

# EVIDENCIA CIENTÍFICA

## USO DE EVIDENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Cuidados básicos en la atención al parto, cuidados eficientes: el uso del enema

### PREGUNTA

### ¿Está recomendado el uso sistemático del enema en el parto?

#### ESTUDIO DE RESULTADOS: IMPLEMENTACIÓN

Dolores del Rey Márquez, Blanca Herrera Cabrerizo  
Matronas del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), España  
delreyloia@hotmail.com Manuscrito aceptado el 4.9.2003

#### OBJETIVO

Describir los resultados de la utilización de recomendaciones de buena práctica clínica sobre el uso del enema en el parto.

#### LUGAR

Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), Servicio de Parto y Dilatación.

#### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El uso sistemático del enema durante el parto es una práctica cotidiana en nuestro medio. Hasta el año 1990 en nuestra unidad se administraba por sistema un enema de bajo volumen al comienzo de la fase activa de parto a todas las mujeres que iban a parir, mientras que las que iban a ser sometidas a una inducción electiva recibían dos enemas, uno la noche previa a la inducción y otro a primera hora de la mañana. Entre los años 1990 y 1998 dejó de administrarse el doble enema preinducción, pero se mantuvo el enema por sistema. A partir del año 1999 el equipo de matronas, con el apoyo de evidencias y recomendaciones de buena práctica obstétrica comenzó a poner en duda esta práctica sistemática, lo que condujo a la decisión de eliminar progresivamente la utilización de la administración del enema.

Otro hecho que condujo a este cambio de práctica fue la observación empírica de dos cosas: las mujeres se quejaban cuando se les ponía el enema y muchas decían que no lo necesitaban –pero a pesar de ello se les ponía-, y, con frecuencia, cuando se administraba cerca del momento del expulsivo la zona perineal se manchaba con heces líquidas difíciles de limpiar –mientras que cuando no se ponía enema, las heces sólidas eran más fáciles de manejar-.

#### CREENCIAS Y BARRERAS

Toda práctica clínica cotidiana está apoyada en algún tipo de evidencia o recomendación, es decir, responde a uno o varios criterios que apoyan una forma de proceder y no otra. En nuestro medio, el uso sistemático del enema estaba soportado por un conjunto de creencias que los profesionales –matronas, médicos, enfermeras y auxiliares-, consideraban ciertas o no ponían en tela de juicio. Así, se afirmaba que se usaba el enema “porque siempre se hizo así”, “porque acelera el parto y estimula las contracciones uterinas”, “porque reduce el riesgo de infección materna”, “porque reduce el riesgo de infección neonatal” o “por-

que las heces dificultan el descenso de la cabeza”. No obstante no hay evidencias de que esto sea cierto. Estas creencias están apoyadas por la experiencia, por la formación académica y por la literatura científica. Así por ejemplo, en un tratado de obstetricia publicado en el año 1998, utilizado actualmente para la formación de médicos y de profesionales de obstetricia, se dice<sup>1</sup>: «Evacuación del recto [...]. Si está lleno, al llegar el expulsivo, por los esfuerzos de la mujer y por la compresión de la presentación, hay una expulsión involuntaria de heces que contaminarán todo el periné durante este periodo; [...] por el volumen que ocupan [las heces], suponen un obstáculo para el descenso y progresión de la dilatación, y además, están más expuestos a las lesiones por compresión entre la cabeza fetal y las paredes de la pelvis [...]. El recto debe vaciarse al comienzo del parto mediante la aplicación de un enema de limpieza. Ello puede suponer también un estímulo de la contractilidad uterina» (Acién, P., p 301).

Todas estas creencias constituyen una barrera que ha dificultado el cambio de práctica. A pesar de las evidencias disponibles hay profesionales que continúan creyendo y apoyando un uso sistemático del enema.

#### EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECOMENDACIONES

Según los estudios que poseemos actualmente, el uso del enema durante el parto está contraindicado. En la revisión sistemática de Cuervo y cols.<sup>2</sup> se concluye que los enemas generan incomodidad y costos, y al menos que haya evidencias para recomendar su uso –que no las hay-, deben ser desaconsejados. Estos autores no hallaron diferencias claras en la tasa de infección puerperal en las madres o niños recién nacidos. Un informe de la OMS presentado por el *Departamento de Investigación y Salud Reproductiva* en 1999, clasificaba el uso del enema en la categoría B, es decir, prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas<sup>3</sup>. Además se apuntaba que los enemas son incómodos y conllevan un riesgo de daño del intestino, y que sin enema el manchado de heces es escaso y más fácil de limpiar que el inducido por el enema.

#### PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADO

Se seleccionaron tres variables cuantitativas: número de partos, consumo de enemas y gasto en enemas durante el periodo 1999-2003. Se tuvo en cuenta también la experiencia de los actores sociales implicados en este proceso de implementación: la mujer, la matrona y el médico.

## EVIDENCIA CIENTÍFICA

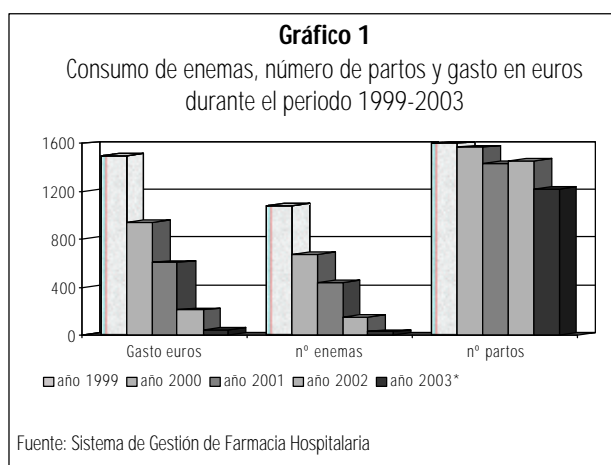
Tabla 1

Consumo de enemas, número de partos y coste durante el periodo 1999-2003

	Gasto euros*	Nº enemas	Nº partos
Año 1999	1501,20	1080	1610
Año 2000	942,42	678	1565
Año 2001	606,04	436	1436
Año 2002	208,50	150	1457
Año 2003**	41,70	30	1220

\* Precio unidad 1999-2003 = 1,39 Euros (Fuente: Sistema de Gestión de Farmacia Hospitalaria)

\*\* Cómputo realizado hasta octubre de 2003



## RESULTADOS DEL USO DE EVIDENCIAS

Los datos económicos y de consumo que poseemos corresponden al periodo comprendido entre los años 1999-2003, momento en el cual se inicia la política de no administración de enemas. Antes de 1999 no poseemos datos porque el Sistema de Gestión de Farmacia Hospitalaria no estaba centralizado ni computarizado. No obstante sabemos que se administraba al menos un enema por parto. La reducción del número de enemas consumidos v.s número de partos es significativa cuando las series de datos se someten a un análisis de diferencia de rangos promedio ( $\div 2_{exp} = 2726,980$ ; sig. 0,000; 4 gl; ic 95%). La representación gráfica (véase gráfico 1), es suficientemente explicativa en este sentido. En la tabla 1 se puede observar la reducción progresiva de consumo de enemas desde el año 1999 hasta el año 2003, pasando de 1080 enemas a 30 respectivamente. Si se considera la tasa de gasto por parto, se observa una reducción que va de 0,93 euros por parto en 1999, a 0,034 euros en 2003.

En cuanto a las evidencias internas y a la experiencia de las matronas y otros profesionales, durante el proceso de implementación no se ha observado una mayor dificultad en la asistencia al parto, ha aumentado la frecuencia de heces formadas expulsadas durante el expulsivo y las mujeres con partos previos en la unidad, en algunas ocasiones, han manifestado su conformidad y satisfacción con la nueva práctica, expresando a su vez lo desagradable de la experiencia de la administración del enema durante la fase activa de parto: "además de los dolores van y te ponen una lavativa y te piden que aguantes".

La única dificultad encontrada a lo largo del proceso de implementación fue la oposición de los médicos ante esta decisión del equipo de matronas. No obstante, al aportarles la documentación y las evidencias que mostraban la desutilidad del procedimiento se ha llegado a un acuerdo tácito de no intromisión, a pesar de lo cual algunos médicos realizan de vez en cuando comentarios de oposición.

## DISCUSIÓN

Prestar el mejor cuidado, con frecuencia, no significa más que dejar de hacer lo que se viene haciendo. Hay muchas evidencias que demuestran la existencia de prácticas entre los profesionales de la salud que no tienen ningún apoyo científico, sino que más bien están sustentadas en la tradición, en un sentido común errado o en una actitud omnipotente de toma de decisiones clínicas basada en una educación racional-tecnológica. Esto es lo que nos ocurría a nosotras.

Los resultados que hemos obtenido dan cuenta de tres hechos sustantivos: el uso de evidencias mejora la calidad de la asistencia, reduce un gasto innecesario –directo e indirecto-, y mejora el bienestar de la mujer o, simplemente no se incrementa su malestar por una práctica innecesaria y molesta. Actualmente en nuestro servicio *ya no se obliga* a una mujer a ponerse un enema, aunque tampoco se le niega tal posibilidad si así lo manifiesta.

## CONCLUSIÓN

Es evidente que el proceso de cambio ha implicado un consenso del equipo de matronas y algunos conflictos con el equipo médico, sin embargo, la apuesta por un cambio basado en evidencias –hacer bien lo correcto-, en nuestro caso, es coste-efectivo y mejora la calidad de los servicios. Se demuestra que la toma de decisiones independientes de enfermeras y matronas en la prestación de cuidados es rentable para los Sistemas de Salud y beneficiosa para los pacientes (Needleman et al, 2002; Aiken et al, 2002). Hay muchas evidencias relativas a cuidados básicos cuya aplicación es responsabilidad de los profesionales de la Enfermería. La ética del cuidado supone una implicación de las enfermeras en la implementación de prácticas basadas en evidencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ación, P. *Obstetricia*. Alicante: Molloy, 1998.
2. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labor (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 4, 2001. Oxford: Update Software.
3. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS, 1999. [http://www.WHO/FRH/MSM]
4. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 2002;346(22),1715-1722.
5. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nursing Burnout and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 2002;288(16):1987-1993.