

4. PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN.

4.3. PROPOSICIONES NO DE LEY ANTE EL PLENO.

REFUERZO DE LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA EN EL HUMV Y EN EL HOSPITAL DE LAREDO, PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO PODEMOS CANTABRIA. [9L/4300-0116]

Escrito inicial.

PRESIDENCIA

La Mesa del Parlamento de Cantabria, en su sesión del día de hoy, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 177 del Reglamento de la Cámara, ha acordado admitir a trámite ante el Pleno y publicar la proposición no de ley, N.º 9L/4300-0116, presentada por el Grupo Parlamentario Podemos Cantabria, relativa a refuerzo de la asistencia obstétrica en el HUMV y en el Hospital de Laredo.

Los Grupos Parlamentarios podrán presentar enmiendas hasta las catorce horas del día anterior a la sesión en que haya de debatirse.

En ejecución de dicho acuerdo, se ordena la publicación, de conformidad con el artículo 102.1 del Reglamento de la Cámara.

Santander, 18 de noviembre de 2016

LA PRESIDENTA DEL
PARLAMENTO DE CANTABRIA,

Fdo.: María Dolores Gorostiaga Saiz.

[9L/4300-0116]

"A LA MESA DEL PARLAMENTO DE CANTABRIA

El Grupo Parlamentario Podemos Cantabria, en virtud del presente escrito y al amparo de lo establecido en los artículos 176 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara formula la siguiente proposición no de ley para su debate y aprobación en el Pleno.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Recientemente se ha inaugurado la nueva maternidad del HUMV. Además, desde hace unos meses son públicos los datos del año 2014 relacionados con la atención al parto en el SNS. Estos datos son indicadores de calidad muy importantes porque ofrecen una aproximación al modelo de atención a un proceso generalmente fisiológico, de singular importancia personal y biológica para las mujeres que van a convertirse en madres y para los recién nacidos.

Desde hace años, existe una grave preocupación acerca de la justificación médica de un modelo de asistencia al parto y al nacimiento tan tecnificado como el imperante. Se han alzado muchas voces autorizadas reclamando mayor respeto a la fisiología del parto, proponiendo evitar el intervencionismo sistemático que debería ponerse en marcha únicamente en los casos en que el proceso de parto se separe de la normalidad, abandonar las múltiples rutinas asistenciales no basadas en la evidencia científica que aún siguen vigentes en los paritorios y, por el contrario, implementar procedimientos que han demostrado ser beneficiosos como, por ejemplo el contacto piel con piel en partos y cesáreas. Entre estas voces podemos destacar la OMS y, en nuestro país, La Estrategia de Atención al Parto Normal de 2007 y la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de 2011 del Ministerio de Sanidad, aprobadas por todas las Comunidades Autónomas en el Consejo Interterritorial de Salud.

Las propuestas de estas estrategias de personalizar la atención al parto, de evitar rutinas e intervenciones no justificadas, de no realizar episiotomías y cesáreas sin clara indicación clínica, de reducir la medicalización del parto y del nacimiento y de devolver el protagonismo a las mujeres y a sus familias se ha desarrollado en sucesivos documentos basados en la evidencia científica: Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones de 2009, Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas de 2010, Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal de 2011, Guía de Práctica Clínica de Atención en el embarazo y puerperio de 2014, Proyecto de adecuación de las indicaciones de las cesáreas o estándares clínicos de 2009, etc.

Destaca en particular la preocupación por el número de cesáreas que se realizan y por su gran variabilidad entre Centros y entre el sistema público y la asistencia privada, sin que existan causas que puedan justificarla más allá de diferentes culturas profesionales. En 1999, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) destaca que "la cesárea es un procedimiento de cirugía mayor con los riesgos que conlleva. La indicación inadecuada de cesárea puede por tanto aumentar innecesariamente el riesgo y reflejar la incorrecta utilización de recursos". En el año 2000, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), recomendó para el 2010, una tasa de cesáreas del 15,5% en mujeres nulíparas a término con embarazos únicos en presentación cefálica. En abril de 2004, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists publicó la guía clínica NICE sobre la cesárea con el propósito de mostrar toda la información disponible basada en la evidencia, no sólo a la comunidad científica, sino también a las mujeres y a la población en general. En octubre del 2007, la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud recomienda investigar las causas del incremento de las tasas de cesáreas y de su variabilidad y la implementación de programas para la reducción de dichas tasas, que incluyan estrategias multifacéticas basadas en evidencias científicas, con evaluación de costos de dicha implementación, y que involucren a profesionales en el análisis de barreras para el cambio y evaluación de resultados.

Los datos de que disponemos nos indican que estamos muy lejos de alcanzar las metas deseadas. En el SCS se realizaron en 2014, 848 cesáreas, lo que supone el 22,29% de los partos, muy por encima de algunos servicios de salud como Asturias con el 19,96%, Navarra con el 15,98% o el País Vasco con el 13,55%. Pero además nos indican que existe una variabilidad importante: En Valdecilla, centro al que se derivan los partos de mayor riesgo, la tasa de cesáreas fue de 22,5% y en Laredo que no atiende partos de gran complejidad, sin embargo, fue del 24,5%. En Mompia, la clínica privada que atiende partos en nuestra comunidad, fue del 43,88%.

Por otra parte, la tasa de episiotomía o corte en el periné materno está en Cantabria muy por encima de la media nacional. En el SCS se realiza en el 51,56% de los partos, frente a una media en el SNS del 38,22%. Y somos la Comunidad que más proporción de partos con anestesia epidural asistimos, un 86,05%. Cifra que por excesiva, lejos de ser satisfactoria indica una aplicación rutinaria de una técnica que plantea riesgos e inconvenientes y que precipita una cascada de intervencionismo y señala también la ausencia de métodos alternativos de alivio del dolor y del apoyo profesional necesario al parto fisiológico.

Por ello instamos al Gobierno de Cantabria a:

1. Reforzar la asistencia obstétrica en el HUMV y en el Hospital de Laredo, con dotación adecuada de plantilla de obstetras y matronas, de forma que las mujeres de nuestra Comunidad y sus hijos e hijas puedan ser asistidas por profesionales especializados y dedicados a la atención al parto y no a otros ámbitos de la especialidad.

2. Actualizar la formación de obstetras, matronas y personal auxiliar de enfermería en la atención al parto fisiológico y en la atención al parto de riesgo.

3. Recuperar el horario de 12 horas de las matronas ya que el actual de 24 horas impide humanamente el desempeño de sus funciones de cuidado y acompañamiento durante todo el proceso de parto. Se ha comprobado con un nivel de evidencia elevado que el apoyo continuo consigue una reducción significativa en la tasa de cesáreas.

4. Promover el desarrollo de "una Casa de Partos" en el HUMV, de forma que se reserve un área del paritorio para la atención exclusiva por parte de matronas de los partos normales.

5. Suscribir el protocolo de Adecuación a estándares clínicos de las indicaciones de cesáreas urgentes y programadas, así como realizar seguimiento de su cumplimiento.

6. Potenciar el procedimiento de versión cefálica externa que reduce sensiblemente las tasas de cesáreas y que tiene una escasa implantación en nuestra Comunidad.

7. Instaurar el contacto piel con piel madre-bebé en las cesáreas, buena práctica ya instaurada en muchos hospitales del SNS, que ha demostrado su eficacia y que permite minimizar el impacto negativo que sobre las mujeres y los bebés tiene esta intervención quirúrgica. En 2014, 848 mujeres y sus hijos e hijas se vieron privados de este contacto por razones que nada tiene que ver con la ciencia y esta anomalía sigue a día de hoy sin resolverse, a pesar de todas las evidencias disponibles y de todas las recomendaciones efectuadas.

Santander, a 15 de noviembre de 2016

Fdo.: Verónica Ordóñez López. Portavoz del Grupo Parlamentario Podemos Cantabria."