí els responsables assistencials podran crear estratègies per millorar l'eficiència dels seus processos.

Després dels resultats obtinguts hem de donar a conèixer als professionals implicats com estan desenvolupant la seva pràctica assistencial i si està dintre dels estàndards i recomanacions que l'evidència científica descriu.

L'estudi aporta un punt important que és la creació d'una nova classificació dels parts en funció de si segueixen les recomanacions de les guies de pràctica clínica en l'atenció del part normal identificant 2 grups, el part de baixa i alta intervenció.

#### *Implicacions per la gestió*

L'estudi permet identificar totes aquelles activitats que generen uns costos i determinar el cost real que li costa cada procés a la Institució.

En aquest punt l'aplicabilitat pels dos models pot ser diferent ja que el pagament de la seva activitat ve de fonts diferents.

Pel model públic el seu interès és saber en quin grup GRD s'han catalogat els seus processos ja que el pagament que rep del seu proveïdor, el Servei Català de la Salut, ve donada per aquesta via.

En canvi pel model privat, la identificació dels costos per tipus de part els hi servirà d'ajuda quan hagin de negociar amb les mútues els preus que els hi pagaran.

## ***CAPÍTOL VII. CONCLUSIONS DE L'ESTUDI***

---



## VII. CONCLUSIONS

Els resultats obtinguts ens permeten conèixer la variabilitat en l'atenció al part hospitalari en gestants de baix i mitjà risc segons hagin estat ateses en el model assistencial públic o privat.

En referència a les dues hipòtesis plantejades en l'estudi :

- Es confirma parcialment la primera hipòtesis: *«Les gestants de risc baix i mitjà que escullen el model assistencial públic reben més pràctiques obstètriques basades en l'evidència científica que es recomanen en la Guia de Pràctica Clínica sobre l'atenció al part normal que promou el Sistema de Salut que les gestants de risc baix i mitjà que escullen el model assistencial privat»*. Ja que encara que les dones del model assistencial públic reben en un percentatge superior les pràctiques que l'evidència recomana durant el part, cap dels dos models arriben als estàndards recomanats en la majoria de les pràctiques.
- Es confirma parcialment la segona hipòtesis: *«El part de baixa intervenció contribueix a la reducció del cost del part hospitalari»*. Ja que només és el part de baixa intervenció del model públic que ajuda a disminuir el cost del part hospitalari.

En referència als objectius plantejats:

- Les dones ateses a l'Hospital públic en relació a les ateses a la Clínica privada presenten una mitjana d'edat inferior, uns nivells d'estudis inferiors i una major divergència respecte als països de procedència.
- El percentatge de dones nul·líparas és superior en el model privat.
- Pràcticament totes les dones del model privat expressen en el moment de l'ingrés el desig de tenir un part amb peridural, mentre que en les dones del model públic es produeix una major divergència en el seu desig.



- S' ha observat variabilitat entre onze de les catorze pràctiques obstètriques analitzades.
- Les dones dels dos models assistencials han estat acompanyades durant totes les fases del part per una llevadora.
- Existeix variabilitat en els tipus de part. Les dones del model privat estan sotmeses a més parts instrumentats i a més cesàries que les dones del model públic. El percentatge de parts naturals és superior en el model públic que en el privat.
- La mitjana dels valors obtinguts de pH i Àpgar han estar dintre dels rangs de la normalitat pels dos models assistencials.
- Les dones del model privat han estat sotmeses a un nivell d'intervenció en el part més alt que les dones del model públic.
- Les dones múltiples presenten un percentatge superior de parts de baixa intervenció.
- La mitjana d'estada hospitalària ha estat inferior en el model públic.
- El percentatge de reingressos i de visites a urgències per la mare i pel nadó ha estat baix pels dos models.
- El grau de satisfacció i fidelitat que han expressat les dones ha estat molt alt pels dos models.
- En el model públic s'han identificat 4 GRDs per a la classificació del part a l'alta en front a 7 GRDs utilitzats en el model privat.
- El GRD més utilitzat en els dos models assistencials per la classificació del part vaginal ha estat el GRD- 373 «*part vaginal sense diagnòstic complicat*» i la mitjana de cost associada a aquest GRD-373 ha estat superior al model privat que el públic.

- Pels dos models assistencials el cost de la mare associat al tipus de part correspon de major a menor cost al part amb cesària, part instrumentat, part normal i part natural.
- En un percentatge molt elevat el nadons d'ambós models assistencials no ha generat cap cost extra a l'hospital.
- El cost final a l'acabar la quarantena i el període neonatal no ha variat respecte a l'inici dels períodes.



## ***CAPÍTOL VIII. BIBLIOGRAFIA***

---



## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Goberna TJ. Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2010. Disponible a : <http://www.tdx.cat/TDX-0614110-090718>.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, No. 101, (29 Abr 1986).
3. Institut d'Estadística Catalunya. Indicadors de mortalitat. IDESCAT. 2013 [accés 20 Nov 2015]: 20 Nov 2015. Disponible a: <http://www.idescat.cat/cat/societat/socsalut.html>.
4. Confederación Internacional de Matronas. Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería 2002. Matronas Prof. 2004;5 (15):5-11.
5. Oliver RMI. Plantas y remedios usados tradicionalmente en la asistencia al parto. Matronas Prof. 2000;1:32-41.
6. García MMJ. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. Cul Cuid. 2008; 24 (2 sem): 40-7.
7. Harvey G. Historia de la cirugía. Barcelona: Editorial Iberia; 1942.
8. Carbón D. Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños. Zaragoza: Anubar ediciones; 2000.
9. Rösslin E. Der swangern frauen und hebammen rosgarten. Hegenau: H.Gran; 1513.
10. Rueff J. De conceptu et generatione hominis. Tiguri:C.Froschoverus; 1554.
11. Mercurio G. La commare o riccoglitrice. Ventia:G.B.Ciotti; 1596.
12. Bourgeois L. Observations diverses sur la sterilité, perte de fruit, foecundite, accouchements, et maladies des femmes, et enfants nouveaux naiz. Paris: A. Saugrain; 1609.

13. Martínez MJG, Martínez ACG. Fechas claves para la historia de las matronas en España. *Génesis*. 1998; 38:27-30.
14. Jiménez VR, Martín GM. Las matronas en la historia. Un estudio del siglo XIX. *Rev ROL Enferm*. 1994;187:61-67.
15. Townsend L. Obstetrics though the ages. *Med J Aust*. 1952; 1(17):557-565.
16. Racero JV. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Prof*. 2002; 9:28-35.
17. González NG, Beguristáin U. JA: Historia de la Obstetricia y Ginecología Española. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). 2006;1.
18. Foucault M. Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto. *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta; 1986.
19. Herrera RF. La Casa de Maternidad de Cádiz a finales del siglo XIX. *Híades: Revista de Historia de la Enfermería*. 1998; 5(6):271-283.
20. Vidal GF. De la Caridad Privada a la Beneficencia Pública en España. La Ley General de Beneficencia de 1822. Madrid. *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*. 1987; 1:41-56.
21. Boëtsch G, Rabino-Massa E, Bello S. Accouchements et mortalité maternelle à Hôtel-Dieu de Marseille au milieu du XIXe siècle. *Bulletins et mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*. 1998; 10(3):425-441.
22. Ozanam JAF. Histoire médicale générale et particulière des maladies épidémiques: contagieuses et épizootiques: qui ont régné en Europe depuis les temps les plus reculés jusqu'a nos jours. 2<sup>a</sup> ed. Paris: Chez tous libraires pour le médecine; 1835.
23. Noakes T, Borresen J, Hew-Butler T, Lambert M, Jordaan E. Semmelweis and the aetiology of puerperal sepsis 160 years on: an historical review. *Epidemiol Infect*. 2008; 136(01):1-9.

24. Volcy C. La investigación antigua de la fiebre puerperal: galimatías científico y objeto de reflexión. *Iatreia*. 2012; 25(2):174-184.
25. Miranda CM, Navarrete TL. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Revista chilena de infectología*. 2008; 25(1):54-57.
26. Vivanco-Montes M. Revisión sobre la mortalidad materna en España. Madrid: Hospital Universitario la Paz; 2009.
27. Salazar AM, Martínez MEA, Bernabeu-Mestre J. La salud materno-infantil durante el franquismo: notas bibliométricas sobre el programa «Al servicio de España y del niño español». *Asclepio*. 2007; 59(1):285-314.
28. Ministerio de la Gobernación Dirección General de Sanidad. La Sanidad Infantil y Maternal en España. Madrid: Al servicio de España y del niño Español; 1950.
29. Bosch MJ. El Hospital infantil y maternal en España. Madrid: Ministerio de la Gobernación Dirección General de Sanidad; 1951.
30. Cassasas O. La medicina catalana del segle XX. 1ª ed. Barcelona: Edicions 62; 1970.
31. Mancomunitat de Catalunya. L'obra realitzada: anys 1914-1923. 1ª ed. Barcelona: Palau de la Generalitat; 1923.
32. Casassas O. Miquel A. Fargas i Roca i els nous horitzons. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans; 1999.
33. Carrera MJM. Història de l'obstetrícia i ginecologia catalana. Barcelona: Fundació Uriach 1838; 1998.
34. Generalitat de Catalunya. La Xarxa hospitalària d'utilització pública de Catalunya: història d'una diversitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1994.



35. Redondo RMG. El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
36. Llatjós PR. Cinquanta anys d'experiència personal en l'obstetricia manresana. Gimbernat: revista catalana d'història de la medicina i de la ciència. 1991; 15:169-178.
37. Torras SM. Un Hospital de 750 anys. Hospital de Sant Andreu de Manresa (1260-2010). 1ª ed. Manresa: Zenobita; 2010.
38. Sarret AJ. L'Hospital de Manresa. Butlletí del Sindicat de Metges de Catalunya. 1927; 85:4-12.
39. Guerreo SL. La Clínica Sant Josep. Un compromís amb Manresa (1929-2011). 1ª ed. Manresa: Arxiu històric de les Ciències de la Salut; 2011.
40. Educerc. Mapa del parto en casa. Datos de 2012. Colección observatorio del parto en casa en España; 2014.V.
41. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de hospitalización-CMBD- Registro de altas. Informe resumen 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015: 20/11/2015.
42. Ministerio de Sanidad y Política Social . Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
43. Agencia de Calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Agencia de Calidad del SNS; 2006.
44. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, No.274, (14 Nov 2002).
45. Uranga A, Urman J, Lomuto C, Martínez I, Weisburd MJ, García O, et al. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud; 2004.

46. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE, No.178, (26 Jul 2006).
47. Ley 20/1986, de 14 de mayo, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos. BOE, No. 182, ( 30 Jul 1988).
48. Troyano J, Usandizaga M, Ecurrída M, Valero J, Montalvo J, Martínez-Cortés L. Recomendaciones para la organización de un servicio de obstetricia y ginecología. Madrid: SEGO; 2005:31-40.
49. Whittle MJ. Safer childbirth: minimum standards for the organisation and delivery of care in labour : RCOG; 2007.
50. Séculi E, Brugulat P, Martínez V, Medina A, Juncà S, Martínez D, et al. La planificación de la salud en Cataluña, 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro. Med Clin. 2003;121(Suppl 1):4-9.
51. De la Puente M, Gomáriz R. El Sistema de atención a la salud en Cataluña: Evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de Salud. Catalunya: Departament de Salut & Servei Català de la Salut. 2010;166(1):22.
52. Coordinadora Catalana de Fundacions. Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa. 2015 [actualitzada el 29 d'abril de 2015; accés 02 de febrer de 2016]. Disponible a: <http://www.ccfundacions.cat/fundacions/fundacio-althaia-xarxa-assistencial-de-manresa>.
53. Gould D. Normal labour: a concept analysis. J Adv Nurs. 2000;31(2):418-427.
54. Waldenström U. Normal childbirth and evidence based practice. Women and Birth. 2007; 20(4):175-180.
55. Blázquez M. Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid [tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2009.

56. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal. Una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Ginebra: OMS; 1996.
57. Royal College of Midwives (RCM). Position statement no.4 "normal childbirth". London: RCM; 2004.
58. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) . Intrapartum care: Management and delivery of care to women in labour. London: RCOG Press; 2007.
59. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO; 2007.
60. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
61. Arnau SJ, Martínez RME, Nicolás VMD, Bas PE, Morales LR, Álvarez ML. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. AIBR.Revista de Antropología Iberoamericana. 2012;7(2):225-247.
62. Howell WS. Choosing a birth attendant: The influence of a woman's childbirth definition. Soc Sci Med. 1997; 45(6):925-936.
63. Goberna TJ, Palacio TA, Banús GMR, Linares SS, Salas CD. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matronas Prof.2008; 9(1):5-10.
64. De Molina FI, Sellés EM. El plan de parto a debate:¿ qué sabemos de él? Matronas Prof. 2010; 11(2):53-57.
65. Hidalgo PL. Efectos del plan de parto en los resultados maternos y neonatales en el sector público de salud de Andalucía. [Tesis doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2014. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10396/12090>.

66. Muñoz EG, Collins M. Establishing a volunteer doula program within a nurse-midwifery education program: a winning situation for both clients and students. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60(3):274-277.
67. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2 This version first published online: July 21. 2003 Last assessed as up-to-date: April 18. 2007.
68. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.
69. Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso en sala de partos (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
70. Paranjothy S, Griffiths JD, Broughton HK, Gyte GM, Brown HC, Thomas J. Interventions at caesarean section for reducing the risk of aspiration pneumonitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 5;2:CD004943.
71. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 2007; 106(4):843-863.
72. American College of Nurse-Midwives. Providing oral nutrition to women in labor. *J Midwifery Womens Health*. 2008; 53(3):276-283.
73. Sharts-Hopko NC. Oral intake during labor: a review of the evidence. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010; 35(4):197-203.
74. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.:CD03930. DOI:1002/14651858. CD003930.pub 2.

75. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 ;338:b784.
76. Muñoz SE. Teràpies complementaries i alternatives en l'atenció al part: implantació i ús en els hospitals acreditats per a l'atenció natural al part normal i formació de les llevadores que hi donen assistència. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2013.
77. Jones L. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2012; 5(2):101-102.
78. Odent M. Birth under water. *The Lancet*. 1983; 322:1476-1477.
79. House of Commons Health Committee. Second Report on Maternity Services (Winterton Report). London: Department of Health; 1992.
80. Alfirevic Z, Gould D. Immersion in water during labour and birth. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives-Joint statement No.1; 2006.
81. Benfield RD, Hortobagyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs*. 2010; 12(1):28-36.
82. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.
83. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. *J Midwifery Womens Health*. 2014; 59(3):286-319.
84. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Atención del parto en el agua. *Anales de Pediatría*: Elsevier; 2015.

85. Delgado GBE, Orts CMI, Poveda BA, Caballero PP. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. *Enferm Clin*. 2012; 22(1):35-40.
86. Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H, Neysani L. Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2011; 56(2):137-140.
87. Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015; 41(11):1679-1686.
88. Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Rahimparvar SFV. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Arch Gynecol Obstet*. 2012; 286(1):19-23.
89. Chaitow LDJ. The upper body. Clinical application of neuromuscular techniques. Elsevier Health Sciences. 2008; 2:154-207.
90. Field T. Pregnancy and labor massage. Expert review of obstetrics & gynecology. 2010; 5(2):177-181.
91. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858. CD009290. pub2.
92. Hanjani SM, Tourzani ZM, Shoghi M. The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. *Acta Med Iran*. 2015; 53(8):507-511.
93. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858. CD009514.

94. Martensson L, Wallin G. Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour: A review. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*. 2008; 48(4):369-374.
95. Saxena KN, Nischal H, Batra S. Intracutaneous Injections of Sterile Water over the Sacrum for Labour Analgesia. *Indian J Anaesth*. 2009; 53(2):169-173.
96. Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD009107. DOI: 10.1002/14651858. CD009107.pub2.
- (97) Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007214. DOI: 10.1002/14651858. CD007214. pub2 .
98. Mello LF, Nóbrega LF, Lemos A. Transcutaneous electrical stimulation for pain relief during labor: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2011; 15(3):175-184.
99. Bedwell C, Dowswell T, Neilson JP, Lavender T. The use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour: a review of the evidence. *Midwifery*. 2011; 27(5):141-148.
100. Terré RC. Aplicación de termoterapia en el periné durante el periodo expulsivo de parto normal en relación al cuidado habitual. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
101. Koyyalamudi V, Sidhu G, Cornett EM, Nguyen V, Labrie-Brown C, Fox CJ, et al. New Labor Pain Treatment Options. *Curr Pain Headache Rep*. 2016; 20(2):1-9.
102. Cambic CR, Wong CA. Labour analgesia and obstetric outcomes. *Br J Anaesth*. 2010; 105(1):50-60.

103. Anim-Somuah M, Smyth R, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858. CD000331.pub3.
104. González MJ. Obstetricia. 4ª ed. España: Ed. Científico-Técnico; 1992.
105. Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue10.Art.No.:CD003401.DOI: 10.1002/14651858. CD003401.pub3.
106. Cappiello E, O'Rourke N, Segal S, Tsen LC. A randomized trial of dural puncture epidural technique compared with the standard epidural technique for labor analgesia. *Anesth Analg.* 2008; 107(5):1646-1651.
107. Moore JM. Continuous spinal anesthesia. *Am J Ther.* 2009; 16(4):289-294.
108. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art.No.:CD007396. DOI: 1002/14651858. CD007396.pub2.
109. Schnabel A, Hahn N, Broscheit J, Muellenbach RM, Rieger L, Roewer N, et al. Remifentanyl for labour analgesia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Anaesthesiol.* 2012; 29(4):177-185.
110. Othman M, Jones L, Neilson JP. Non-opioid drugs for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art.No.: CD009223. DOI: 1002/14651858. CD009223.pub2.
111. Likis FE, Andrews JC, Collins MR, Lewis RM, Seroogy JJ, Starr SA, et al. Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. *Anesth Analg.* 2014; 118(1):153-167.
112. Agah J, Baghani R, Safiabadi Tali SH, Tabarraei Y. Effects of continuous use of Entonox in comparison with intermittent method on obstetric outcomes: a randomized clinical trial. *J Pregnancy.* 2014; 2014:245907.



113. King TL, Wong CA. Nitrous oxide for labor pain: is it a laughing matter? *Anesth Analg*. 2014; 118(1):12-14.
114. Su F, Wei X, Chen X, Hu Z, Xu H. Clinical study on efficacy and safety of labor analgesia with inhalation of nitrous oxide in oxygen. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* .2002; 37(10):584-587.
115. Collins MR, Starr SA, Bishop JT, Baysinger CL. Nitrous oxide for labor analgesia: expanding analgesic options for women in the United States. *Rev Obstet Gynecol*. 2012; 5(3-4):126-31.
116. Smyth R, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art.No.: CD006167. DOI: 1002/14651858. CD006167.pub4.
117. Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low- dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art.No.: CD007201. DOI: 1002/14651858. CD007201.pub3.
118. Wei SQ, Luo ZC, Xu H, Fraser WD. The effect of early oxytocin augmentation in labor: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(3):641-649.
119. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006; 108(3):541-548.
120. Simpson KR, James DC. Effects of oxytocin-induced uterine hyperstimulation during labor on fetal oxygen status and fetal heart rate patterns. *Obstet Gynecol*. 2008;199(1):34-39.
121. Hemminki E, Lenck M, Saarikoski S, Henriksson L. Ambulation versus oxytocin in protracted labour: a pilot study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1985; 20(4):199-208.
122. Bailey RE. Intrapartum fetal monitoring. *Am Fam Physician*. 2009; 80(12):1388-1396.

123. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art.No.: CD006066. DOI: 1002/14651858. CD006066.pub3.
124. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art.No.: CD0005122. DOI: 1002/14651858. CD0005122.pub4.
125. Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art.No.: CD000116. DOI: 1002/14651858. CD000116.pub4.
126. Lai CY, Levy V. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. Midwifery. 2002; 18(4):296-303.
127. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. Reprod Health. 2012; 9:16.
128. College of Midwives. The vaginal examination during labour. Is it of benefit or harm? 11th International Conference on Control, Automation, Robotics and Vision (ICARCV 2010): New Zealand ; 2010.
129. Muliira RS, Seshan V, Ramasubramaniam S. Improving vaginal examinations performed by midwives. Sultan Qaboos Univ Med J. 2013; 13(3):442-449.
130. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: A systematic review. Reproductive Health. 2006; 310.
131. Thilagavathy G. Maternal Birthing Position and Outcome of Labor. The Journal of Family Welfare. 2012; 58(1):68-73.

132. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art.No.: CD002006. DOI: 1002/14651858. CD002006.pub3.
133. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int.* 2014; 2014:638093.
134. Api O, Emeksiz Balcin M, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009; 88(3):320-324.
135. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art.No.: CD006067. DOI: 1002/14651858. CD006067.pub2.
136. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art.No.: CD000081. DOI: 1002/14651858. CD000081.pub2.
137. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005; 32(3):219-223.
138. Sánchez CM. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente.* 2012; 97:27-32.
139. Molina RC, Huete MD, Pérez JCS, Ortiz-Albarín MD, Barragán IJ, Ruiz MÁA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* 2011; 54(3):101-108.
140. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005; 293(17):2141-2148.

141. Ballesteros MC, Carrillo GC, Meseguer PM, Canteras JM, Martínez RM. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Lat Am.* 2016;24.
142. Palethorpe RJ, Farrar D, Duley L. Alternative positions for the baby at birth before clamping the umbilical cord. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art.No.: CD007555. DOI: 1002/14651858. CD007555.pub2.
143. Hendrick A, Neher JO, Safranek S. When is the best time to clamp the umbilical cord after routine vaginal delivery? *Clinical Inquiries.* 2011; 60(5):295-296.
144. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal.* 2014; 9(2):303-397.
145. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012.
146. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art.No.: CD005456. DOI: 1002/14651858. CD005456.pub2.
147. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art.No.: CD001808. DOI: 1002/14651858. CD001808.pub2.
148. Su L, Chong Y, Samuel M. Carbetocin for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art.No.: CD005457. DOI: 1002/14651858. CD005457.pub3.

149. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art.No.: CD007412. DOI: 1002/14651858. CD007412.pub4.
150. Gungor S, Teksoz E, Ceyhan T, Kurt E, Goktolga U, Baser I. Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally born infants: a prospective randomised controlled trial. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*. 2005; 45(5):453-456.
151. Modarres NV, Hosseini R, Sarrafi NA, Shafiee G. Effect of oronasopharyngeal suction on arterial oxygen saturation in normal, term infants delivered vaginally: A prospective randomised controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014; 34(5):400-402.
152. Moore E, Anderson G, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane database of systematic Reviews*. 2007;3:1-63.
153. Mori R, Khanna R, Pledge D, Nakayama T. Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International*. 2010; 52(2):161-170.
154. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A, Ransjö-Arvidson A, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later. *Birth*. 2009; 36(2):97-109.
155. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
156. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de

Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.

157. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook. SIGN publication. 2001;50.

158. Rodríguez MIB. Aproximación a la Antropología de la reproducción. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. 2005; 42:1.

159. Maroto NG, García MM, Mateo RI. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gaceta Sanitaria. 2004; 18:13-23.

160. Martin E. The Woman in the body :a cultural analysis of reproduction. Boston: Beacon Press; 1993.

161. Sánchez JA, Roche MEM, Viguera MDN, Peña EB, López RM, Munárriz LÁ. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana. 2012; 7(2):225-247.

162. Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. Medicina naturista. 2006; (10):120-132.

163. Biurrún GA, Goberna TJ. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. Matronas Prof. 2013; 14(2):62-66.

164. Muñoz RMN. Competencias profesionales de la matrona en la atención al parto normal: estudio descriptivo de sus percepciones en la Región de Murcia. Proyecto de investigación: 2014.

165. Davins J MR. Mejora continua de la calidad. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

166. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund. 1966; 44(3):166-206.

167. Net A, Suñol R. La calidad de la Atención. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: 68-78.

168. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Quality assurance in ambulatory care : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1990.

169. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). *Control de calidad asistencial*. 1991;6(1):1-6.

170. Comas NG, Tricas JG. Components of Care Quality during normal hospital delivery: bibliographic revision/Los Componentes de la Calidad Asistencial en el parto normal hospitalario: revisión bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFPI* .2012;1(3):205-210.

171. Iñiguez L, Monreal P, Sanz J, del Valle A, Fusté J. Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Catalunya. *Forum: Qualitative Social Research*. 2009; 10(2):34.

172. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art.No.: CD004667. DOI: 1002/14651858. CD004667.pub2.

173. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Li M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:25.

174. Kennedy HP, Grant J, Walton C, Shaw-Battista J, Sandall J. Normalizing birth in England: a qualitative study. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55(3):262-269.

175. Klein MC, Liston R, Fraser WD, Baradaran N, Hearps SJ, Tomkinson J, et al. Attitudes of the new generation of Canadian obstetricians: how do they differ from their predecessors? *Birth*. 2011; 38(2):129-139.

176. Martin CH, Fleming V. The birth satisfaction scale. *Int J Health Care Qual Assur*. 2011; 24(2):124-135.

177. Avorti GS, Beke A, Abekah-Nkrumah G. Predictors of satisfaction with child birth services in public hospitals in Ghana. *Int J Health Care Qual Assur.* 2011; 24(3):223-237.
178. Hildingsson I, Karlström A, Nystedt A. Women's experiences of induction of labour—Findings from a Swedish regional study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2011; 51(2):151-157.
179. Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol.* 2011; 28(5):383-388.
180. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.* 2008; 37(1):24-34.
181. Goberna TJ, Banús GMR, Palacio TA, Linares SS. Satisfaction with pregnancy and birth services: the quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery.* 2011; 27(6):231-237.
182. Generalitat de Catalunya. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Estudi de qualitat de servei i satisfacció de l'embaràs part puerperi (PLAENSA). Gencat; 2013.
183. Wieggers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth.* 2009; 9(1):1.
184. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000: Organización Mundial de la Salud; 1981.
185. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia : SEGO; 1999.
186. Zurita GB. Simposio: Evaluación de la Calidad. *Anales de la Facultad de Medicina.* 1997; 58(19):62-63.



187. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

188. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit hospitalari. Dades 2014. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.

189. Instituto de Información Sanitaria. Análisis de los sistemas de contabilidad analítica en hospitales del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ; 2016.

190. Yetano LJ, López AG. Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el diagnóstico (AP-GRD v.25.0). 5ª ed. Vitoria: Osakidetza; 2010.

191. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema de Salud. CMBD. Norma Estatal. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ; 2016.

192. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya. 1ª ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2008.

193. Bellanger MM, Or Z. What can we learn from a cross-country comparison of the costs of child delivery? Health Econ. 2008; 2(17):47-57.

194. Comas M, Català L, Sala M, Payà A, Del Almo, E et al. Análisis descriptivo de los costos de atención médica del parto en una zona con altos niveles de inmigración en España. BMC Health Serv Res. 2011:11-77.

195. Campbell OM. ¿ En qué consisten las políticas de salud materna de los países en desarrollo y quién las conduce? Una revisión del último medio siglo. London: School of Hygiene and Tropical Medicine; 2001.

196. Escuriet PR, Goberna TJ, Pueyo SMJ, Garriga CN, Úbeda BI, Caja LC, et al. Impact of maternity care policy in Catalonia: a retrospective cross-sectional

study of service delivery in public and private hospitals. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015; 15(1):1.

197. Escuriet R, Pueyo MJ, Perez BM, Espada X, Salgado I, Gómez A, et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: Is the practice of routine episiotomy changing? *BMC health services research*. 2015; 15(1):1.

198. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Colls C, Espiga I, White J, et al. Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14(1):1.

199. Mazzone A, Althabe F, Gutierrez L, Gibbons L, Liu NH, Bonotti AM, et al. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016; 16(1):1.

200. Shorten B, Shorten A. Impact of private health insurance incentives on obstetric outcomes in NSW hospitals. *Australian Health Review*. 2004; 27(1):27-38.

201. Lutomski JE, Murphy M, Devane D, Meaney S, Greene RA. Private health care coverage and increased risk of obstetric intervention. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14(1):1.

202. Roberts CL, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *BMJ*. 2000;321(7254):137-141.

203. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open*. 2012; 2(5):10

204. Alcaide AR. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*. 2015;(18):13-26.

205. Escuriet PR. Modelos de organización de los servicios de atención al parto: efecto sobre la provisión de servicios y los resultados.[Tesis doctoral].Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/319718>.

206. Institut d'estadística de Catalunya. IDESCAT. Estadística de naixements. 2015 [actualitzada 12 de maig de 2015; accés 17 d'octubre de 2016]. Disponible a : <http://www.idescat.cat/cat/societat/socsalut.html>.

207. Agència de Salut Pública de Catalunya. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. 2014 [actualitzada 10 de març de 2014; accés 20 d'octubre de 2016].Disponible: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/vigilancia\\_salut\\_publica/monitoratge\\_perinatal/](http://salutpublica.gencat.cat/ca/vigilancia_salut_publica/monitoratge_perinatal/).

208. Oakley L, Penn N, Papi M, Oteng-Ntim E, Doyle P. Risk of Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes by Maternal Age: Quantifying Individual and Population Level Risk Using Routine UK Maternity Data. PloS one. 2016; 11(10):e0164462.

209. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: evidence from a large contemporary cohort. PloS one. 2013; 8(2):e56583.

210. Carolan M, Frankowska D. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. Midwifery. 2011; 27(6):793-801.

211. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. Hum Reprod. 2000; 15(11):2433-2437.

212. García NG. Plan de parto: Nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios. MUSAS.Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. 2016; 1(2):35-51.

213. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Klufftinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2013; 35(11):979-985.

214. Brauer S. Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2016; 19(1):45-54.
215. Whitford HM, Entwistle VA, Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, et al. Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland. *Birth*. 2014; 41(3):283-289.
216. Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2010; 1(1):21-26.
217. Le Ray C, Goffinet F, Palot M, Garel M, Blondel B. Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. *Birth*. 2008; 35(3):171-178.
218. Heinze S, Sleigh MJ. Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2003; 21(4):323-333.
219. Biedma VL, García DJ, Serrano RR. Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2010; 17(1):3-15.
220. Alberola GC, Gómez MM, Rodríguez HM. Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? *Matronas Prof*. 2005; 6(3):23-29.
221. Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010; 109(3):198-200.
222. Sydsjo G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjorn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:115-015-0548-6.

223. Sperling JD, Dahlke JD, Sibai BM. Restriction of oral intake during labor: whither are we bound? *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214(5):592-596.

224. McQuaid HE, Leffert LR, Bateman BT. Oral intake during labor: an alternative interpretation of recent data. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(5):672.

225. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2015 [actualizada 6 de marzo de 2015; acceso 4 de octubre de 2016]; Disponible en: [www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf).

226. Kpea L, Bonnet MP, Le Ray C, Prunet C, Ducloy-Bouthors AS, Blondel B. Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. *Anesth Analg.* 2015 Sep; 121(3):759-766.

227. Lindholm A, Hildingsson I. Women's preferences and received pain relief in childbirth - A prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sex Reprod Healthc.* 2015 Jun; 6(2):74-81.

228. Newnham EC, McKellar LV, Pincombe JI. Paradox of the institution: findings from a hospital labour ward ethnography. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1):2-016-1193-4.

229. Gu V, Feeley N, Gold I, Hayton B, Robins S, Mackinnon A, et al. Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. *Birth.* 2016; 43(1):28-35.

230. Iglesias CS, Conde GM, González SS. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof.* 2009; 10(2):5-11.

231. Liston R, Sawchuck D, Young D, Brassard N, Campbell K, Davies G, et al. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2007; 29(9):S3-S4.

232. Tillett J. Intermittent auscultation of the fetal heartbeat: can nurses change the culture of technology? *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007; 21(2):80-82.
233. Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May 31;14:184-2393-14-184.
234. Paterno MT, McElroy K, Regan M. Electronic Fetal Monitoring and Cesarean Birth: A Scoping Review. *Birth*. 2016; 43(4):277-284.
235. Gottvall K, Allebeck P, Ekeus C. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007; 114(10):1266-1272.
236. da Silva F, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012; 21(15-16):2209-2218.
237. Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017; 208:46-54.
238. Rengel DC. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Prof*. 2011; 12(3):82-89.
239. Velázquez VV. Situación actual, académica y práctica de la controvertida maniobra de Kristeller en Sevilla. Andalucía, la región con menos enfermería de España :5. *Hygia de enfermería*. 2014; 85:5-14.
240. Carmo LM, Pereira AP, Domingues RM, Theme FMM, Dias MA, Nakamura PM, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(1):1-16.
241. Althabe F, Belizan JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*. 2002; 324(7343):945-946.

242. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Schindler P, Burgos RY, et al. Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery*.2016; 40:218-225.
243. Committee Opinion No. 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(1):5-10.
244. De Paco C, Herrera J, Garcia C, Corbalan S, Arteaga A, Pertegal M, et al. Effects of delayed cord clamping on the third stage of labour, maternal haematological parameters and acid-base status in fetuses at term. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 207:153-156.
245. Cabrera S. Hemorragia posparto. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2010; 56(1):24-32.
246. Thilaganathan B, Cutner A, Latimer J, Beard R. Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1993; 48(1):19-22.
247. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, et al. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2009; 31(10):980-993.
248. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art.No.: CD007412. DOI: 1002/14651858. CD007412.pub4.
249. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage : World Health Organization; 2012.
250. Grupo de Trabajo Técnico. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS-Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996.

251. Einarsdottir K, Haggard FA, Stock S, Gunnell AS, Stanley FJ. Assisted vaginal deliveries in mothers admitted as public or private patients in Western Australia. *PLoS One*. 2013; 8(4):e61699.
252. Einarsdottir K, Stock S, Haggard F, Hammond G, Langridge AT, Preen DB, et al. Neonatal complications in public and private patients: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2013; 3(5):10.1136/bmjopen-2013-002786.
253. Kilci H, Coban A. The Correlation Between Breastfeeding Success in the Early Postpartum Period and the Perception of Self-Efficacy in Breastfeeding and Breast Problems in the Late Postpartum. *Breastfeed Med*. 2016; 11:188-195.
254. Sharma A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. *Afr Health Sci*. 2016; 16(3):790-797.
255. Iravani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015; 20(3):293-303.
256. Escuriet R, White J, Beeckman K, Frith L, Leon-Larios F, Loytved C, et al. Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. *BMC health services research*. 2015; 15(1):491.
257. Benitz WE, Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics*. 2015; 135(5):948-953.
258. Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(3):758-763.
259. Campbell OM, Cegolon L, Macleod D, Benova L. Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries: Compilation of Reported Data and a Cross-sectional



Analysis from Nationally Representative Surveys. *PLoS Med.* 2016; 13(3):e1001972.

260. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol.* 2005; 105(4):836-842.

261. Ophir E, Strulov A, Solt I, Michlin R, Buryanov I, Bornstein J. Delivery mode and maternal rehospitalization. *Arch Gynecol Obstet.* 2008; 277(5):401-404.

262. Ade CJ, Alabi O. Maternal post natal hospital readmission-trends and association with mode of delivery. *Ir Med J.* 2011; 104(1):17-20.

263. Clapp MA, Robinson JN, Little SE. The relationship between the rising cesarean delivery and postpartum readmission rates. *J Perinatol.* 2017; 37(4):355-359.

264. Ellberg L, Hogberg U, Lundman B, Kallen K, Hakansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatr.* 2008; 97(5):579-583.

265. Young PC, Korgenski K, Buchi KF. Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics.* 2013; 131(5):e1538-44.

266. Fernández RC, Trenchs SV, Curcoy BAI, Lasuen ON, Luaces CC. Asistencia a neonatos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico terciario. *An Pediatr.* 2006; 65(2):123-128.

267. De Molina FMI. Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/306265>.

268. Carquillat P, Boulvain M, Guittier M. How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery.* 2016; 43:21-28.

269. Cooper GM, MacArthur C, Wilson MJ, Moore PA, Shennan A, COMET Study Group UK. Satisfaction, control and pain relief: short- and long-term assessments in a randomised controlled trial of low-dose and traditional epidurals and a non-epidural comparison group. *Int J Obstet Anesth.* 2010; 19(1):31-37.
270. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Womens Health.* 2016 ; 62(1):135-136.
271. González Chordá VM, Maciá Soler M. Grupos de pacientes Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en los hospitales generales españoles: variabilidad en la estancia media y el coste medio por proceso. *Enferm. glob.* 2011;10(24).
272. Bellanger MM, Quentin W, Tan SS. Childbirth and Diagnosis Related Groups (DRGs): patient classification and hospital reimbursement in 11 European countries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2013; 168(1):12-19.
273. Cots F, Castells X. Diferencias del coste hospitalario del parto entre población nacional e inmigrante. Barcelona: Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica, Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del IMAS; 2006. Disponible en: <http://www.imasbcn.com/imas/IMAS%202006.pdf>.



## ***CAPÍTOL IX. DIFUSIÓ DE LA INVESTIGACIÓ***

---



## IX. DIFUSIÓ DE LA INVESTIGACIÓ

Durant l'elaboració de la present investigació s'ha realitzat un article de revisió i s'ha assistit a congressos científics per difondre una part dels resultats.

### Publicació

Comas NG, Tricas JG. Components of Care Quality during normal delivery: bibliographic revision/Los componentes de la Calidad Asistencial en el parto normal hospitalario: revisión bibliográfica. Revista de Enfermagem da UFPI 2012; 1(3):205-2010.

### Congressos científics

**I Congreso Internacional "Género, Ética y cuidado"**. Barcelona, 22 a 24 de mayo de 2014.

*Garriga N. Atención y Humanización al nacimiento: Asistencia pública/ privada.*  
Ponencia.

**2<sup>nd</sup> European Congress Intrapartum Care. Making Birth Safer.** Porto, May 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup>, 2015.

*Garriga N, Arnau A, Montesinos J, Escuriet R. Variability in normal delivery care center by place of birth: public or private hospital.* Comunicació oral.



## ***CAPÍTO X. ÍNDEX DE TAULES***

---





## X. ÍNDEX DE TAULES

<b>TAULA 1.</b> CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES I OBSTÈTRIQUES DE LA MOSTRA .....	133
<b>TAULA 2.</b> EDAT DE LES DONES DELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	135
<b>TAULA 3.</b> PAÍS DE PROCEDÈNCIA ENTRE LES DONES DELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	137
<b>TAULA 4.</b> ACOMPANYAMENT PER UNA LLEVADORA DURANT LES FASES DEL PART ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	139
<b>TAULA 5.</b> INGESTA DE LÍQUIDS DURANT LES DIFERENTS FASES DEL PART ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	140
<b>TAULA 6.</b> MANEIG DEL DOLOR AMB MÈTODES NO FARMACOLÒGICS ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	142
<b>TAULA 7.</b> ÚS D'ANESTÈSIA ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	144
<b>TAULA 8.</b> DIFERÈNCIES EN EL TIPUS D'AMNIORREXIS ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	145
<b>TAULA 9.</b> NÚMERO DE TACTES VAGINALS ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	145
<b>TAULA 10.</b> UTILITZACIÓ D'OXITOCINA EN LA DILATACIÓ I EXPULSIU ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	146
<b>TAULA 11.</b> MONITORITZACIÓ DURANT LES DIFERENTS FASES DEL PART ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	149
<b>TAULA 12.</b> REALITZACIÓ DE LA MANIOBRA DE KRISTELLER ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	151
<b>TAULA 13.</b> REALITZACIÓ D'EPISIOTOMIA SEGONS ELS PARTS PREVIS I MODEL ASSISTENCIAL .....	153
<b>TAULA 14.</b> MOMENT DEL PINÇAMENT DEL CORDÓ UMBILICAL ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	154
<b>TAULA 15.</b> TIPUS DE DESLLIURAMENT ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	154
<b>TAULA 16.</b> MODELS DE REGRESSIÓ LOGÍSTICA UNIVARIANTS I MULTIVARIANTS PER A LES PRÀCTIQUES OBSTÈTRIQUES SEGONS MODEL ASSISTENCIAL. ODDS RATIO (OR) CRUES I AJUSTADES I INTERVALS DE CONFIANÇA DEL 95% .....	155
<b>TAULA 17.</b> TEMPS DE DILATACIÓ I EXPULSIU SEGONS PARTS PREVIS ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	157
<b>TAULA 18.</b> MODELS DE REGRESSIÓ LINEAL UNIVARIANTS I MULTIVARIANTS PEL TEMPS DE DILATACIÓ I DE L'EXPULSIU SEGONS MODEL ASSISTENCIAL. COEFICIENTS B CRUS I AJUSTATS I INTERVALS DE CONFIANÇA DEL 95% .....	158
<b>TAULA 19.</b> MOTIUS DE LA CESÀRIA ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	162
<b>TAULA 20.</b> LESIONS DEL PERINEU QUE PATEIXEN LES DONES ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS .....	162
<b>TAULA 21.</b> MODELS DE REGRESSIÓ MULTINOMIALS NIVARIANTS I MULTIVARIANTS PER TIPUS DE PART SEGONS MODEL ASSISTENCIAL. RELATIVE-RISK RATIOS (RRR) CRUS I AJUSTATS I INTERVALS DE CONFIANÇA DEL 95% .....	164
<b>TAULA 22.</b> DESTÍ DE LES MARES DESPRÉS DEL PART SEGONS EL MODEL ASSISTENCIAL .....	165
<b>TAULA 23.</b> PH NEONATALS EN SANG DE CORDÓ OBTINGUTS AL NÉIXER SEGONS MODEL ASSISTENCIAL .....	166

<b>TAULA 24.</b> ASPIRACIÓ OROFARÍNGIA I NASOFARÍNGIA QUE PATEIXEN ELS NADONS AL NÉIXER SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	166
<b>TAULA 25.</b> CONTACTE PELL A PELL A LA SALA DE PARTS SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	167
<b>TAULA 26.</b> DESTÍ DEL NOUNAT SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	168
<b>TAULA 27.</b> NIVELLS D'INTERVENCIÓ SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	169
<b>TAULA 28.</b> NIVELLS D'INTERVENCIÓ I TIPUS DE PART SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	170
<b>TAULA 29.</b> NIVELLS D'INTERVENCIÓ I PARTS PREVIS SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	170
<b>TAULA 30.</b> MODELS DE REGRESSIÓ LOGÍSTICA UNIVARIANTS I MULTIVARIANTS PEL NIVELL D'INTERVENCIÓ. <i>ODDS RATIO</i> (OR) CRUES I AJUSTADES I INTERVALS DE CONFIANÇA DEL 95%.....	171
<b>TAULA 31.</b> DIES ESTADA HOSPITALÀRIA SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	171
<b>TAULA 32.</b> DIES ESTADA HOSPITALÀRIA SEGONS TIPUS DE PART I MODEL ASSISTENCIAL.....	172
<b>TAULA 33.</b> DIES ESTADA HOSPITALÀRIA SEGONS PARTS PREVIS I MODEL ASSISTENCIAL.....	173
<b>TAULA 34.</b> TIPUS DE LACTÀNCIA A L'ALTA SEGONS TIPUS DE PART I MODEL ASSISTENCIAL.....	174
<b>TAULA 35.</b> TIPUS DE LACTÀNCIA A L'ALTA SEGONS PARTS PREVIS I MODEL ASSISTENCIAL.....	175
<b>TAULA 36.</b> MODELS DE REGRESSIÓ MULTINOMIALS UNIVARIANTS I MULTIVARIANTS PEL TIPUS DE LACTÀNCIA A L'ALTA. <i>RELATIVE-RISK RATIOS</i> (RRR) CRUS I AJUSTATS I INTERVALS DE CONFIANÇA DEL 95%.....	176
<b>TAULA 37.</b> TIPUS D'ALTA SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	176
<b>TAULA 38.</b> RELACIÓ ENTRE EL TIPUS D'ALTA I EL TIPUS DE PART A L'HOSPITAL PÚBLIC.....	177
<b>TAULA 39.</b> TIPUS D'ALTA SEGONS PARTS PREVIS A L'HOSPITAL PÚBLIC.....	177
<b>TAULA 40.</b> GRAU DE SATISFACCIÓ I FIDELITAT SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	178
<b>TAULA 41.</b> CLASSIFICACIÓ DE L'ALTA DE LA PUÈRPERA EN UN GRUP GRD.....	180
<b>TAULA 42.</b> CLASSIFICACIÓ DE L'ALTA DEL NADÓ EN UN GRUP GRD.....	181
<b>TAULA 43.</b> CODIFICACIÓ GRD DELS REINGRESSOS DE LES DONES SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	182
<b>TAULA 44.</b> MOTIUS DELS REINGRESSOS DE LA DONA DURANT LA QUARANTENA.....	182
<b>TAULA 45.</b> MOTIU DE CONSULTA DE LES URGÈNCIES DE LES DONES.....	183
<b>TAULA 46.</b> MODEL DE REGRESSIÓ LOGÍSTICA UNIVARIANTS I MULTIVARIANTS PER LES VISITES A URGÈNCIES QUE FAN LES DONES DURANT EL PUERPERI SEGONS EL MODEL ASSISTENCIAL. <i>ODDS RATIO</i> (OR) CRUES I AJUSTADES I INTERVALS DE CONFIANÇA DEL 95%. .....	185
<b>TAULA 47.</b> GRD DELS NADONS QUE VAN REINGRESSAR SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	186
<b>TAULA 48.</b> MOTIUS DELS REINGRESSOS DELS NADONS.....	186
<b>TAULA 49.</b> MOTIUS DE LES URGÈNCIES DELS NADONS.....	187
<b>TAULA 50.</b> MODEL DE REGRESSIÓ LOGÍSTICA UNIVARIANTS I MULTIVARIANTS PER LES VISITES A URGÈNCIES QUE FAN ELS NADONS DURANT EL PERÍODE NEONATAL SEGONS EL MODEL ASSISTENCIAL. <i>ODDS RATIO</i> (OR) CRUES I AJUSTADES I INTERVALS DE CONFIANÇA DEL 95%. .....	188
<b>TAULA 51.</b> COST ABC PART HOSPITALARI DE LA MARE SEGONS CLASSIFICACIÓ GRD.....	192
<b>TAULA 52.</b> COST ABC PART HOSPITALARI DEL NADÓ SEGONS CLASSIFICACIÓ GRD.....	195

<b>TAULA 53.</b> COST ABC PART HOSPITALARI MARE SEGONS TIPUS DE PART.....	198
<b>TAULA 54.</b> COST ABC PART HOSPITALARI NADÓ SEGONS TIPUS DE PART .....	201
<b>TAULA 55.</b> COST ABC FINAL PART HOSPITALARI MARE+ SEGUIMENT FINS LA QUARANTENA SEGONS TIPUS DE PART.....	203
<b>TAULA 56.</b> COST ABC FINAL PART HOSPITALARI NADÓ + SEGUIMENT DURANT EL SEU PERÍODE NEONATAL SEGONS TIPUS DE PART.....	205
<b>TAULA 57.</b> COST PART SEGONS CLASSIFICACIÓ PART DE BAIXA O ALTA INTERVENCIÓ .....	208



## ***CAPÍTOL XI. ÍNDEX DE FIGURES***

---



## XI. ÍNDEX FIGURES

<b>FIGURA 1.</b> POSICIÓ QUE ADOPTEN LES DONES EN L'EXPULSIU ENTRE ELS 2 MODELS ASSISTENCIALS...	151
<b>FIGURA 2.</b> RELACIÓ DE L'EPISIOTOMIA AMB LA PARITAT ( NUL·LÍPARES/ MULTÍPARES).....	152
<b>FIGURA 3.</b> TIPUS DE PART SEGONS MODEL ASSISTENCIAL .....	159
<b>FIGURA 4.</b> TIPUS DE PARTS AGRUPATS SEGONS MODELS ASSISTENCIALS .....	160
<b>FIGURA 5.</b> TIPUS DE PART EN NUL·LÍPARES SEGONS MODEL ASSISTENCIAL .....	161
<b>FIGURA 6.</b> TIPUS DE PART EN MULTÍPARES SEGONS MODEL ASSISTENCIAL.....	161
<b>FIGURA 7.</b> TIPUS DE LESIONS AL PERINEU QUE VAN PATIR LES DONES SEGONS EL MODEL ASSISTENCIAL .....	163





## ***CAPÍTOL XII. ANNEXES***

---



## XII. ANNEXES

## Annex 1. Taula per la classificació del risc durant l'embaràs

Risc baix	Indicadors de risc mitjà	Indicadors de risc alt	Indicadors de risc molt alt
Embaràs en el qual no es pot demostrar cap dels factors de risc que es busquen sistemàticament	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalies pelvianes</li> <li>• Estatura baixa</li> <li>• Gestació en dones de menys de 17 anys</li> <li>• Gestació en dones de més de 38 anys</li> <li>• Obesitat</li> <li>• Gestant Rh negativa</li> <li>• Fumadora habitual</li> <li>• Condicions socioeconòmiques desfavorables</li> <li>• Esterilitat prèvia</li> <li>• Gran multiparitat</li> <li>• Període intergenèsic inferior a 12 mesos</li> <li>• Risc laboral</li> <li>• Risc de malalties de transmissió sexual</li> <li>• Control insuficient de la gestació</li> <li>• Embaràs no desitjat</li> <li>• Metrorràgies durant el primer trimestre</li> <li>• Cardiopaties grau 1</li> <li>• Increment excessiu o insuficients de pes</li> <li>• Infecció urinària baixa o bacteriúria asimptomàtica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anèmia greu</li> <li>• Bessons</li> <li>• Història obstètrica desfavorable</li> <li>• Cirurgia uterina prèvia</li> <li>• Cardiopatia 2</li> <li>• Endocrinopatia</li> <li>• Diabetis gestacional</li> <li>• Sospita de malformació fetal</li> <li>• Obesitat mòrbida</li> <li>• Preeclàmpsia lleu</li> <li>• Infecció materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestació múltiple</li> <li>• Malformació uterina</li> <li>• Mort perinatal recurrent</li> <li>• Patologia associada greu</li> <li>• Drogoaddicció/Alcoholisme</li> <li>• Isoimmunització</li> <li>• Cardiopatia 3 i 4</li> <li>• Diabetis 1 i 2</li> <li>• Incompetència cervical uterina</li> <li>• Malformació fetal confirmada</li> <li>• Creixement intrauterí retardat</li> <li>• Placenta prèvia</li> <li>• Preeclàmpsia greu</li> <li>• Amenaça de part prematur</li> <li>• Trencament de membranes en el preterme</li> </ul>

**Nota:**

Quan coincideixin dos factors de risc de grups diferents s'han de catalogar en el grup més alt. En el cas que coincideixin més de dos factors d'un mateix grup s'han de catalogar en el grup immediatament superior.

**Font:** " Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (2a ed. rev. 2005)"

## Annex 2. Llistats d'indicadors recomanables per avaluar la qualitat assistencial a les maternitats hospitalàries

**Tabla 8.1. Indicadores de calidad de las MM.HH.**

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la MH. Global	1. Porcentaje de partos sin intervención	$[a) / b)] * 100$ a) Número de partos sin intervención (partos normales). b) Total de partos (partos vaginales + cesáreas).
	2. Porcentaje de partos instrumentales	$[a) / b)] * 100$ a) Número de partos vaginales instrumentales. b) Total de partos vaginales.
	3. Porcentaje de partos con más de 18 horas de duración	$[a) / b)] * 100$ a) Número de partos vaginales $\geq 18$ horas de duración. b) Total de partos.
	4. Porcentaje de cesáreas	$[a) / b)] * 100$ a) Número de cesáreas. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
	5. Porcentaje de cesáreas programadas	$[a) / b)] * 100$ a) Número de cesáreas programadas. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).

6. Porcentaje de cesáreas urgentes	$[a] / b] * 100$ a) Número de cesáreas urgentes. b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
7. Porcentaje de partos vaginales tras cesárea	$[a] / b] * 100$ a) Número de partos vaginales con una cesárea previa. b) Total de partos (vaginales + cesáreas) con una cesárea previa.
8. Porcentaje de episiotomías	$[a] / b] * 100$ a) Número de episiotomías. b) Total de partos vaginales.
9. Porcentaje de desgarros de III y IV grado	$[a] / b] * 100$ a) Número de desgarros de III y IV grado. b) Total de partos vaginales.
10. Porcentaje de anestesia / analgesia epidural	$[a] / b] * 100$ a) Número de usuarias con anestesia / analgesia epidural. b) Total de partos vaginales.
11. Porcentaje de hemorragia primaria posparto	$[a] / b] * 100$ a) Número de usuarias con hemorragia tras parto vaginal. b) Total de partos vaginales.
12. Porcentaje de ingresos en UCC	$[a] / b] * 100$ a) Número de usuarias ingresadas en una UCC (propia o derivada a otros centros). b) Total de partos (vaginales + cesáreas).
13. Porcentaje de ingresos en unidad de neonatología	$[a] / b] * 100$ a) Número de RN ingresados en una unidad de neonatología (propia o derivado a otros centros). b) Total de RN.
14. Porcentaje de lesiones neonatales obstétricas	$[a] / b] * 100$ a) Número de RN con lesiones neonatales obstétricas (p.ej.: parálisis de Erb). b) Total de RN.
15. Porcentaje de encefalopatía neonatal	$[a] / b] * 100$ a) Número de RN con encefalopatía neonatal. b) Total de RN.

		$[a] / b] * 100.000$
	16. Tasa de mortalidad materna por causas obstétricas	a) Número de muertes maternas por causa obstétrica directa (véase definición en anexo 10). b) Total de partos (vaginales + cesáreas). Nota: este indicador debe obtenerse mediante auditoría de todas las muertes maternas.
		$[a] / b] * 1.000$
	17. Tasa de mortalidad perinatal	a) Número de muertes perinatales (véase definición en anexo 10). b) Total de RN.
		$[a] / b] * 1.000$
	18. Tasa de mortalidad perinatal intraparto	a) Número de muertes perinatales intraparto. b) Total de RN.
		$[a] / b] * 1.000$
	19. Tasa de lactancia al alta	a) Número de RN con lactancia materna al alta. b) Total de RN.
	20.1. Estancia media ajustada por casuística	EMAC = Sumatorio (GRD a GRD) (Altas E* EMU) / Total de Altas E
	20.2. Estancia media ajustada por el funcionamiento	EMAF = Sumatorio (GRD a GRD...) (Altas U* EME) / Total Altas U
		$[a] / b] * 1.000$
	20.3. Porcentaje de reingresos	a) Número de altas hospitalarias con reingresos. b) Total de altas por esa causa del período.
		$[a] / b] * 1.000$
20. Eficiencia y calidad científico-técnica de la MH. Hospitalización Convencional.	20.4. Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	a) Número de altas hospitalarias con reingresos. b) Total de altas por esa causa del período.
		$[a] / b] * 100$
	20.5. Tasa de infección hospitalaria	a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año. b) Total de altas en ese año.
		$[a] / b] * 100$
	20.6. Tasa de reacciones transfusionales	a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año. b) Total de altas en ese año.
		$[a] / b] * 100$
	20.7. Tasa de mortalidad intrahospitalaria global	a) Número de altas hospitalarias por fallecimiento, total y para cada uno de los procesos seleccionados. b) Total de altas.

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
21. Calidad percibida por la usuaria de la MH	21.1. Índice de satisfacción.	$[a) / b)] * 100$ <p>a) Encuestadas que han sido atendidas en el último año en la MH que declaran haber recibido una atención buena o muy buena.</p> <p>b) Encuestadas que han utilizado dichos servicios en el último año.</p>

Font: "Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones"



### Annex 3. Nivells d'evidència i resum de les recomanacions segons la classificació SIGN de les pràctiques clíniques en l'atenció al Part Normal de la GPC ( Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal)

Nivells d'evidència científica	
1++	Metanàlisis d'alta qualitat, revisions sistemàtiques d'assaigs clínics d'alta qualitat amb molt poc risc de biaix.
1+	Metanàlisis ben realitzades, revisions sistemàtiques d'assaigs clínics o assaigs clínics ben realitzats amb poc risc de biaix.
1	Metanàlisis, revisions sistemàtiques d'assaigs clínics o assaigs clínics amb alt risc de biaix.
2++	Revisions sistemàtiques d'alta qualitat d'estudis de cohorts o de casos i controls. Estudis de cohorts o de casos i controls amb risc molt baix de biaix i amb alta probabilitat d'establir una relació casual.
2+	Estudis de cohorts o de casos i controls ben realitzats amb baix risc de biaix i amb una moderada probabilitat d'establir una relació casual.
2	Estudis de cohorts o de casos i controls amb alt risc de biaix i risc significatiu que la relació no sigui casual.
3	Estudis no analítics, com informes de casos i sèries de casos.
4	Opinió d'experts.
Graus de recomanació	
A	Almenys una metanàlisi, revisió sistemàtica o assaig clínic classificat com 1++ i directament aplicable a la població diana de la guia; o un volum d'evidència científica compost per estudis classificats com 1+ i amb gran consistència entre ells.
B	Un volum d'evidència científica compost per estudis classificats com 2++, directament aplicable a la població diana de la guia i demostren gran consistència entre ells; o evidència científica extrapolada des d'estudis classificats com 1++ o 1+.
C	Un volum d'evidència científica compost per estudis classificats com 2+ directament aplicables a la població diana de la guia i que demostren gran consistència entre ells; o evidència científica extrapolada des d'estudis classificats com 2++.
D	Evidència científica de nivell 3 o 4; o evidència científica extrapolada des d'estudis classificats com 2+

Els estudis classificats com 1- i 2- no s'han de fer servir en el procés d'elaboració de recomanacions per la seva alta possibilitat de biaix.

**Atenció durant el part**

<b>4.1. Atenció de professionals i acompanyants</b>	
<b>4.1.1. Dona i professionals que l'atenen</b>	
D	Les dones en treball de part han de ser tractades amb el màxim respecte, disposar de tota la informació i estar implicades en la presa de decisions. Per facilitar-ho, els professionals sanitaris i la resta del personal que l'atenen hauran d'establir una relació empàtica amb les dones, preguntar-les per les seves expectatives i per les seves necessitats, per poder donar-los suport i orientar-les, essent en tot moment conscients de la importància de la seva actitud, del to de veu utilitzat, de les paraules emprades i de la forma en què es proporciona l'atenció.
<b>4.1.2. Perfil de professionals</b>	
A	Es recomana que els equips d'atenció al part hospitalari promoguin l'atenció al part de baix risc preferiblement per part de les llevadores, sempre que es mantingui dins dels límits de la normalitat.
<b>4.1.3. Acompanyament</b>	
A	Es recomana facilitar l'acompanyament de la dona durant el part per la persona de la seva elecció.
<b>4.2. Restricció de líquids i sòlids</b>	
<b>4.2.1. Restricció d'aliments</b>	
A	Es recomana permetre la ingesta de líquids durant el part.
<b>4.2.2. Prevenció de la cetosi</b>	
A	Es recomana que les dones siguin informades que les begudes isotòniques són eficaces per combatre la cetosi i, per aquest motiu, preferibles a la ingesta d'aigua.

**Dilatació. Primera etapa del part**

<b>5.1. Definició</b>	
✓	Es recomana adoptar la definició de <b>fase latent</b> com el període del part que transcorre entre l'inici del part i els 4 cm de dilatació.
	Es recomana adoptar la definició de <b>fase activa</b> com el període del part que transcorre entre els 4 i els 10 cm de dilatació i s'acompanya de dinàmica regular.
<b>5.2. Durada i progrés</b>	
✓	No és possible establir la durada de la fase latent de la primera etapa del part a causa de la dificultat de determinar-ne el començament.

C	<p>La durada de la fase activa del part és variable entre les dones i depèn de la paritat. El seu progrés no és necessàriament lineal.</p> <p>En les primíparas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mitjana de durada és de 8 hores.</li> <li>- És improbable que duri més de 18 hores.</li> </ul> <p>La durada de la fase activa del part és variable entre les dones i depèn de la paritat. El seu progrés no és necessàriament lineal.</p> <p>En les primíparas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mitjana de durada és de 8 hores.</li> <li>- És improbable que duri més de 18 hores.</li> </ul> <p>En les multipares</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mitjana de durada és de 5 hores.</li> <li>- És improbable que duri més de 12 hores.</li> </ul>
✓	La decisió d'intervenir davant d'una suposada prolongació de la primera etapa del part s'ha de prendre en funció del progrés de la dilatació i altres factors obstètrics i no exclusivament segons la durada.
C	En la decisió d'intervenir en la fase activa del part s'ha de considerar també que la velocitat de progressió de la dilatació en aquesta fase no és lineal.
<b>5.3. Admissió a maternitat</b>	
✓	Es recomana que l'admissió es realitzi quan es compleixin els criteris següents: dinàmica uterina regular, esborrament cervical > 50 % i una dilatació de 3-4 cm.
✓	Es recomana oferir suport individualitzat a aquelles dones que acudeixin per ser ateses per presentar contraccions doloroses i que no es troben en fase activa de part, aconsellant-les que tornin al seu domicili fins a l'inici de la fase activa del part.
<b>5.4. Atencions durant l'admissió. Amnioscòpia i CTG</b>	
C	No es recomana l'amnioscòpia en la valoració inicial de la dona de risc baix en treball de part.
A	No s'aconsella l'ús de la cardiocografia en admissió en embarassos de risc baix.
<b>5.5. Intervencions rutinàries possibles durant la dilatació</b>	
<b>5.5.1. Ènema</b>	
A	Es recomana no utilitzar l'ènema de forma rutinària durant el part.
<b>5.5.2. Afaitat perineal</b>	
✓	No es recomana l'afaitat perineal sistemàtic en dones en treball de part.
<b>5.5.3. Atenció individual</b>	
A	Es recomana que la dona en treball de part sigui atesa individualment des del seu ingrés i de forma contínua per una llevadora.
A	Una dona en fase activa de part no hauria de quedar sense atenció professional excepte per breus períodes de temps o quan la dona ho sol·liciti.
<b>5.5.4. Mobilització i adopció de posicions diferents</b>	
A	S'ha d'animar i ajudar les dones, fins i tot les que utilitzen analgèsia epidural, a adoptar qualsevol posició que trobin còmoda al llarg del període de dilatació i a mobilitzar-se si així ho desitgen, prèvia comprovació del bloqueig motor i propioceptiu.

5.5.5. Amniorrexi i utilització d'oxitocina	
A	Es recomana no realitzar amniorrexi artificial ni perfusió d'oxitocina de forma rutinària en parts vaginals que progressen de forma normal, ja que les proves mostren que això no millora els resultats.
5.5.6. Rentat perineal	
A	Es recomana utilitzar aigua corrent si cal un rentat abans d'un examen vaginal, no essent necessari l'ús d'antisèptics.
5.5.7. Utilització de partograma	
A	Si s'utilitza el partograma, es recomana el d'una línia d'acció de 4 hores.
A	Si s'utilitza el partograma es recomana utilitzar partogrames modificats que no incloguin la fase latent.
5.5.8. Freqüència de tactes vaginals	
✓	Es recomana que, en condicions normals, les exploracions vaginals es realitzin cada 4 hores.
✓	Les exploracions vaginals abans de 4 hores es realitzaran en les dones amb un progrés lent del part, davant de la presència de complicacions o si la dona manifesta sensació d'espoderaments.
✓	<p>Abans de practicar un tacte vaginal, caldria:</p> <p>Confirmar que és realment necessari i que la informació que proporcioni serà rellevant en la presa de decisions.</p> <p>Ser conscient que l'examen vaginal és una exploració molesta i invasiva, associada a un increment de risc d'infecció.</p> <p>Garantir la privacitat, dignitat i comoditat de la dona.</p> <p>Explicar la raó per la qual es practica i els resultats trobats amb sensibilitat en especial si no són els esperats per la dona.</p> <p>Demandar consentiment verbal a la dona.</p>
5.5.9. Tractament de retard de la dilatació	
✓	<p>Quan se sospita un retard de la fase activa de la primera etapa del part es recomana:</p> <p>Oferir suport a la dona, hidratació i un mètode apropiat efectiu per al control del dolor.</p> <p>Si les membranes estan intactes, es procedirà a l'amniorrexi.</p> <p>Exploració vaginal 2 hores després i, si el progrés de la dilatació és menys d'1 cm, s'estableix el diagnòstic de retard de la dilatació.</p> <p>Un cop establert el diagnòstic de retard de la dilatació, s'oferirà l'estimulació amb oxitocina.</p> <p>Es practicarà monitoratge continu i s'oferirà anestèsia epidural abans de l'ús de l'oxitocina.</p> <p>Es procedirà a un nou tacte vaginal 6 hores després d'iniciada la perfusió d'oxitocina. Si el progrés de la dilatació és inferior a 2 cm, es reavaluarà el cas prenent en consideració la possibilitat de practicar una cesària. Si el progrés és superior a 2 cm, es realitzarà una nova exploració 4 hores després.</p> <p>Les dones han de ser animades que adoptin la posició en què es trobin més còmodes.</p>

### **Segona etapa del part**

6.1. Definició	
✓	<p>La segona etapa del part o període expulsiu és la que transcorre entre el moment en què s'assoleix la dilatació completa i el moment en què es produeix l'expulsió fetal. Al seu torn, se subdivideix en dues fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Període expulsiu passiu, dilatació completa del coll, abans o en presència de contraccions involuntàries d'expulsiu.</li> <li>– Període expulsiu actiu quan el fetus és visible o existeixen contraccions d'expulsiu en presència de dilatació completa o espoderaments materns en presència de dilatació completa amb absència de contraccions d'expulsiu.</li> </ul>
6.2. Durada	
✓	La durada normal de la fase passiva de la segona etapa del part en nul·lípare és de fins a 2 hores, tant si tenen com si no anestèsia epidural.
✓	La durada normal de la fase passiva de la segona etapa del part en multipares és de fins a 1 hora si no tenen anestèsia epidural, i de 2 hores si en tenen.
✓	La durada normal de la fase activa de la segona etapa del part en nul·lípare és de fins a 1 hora, si no tenen anestèsia epidural, i de fins a 2 hores si en tenen.
✓	La durada normal de la fase activa de la segona etapa del part en multipares és de fins a 1 hora, tant si tenen com si no anestèsia epidural.
6.3. Mesures d'asèpsia	
Higiene de mans	
B	Les mans han de rentar-se immediatament abans de cada episodi de contacte directe amb la dona i després de qualsevol activitat o contacte que pogués representar una potencial contaminació de les mans.
A	Les mans visiblement brutes o potencialment molt contaminades amb brutícia o matèria orgànica hauran de ser rentades amb sabó líquid i aigua.
A	Llevat que estiguin visiblement brutes, les mans podran ser rentades preferiblement mitjançant fricció amb una solució alcohòlica, entre l'atenció a dones diferents o entre diferents activitats d'atenció a una mateixa persona.
Roba	
D	La selecció de l'equip de protecció s'haurà de basar en l'avaluació del risc de transmissió de microorganismes a la dona i del risc de contaminació de la roba dels professionals sanitaris i de la pell a través de la sang, fluids corporals i excrecions o secrecions.
✓	Es recomana la utilització de vestits impermeables de cos sencer quan hi hagi risc d'esquitxades freqüents de sang, fluids corporals, secrecions o excrecions, excepte suor, a la pell o a la roba dels professionals sanitaris, com és el cas de l'assistència al part.
Ús de guants	
D	Els guants s'hauran d'utilitzar per als procediments invasius, contacte amb llocs estèrils, membranes mucoses i pell no intacta, i per a totes aquelles activitats amb risc d'exposició a sang, fluids corporals, secrecions o excrecions, o instruments tallants o contaminats.
D	Els guants seran sempre d'un sol ús i s'hauran de col·locar immediatament abans d'un episodi en el qual hi hagi contacte amb un pacient i retirar-se tan aviat com hagi finalitzat l'activitat. Els guants hauran de ser canviats cada vegada que s'atenguin dones diferents i entre activitats diferents en un mateix pacient.

Us de màscares	
D	Les màscares facials i les proteccions oculars s'hauran de posar quan hi hagi risc d'esquitxades de sang i fluids corporals a la cara o als ulls.
6.4. Posició durant el període expulsiu	
A	Es recomana que durant el part les dones adoptin la posició que els sigui més còmoda.
6.5. Espoderaments materns i espoderaments dirigits	
A	Es recomanen els espoderaments espontanis. En absència de sensació d'espoderaments, es recomana no dirigir-los fins que no hagi conclòs la fase passiva de la segona etapa del part.
A	En dones amb analgèsia neuroaxial es recomana dirigir els espoderaments un cop completada la fase passiva de la segona etapa del part.
6.6. Prevenció del trauma genital	
Massatge perineal	
A	No es recomana la realització del massatge perineal durant la segona etapa del part.
Aplicació de calor/fred	
A	Es recomana possibilitar l'aplicació de compreses calentes durant la segona etapa del part.
Protecció activa del perineu i deflexió activa del cap	
B	Es recomana la protecció activa del perineu mitjançant la tècnica de deflexió controlada del cap fetal i demanant a la dona que no empenyi.
Aplicació d'anestèsic local	
A	Es recomana no utilitzar l'aplicació d'anestèsic local en esprai com a mètode per reduir el dolor perineal durant la segona etapa del part.
6.7. Episiotomia	
A	No s'ha de practicar episiotomia de rutina en el part espontani.
✓	L'episiotomia s'haurà de realitzar si hi ha necessitat clínica, com un part instrumental o sospita de compromís fetal.
✓	Abans de dur a terme una episiotomia s'haurà de realitzar una analgèsia eficaç, excepte en una emergència deguda a un compromís fetal agut.
D	Quan es realitza una episiotomia, la tècnica recomanada és la d'episiotomia mediolateral, que es comença en la comissura posterior dels llavis menors i es dirigeix habitualment cap al costat dret. L'angle respecte de l'eix vertical haurà d'estar entre 45 i 60 graus per realitzar l'episiotomia.
✓	L'episiotomia no ha de ser realitzada de forma rutinària durant un part vaginal en dones amb esquinçaments de tercer o quart grau en parts anteriors.
6.8. Mètode i material de sutura en la reparació perineal	
6.8.1. Mètode de sutura en la reparació perineal	
A	Es recomana realitzar la sutura dels esquinçaments de primer grau amb l'objectiu de millorar-ne la guarició, llevat que les vores de la pell es trobin ben aproximades.
A	Es recomana la reparació perineal dels esquinçaments de segon grau utilitzant la tècnica de sutura contínua.

A	Si després de la sutura muscular d'un esquinçament de segon grau la pell està ben aproximada, no cal suturar-la. Si la pell requereix aproximació, es recomana realitzar-la amb una tècnica intradèrmica contínua.
<b>6.8.2. Material de sutura en la reparació perineal</b>	
A	Es recomana la utilització de material sintètic d'absorció <i>ràpida</i> per a la sutura de la ferida perineal de primer i segon grau.
✓	S'ha de dur a terme un examen rectal després de completar la reparació per garantir que el material de sutura no s'ha inserit accidentalment a través de la mucosa rectal.
<b>6.9. Maniobra de Kristeller</b>	
A	Es recomana no realitzar la maniobra de Kristeller.

**Deslliurament. Tercera etapa del part**

<b>7.1. Durada del període de deslliurament</b>	
D	La durada de la tercera etapa del part es considera prolongada si no es completa en els 30 minuts posteriors al naixement del nadó amb maneig actiu i 60 minuts amb el deslliurament espontani.
<b>7.2. Maneig del deslliurament</b>	
A	Es recomana el maneig actiu del deslliurament.
✓	Les dones han de ser informades (preferiblement durant la gestació) que el maneig actiu de la tercera etapa del part en redueix la durada, disminueix el risc d'hemorràgia postpart i la necessitat d'oxitocina terapèutica.
✓	El deslliurament espontani o fisiològic és una opció si la dona el sol·licita.
<b>7.3. Utilització d'uterotònics</b>	
A	Es recomana la utilització rutinària d'oxitocina en el maneig de la tercera fase del part.
<b>7.4. Dosis d'oxitocina (IV) per al deslliurament dirigit</b>	
✓	Es recomana l'administració de 10 UI IV lenta per a la profilaxi de l'hemorràgia postpart.

**Cures del nadó**

<b>8.1. Pinçament del cordó umbilical</b>	
A	Es recomana el pinçament tardà del cordó umbilical <i>en el nadó no compromès</i> .
B	Se suggereix com a convenient el pinçament del cordó a partir del segon minut o després del cessament del batec del cordó umbilical.
<b>8.2. Contacte pell amb pell (CPP)</b>	
A	Es recomana que les dones mantinguin el contacte pell amb pell amb els seus fills/es immediatament després del naixement.
✓	Per mantenir calent el nadó, es recomana cobrir-lo i eixugar-lo amb una manta o tovallola, prèviament escalfades, al temps que es manté el CPP amb la mare.

✓	<p>Es recomana evitar la separació de la mare i el nadó dins de la primera hora de vida i fins que hagi finalitzat la primera presa. Durant aquest període es recomana que la llevadora mantingui una vigilància amb observació periòdica que interfereixi el mínim possible en la relació entre la mare i el nadó i que inclogui registre dels signes vitals del nadó (color, moviments respiratoris, to i, si cal, freqüència cardíaca) per alertar l'especialista de qualsevol canvi cardiorespiratori.</p> <p><i>La posició ideal de la mare serà semiincorporada entre 30 i 45 graus, amb un coixí sota el cap; els narius del nadó han de quedar lliures per permetre la respiració. La mare haurà d'estar desperta i, si detectés canvis de coloració o respiració irregular o absent en el nadó, avisarà immediatament el professional sanitari més pròxim.</i></p> <p><i>Si la mare està molt cansada, endormiscada o no pot fer el CPP per motius mèdics, el pot realitzar el pare, observant les mateixes normes de seguretat.</i></p>
C	<p><i>Es recomana que el personal sanitari mantingui una vigilància amb observació intermitent de l'estat del nadó durant el contacte pell amb pell, sobretot en les primíparas.</i></p>
<b>8.3. Lactància materna</b>	
A	<p>La iniciació de la lactància materna ha de ser encoratjada com abans millor després del naixement, preferentment dins de la primera hora.</p>
✓	<p>S'ha d'indicar a les dones que si el nadó no està intentant mamar, se'l pot col·locar davant del pit per facilitar la posada en marxa dels reflexos necessaris per aconseguir una subjecció adequada, però que no és recomanable forçar aquesta primera presa.</p>
<b>8.4. Bany del nadó</b>	
✓	<p>No es recomana banyar rutinàriament el nadó en les primeres hores després del naixement.</p>
✓	<p>Si la mare ho sol·licités, el bany seria una opció acceptable sempre que s'hagi assolit l'estabilitat tèrmica del nadó i sense interferir en el temps recomanat de contacte pell amb pell.</p> <p><i>Eixugar suaument la pell és la maniobra recomanada durant els primers minuts de vida.</i></p> <p><i>El vèrnix és beneficiós per a la pell del nadó i no se'n recomana la neteja. En cas de tenir sana o meconi afeïts, es poden arossegar de forma suau.</i></p>
<b>8.5. Aspiració nasofaringia i sondatge gástricorectal en el període neonatal</b>	
A	<p>No es recomana l'aspiració sistemàtica orofaringia ni nasofaringia del nadó.</p>
✓	<p>No es recomana realitzar el pas sistemàtic de sonda nasogástrica ni rectal per descartar atresies en el nadó sa.</p>
<b>8.6. Profilaxi oftàlmica</b>	
<b>8.6.1. Efectivitat de la profilaxi oftàlmica sistemàtica</b>	
B	<p>Es recomana la realització de la profilaxi oftàlmica en l'atenció rutinària del nadó.</p>
<b>8.6.2. Moment idoni per a la profilaxi oftàlmica</b>	
✓	<p>El temps d'administració de profilaxi oftàlmica es pot ampliar fins a les 4 hores després del naixement. <i>Es recomana ajornar-lo fins després del CPP per no intervenir en el contacte visual entre mare i nadó.</i></p>
<b>8.6.3. Producte més eficaç per a la profilaxi oftàlmica</b>	
✓	<p>Es recomana la utilització de pomada d'eritromicina al 0,5% i, com a alternativa, tetraciclina a l'1% per a la realització de profilaxi oftàlmica. Només en cas de no disposar d'eritromicina, tetraciclina o povidona iodada es recomanaria la utilització de nitrat d'argent a l'1%.</p>



8.7. Profilaxi de la malaltia hemorràgica amb vitamina K	
8.7.1. Relació risc-benefici de la profilaxi neonatal amb vitamina K	
A	La profilaxi amb vitamina K dels nadons s'hauria d'oferir per prevenir la rara, encara que greu i en ocasions fatal, síndrome d'hemorràgia per dèficit de vitamina K.
8.7.2. Via d'administració de la profilaxi amb vitamina K	
A	Es recomana administrar la vitamina K en dosi única per via IM (1 mg), ja que aquest és el mètode d'administració que presenta millors resultats clínics.
✓	Si els pares rebutgen la via IM de la vitamina K, es pot oferir la via oral com a segona opció terapèutica, informant-los que requerirà dosis de 2 mg en néixer, a la setmana i al mes. En cas de lactància materna exclusiva, s'administraran dosis addicionals.

### **Alleujament del dolor durant el part**

9.1. Dolor, analgèsia i satisfacció materna	
B	Es recomana satisfer, en la mesura del possible, les expectatives de la dona en relació amb l'alleujament del dolor durant el part.
9.2. Mètodes no farmacològics d'alleujament del dolor	
9.2.1. Immersió en aigua durant el període de dilatació	
A	Es recomana la immersió en aigua calenta com a mètode eficaç d'alleujament del dolor durant la fase tardana de la primera etapa del part.
9.2.2. Massatge	
B	Es recomana el massatge i el contacte físic tranquil·litzador com a mètode d'alleujament del dolor durant la primera i la segona etapa del part.
A	Es recomana l'ús del massatge com a mètode d'alleujament del dolor durant la primera i la segona etapa del part.
9.2.3. Pilotes de part	
✓	Les dones que triïn utilitzar les pilotes de goma han de ser animades a fer-ho per buscar positures més confortables.
A	Es recomanen els exercicis amb pilotes com a opció en la disminució del dolor durant el part.
9.2.4. Tècniques de relaxació	
✓	Les dones que triïn utilitzar tècniques de respiració o relaxació haurien de rebre suport per la seva elecció.
✓	Atesa la variabilitat individual, s'hauria de donar suport a la decisió de la dona respecte d'aquestes tècniques.
9.2.5. Injecció d'aigua estèril	
B	Es pot utilitzar la injecció d'aigua estèril durant el part com un mètode eficaç d'alleujament del dolor lumbar, informant que la injecció intradèrmica produeix coïssor i dolor intens momentanis.
9.2.6. Estimulació nerviosa transcutània (TENS)	
A	El mètode TENS no s'hauria d'oferir a les dones amb part establert.

9.3. Mètodes farmacològics d'alleujament del dolor	
9.3.1. Òxid nítrós	
B	Es pot utilitzar la inhalació d'òxid nítrós durant el part com a mètode d'alleujament del dolor, informant que el seu efecte analgèsic és moderat i que pot provocar nàusees i vòmits, somnolència i alteració del record.
9.3.2. Opioides: petidina, pentazocina i remifentanil	
A	Si es tria l'administració d'opioides parenterals com a mètode analgèsic, es recomana informar que tenen un efecte analgèsic limitat i que poden provocar nàusees i vòmits.
A	Es recomana l'administració d'antiemètics quan s'utilitzen opioides intravenosos o intramusculars.
A	Es recomana monitorar la SaO <sub>2</sub> materna i administrar oxigen suplementari a les dones que rebin remifentanil.
9.4. Analgèsia neuroaxial	
9.4.1. Analgèsia neuroaxial vs. no-analgèsia	
A	Es recomana informar les dones que l'analgèsia neuroaxial és el mètode més eficaç per a l'alleujament del dolor, però que pot produir hipotensió, retenció urinària i febre, i allarga la segona etapa del part, incrementant-ne el risc de part instrumental.
✓	Es recomana informar les dones dels riscos, beneficis i implicacions sobre el part de l'analgèsia neuroaxial.
9.4. Analgèsia neuroaxial	
9.4.1. Analgèsia neuroaxial vs. no-analgèsia	
A	Es recomana informar les dones que l'analgèsia neuroaxial és el mètode més eficaç per a l'alleujament del dolor, però que pot produir hipotensió, retenció urinària i febre, i allarga la segona etapa del part, incrementant-ne el risc de part instrumental.
✓	Es recomana informar les dones dels riscos, beneficis i implicacions sobre el part de l'analgèsia neuroaxial.
9.4.2. Analgèsia epidural tradicional vs. epidural a dosis baixes vs. combinada	
A	Es recomana qualsevol de les tècniques neuroaxials a dosis baixes: epidural o combinada.
A	Si cal un ràpid establiment de l'analgèsia, es recomana la utilització de tècnica combinada (epidural-intradural).
A	No es recomana la interrupció de l'analgèsia epidural. Aquesta interrupció produeix analgèsia insuficient.
D	Es recomana la PCEA com a mètode fiable i efectiu de manteniment de l'analgèsia epidural. Baixes concentracions de bupivacaïna o ropivacaïna amb opiacis donen una excel·lent analgèsia. L'ús d'una infusió de base és útil en la majoria de pacients. No està definida encara la dosi de bol ni el temps de tancament ideal.
9.4.3. Estudi de coagulació	
C	No es recomana realitzar un estudi de coagulació rutinari previ a l'analgèsia neuroaxial en dones sanes de part.
✓	No es recomana realitzar un recompte intrapart de plaquetes rutinari previ a l'analgèsia neuroaxial en dones sanes de part.
✓	La decisió de realitzar un recompte de plaquetes i un test de coagulació ha de ser individualitzada i basada en la història de la dona, l'examen físic i els signes clínics.

9.4.4. Precàrrega de solucions intravenoses	
✓	Es recomana assegurar un accés per via intravenosa abans de començar l'analgèsia neuroaxial.
A	La precàrrega per via intravenosa no necessita ser administrada rutinàriament abans de l'analgèsia epidural amb dosis baixes o amb analgèsia intradural-epidural combinades.
A	No hi ha suficient evidència per recomanar l'administració profilàctica de col·loides per a la hipotensió durant l'analgèsia epidural per a treball de part. Sí que hi ha suficient evidència per recomanar l'administració profilàctica de col·loides per a la hipotensió durant el bloqueig simpàtic per a cesària electiva.
9.4.5. Instaureció de l'analgèsia	
A	L'analgèsia regional es pot proporcionar quan la dona ho sol·licita, fins i tot en fases inicials de la primera etapa del part.
9.4.6. Mode d'administració d'analgèsia epidural	
A	Es recomana l'administració de PCEA. La PC i els bols administrats per personal hospitalari són alternatives vàlides en funció dels diferents recursos.
C	Es recomana la valoració individual de cada gestant i de les condicions del treball de part. Sembla que la tècnica analgèsica més recomanada és la perfusió contínua amb PCA intermitent, ja que millora la qualitat de l'analgèsia sense augmentar-ne els efectes secundaris.
9.4.7. Vigilància materna	
✓	Es recomana el control de la tensió arterial durant l'establiment de l'analgèsia neuroaxial i després de l'administració de cada nova dosi.
✓	Es recomana la MEC de la FCF durant els primers 30 minuts de l'establiment de l'analgèsia neuroaxial i després de l'administració de cada bol següent de 10 ml o més d'anestèsic local a dosis baixes.
9.4.8. Anestèsic local en l'analgèsia epidural	
A	No hi ha diferències importants que permetin recomanar un anestèsic local sobre un altre.
9.4.9. Opioides en l'analgèsia epidural	
A	Es recomana la utilització de dosis baixes d'anestèsic local amb opioides per a l'analgèsia epidural.
9.4.10. Manteniment de l'analgèsia epidural en l'expulsiu	
A	Es recomana mantenir l'analgèsia epidural durant el període expulsiu, el deslliurament i la reparació del perineu si cal.

**Monitoratge fetal**

10. Monitoratge fetal	
10.1. Monitoratge electrònic fetal continu (MEFC) vs. auscultació fetal intermitent (AI)	
B	Tant el MEFC com l'AI són dos mètodes vàlids i recomanables per al control del benestar fetal durant el part.
✓	L'AI es pot realitzar tant amb ultrasons Doppler com amb estetoscopi.
10.2. MEFC vs. monitoratge electrònic fetal intermitent (MEFI)	
A	Tant el MEFC com el MEFI acompanyat d'AI són dos mètodes vàlids i recomanables per al control del benestar fetal durant el part.
10.3. MEFC amb o sense pulsioximetria	

A	No es recomana l'ús rutinari de la pulsioximetria fetal.
<b>10.4. MEFC amb o sense anàlisi del segment ST (STAN) de l'ECG fetal d'un RCTG patològic</b>	
A	No es recomana la utilització rutinària de l'anàlisi del segment ST de l'ECG fetal en el part normal.
B	En les maternitats hospitalàries on l'anàlisi del segment ST de l'ECG fetal està disponible, se'n recomana la utilització només en dones amb CTG anormal.
<b>10.5. MEFC amb o sense micropresa de sang de la calota fetal (MSF)</b>	
B	Es recomana la recollida de MSF en presència d'un registre CTG patològic.
<b>10.6. MEFC amb o sense estimulació de la calota fetal quan es presenten alteracions de la FCF</b>	
✓	Es recomana l'estimulació digital de la calota fetal com a mètode diagnòstic complementari davant la presència d'un registre CTG patològic.
<b>10.7. Aplicació d'un sistema de categorització del MEFC</b>	
✓	Es recomana la utilització de la classificació de la CTG aportada en l'annex 3.3.2.

Font: GPC "Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'atenció al Part Normal"

**Annex 4. Article de revisió. "Los componentes de la Calidad Asistencial en el parto normal hospitalario: revisión bibliográfica"**

ISSN:2238-7234

Comes NG, Tricas JG..

Components of Care Quality during normal hospital delivery..



ORIGINAL / ARTICLE ORIGINAL / ORIGINALE

### Components of Care Quality during normal hospital delivery: bibliographic revision

Los Componentes de la Calidad Asistencial en el parto normal hospitalario: revisión bibliográfica  
Os Componentes da Qualidade Assistencial no parto normal hospitalar: revisão bibliográfica

Neus Garriga Comes<sup>1</sup>, Josefina Goberna Tricas<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the different elements that influence the technical quality and the quality of service perceived by women in relation to the assistance received in normal birth hospital. **Methodology:** This is a literature search in the databases Medline, Cinhal, Cochrane Library, Enfispo and web pages from government agencies and clinical practice guidelines. **Results:** We observed that many strategies have been developed to reduce excessive medicalization in normal birth and identify key predictors to measure women's satisfaction. **Conclusion:** In recent years it has shown growth in the desire of women to be informed and a growing demand for the strength of their voices will be respected in making decisions with respect to the birth of your baby. **Descriptors:** Patient satisfaction. Evidence-based practices. Quality. Childbirth.

**RESUMEN**

**Objetivo:** analizar los distintos elementos que influyen en la calidad técnica y la calidad de servicio percibida por las mujeres en relación con la asistencia recibida en el parto normal hospitalario. **Metodología:** Se trata de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Cinhal, Biblioteca Cochrane Plus, Enfispo, así como páginas web de organismos oficiales y guías de práctica clínica. **Resultados:** Se observó que numerosas estrategias han sido elaboradas para reducir el exceso de medicalización en el parto normal e identificar los predictores claves para medir la satisfacción de las mujeres. **Conclusión:** En los últimos años se ha mostrado un crecimiento en el deseo de las mujeres de estar informadas, así como una creciente demanda de que la fuerza de sus voces sea respetada en la toma de decisiones con respeto al nacimiento de su bebé. **Descriptor:** Satisfacción paciente. Prácticas basadas en la evidencia. Calidad. Parto.

**RESUMO**

**Objetivo:** analisar os vários fatores que influenciam a qualidade técnica ea qualidade do serviço percebida pelas mulheres em relação à assistência recebida no hospital parto normal. **Metodologia:** Esta é uma pesquisa bibliográfica em bases de dados Medline, Cinhal, Biblioteca Cochrane, Enfispo e páginas da web de agências governamentais e diretrizes de prática clínica. **Resultados:** Observou-se que várias estratégias foram desenvolvidas para reduzir a excessiva medicalização no parto normal e identificar preditores-chave para medir a satisfação dos mulheres. **Conclusão:** Nos últimos anos têm mostrado um crescimento no desejo das mulheres de serem informadas e uma demanda crescente para a força de suas vozes serão respeitados na tomada de decisões com relação ao nascimento de seu bebê. **Descriptor:** satisfação do paciente. Práticas baseadas em evidências. Qualidade. Parto.

<sup>1</sup>Enfermera. Especialista en Enfermeria Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Responsable de las Salas de Parto de la "Fundació Althaia, Xarxa Assistencial, Universitària de Manresa", Manresa (Barcelona). Doctoranda en la Universidad de Barcelona. Programa de Doctorado en CC Enfermeras.

<sup>2</sup>Matrona, Sociòloga, Doctora en Filosofia. Profesora titular de Universidad. Coordinadora Doctorado CC Enfermeras. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

**INTRODUCCIÓN**

Definir calidad asistencial en atención sanitaria es complejo y no hay una definición universalmente aceptada.

La calidad, de manera genérica, la podríamos definir como el conjunto de características o atributos de los productos o servicios que cuando es alta denota superioridad en su género<sup>(1)</sup>.

En las organizaciones orientadas a prestar un servicio, entre ellos los servicios sanitarios, el primer paso para emitir un juicio de calidad es definir el producto, respondiendo a la pregunta "¿qué hacemos?". Una vez concretado el producto sanitario, se puede medir el nivel de calidad técnica de "lo que se hace" por, el grado en que se realiza la intervención adecuada ante una situación concreta en función de la evidencia científica existente. Y para finalizar, además de la calidad técnica, debemos medir la calidad de servicio, es decir, el "cómo se hace", que se relaciona con la percepción que tiene el cliente del servicio recibido.

La introducción de la participación del cliente en la atención sanitaria, implica contemplar al usuario como un agente activo dentro del sistema sanitario que nos conducirá a reconocer sus necesidades y variedad de perspectivas<sup>(2)</sup>.

Numerosos autores<sup>(3-5)</sup>, han postulado las dimensiones que abarca la calidad y en un intento de agrupar los diferentes componentes, la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)<sup>(6)</sup> la define como "aquella que se realiza de forma continuada, con eficacia, efectividad y eficiencia, adecuada a las necesidades de los pacientes, accesible y aceptada por éstos, y todo ello según el estado actual de conocimientos".

Analizar la calidad asistencial del proceso del parto normal hospitalario es tarea difícil por la multitud de dimensiones que comprende. La asistencia hospitalaria que recibe una mujer gestante, puede tener distintos niveles de calidad porque está influido por múltiples factores como, el tipo de embarazo, el nivel sociocultural, sus necesidades y sus expectativas.

El parto, como se recoge en el documento de Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad<sup>(7)</sup>, es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, representando el 9,1% de las altas totales registradas. El impacto que esto conlleva a nivel de salud pública provoca que, El Gobierno Nacional, Gobiernos Autonómicos, organismos y asociaciones profesionales trabajen para elaborar estrategias de salud<sup>(8)</sup>, guías de práctica clínica<sup>(9)</sup> y protocolos<sup>(10)</sup> para promover el nacimiento normal, reducir las intervenciones que la evidencia científica dice que no son recomendables y fomentar aquellas prácticas que son claramente útiles.

Como refleja el objetivo principal de la "Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud"<sup>(8)</sup>, la calidad en la asistencia constituye un elemento central de la política sanitaria. Dicho objetivo pretende potenciar la atención al parto normal, mejorando la calidad

asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales. Según dicho documento "El nacimiento es un proceso fisiológico en el que solo se tiene que intervenir para corregir desviaciones de la normalidad y los profesionales sanitarios que participan atendiendo al parto tienen que favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres".

Interferir en el proceso fisiológico del parto en ausencia de indicación médica incrementa el riesgo de complicaciones para la madre y para el recién nacido<sup>(11)</sup>.

Aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad semejantes a los países de nuestro entorno, un estudio hecho en España, que analiza los diferentes procedimientos utilizados en el parto<sup>(12)</sup>, muestra que sigue persistiendo una gran variabilidad en la prácticas y cuidados que se realizan. Por eso distintas instituciones, ya sean nacionales, como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)<sup>(13)</sup>, el Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>(14)</sup> o internacionales, como el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child<sup>(15)</sup> o la Agency for Healthcare Research and Quality de Estados Unidos (AHQR)<sup>(16)</sup> han desarrollado un amplio conjunto de indicadores para medir la calidad de atención recibida en el parto y aunque la mayoría de ellos están enfocados a su dimensión de la eficiencia y calidad científico-técnica, también se desarrollan indicadores de satisfacción que ayudan a valorar la dimensión de la calidad percibida por la usuaria.

En este trabajo se presenta una revisión de la literatura científica sobre la calidad asistencial que se da en el parto normal hospitalario con el objetivo de conocer más en profundidad los factores que intervienen en ella tanto desde la perspectiva de las prácticas sanitarias basadas en la evidencia, como desde el punto de vista de la calidad percibida por las mujeres en relación con la asistencia recibida.

**METODOLOGÍA**

Para elaborar este artículo de revisión se han consultado las siguientes bases de datos: MEDLINE(PubMed), con las palabras clave "patient satisfaction" "practice evidence based" "quality" combinándolas con la ayuda del operador booleano AND con "childbirth" (limits: languages: english; published in the last 5 years; text options abstracts). CINAHL, con las palabras clave "patient satisfaction" "practice evidence based" "quality" combinándolas con la ayuda del operador booleano AND con "childbirth" (limits: abstract available; English language; January 2007-december 2011).

Biblioteca COCHRANE PLUS, con las palabras clave "childbirth" "quality" combinándolas con ayuda del operador booleano AND ( límites: 2007-2011; todos los estados; sin restricción). ENFISPO utilizando las palabras clave "calidad asistencial" "parto"

ISSN:2238-7234

Comes NG, Tricas JG., combinándolas con ayuda del operador booleano Y (límites: 2007-2011). También han sido consultadas páginas web de organismos oficiales, como la de la Organización Mundial de la Salud, El Ministerio de

**RESULTADOS E DISCUSIÓN**

Se han encontrado numerosos estudios que hacen referencia a la calidad asistencial en el parto normal (Tabla n. 1).

Tabla n.1. Dimensiones de la calidad según diversos autores

Dimensión	Definición	Autores
Efectividad	Grado en que una determinada práctica mejora el estado de salud o satisfacción de la población.	Pattner, Vuest JC&HO
Eficiencia	Grado en que se consigue el máximo de efectividad al menor coste.	Pattner, Vuest JC&HO
Continuidad	Grado en que la atención es continua de forma longitudinal sin interrupciones en el tiempo por los diversos profesionales y coordinada en todos los niveles.	Vuest, Pattner JC&HO
Intensidad	Grado en que una determinada práctica es recibida tanto por el paciente y se compara con las necesidades de la población.	Vuest JC&HO
Satisfacción	Grado en que una determinada práctica coincide con las expectativas del cliente.	Pattner, Vuest JC&HO
Accesibilidad	Facilidad para obtener una determinada práctica.	Pattner, Vuest JC&HO
Competencia profesional	Conocimientos y habilidades del profesional para atender de forma satisfactoria las necesidades sanitarias.	Pattner, Vuest JC&HO
Atención al paciente	Grado de satisfacción del paciente.	Pattner, JC&HO
Privacidad	Respeto a los derechos del paciente.	JC&HO
Ethica	Probabilidad de beneficios que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones óptimas de uso.	JC&HO

Su distribución según bases de datos y descriptores seleccionados pueden observarse en la Tabla n. 2. Han sido eliminados un total de 15 artículos procedentes de Países con un contexto social y cultural muy distintos al nuestro, artículos que no eran procedentes de nuestra revisión y artículos que se referían a una intervención concreta ante una situación.

Tabla n.2.Resultados

Bases de datos	Palabras clave	Inclusiones	Nº de
MEDLINE	"patient satisfaction" AND "obstetric" AND "practice evidence based" AND "quality" AND "obstetric"	Language:English Published in the last 5 years Text option abstracts	138 70 848
EMBASE	"patient satisfaction" AND "obstetric" AND "practice evidence based" AND "quality" AND "obstetric"	Abstract available English language January 2007-December 2011	82 124 312
Biomedica	"obstetric"	2007-2011	189
COCHRANE PLUS	"obstetric" AND "quality"	Todos los estudios Sin restricciones	139
EPIDEMIO	"parto asistencial" Y "parto"	2007-2011	86

Se ha ampliado la búsqueda a documentos referentes al tema de estudio emitidos por Organismos Oficiales de referencia que se han considerado necesarios para enmarcar y contextualizar el fenómeno.

Los principales resultados encontrados los hemos agrupado en 2 grupos: a) referencias a la dimensión de la calidad técnica y b) referencias a la calidad de servicio.

**Dimensión de la calidad técnica o calidad del producto sanitario**

En las últimas décadas se ha producido una rápida expansión en el uso de prácticas para iniciar,

Components of Care Quality during normal hospital delivery.. Sanidad y Política Social, El Ministerio de Sanidad y consumo, "El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya" y guías de práctica clínica sobre la atención al parto normal.

acelerar, regular y monitorizar el proceso del parto, tratando a todos los partos rutinariamente con el mismo grado de intervencionismo independientemente del riesgo que tengan. A la vista de esta creciente intervención en el parto, en el año 1985, en una reunión de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Regional de América y la Organización Panamericana de la Salud que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, establecieron una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología adecuada en los partos<sup>(17)</sup>. Posteriormente, en el año 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró una Guía Práctica que afirma que, el parto es un proceso natural y que debe haber una razón muy sólida para interferir en este proceso, alentando a utilizar aquellas prácticas que la evidencia científica reconoce como claramente útiles, las cuales deben ser promovidas y aconseja abandonar aquellas que son claramente perjudiciales o ineficaces; dicho informe también menciona que, en aquellas prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas deben usarse con precaución hasta nuevos estudios y aquellas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente se debería valorar su riesgo-beneficio antes de su realización<sup>(18)</sup>.

En España, a principios del año 2006, la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), elaboró el Plan de Calidad, para ayudar a garantizar la máxima garantía de calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia, y fomentar la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica (GPC). En el año 2010, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA), publicó la Guía OSTEBA de práctica clínica sobre la atención al parto normal<sup>(19)</sup>, la cual recoge todas las recomendaciones para la atención al parto normal basadas en las mejores evidencias científicas disponibles, facilita la participación de las mujeres en su parto y apoya las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos de nuestros Hospitales.

Como agentes facilitadores que aumentan la probabilidad de parto vaginal espontáneo y parto sin analgesia/anestesia y que además contribuyen a la disminución de la probabilidad de estimulación con oxitocina, parto instrumentado, uso sistemático de la episiotomía y parto por cesárea; el ambiente institucional que aportan los centros de parto alternativos en comparación con los centros de parto convencionales y el apoyo continuo para las mujeres durante el parto<sup>(19-20)</sup>.

A pesar de todas estas estrategias para disminuir la variabilidad de la práctica clínica, existen otros factores como, el lugar de nacimiento, los valores socio-culturales y las creencias relacionadas con la maternidad que pueden afectar profundamente a las prácticas de parto.

En Japón, la principal barrera identificada son las reglas institucionales que limitan la presencia de un compañero en el parto<sup>(21)</sup>, mientras que en el Reino Unido, ha sido el uso inapropiado de la tecnología sin



ISSN:2238-7234

Comes NG, Tricas JG., tener en cuenta el nivel de riesgo de las mujeres, la falta de preparación médica en el parto normal y los bajos niveles de dotación de personal<sup>(22)</sup>.

Una Cohorte, realizada en un hospital sueco, demuestra que en gestantes de bajo riesgo si se reducen los procedimientos obstétricos durante el parto no se pone en peligro la salud materno-infantil y los resultados son mejores, como menor índice de cesáreas urgentes, menor número de partos instrumentados, menor necesidad de uso de analgesia epidural y menor índice de distrés respiratorio fetal<sup>(23)</sup>.

A nivel de los profesionales que intervienen en un parto normal, concluyen que se tienen que ofrecer modelos de atención al embarazo<sup>(24)</sup>, parto y puerperio dirigido por matronas por todos los beneficios que se ha demostrado que comporta como, menos episiotomías, aumento de la probabilidad de parto espontáneo, inicio precoz de la lactancia materna o reducción en el uso de la analgesia regional. Estudio dice que son las matronas las que mejor ayudan a las mujeres a tomar decisiones basadas en la evidencia<sup>(25)</sup>.

En referencia a los obstetras, en un estudio realizado en Canadá<sup>(26)</sup>, concluye que en general los obstetras más jóvenes apoyan más el uso de la tecnología en el parto normal que sus predecesores en aspectos como: el uso rutinario de la analgesia epidural o la práctica de la cesárea para evitar problemas secundarios al parto, como las consecuencias del suelo pélvico después de un parto vaginal (Tabla n.3).

Tabla n.3 Elementos que influyen en la calidad percibida

Agencia facilitadora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias y Guías de práctica Clínica</li> <li>• Apoyo continuo</li> <li>• Ambiente institucional</li> <li>• Matronas</li> </ul>
Bareras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglas institucionales</li> <li>• Uso inadecuado de la tecnología</li> <li>• Falta de preparación médica en el parto normal</li> <li>• Dotación de personal</li> </ul>
Fuentes: 9, 9, 18, 20, 21, 22, 28	

**Dimensión de la calidad de servicio o calidad percibida**

Es difícil medir la calidad percibida, porque las mujeres construyen su experiencia del parto de manera diferente dependiendo de múltiples factores emocionales, sociales y psicológicos<sup>(27)</sup>.

Numerosos estudios se han desarrollado con el objetivo de identificar los elementos implicados que producen satisfacción e insatisfacción y así poder ayudar a los profesionales a la mejora de sus atenciones y a la asignación de recursos de manera eficaz (Tabla n.4).

La Escuela de Salud de la Universidad de Glasgow, Caledonian, desarrolló una escala de satisfacción en el nacimiento<sup>(28)</sup>, la cual pone de manifiesto que hay tres temas principales que influyen en la percepción de las mujeres que son: la prestación de servicios (evaluación de las instalaciones, el medio ambiente del nacimiento, el apoyo, las relaciones con los profesionales de la salud), los atributos personales (capacidad de afrontar el parto, autocontrol, preparación al parto, la relación con el bebé) y el

Components of Care Quality during normal hospital delivery.. estrés experimentado durante el parto ( angustia, lesiones obstétricas, percepción respecto a que reciben una atención médica suficiente, intervención obstétrica, dolor, trabajo de parto prolongado y la salud del bebé).

Tabla n.4 Elementos que influyen en la calidad de servicio percibida

Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos estructurales: instalaciones, entorno</li> <li>• Uso de nuevas tecnologías: ecografía, anestesia epidural</li> <li>• Las relaciones con los profesionales de la Salud: amabilidad del personal, información proporcionada, comunicación, participes en las experiencias del nacimiento, sensación de ser tratado con respeto</li> </ul>
Atributos personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrol</li> <li>• Preparación al parto</li> <li>• Capacidad de afrontar el parto</li> <li>• Estabilidad emocional</li> <li>• Nivel de educación</li> </ul>
El estrés durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de parto</li> <li>• Lesiones obstétricas</li> <li>• Percepción de la atención recibida</li> <li>• Intervención obstétrica</li> <li>• Dolor</li> <li>• Salud del bebé</li> <li>• Contacto precoz madre-hijo</li> </ul>

Otro estudio reciente realizado en Hospitales Públicos en Ghana<sup>(29)</sup>, determinó que los predictores claves en la satisfacción de la atención al parto fueron la amabilidad del personal, la cantidad de información proporcionada y la sensación de ser tratado con respeto.

En otro trabajo<sup>(30)</sup> desarrollado en la Universidad del Estado de Arizona, refleja que cuando los proveedores de Salud MaternoInfantil apoyan el valor personal de las mujeres, usan la comunicación y las hacen coparticipes en las experiencias del nacimiento, las mujeres sienten que su dignidad es respetada y se traduce en unos mejores resultados y en un aumento de su satisfacción.

En nuestro contexto Cataluña<sup>(31)</sup> identifica tres elementos principales que las mujeres perciben como esenciales para unos cuidados de calidad. En primer lugar la seguridad que les da el entorno hospitalario. En segundo lugar la dimensión humana que se establece entre los profesionales y las gestantes y por último los aspectos estructurales. Las mujeres quieren sentirse protegidas, comprendidas y acompañadas en la maternidad.

El tipo de parto influye en la satisfacción de las mujeres. Estudio<sup>(32)</sup> objetivan que, a las mujeres que se les ha inducido el parto, narran una experiencia menos positiva debido al miedo a que su bebé pueda sufrir más daños. También la experiencia subjetiva de la madre es favorable cuando el parto se desarrolla mediante cesárea planificada<sup>(33)</sup>. El grado de insatisfacción en una cesárea se genera cuando la mujer ha planeado un parto vaginal y éste acaba en cesárea.

Pesquisa<sup>(34)</sup> revela que se asocia una mayor intensidad de sentimientos negativos con un patrón de personalidad previa en la mujer caracterizado por, inestabilidad emocional y un nivel bajo de educación.

Otro predictor clave que influye en la satisfacción de las mujeres es que el recién nacido permanezca con su madre inmediatamente después del nacimiento<sup>(35)</sup>.

ISSN:2238-7234

Comes NG, Tricas JG.

El "Servei Català de la Salut" realitzó durant el any 2010 en Catalunya un estudi<sup>(16)</sup> para valorar la qualitat de servici i satisfacció en el embarazo, parto y puerperio . El resultado ha sido una nota media de 8,03 sobre una escala del 0-10, con un importante indice de fidelidad hacia el centro donde la mujer ha sido atendida. El resultado obtenido es similar a otros Países Europeos. Otro estudio que obtuvo en los Países Bajos una nota de 8,36<sup>(17)</sup>.

La medición de la satisfacción es intrínseco a los modelos de evaluación de la atención a la salud entendiendo que este concepto es la representación de un grupo complejo de construcciones teóricas que involucra actitudes, expectativas y percepciones que pueden ser tanto positivas como crítica<sup>(18)</sup>.

### CONCLUSIONES

La calidad asistencial está compuesta por múltiples dimensiones lo que hace difícil definirla y analizarla. A pesar de ello es importante evaluar la calidad asistencial que reciben las mujeres en el parto hospitalario para responder si en lo básico lo hacemos bien, si nuestros resultados son los esperables, si incorporamos la evidencia científica, si conocemos nuestras carencias, si nuestros resultados alcanzan el estándar recomendado y si respondemos a las necesidades de nuestras clientas.

En las empresas sanitarias las dimensiones de la calidad con enfoque al cliente adquieren una especial relevancia.

Numerosas estrategias han sido elaboradas para reducir el exceso de medicalización en el parto, fomentar el uso de las prácticas basadas en la evidencia científica y potenciar la satisfacción de las mujeres.

Los planificadores sanitarios encargados de tomar decisiones para reducir las tasas de intervenciones médicas para mujeres que presentan embarazos normales deberían considerar la posibilidad de desarrollar unidades de parto con políticas y prácticas que apoyen el trabajo de parto normal.

Las matronas han sido reconocidas como los profesionales que mejor apoyo dan a las mujeres en un parto normal y persiste la necesidad de seguir estudiando como los obstetras deben integrar estas actitudes y llegar a un equilibrio en el uso de la tecnología en el parto normal.

En los últimos años se ha mostrado un crecimiento en el deseo de las mujeres de estar informadas, así como una creciente demanda de que la fuerza de sus voces sea respetada en la toma de decisiones con respeto al nacimiento de su bebé. También diferentes movimientos sociales han reivindicado la necesidad de unas prácticas obstétricas en que la evidencia científica disponible sobre las intervenciones médicas y no médicas que se recomiendan en el parto sean tenidas en cuenta. Así mismo se solicita un mayor reconocimiento por parte de los profesionales sanitarios de las opiniones de las mujeres.

Nos damos cuenta, después de identificar algunos de los predictores claves para medir la calidad percibida por las mujeres, que independientemente del País que se estudie, de su demografía, de sus condiciones socioeconómicas, las mujeres identifican la calidad de la atención con aquellas actuaciones profesionales que las reconocen en su dignidad, que

Components of Care Quality during normal hospital delivery.. las valoran como personas y que las convierten en el centro de la atención.

### REFERENCIAS

- Davins J, Marquet R. Mejora continua de la calidad. En: Martín A, director. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p.488-507.
- Iníiguez L, Monreal P, Sanz J, Del Valle A, Fusté J. Análisis integrado de las percepciones de los ciudadanos, los profesionales y los gestores sobre la atención sanitaria en Cataluña. FQS Forum: Qualitative Social Research. 2009; 10 (2). [acceso 25 de marzo de 2012]. Disponible a: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902340>
- Palmer H. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad; 1989.
- Vuori HV. El control de calidad en los Servicios Sanitarios. Barcelona: Masson; 1989.
- Nutting PA, Burhalter BR, Carney JP, Gallagher KM. Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria. Barcelona: SG; 1991.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Quality Assurance in Ambulatory Care. Chicago: JCAHO; 1990.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 2ªed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2005.
- Aceituno L, Huertas S, Sánchez T, Ruiz E, Delgado L. Resultados de la atención perinatal en el año 2007. Evolución en el último decenio. Prog Obstet Ginecol. 2010; 53(4): 133-140.
- Salgado A, Maceira M, López M, Atienza G. Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. Prog Obstet Ginecol. 2010; 53(6): 215-22.
- Campillo F, Casellas M, García JA, Miranda P, Romero F, Santamaría R. Indicadores de Calidad asistencial en Ginecología y Obstetricia. SEGO. FAD.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores Clave del SNS. Ficha técnica de los indicadores clave del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisinf/SanSNS/pdf/listadoFichasTécnicas.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health. Minimum Standards for the Organisation and Delivery of Care in Labour. London: RCOG Press; 2007. [acceso 15 de marzo de 2012] Disponible en: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/WPRSaferChildbirthReport2007.pdf>
- Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals-Volume, Mortality, and Utilization. Rockville: Agency for Healthcare Research and

- ISSN:2238-7234  
Comes NG, Tricas JG., Quality; 2002. [acceso 23 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. *Lancet*. 1985; 2:435-6.
  18. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.
  19. Hodnett E, Downe S, Walsh D, Weston J. Centros de atención del parto convencionales versus alternativas (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.:CD000012. DOI:10.1002/14651858.CD000012
  20. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Apoyo continuo par alas mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.:CD003766. DOI:10.1002/14651858.CD003766
  21. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, li M, Misagi C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 May 27; 10:25.
  22. Kennedy HP, Grant J, Walton C, Shaw-Battista J, Sandall J. Normalizing birth in England: a qualitative study. *J Midwifery Womens Health*. 2010 May-Jun;55(3):262-9.
  23. Gottvall K, Waldenström U, Tingstig C, Grunewald C. In-HOSPITAL Birth Center with the Same Medical Guidelines as Standard Care: A Comparative Study of Obstetric Interventions and Outcomes. *Birth*. 2011 Jun;38(2): 120-28.
  24. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Atención por comadronas versus otros modelos de atención para las mujeres durante el parto. *Biblioteca Cochrane Plus*. 2009;(3).
  25. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 Jan-Feb;37(1):94-104; quiz 104-5.
  26. Klein M.C, Liston R, Fraser W.D, Baradaran N, Hears S.J. Attitudes of the New Generation of Canadian Obstetricians: How Do They Differ from Their Predecessors? *Birth*. 2011 Mar; 38(2): 129-39.
  27. Remer M. *International Journal of Childbirth Education*. 2008 Sep;23(3):13-6.
  28. Martin CH, Fleming V. The Birth satisfaction scale. *Int J Health Care Qual Assur*. 2011;24(2):124-35.
  29. Avortri GS, Beke A, Abekah-Nkrumah G. Predictors of satisfaction with birth services in public hospitals in Ghana. *Int J Health Care Qual Assur*. 2011;24(3):223-37.
  30. Records K, Wilson BL. Reflections on meeting women's childbirth expectations. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 Jul-Aug;40(4):398-8.
  31. Goberna J, Banús R, Palacio A, Linares S. Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. *Midw*. 2011; 27: 231-37.
  32. Hildingsson I, Karlström A, Nystedt A. Women's experiences of induction of labour-findings from a Swedish regional study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011 Apr;51(2):151-7.
  33. Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol*. 2011 May;28(5):383-8.
  34. Wilde-Larsson B, Sandin-Bojö AK, Starrin B, Larsson G. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2011 Apr;20(7-8):1168-77.
  35. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of Women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 Jan-Feb;37(1):24-34.
  36. PLAENSA. Estudi de qualitat de servei i satisfacció de l'embaràs part puerperi.gencat;2010.[accés 15 de gener de 2012]. Disponible a: [http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/experiencies\\_enquesta.htm](http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/experiencies_enquesta.htm)
  37. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherland. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009 May 9;9:18.
  38. Sakala C, Corry M.P. Listening to Mothers II reveals maternity care quality chasm. *J Midwifery Women Health*. 2007; 52 (3):183-185.
- Sources of funding:** No  
**Conflict of interest:** No  
**Date of first submission:** 2012/14/07  
**Accepted:** 2012/10/23  
**Publishing:** 2012/31/12
- Corresponding Address**  
Neus Garriga Comas  
Calle les Parres nº 79, 08271 Artés (Barcelona).  
España. Tel: 607992402.  
E-mail: [neus\\_garriga@yahoo.es](mailto:neus_garriga@yahoo.es)

**ANNEX 5. GRD****CDM 14 Embaràs, part i puerperi**

En la Categoria Diagnòstica Major 14 es classifiquen en 18 GRD les pacients ingressades per embaràs, part, puerperi o situacions relacionades.

**GRD 370. Cesària amb CC****Pes: 1,0853**

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades per part i/o condicions relacionades a les que se'ls hi ha practicat una cesària.

A més a més, aquestes pacients tenen un altre diagnòstic etiquetat de complicació o comorbiditat com: anèmia, infecció puerperal, infecció urinària o preeclàmpsia.

S'exclouen d'aquest GRD les cesàries d'alt risc que s'agrupen en els GRD 650 o 651.

**GRD 371. Cesària sense CC****Pes: 0,8691**

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades per part i/o condicions relacionades a les que se'ls hi ha practicat una cesària.

S'exclouen d'aquest GRD les cesàries d'alt risc que s'agrupen els GRD 650 o GRD 651.

**GRD 372. Part vaginal amb diagnòstic complicat****Pes: 0,7004**

És un GRD mèdic que agrupa pacients ingressades per part i/o condicions relacionades en les que el part es produeix per via vaginal incloent els parts instrumentats. El motiu d'ingrés va ser un diagnòstic classificat com complicat tal com ruptura prematura de membranes, eclàmpsia o placenta prèvia, o bé,

un diagnòstic com prematuritat, cesària prèvia o embaràs perllongat que a més a més tenien un altre diagnòstic dels comentats com complicats.

**GRD 373. Part vaginal sense diagnòstic complicat** **Pes: 0,5803**

És un GRD mèdic que agrupa pacients ingressades per part i/o condicions relacionades en les que el part es produeix per via vaginal incloent els parts instrumentats. Els motius d'ingrés més freqüents són part absolutament normal, part instrumentat que no especifica el motiu o alteracions del pH i , a més a més, no tenen cap altre diagnòstic classificat com complicat.

**GRD 374. Part vaginal amb esterilització i/o dilatació o raspat** **Pes: 0,8186**

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades per part i/o condicions relacionades a les que, en el mateix ingrés, se'ls hi ha realitzat una lligadura de trompes i/o un raspat puerperal.

**GRD 375. Part vaginal amb procediment quirúrgic excepte dilatació o raspat i/o esterilització** **Pes: 0.5918**

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades per part i/o condicions relacionades a les que, en el mateix ingrés, se'ls hi ha realitzat una intervenció exceptuant esterilització o raspat com sutura de lesió de cèrvix, de bufeta o de recte.

**GRD 376. Diagnòstic postpart i postavortament sense procediment** **Pes : 0,5539**

És un GRD mèdic que agrupa a pacients ingressades en el període puerperal perquè el part s'ha produït en un altre centre o en el seu domicili o perquè, després d'haver estat donades d'alta després d'un part o avortament , ingressen de nou per complicacions com: hemorràgia, infecció, mastitis o complicacions de la ferida quirúrgica.

## GRD 377. Diagnòstic postpart i postavortament amb procediment Pes: 1,2295

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades després d'un part o d'un avortament a les quals se'ls hi practica qualsevol intervenció. La més freqüent és un raspai.

## GRD 378. Embaràs ectòpic Pes: 1,0826

És un GRD mèdic que agrupa a pacients ingressades per un embaràs ectòpic siguin intervingudes o no per aquest embaràs.

## GRD 379. Amenaça d'avortament Pes: 0,4194

És un GRD mèdic que agrupa a pacients ingressades per amenaça d'avortament o de part immadur.

## GRD 380. Avortament sense dilatació o raspai Pes: 0,3776

És un GRD mèdic que agrupa a pacients ingressades per qualsevol tipus d'avortament que no han estat intervingudes.

## GRD 381. Avortament amb dilatació i raspai, aspiració o histerectomia Pes: 0,5872

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades per qualsevol tipus d'avortament a les quals se'ls hi ha practicat dilatació i raspai, raspai per aspiració o histerectomia.

## GRD 382. Fals treball de part Pes: 0,1848

És un GRD mèdic que agrupa a pacients ingressades per fals treball de part.

## GRD 650. Cesària d'alt risc amb CC Pes: 1,4913

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades per part i/o condicions relacionades a les quals se'ls hi practica una cesària i que van ingressar per un diagnòstic classificat com complicat com: hemorràgia per placenta prèvia, desprendiment de placenta, hipertensió o part prematur. A més a més, aquestes pacients tenen un altre diagnòstic etiquetat de complicació o comorbilitat com anèmia postpart o infecció urinària.

GRD 651. Cesària d'alt risc sense CC

Pes: 1,0542

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades per part i/o condicions relacionades a les quals se'ls hi practica una cesària i que van ingressar per un diagnòstic classificat com complicat com: hemorràgia per placenta prèvia, desprendiment de placenta, hipertensió o part prematur.

GRD 652. Part vaginal d'alt risc amb esterilització i/o dilatació i raspat

Pes: 0,9142

És un GRD quirúrgic que agrupa a pacients ingressades per part i/o condicions relacionades que tenen un part vaginal i en les quals el motiu d'ingrés va ser un diagnòstic classificat com complicat com: hemorràgia per placenta prèvia, desprendiment de placenta, hipertensió o part prematur. A més a més, a aquestes pacients se'ls hi va practicar una lligadura de trompes o un raspat puerperal.

GRD 885. Altres diagnòstics antepart amb procediment quirúrgic Pes: 0,7933

És un GRD mèdic que agrupa a pacients embarassades que ingressen i són donades d'alta abans de produir-se el part però a més a més, se'ls hi ha practicat un procediment quirúrgic com raspat. Els motius de l'ingrés més freqüents són mola o ou vuit o incompetència del coll uterí.

**GRD 886. Altres diagnòstics antepart sense procediment quirúrgic Pes: 0,6084**

És un GRD mèdic que agrupa a pacients embarassades que ingressen i són donades d'alta abans de produir-se el part però a més a més, no se'ls hi ha practicat un procediment quirúrgic. Els motiu d'ingrés més freqüents són hiperemesis gravídica, hemorràgia antepart o infecció urinària.

**CDM 15 Nounats amb patologia període neonatal**

En la Categoria Diagnòstica Major 15 es classifiquen els pacients que tenen menys de 29 dies en el moment de l'ingrés hospitalari. Es classifiquen en 34 GRD no pel diagnòstic que va motivar l'ingrés sino pel pes al néixer, per estar viu o mort en el moment de l'alta i per la presència o no d'una intervenció quirúrgica o d'una complicació. En el CDM 15 no es consideren procediment quirúrgic significatiu o major la circumcisió, la piloromiotomia o l'herniorràfia inguinal. Com excepció, no es classifiquen en aquesta CDM15 els menors de 29 dies en el moment de l'ingrés si se'ls ha practicat un trasplantament en l'ingrés actual doncs ho fan els els GRD de trasplantaments.

**GRD 602. Nounat, pes al néixer menor de 750 g, alta amb vida Pes:42,4012**

És un GRD mèdic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes de qual al néixer va ser inferior a 750 grams i que a l'alta estan vius.

**GRD 603. Nounat, pes al néixer menor de 750 g, èxitus Pes: 12,9367**

És un GRD mèdic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes de qual al néixer va ser inferior a 750 grams i que a l'alta han mort.



GRD 604. Nounat, pes al néixer 750-999 g, alta amb vida Pes: 31, 1579

És un GRD mèdic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes de qual al néixer va ser entre 750 i 990 grams i que a l'alta estan vius.

GRD 605. Nounat, pes al néixer 750-999g, èxitus Pes: 16,6408

És un GRD mèdic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes de qual al néixer va ser entre 750 i 990 grams i que a l'alta han mort.

GRD 606. Nounat, pes al néixer 1.000-1499 g, amb procediment quirúrgic significatiu, alta amb vida Pes: 34,0416

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 1.000 i 1499 grams als quals se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major i a l'alta estan vius.

GRD 607. Nounat, pes al néixer 1.000-1499 g, sense procediment quirúrgic significatiu, alta amb vida Pes: 13,7658

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounat amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 1.000 i 1499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major i a l'alta estan vius.

GRD 608. Nounat, pes al néixer 1.000-1499 g, èxitus Pes: 11,8760

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 1.000 i 1499 grams i que a l'alta han mort.

GRD 609. Nounat, pes al néixer 1.500-1999 g, amb procediment quirúrgic significatiu amb múltiples problemes majors Pes: 18,9921

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el seu pes al néixer va ser entre 1.500 i 1999 grams i se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més, tenen associats dos o més problemes catalogats com majors com: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfixia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 610. Nounat, pes al néixer 1.500-1999 g, amb procediment quirúrgic significatiu sense múltiples problemes majors Pes: 6,0661

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 1.500 i 1999 grams als quals se'ls ha practicat una intervenció quirúrgica major. Aquests pacients tenen només un problema major o cap. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfixia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 611. Nounat, pes al néixer 1.500-1.999 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb múltiples problemes majors o ventilació mecànica més de 95 hores Pes: 8,3026

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 1.500 i 1999 grams als quals no se'ls ha practicat una intervenció quirúrgica major. A més a més, presenten dos o més problemes majors associats o se'ls ha practicat una ventilació mecànica de més de 95 hores. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia,

pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfixia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 612. Nounat, pes al néixer 1.500-1.999 g, sense procediment quirúrgic significatiu sense múltiples problemes majors Pes: 4,8541

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 1.500 i 1999 grams als quals no se'ls ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més, presenten només un problema major. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfixia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 613. Nounat, pes al néixer 1.500-1.999 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb problemes menors Pes: 3,5529

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 1.500 i 1999 grams als quals no se'ls ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més , presenten algun problema menor. Entre els problemes catalogats com menors es troben: infeccions perinatals, gastroenteritis, celulitis, febre, onfalitis i mastitis.

GRD 614. Nounat, pes al néixer 1.500-1.999 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb altres problemes Pes: 2,4357

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 1.500 i 1999 grams als quals no se'ls ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més, no presenten problemes catalogats com majors i menors però poden tenir un diagnòstic associat a taquipnea transitòria, icterícia neonatal, conjuntivitis o hipoglucèmia.

GRD 615. Nounat, pes al néixer 2.000-2499 g, amb procediment quirúrgic significatiu amb múltiples problemes majors Pes: 17,6548

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 2.000 i 2.499 grams als quals se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més , tenen associats dos o més problemes majors. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfíxia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 616. Nounat, pes al néixer 2.000-2499 g, amb procediment quirúrgic significatiu sense múltiples problemes majors Pes: 4,4927

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 2.000 i 2.499 grams als quals se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major. Aquests pacients tenen només un problema major o cap. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfíxia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 617. Nounat, pes al néixer 2.000-2499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb múltiples problemes majors o ventilació mecànica més de 95 hores Pes: 3,8514

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 2.000 i 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més, presenten dos o més problemes majors associats o se'ls ha practicat ventilació mecànica de més de 95 hores. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfixia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 618. Nounat, pes al néixer 2.000-2499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb problema major Pes: 2,0383

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 2.000 i 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més, presenten només un problema major o han necessitat ventilació mecànica. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfixia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 619. Nounat, pes al néixer 2.000-2499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb problemes menors Pes: 1,2370

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 2.000 i 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més, presenten algun problema catalogat de menor com: infeccions perinatals, gastroenteritis, celulitis, febre, onfalitis i mastitis.

GRD 620. Nounat, pes al néixer 2.000-2499 g, sense procediment quirúrgic significatiu , diagnòstic nounat normal Pes: 0,4264

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 2.000 i 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major. El motiu d'ingrés sol ésser prematuritat o baix pes i no tenen problemes majors o menors. Aquests pacients poden tenir algun diagnòstic de comorbiditat com: taquipnea transitòria del recén nascut, icterícia neonatal, conjuntivitis o hipoglucèmia.

GRD 621. Nounat, pes al néixer 2.000-2499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb altres problemes Pes: 1,1305

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser entre 2.000 i 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major.

Aquests pacients no presenten problemes catalogats com majors o menors però poden tenir un diagnòstic associat com: convulsions, pneumotòrax o hidronefrosi.

GRD 622. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, amb procediment quirúrgic significatiu amb múltiples problemes majors Pes: 11,0932

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser major a 2.499 grams als quals se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major.

A més a més, tenen associats dos o més problemes catalogats com majors com: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfíxia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 623. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, amb procediment quirúrgic significatiu sense múltiples problemes majors Pes: 2,2894

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser major a 2.499 grams als quals se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major. Aquests pacients només tenen un problema major o cap.

Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfíxia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 624. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, amb procediment abdominal menor Pes: 1,1239

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser major a 2.499 grams als quals se'ls hi ha practicat una intervenció abdominal menor com piloroplàstia o reparació d'hèrnia inguinal. El diagnòstic motiu d'ingrés més freqüent és la estenosis hipertròfica de pílor congènita.

GRD 626. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb múltiples problemes majors o ventilació mecànica + 96 hores Pes: 2,5355

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser major a 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major. A més a més, presenten dos o més problemes majors associats o se'ls ha practicat ventilació mecànica de més de 95 hores. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfíxia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 627. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb problema major Pes: 0,9614

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser major a 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major. A més a més, tenen un sol problema major o han necessitat ventilació mecànica. Entre els problemes catalogats com majors es troben: síndrome del distress respiratori, infeccions com septicèmia, pneumònia o meningitis, hemorràgia cerebral, asfixia severa, cardiopatia congènita, insuficiència renal o enterocolitis necrotitzant.

GRD 628. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb problemes menors Pes: 0,5918

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser major a 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major. A més a més, presenten algun problema catalogat de menor com: infeccions perinatales, gastroenteritis, celulitis, febre, onfalitis i mastitis.

GRD 629. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb diagnòstic neonat normal Pes: 0,2364

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser major a 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major i no tenen problemes majors o menors. Aquests pacients poden tenir algun diagnòstic secundari de complicació o comorbilitat com taquipnea transitòria del recién nascut o sospita d'infecció perinatal.



GRD 630. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, sense procediment quirúrgic significatiu amb un altre problema Pes: 0,6891

És un GRD quirúrgic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el pes del qual al néixer va ser major a 2.499 grams als quals no se'ls hi ha practicat una intervenció quirúrgica major. Aquests pacients no presenten problemes catalogats com majors o menors però tenen un diagnòstic associat com part prematur o part per cesària.

GRD 635. Cures posteriors neonatals per increment de pes Pes: 1.5690

És un GRD mèdic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia del seu ingrés el motiu d'ingrés és el guany de pes o altres cures.

GRD 637.Nounat, èxitus dintre del primer dia, nascut en el centre Pes: 0,6032

És un GRD mèdic que agrupa a nounats vius nascuts en el propi hospital que moren durant el primer dia de vida.

GRD 638.Nounat, èxitus dintre del primer dia, no nascut en el centre Pes: 1,1003

És un GRD mèdic que agrupa a nounats vius nascuts fora del propi hospital que moren durant el primer dia de vida.

GRD 639.Nounat, traslladat amb menor de 5 dies, nascut en el centre Pes:0,8205

És un GRD mèdic que agrupa a nounats nascuts en el propi hospital i que són traslladats a altres centres amb menys de 5 dies de vida.

GRD 640. Nounat, traslladat amb menor de 5 dies, no nascut en el centre

Pes: 0,9899

És un GRD mèdic que agrupa a nounats no nascuts en el propi hospital i que són traslladats a altres centres amb menys de 5 dies de vida.

GRD 641. Nounat, pes al néixer major de 2.499 g, amb oxigenació extracorpòrea de membrana

Pes: 17,8648

És un GRD mèdic que agrupa a nounats amb menys de 29 dies de vida el dia de l'ingrés el seu pes al néixer va ser major de 2.499 grams que han necessitat oxigenació extracorpòrea de membrana.

Font: Manual de descripció dels grups relacionats pel diagnòstic AP 25.0

**ANNEX 6. Llistat de costos****COST PERSONAL 2013 (NIVELL B)**

	Sou	Seg Social	TOTAL COST ANUAL	HORES	Cost/hora	Cost/minut
AUX.INF	22.450,29 €	7.049,39 €	29.499,68 €	1620	18,20 €	0,30 €
DI INF	31.503,00 €	9.891,94 €	41.394,94 €	1620	25,55 €	0,42 €
GINECÒLEG	45.490,00 €	13.553,00 €	59.043,00 €	1688	34,97 €	0,58 €
LLEVADORA	32.503,00 €	10.205,94 €	42.708,94 €	1620	26,36 €	0,44 €

Font: departament de control de gestió d'Althaia

**COST ESTADA OBSTETRICIA/ REANIMACIÓ 2013**

Classes activitat/Elements cost	Costos Reals	% COSTOS REALS
10 CONSUMS	43.755,33	4,92%
11 PERSONAL	82.447,04	9,27%
12 AMORTITZACIONS	9.953,22	1,12%
14 DIRECTES SUBREPART	588.622,59	66,16%
15 COSTOS INDIRECTES	8.692,18	0,98%
16 INDIRECTE SUBREPARTO	156.255,66	17,56%
* H0004 Estades	889.726,02	100,00%

ACTIVITAT 3.613  
 COST ESTADA 2013 246,26€/dia

Font: departament de control de gestió d'Althaia

**COST URGÈNCIA OBSTÈTRICA 2013**

Classes activitat/Elements cost	Costos Reals	% COSTOS REALS
10 CONSUMS	11.298,28	2,86%
11 PERSONAL	195.889,00	49,65%
12 AMORTITZACIONS	2.584,59	0,66%
14 DIRECTES SUBREPART	89.217,11	22,61%
15 COSTOS INDIRECTES	153,62	0,04%
16 INDIRECTE SUBREPARTO	95.394,27	24,18%
<b>TOTAL</b>	<b>394.536,87</b>	<b>100,00%</b>

ACTIVITAT 4.619  
 COST URGÈNCIA 2013 85,42 €

Font: departament de control de gestió d'Althaia

**COST URGÈNCIA PEDIATRIA 2013**

Classes activitat/Elements cost	Costos Reals	% COSTOS REALS
10 CONSUMS	41.374,67	2,67%
11 PERSONAL	808.542,55	52,26%
12 AMORTITZACIONS	8.896,20	0,57%
14 DIRECTES SUBREPART	306.238,81	19,79%
15 COSTOS INDIRECTES	894,17	0,06%
16 INDIRECTE SUBREPARTO	381.244,72	24,64%
<b>TOTAL</b>	<b>1.547.191,12</b>	<b>100,00%</b>

ACTIVITAT 19.162  
 COST URGÈNCIA 2013 80,74 €

Font: departament de control de gestió d'Althaia

**COST ESTADA NEONATS 2013**

Classes activitat/Elements cost	Costos Reals	% COSTOS REALS
10 CONSUMS	36.753,67	3,39%
11 PERSONAL	134.584,94	12,40%
12 AMORTITZACIONS	45.880,74	4,23%
14 DIRECTES SUBREPART	690.765,85	63,67%
15 COSTOS INDIRECTES	5.605,44	0,52%
16 INDIRECTE SUBREPARTO	171.399,02	15,80%
<b>TOTAL</b>	<b>1.084.989,66</b>	<b>100,00%</b>

ACTIVITAT 4.412  
 COST ESTADA 2013 245,92 €/dia

Font: departament de control de gestió d'Althaia

**COST MATERIAL PART NATURAL**

MATERIAL	MITJA DE CONSUM	PREU UNITARI	PREU TOTAL
Catèter venós curt	1	0,91	0,91
Adaptador agulles	1	0,27	0,27
Tubs analítica	2	0,19	0,38
Apos.adh.transp	1	0,38	0,38
Clau de tres vies	1	0,2	0,2
Empapadors cel·lulosa	10	0,09	0,9
Empapadors cel·lulosa	5	0,16	0,8
Bolquer rectangular	10	0,11	1,1
Bossa fred i calor	1	1,5	1,5
Braçalet identificador	1	2,04	2,04
Paper eixugamans	1/4	2,35	0,58
Equip estàndard	1	0,22	0,22

MATERIAL	MITJA DE CONSUM	PREU UNITARI	PREU TOTAL
Esponja ensabonada	4	0,02	0,08
Desprosept	1/2	6,06	3,03
Fulls varis	1	0,5	0,5
Set parts roba	1	9,5	9,5
1 bata part	1	1,7	1,7
Mascareta	1	0,07	0,07
Gorro	1	0,02	0,02
Polaines	2	0,02	0,04
Guants estèrils	8	0,24	1,92
Sutures	3	2,56	7,68
Bolquer infantil	1	0,1	0,1
Equip sèrum normal	1	0,23	0,23
Xeringa tuberculina	1	0,08	0,08
Xeringues	3	0,05	0,15
Agulles	3	0,02	0,06
Lidocaïna	1	0,44	0,44
Oxitocina	2	0,37	0,74
Sèrum fisiològic 500	1	0,88	0,88
Konakion	1	0,3	0,3
Pomada eritromicina	1	2	2
Sulky gel	1	3,58	3,58
Desinfectants varis	1	1	1
<b>TOTAL</b>			<b>43,38</b>

**Taula elaboració pròpia.** Tarifaris de preus 2013 proporcionats pel departament de compres d'Althaia .

**COST MATERIAL PART AMB PERIDURAL**

MATERIAL	MITJA DE CONSUM	PREU UNITARI	PREU TOTAL
Material part natural	1	43,38	43,38
Talla adhesiva	2	0,65	1,3
Talla sobretaula	1	0,3	0,3
Bata anestésista	1	1,2	1,2
Set epidural complet	1	10,77	10,77
Xeringues varies	2	0,08	0,16
Agulles	2	0,02	0,04
Novectan	1/10	11,57	1,15
Lidocaïna	1	0,44	0,44
Anestèsic	1	1,9	1,9
Anestèsic manteniment	1	10,39	10,39
Fentanest	1	0,41	0,41
Sol. Fisiològica 10	3	0,15	0,45
Sol.ringer	3	1,02	3,27
Sol.fisiològica 500	2	0,88	1,76
Oxitocina	4	0,37	1,48
Atropina	1	0,19	0,19
Efedrina	1	3,48	3,48
Llanceta amniorrexís	1	0,2	0,2
Paper registre fetal	1/4	1,88	0,47
Equip sèrum bomba	2	3,58	7,16
Sondes vesicals	4	0,11	0,44
<b>TOTAL</b>			<b>90,34</b>

**Taula elaboració pròpia.** Tarifaris de preus 2013 proporcionats pel departament de compres d'Althaia .

**COST MATERIAL PART INSTRUMENTAT**

MATERIAL	MITJA DE CONSUM	PREU UNITARI	PREU TOTAL
Cost material part peridural	1	90,34	90,34
Ventosa	1	23,68	23,68
<b>TOTAL</b>			<b>114,02</b>

**Taula elaboració pròpia.** Tarifaris de preus 2013 proporcionats pel departament de compres d'Althaia .

**COST MATERIAL PART CESÀRIA**

MATERIAL	MITJA DE CONSUM	PREU UNITARI	PREU TOTAL
Cost material part peridural	1	90,34	90,34
Bactiseptic orange	1/3	6,08	2,02
Equip de cesària	1	3	3
Bates reforçades	2	1,9	3,8
Funda taula mayo	1	0,95	0,95
Cefazolina	2	0,58	1,16
Paracetamol	1	0,86	0,86
Enantyum	1	0,83	0,83
Guants estèrils	6	0,24	1,44
Electrodes	3	0,06	0,18
Placa electrobisturi	1	0,51	0,51
Fulla bisturí	2	0,12	0,24
Gasses estèrils	30	0,01	0,3
Sonda foley	1	0,23	0,23
Bossa aspiració blau	1	1,11	1,11
Bossa aspiració blanc	1	1,11	1,11
Fil sutures	4	1,41	5,64



MATERIAL	MITJA DE CONSUM	PREU UNITARI	PREU TOTAL
Grapadora	1	3,92	3,92
Raspall mans	4	0,26	1,04
Mascareta	2	0,07	0,14
Gorro	2	0,02	0,04
Cànula yankauer	1	0,34	0,34
Electrobisturí	1	1,25	1,25
<b>TOTAL</b>			120,45

**Taula elaboració pròpia.** Tarifaris de preus 2013 proporcionats pel departament de compres d'Althaia .

## ANNEX 7. Full informació escrita

### FULL D'INFORMACIÓ PER A LA GESTANT

Estem realitzant un estudi per avaluar el tipus d'assistència que reben les dones en l'atenció al part normal. Aquesta recerca té lloc en els Serveis d'obstetrícia de La Fundació Althaia i s'inscriu dins una Tesi Doctoral que es desenvolupa a la Universitat de Barcelona per la Sra. Neus Garriga dirigida per la Dra. Josefina Goberna i el Dr. Jordi Caïs.

El que es pretén és conèixer si l'hospital Sant Joan de Déu de Manresa, que atén els parts amb titularitat pública, i la Clínica Sant Josep, que atén els parts amb titularitat privada o mutual, incorporen les pràctiques basades en l'evidència científica que és recullen en la guia OSTEBA de pràctica clínica sobre l'atenció al part normal, si els resultats dels processos estan dintre dels estàndards recomanats, si les seves clientes queden satisfetes i quin cost suposa per la Institució tot aquest procés.

**Ens dirigim a vostè per sol·licitar-li la seva autorització a participar en aquest estudi.**

La seva participació és voluntària, la qual cosa implica que abans de la inclusió en l'estudi ens haurà de firmar un document de consentiment informat per donar-nos la seva autorització. Podrà retirar-se de l'estudi o retirar el seu consentiment per a la utilització de les dades quan vostè desitgi, sense tenir que donar cap explicació a l'equip investigador i sense que això interfereixi en l'assistència que rebrà en el part. Ha de saber que l'atenció que rebrà a l'hospital serà la mateixa independentment de la seva decisió a participar o no.

La seva participació en l'estudi es limitarà a recollir una sèrie de dades sobre les seves característiques sociodemogràfiques, antecedents obstètrics, pràctiques obstètriques i resultats perinatals que ha rebut durant el procés de part. La recollida serà a càrrec de la llevadora de l'hospital que l'acompanyi. I el dia de l'alta la llevadora del servei li demanarà el grau de satisfacció i fidelitat.

Totes les dades que es recullin a l'estudi, seran utilitzades pels investigadors amb la finalitat comentada anteriorment, excloent qualsevol dada que la identifiqui directament.

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal s'ajustarà a la Llei orgànica de protecció de dades 15/1999 del 13 de desembre. D'acord al que estableix la legislació citada, vostè pot exercir el dret a l'accés, modificació, oposició i cancel·lació de dades.

És important que sàpiga que l'estudi ha estat aprovat pel Comitè d'ètica de l'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.

Si durant qualsevol moment té algun dubte i vol contactar amb la llevadora responsable de l'estudi, Sra. Neus Garriga, podrà fer-ho al telèfon 93 874 21 12 ( Ext 3430).

Si està d'acord en participar en aquest estudi, per favor expressi el seu consentiment emplenant el document disponible a continuació.

**ANNEX 8. Consentiment informat****FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT**

Jo, ( nom i cognoms)

.....

M'han explicat verbalment i he llegit el full d'informació escrita sobre l'estudi:

“Pràctiques obstètriques en l'atenció al part normal hospitalari: satisfacció, cost i variabilitat segons el model d'atenció públic o privat”.

- He pogut fer preguntes sobre l'estudi
- He rebut la suficient informació
- He entès que la meva participació és voluntària
- He entès que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui
- He entès que no repercutirà en l'atenció que he de rebre en el part

Dono lliurament la conformitat per participar en l'estudi, i perquè les meves dades puguin ser utilitzades amb finalitat investigadora.

Firma de la gestant: .....

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(dia/mes/any)

Firma de l'investigador:.....

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(dia/mes/any)

**Revocació**

Jo, (nom i cognoms)



.....  
Revoco el consentiment prestat en data ..... i no desitjo continuar en l'estudi, demanant que les meves dades siguin retirades i donant la meva col·laboració per finalitzada.

Firma de la gestant:.....

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(dia/mes/any)

**ANNEX 9. Graella recollida de dades**

**GRAELLA DE RECOLLIDA DE DADES**

		<p>PRÀCTIQUES OBSTÈTRIQUES EN L'ATENCIÓ AL PART NORMAL HOSPITALARI: SATISFACCIÓ, COST I VARIABILITAT SEGONS EL MODEL D'ATENCIÓ PÚBLIC O PRIVAT</p>
---	---	--

GRUP MODEL ASSISTENCIAL PÚBLIC  N° Hª

GRUP MODEL ASSISTENCIAL PRIVAT  N° Hª

Nom professional qui recull les dades:.....

**rimera apartat a emplenar a la sala de parts**  
**VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES I OBSTÈTRIQUES**

- Data d'ingrés: ...../...../.....
- Hora d'ingrés: ..... : .....
  
- Data naixement de la mare : ...../...../.....
  
- Nivell d'estudis : sense estudis  estudis primaris   
 Estudis secundaris  Batxillerat  formació professional   
 Universitaris
  
- País de Procedència : Espanya  Magreb  Països de l'Est   
 Sudamèrica  Àfrica  Subsahariana  Àsia   
 Resta d'Europa  Altres
  
- Nombre de parts anteriors :
  
- Pla de naixement : Sí  NO
  
- Desig a l'ingrés d'atenció respectuosa amb la fisiologia :  
 Part no intervencionista   
 Part amb peridural   
 No ho té clar

---

**VARIABLES SOBRE PRÀCTIQUES DURANT EL PROCÉS DE PART**

- Atenció contínua durant el part :

Acompanyament per una llevadora	SÍ	NO
<b>Ingrés</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Fase latent dilatació</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Fase activa dilatació</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Període expulsiu</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Aplicació enema : Sí  NO
- Rasurat del perineu : Sí  NO
- Dieta :

dieta	Líquids clars		Begudes isotòniques		aigua	
	sí	no	si	no	si	no
<b>Fase latent dilatació</b>						
<b>Fase activa dilatació</b>						
<b>Període expulsiu</b>						

- Maneig del dolor amb mètodes no farmacològics:

Maneig del dolor	SI	NO
<b>Llibertat de moviments</b>		
<b>Utilització pilota</b>		
<b>Utilització escalfor</b>		
<b>Massatge dorsolumbar</b>		
<b>Altres (especificar)</b>		

Nota : en cas d'assenyalar altres especificar.....

- Administració anestèsia peridural : Sí  NO

En cas afirmatiu:

- Data inici anestèsia: ...../...../.....
- Hora inici anestèsia: ..... : .....
- Data fi anestèsia: ...../...../.....
- Hora final anestèsia: ..... : .....

- Motiu demanda anestèsia:  
elecció de la dona  indicació professional
- Amniorrèxis : Espontània  Artificial
- Nombre de tactes vaginals durant tot el procés:

- Ús d'oxitocina en la dilatació o expulsiu:

oxitocina	sí	no
<b>dilatació</b>		
<b>expulsiu</b>		

- Tipus de monitorització :

Monitorització	contínua	discontínua
<b>Ingrés</b>		
<b>Fase latent dilatació</b>		
<b>Fase activa part</b>		
<b>Període expulsiu</b>		

- La dona ha pogut escollir la posició de l'expulsiu : Sí  NO



- Posició en l'expulsiu : de peu  a la gatzoneta  quadrúpeda   
 Decúbit lateral  semisentada  litotomia
- Maniobra de Kristeller : SÍ  NO
- Durada del període de dilatació :  hores :  minuts
- Durada del període expulsiu :  hores :  minuts
- Part natural: SÍ  NO
- Tipus de part : eutòcic  fòrceps  espàtules   
 ventosa  cesària
- Motiu de la cesària : electiva  urgent  en curs de part   
 En cas de cesària:
  - Data inici cesària: ...../...../.....
  - Hora inici cesària: ..... : .....
  - Data fi cesària: ...../...../.....
  - Hora fi cesària: ..... : .....
- Tipus d'anestèsia pel part : cap  peridural  raquídia  general   
 Local
- Lesions al perineu : SÍ  NO
- Episiotomia : SÍ  NO
- Grau del trauma perineal : grau 1  grau 2  grau 3  grau 4   
 Esclat vaginal  estrip cervical
- Pinçament del cordó umbilical : precoç  tardà
- Deslliurament : espontani  dirigit
- Hemorràgia primària postpart : SÍ  NO
- Destí de la mare: hospitalització  reanimació  UCI   
 Altres: .....
- En cas d'entrada a reanimació o UCI:
  - Data entrada : ...../...../.....
  - Hora entrada: ..... : .....

- Data sortida: ...../...../.....
- Hora sortida: ..... : .....

### VARIABLES PERINATALS

- Signes de pèrdua de benestar fetal: SÍ  NO
  - Test de Àpgar del nounat : al minut  5 minuts  10 minuts
  - Ph neonatal en sang de cordó : Ph venós..... Ph arterial.....
  - Aspiració orofaríngia i nasofaríngia del nounat : SÍ  NO
  - Contacte pell a pell a la Sala de Parts : SÍ  NO
  - Inici lactància materna a la Sala de Parts : SÍ  NO
  - Neonatòleg en el part: SÍ  NO
  - Destí nounat : mare  neonats  Motiu .....
- En cas d'entrada nadó a neonats:
- Data ingrés a neonats: ...../...../.....
  - Hora ingrés a neonats: ..... : .....
  - Data alta neonats: ...../...../.....
  - Hora alta neonats: ..... : .....

### NIVELL D'INTRVENCIÓ.

Nº intervencions	De 0 a 3	més de 3
Part de baixa intervenció		
Part d'alta intervenció		

### Segon apartat a emplenar el dia de l'alta

- Tipus de lactància a l'alta : materna  artificial  mixta
- Tipus d'alta : normal  precoç  voluntària  altres

- Data alta: ...../...../.....
- Hora alta: ..... : .....

**Grau de satisfacció**

1. Valori la seva satisfacció global amb el procés embaràs/part/puerperi

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Grau de fidelitat global**

2. Si pogués triar , tornaria a aquests mateixos serveis

sí	no	No n'estic segur

**Tercer apartat a emplenar al mes de l'alta**

**VARIABLES DE COST**

**GRD de la puèrpera**

GRD 370		GRD 376	
GRD 371		GRD 377	
GRD 372		GRD 650	
GRD 373		GRD 651	
GRD 374		GRD 652	
GRD 375		Altres.....	

**Reingrés de la puèrpera:** : No  ; Sí  amb el GRD

**GRD del nounat**

GRD 622		GRD 629	
GRD 623		GRD 630	
GRD 624		GRD 635	
GRD 626		GRD 637	
GRD 627		GRD 639	
GRD 628		Altres.....	

**Reingrés del nounat:** No  ; Sí  amb el GRD

**Taula de costos variables:**

CLASSE ACTIVITAT	Cost drivers	QUANTITAT	T.PLA FIXA	COST ACTIVITAT FINAL EN EUROS
ESTADA SALA DE PARTS (llevadora/obstetra/auxiliar)	minuts	hora sortida - hora entrada	1.32	
<b>PERSONAL DE SUPORT</b>				
Llevadora/Personal infermeria	no			0
	Si-minuts	90 minuts	0.44	
obstetra	no			0
	Si-minuts	90 minuts	0.58	
anestèsioleg	no			0
	Si-minuts	Hora fi anest - hora inici anest	0.58	
neonatòleg	no			0
	Si-minuts	40 minuts	0.58	
<b>TIPUS DE PART</b>				
	Eut.natural	1	43.38	
	Eut. Peri	1	90.34	
	Insrumentat	1	114.0 2	
	cesària	1	120.4 5	
<b>ESTADA A REANIMACIÓ</b>				
	no			0
	Si- minuts	Hora sortida rea - hora entrada rea	0.17	
<b>COST PROCÉS DE PART</b>				
hospitalització mare	dies	dia alta- dia ingrés	246.2 6	
<b>COST PROCÉS PART HOSPITAL</b>				
Reingrés mare	no			0
	Si- dies	Dia alta- dia ingrés	246.2 6	
<b>Visita a urgències durant quarantena</b>				
	no			
	Si-visita	número	85.42	

**COST FINAL PROCÉS DONA**

CLASSE ACTIVITAT	Cost drivers	QUANTITAT	T.PLA FIXA	COST ACTIVITAT FINAL EN EUROS
hospitalització nadó	Internació conjunta			0
	Nounats-dies	Dia alta-dia ingrés	245.9 2	
	Nounats - minuts	Hora alta neonats-hora ingrés neonats	0.17	
<b>COST NADÓ AL NÉIXER</b>				
Reingrés nadó	no			0
	Si-dies	Dia alta-dia ingrés	246.2 6	
Consulta a urgències primer mes de vida	no			0
	Si-visita	número	80.74	
<b>COST FINAL PROCÉS NADÓ</b>				

## ANNEX 10. CEIC Hospital



## INFORME DEL COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Dr. Jaume Plans, com a President del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la FUNDACIÓ UNIO CATALANA HOSPITALS

## CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la seva reunió del dimarts, 25 de setembre, ha avaluat:

La proposta d'Altheia, Xarxa Assistencial de Manresa per que es realitzi l'estudi que porta per títol "Pràctiques obstètriques en l'atenció al part normal hospitalari: satisfacció, cost i variabilitat segons el model d'atenció públic o privat" CEIC 12/68, i considera que:

Es compleixen els requisits necessaris d'idoneïtat del protocol en relació amb els objectius de l'estudi i que estan justificats els riscos i les molèsties previsibles per al subjecte. La capacitat de l'investigador i els mitjans disponibles són apropiats per portar a terme l'estudi.

Són adequats tant el procediment per obtenir el consentiment informat com la compensació prevista per als subjectes per danys que es puguin derivar de la seva participació a l'estudi.

Que aquest comitè accepta que aquest estudi es dugui a terme al centre Altheia, Xarxa Assistencial de Manresa amb la Sra. Neus Garriga com investigadora principal. I que l'investigador principal no ha estat present en les deliberacions i aprovació d'aquest estudi.

Que la Sra. Neus Garriga és doctoranda de la Universitat de Barcelona sota la Direcció de la Dra. Josefina Goberna, del Departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Materno Infantil".

En aquesta reunió s'han complert els requisits establerts en la legislació vigent – RD 223/22004. El CEIC tant en la seva composició, com en els PNT compleix amb les normes de BPC (CPMP/ICH/135/95).

## MEMBRES DEL CEIC DE LA FUNDACIÓ UNIO CATALANA D'HOSPITALS

Dr. Jaume Plans	President	Metge
Dr. Miquel Nolla	Secretari	Metge
Dra. Imma Guasch	Vocal	Metge
Dr. Ernesto Ezequiel	Vocal	Metge
Dr. Jesús Montesinos	Vocal	Metge
Dra. Anna Albés	Vocal	Metge
Dra. Rosa Mornos	Vocal	Farmacòloga Clínica
Dr. Jaume Trapé	Vocal	Farmacèutic
Dra. Imma Torre	Vocal	Farmacèutica
Dra. Concha Antolín	Vocal	Farmacèutica primària
Sra. Elisabet Juan	Vocal	Infermera
Sra. Itziar Aliri	Vocal	Advocat
Sra. Ana Barajas	Vocal	Psicòloga
Sra. Vanessa Massó	Vocal	C. Empresariats

Barcelona, 5 d'octubre de 2012



Dr. Jaume Plans  
President del CEIC