

Curso 2021 / 2022

BENEFICIOS DE UN PARTO HUMANIZADO PARA LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO

Paula Echevarrieta Cuevas

RESUMEN

Introducción: El parto humanizado es aquel en el que se da una atención individual e integral donde prima una atención de la mujer desde un punto de vista holístico para la consecución de un parto natural e íntimo.

Objetivo: el objetivo general es identificar el beneficio del parto humanizado para la mujer y el recién nacido.

Metodología: Para la elaboración de este trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los beneficios de un parto humanizado para la mujer y el recién nacido en diversas bases de datos.

Resultados: El parto humanizado beneficia a la mujer y al neonato. El rol de la matrona es imprescindible ya que garantiza un cuidado holístico que refuerza el papel de la mujer en el proceso del parto. La elaboración de un plan de parto y la recepción de una información adecuada y de calidad son fundamentales para conseguir un parto humanizado que consiga reducir la tasa de intervenciones médicas, disminuir la morbilidad materno-infantil y conseguir una mejor puntuación de Apgar en los primeros minutos de vida del neonato.

Discusión: Hay un consenso en señalar que el parto humanizado aporta ventajas a la madre y al neonato reduciendo la morbilidad, proporcionando una atención humanista que respeta la autonomía del paciente dando protagonismo a la mujer en un hecho fisiológico y natural tan importante en su vida.

Conclusión: Los beneficios de un parto humanizado son numerosos, entre los que se podrían destacar: el garantizar un menor intervencionismo, aumentar el empoderamiento y satisfacción de la mujer, reducir la utilización de técnicas invasivas para facilitar una mejor recuperación física del parto, disminuir las tasas de morbilidad perinatal y aumentar la tasa de lactancia materna.

Palabras clave: *mujer embarazada, parto humanizado, matrona, recién nacido.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Justificación.....	2
2. OBJETIVOS.....	3
3. METODOLOGÍA.....	3
4. RESULTADOS.....	5
4.1. Resultados de búsqueda.....	5
4.2. Desarrollo.....	8
4.2.1. Importancia del “El plan de parto”.....	8
4.2.2. Información que debe recibir la mujer para poder optar por la modalidad de parto.....	9
4.2.3. Rol de la matrona durante el parto humanizado.....	10
4.2.4. Beneficios que tiene un parto humanizado para la mujer y el recién nacido.....	14
5. DISCUSIÓN.....	16
6. CONCLUSIONES.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXO.....	25
Anexo I: Clasificación de los artículos seleccionados.....	25
Anexo II: Clasificación de las prácticas en el parto normal.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descriptores y palabras clave.....	4
Tabla 2: Estrategias de búsqueda.....	4
Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión.....	5
Tabla 4: Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	7

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de selección de artículos.....	5
Figura 2: Pirámide de Haynes.....	6

1. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad hasta el siglo XIX el parto fue un proceso fisiológico que tenía lugar dentro del ámbito familiar con mujeres que atendían a otras mujeres. Al principio del siglo XX y, con la intención de disminuir la elevada morbimortalidad materno-infantil, se procedió a medicalizar de manera sistemática la acción del parto - incluso del parto normal y de bajo riesgo- hasta el punto de llegar a tener más en cuenta las necesidades de los profesionales de la salud que las de las propias parturientas (1-8).

El parto pasa de ser un acontecimiento fisiológico (íntimo, familiar y con control de su propio cuerpo), a ser un proceso tecnificado en el que la mujer deja de ser protagonista para adoptar un rol pasivo (4).

Al medicalizarse este proceso las parturientas pasan a ser consideradas y tratadas como enfermas y no como personas sanas realizando un proceso fisiológico natural (1,4,5,9-11). Este intervencionismo médico se explica por dos conceptos: el primero, que el parto solo se puede considerar normal una vez finalizado (10) y, en segundo lugar, hay que tener en cuenta que el embarazo no es un enfermedad en sí misma, pero sí una condición o estado que aumenta la probabilidad de enfermar o morir (5).

En Brasil, en 1985, en un encuentro realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se procede a la declaración "el nacimiento no es una enfermedad" (12). Posteriormente en 1996, la OMS publica "Cuidados en el parto normal: una guía práctica". En este importante documento, se sientan las bases para la consecución de unas pautas de actuación correcta (respetuosas y con base científica) en el trabajo de parto (10,13). Es a partir de este momento cuando se comienzan a dar pasos para la consecución de un parto más humanizado.

La humanización obstétrica se fundamenta en 3 pilares importantes (14):

- La autonomía de la mujer.
- Los cuidados efectuados por el equipo obstétrico.
- La asistencia basada en evidencia científica.

Desde la declaración de la OMS se ha venido trabajando en la definición del parto humanizado. Es una atención individual, personal e integral por parte de los profesionales de la salud en la cual prima la atención a la mujer desde un punto de vista holístico teniendo en cuenta sus percepciones, sus necesidades (tanto

emocionales como fisiológicas) para la consecución de un parto lo más natural posible en un ambiente íntimo (9,10,15,16).

El parto humanizado va indiscutiblemente relacionado con el Plan de Parto y Nacimiento.

El concepto de plan de parto fue descrito por Sheila Kitzinger en Estados Unidos en 1980 y constituye la base de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y el equipo obstétrico (8).

Se trata de un documento de carácter legal con valor de consentimiento informado en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente, en el que la mujer embarazada, tras haber recibido información del embarazo y el proceso de parto, debe consensuar tanto con la matrona del centro de salud como posteriormente con la matrona de atención hospitalaria qué alternativas de buena praxis prefiere durante su parto si este transcurre con normalidad. Para ello, es básica la información facilitada por su matrona para que, en el proceso de parto, se tengan en cuenta sus deseos personales, sus valores y creencias y sus expectativas de cara a ser protagonista de una experiencia vital de tanta importancia para una mujer (3,6,8,17).

1.1. Justificación

Durante mis prácticas realizadas en el paritorio del Hospital Universitario de Donostia quedé conmovida por la contemplación del milagro de la vida y por el trabajo que realizan las matronas. Esto encendió mi curiosidad para profundizar en el conocimiento sobre el trabajo de parto tal y como se entiende hoy en día.

Sobre todo, me llamó la atención la discordancia entre lo que vi y lo que mi madre y algunas de sus conocidas me habían contado sobre sus partos. Prácticamente todas volvieron a casa con una episiotomía y dieron a luz en la posición de litotomía. Tampoco conocían lo que era un plan de parto. Ni tuvieron opción de ser protagonistas ni tomar ninguna decisión sobre su parto.

Durante la carrera de enfermería recibí algunas nociones sobre el parto. Pero no fue hasta que me topé con la realidad cuando me pude hacer una idea de la dimensión de la asistencia que precisa una mujer en un momento tan decisivo de su vida a todos los niveles. El trabajo desempeñado por las matronas me causó admiración llevándome incluso a plantearme la posibilidad de formarme para ser una de ellas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Identificar los beneficios del parto humanizado para la mujer y el recién nacido.

2.2. Objetivos específicos:

Como objetivos específicos se pretende también:

- Identificar la importancia de “El plan de parto”.
- Conocer la información que debe recibir la mujer para poder optar por la modalidad de parto.
- Conocer el rol de la matrona durante el parto humanizado.

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los beneficios de un parto humanizado para la mujer y el recién nacido en diversas bases de datos. A saber: Pubmed, Dialnet, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Scopus, Cuiden y Scielo.

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados la búsqueda partió de la formulación de la siguiente pregunta PIO: “¿Cuáles son los beneficios del parto humanizado para la mujer y el recién nacido?”.

- P (Paciente): mujer, recién nacido.
- I (Intervención): parto humanizado.
- O (resultados): humanización de la atención.

A continuación, se establecieron los “*Descriptor de Ciencias de la Salud*” (DeCS), “*Medical Subject Headings*” (MeSH) y las palabras claves que ayudan a dar respuesta a la pregunta planteada indicadas en la tabla 1.

Tabla 1: descriptores y palabras clave. Elaboración propia.

Estructura PIO	DeCS	MeSH	Palabras clave
P	Mujer embarazada, Mujer	Pregnant women, woman	Mujer embarazada, mujer
	Recién nacido	Newborn, Infant	Recién nacido
I	Parto humanizado	Humanizing delivery	Parto humanizado
O	Humanización de la atención	Humanization of assistance	Humanización de la atención

Tras delimitar las estrategias de búsqueda del objetivo general (E₁, E₂, E₃, E₄), se procedió a ampliarlas para poder resolver las cuestiones planteadas en los objetivos específicos (E₅, E₆, E₇). Con el objetivo de localizar estudios de interés sobre este tema, se realizaron varias búsquedas en las bases de datos citadas anteriormente, combinando descriptores y palabras clave con los siguientes operadores booleanos: AND y OR recogidos en la tabla 2.

Tabla 2: estrategias de búsqueda. Elaboración propia.

	INGLES	CASTELLANO
E₁	Pregnant woman OR woman AND humanizing delivery AND humanization of assistance	Mujer OR mujer embarazada AND parto humanizado AND humanización de la atención
E₂	Pregnant woman OR woman AND humanizing delivery	Mujer OR mujer embarazada AND parto humanizado
E₃	Pregnant woman OR woman AND Newborn OR infant AND humanizing delivery AND benefits	Mujer OR mujer embarazada AND recién nacido AND parto humanizado AND beneficios
E₄	Pregnant woman OR woman AND humanizing delivery AND benefits	Mujer OR mujer embarazada AND parto humanizado AND beneficios
E₅	Pregnant woman OR woman AND birth plan	Mujer embarazada OR mujer AND plan de parto
E₆	Pregnant woman OR woman AND information AND birth plan	Mujer embarazada OR mujer AND información AND plan de parto
E₇	Role AND nurse midwife AND humanizing delivery	Rol AND enfermera obstétrica OR matrona AND parto humanizado

Se estableció el límite cronológico entre los años 2015 y 2022. A su vez, se determinó que el idioma de los artículos fuera inglés y castellano.

Para ayudar a la selección de los resultados obtenidos, se definieron los criterios de inclusión y exclusión (ver tabla 3).

Tabla 3: criterios de inclusión y exclusión. Fuente: propia.

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos que traten sobre la humanización de los cuidados en el parto. • Que hablen sobre el plan de parto. • Relacionados con el papel de la enfermera durante el proceso de parto. • Que hablen sobre la educación y/o la información respecto al parto. • Que hablen sobre los beneficios del parto humanizado para la madre y el recién nacido (hora dorada). • Que sean textos completos y gratuitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos que no sean de Europa o América. • Que sean trabajos de fin de grado y trabajos de fin de máster.

Además de dichos artículos se utilizaron diversas páginas web como la OMS, matronas profesión, el parto es nuestro, así como otras webs oficiales (BOE y Ministerio de Sanidad) relacionadas con el tema que nos ocupa.

4. RESULTADOS

4.1. Resultados de búsqueda

Tras realizar la primera búsqueda el resultado fue de 1.370 artículos en total. Tras la aplicación de los filtros señalados anteriormente, dicho número quedó reducido a 451. Posteriormente se procedió a eliminar duplicados y tras efectuar una revisión de título y resumen el número de artículos de quedó reducida a 192. En función de la relevancia de los artículos y para dar respuesta a los objetivos propuestos se seleccionaron un total de 25 documentos (*Tabla 4 y figura 1*).



Figura 1: diagrama de selección de artículos. Elaboración propia

Los artículos seleccionados para dar respuesta a los objetivos planteados junto con sus características, objetivos y resultados quedan recogidos en el anexo I, y han sido clasificados según su evidencia científica siguiendo el esquema de la pirámide de Haynes (*figura 2*):

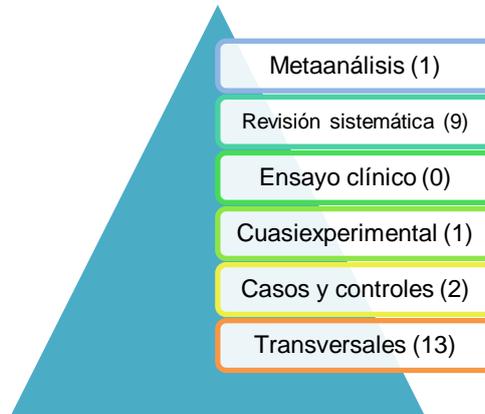


Figura 2: pirámide de Haynes. Fuente: adaptación de elaboración propia.

Tabla 4: resultados de la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

Base de datos	Estrategias de búsqueda	Resultados	Resultados con filtros	Artículos seleccionados
PUBMED	E ₁	0	0	0
	E ₂	0	0	0
	E ₃	7	4	0
	E ₄	6	3	1
	E ₅	16	10	1
	E ₆	0	0	0
	E ₇	5	0	0
DIALNET	E ₁	6	4	1
	E ₂	34	27	2
	E ₃	4	4	0
	E ₄	6	6	0
	E ₅	18	13	1
	E ₆	7	5	0
	E ₇	2	2	0
BVS	E ₁	200	64	7
	E ₂	352	92	3
	E ₃	0	0	0
	E ₄	9	3	0
	E ₅	14	8	0
	E ₆	53	21	2
	E ₇	6	0	0
SCOPUS	E ₁	0	0	0
	E ₂	28	12	1
	E ₃	0	0	0
	E ₄	1	0	0
	E ₅	18	12	1
	E ₆	0	0	0
	E ₇	0	0	0
CUIDEN	E ₁	27	8	1
	E ₂	203	56	3
	E ₃	5	3	0
	E ₄	3	0	0
	E ₅	23	3	0
	E ₆	7	1	0
	E ₇	39	6	1
SCIELO	E ₁	53	28	0
	E ₂	184	52	1
	E ₃	0	0	0
	E ₄	9	2	0
	E ₅	23	2	0
	E ₆	2	0	0
	E ₇	0	0	0
TOTAL				25

4.2. Desarrollo

4.2.1. Importancia del “El plan de parto”.

La importancia del plan de parto reside en que es el soporte legal que garantiza el parto humanizado para la mujer y el recién nacido (5,6).

Borges et al. en su revisión bibliográfica sistemática, recomienda planificar los cuidados basándose en un soporte legal para que las decisiones y procedimientos que se efectúen sean para procurar el bienestar de la mujer y su familia (5).

Por su parte, Hidalgo et al. en su estudio de casos y controles, relacionan los planes de parto con el concepto de Consentimiento Informado (CI). Afirman también, que con el plan de parto mejora la satisfacción de la gestante y disminuye el porcentaje de cesáreas. A su vez, Suárez et al. señalan que el Plan de Nacimiento “es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y la matrona”. Borges et al., indican que el plan de parto es importante para la mujer y su pareja en el sentido de que consideren este proceso como un acontecimiento fisiológico vital y no como una enfermedad (5,6,8).

Por el contrario, Fernández et al. constatan que las mujeres sin plan de parto ven mejor cumplidas sus expectativas, 80%, frente al 71% que sí elaboró un plan de parto. Las mujeres con plan de parto sufren sentimientos de frustración y decepción. En este estudio se concluye que existe una relación entre la frustración de las mujeres que han elaborado un plan de nacimiento y el asesoramiento deficiente recibido, lo que genera expectativas alejadas de la realidad (3).

Suárez et al. llevan a cabo un estudio sobre la influencia del plan de parto y nacimiento en la relación a la utilización de las buenas prácticas para garantizar la humanización del parto. En su estudio, en el que analizan las diferencias del proceso de parto entre las mujeres que han optado por un plan de nacimiento (2,6%) y las que no, destacan que el plan de parto se relaciona positivamente con el aumento del contacto piel con piel (33,01%), también con el pinzamiento tardío del cordón umbilical (15,2%). Destacan también, que la tasa de parto eutócico asciende del 73,8% a 81,66% en las mujeres que presentaron un plan de parto evidenciándose una mayor demanda de enemas y rasurado del periné (8).

4.2.2. Información que debe recibir la mujer para poder optar por la modalidad de parto.

Dalla et al. en su estudio, destacan la importancia de la información transmitida a las gestantes durante el periodo prenatal vinculado al plan de parto para así poder optar al tipo de parto que deseen (7). Según se establece en el Plan de Parto y Nacimiento realizado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la información que la mujer debe recibir viene implícita en el documento, a partir del cual, la matrona debe trabajar para resolver todas las dudas de la mujer y para que éstas conozcan las consecuencias de sus decisiones para poder ser protagonista de su proceso de parto. Como, por ejemplo: la mujer puede elegir el lugar y la posición durante el parto, tiene derecho a libre movimiento durante el proceso, debe conocer los distintos tratamientos de alivio del dolor (farmacológico y no farmacológico) etc. (18).

Apolinário et al. hacen referencia a que la información de las gestantes debe ser priorizada durante la atención prenatal. Así mismo, hablan de la importancia de transmitir tranquilidad mediante la información; el desconocimiento afecta negativamente a la mujer generándole incertidumbre y preocupación. Esto puede provocar que aumente la adrenalina lo cual hace que se inhiban hormonas necesarias para el trabajo de parto (oxitocina, endorfina etc.). Además, menciona que la mujer embarazada debe saber que la presencia de un acompañante está garantizada por ley; hecho que muchas mujeres desconocen (19).

En el estudio que analiza cuales son las fuentes de información utilizadas por las embarazadas de Camacho et al. se determinan que la matrona es la profesional más relevante para informar a las mujeres y éstas así lo entienden. Se trata también, sobre el riesgo de la información recibida a través de internet, fuente cada vez más utilizada que puede provocar una sobrecarga de información que los autores denominan “infoxicación” (intoxicación informativa) (20).

En esta misma línea, Luces et al. afirman que la información que reciben las mujeres debe estar basada en la evidencia científica disponible y debe tratar sobre la efectividad y los beneficios y riesgos de las distintas opciones disponibles. Por otro lado, Fernández et al. en su estudio transversal realizado con una muestra de 598 mujeres, remarcan la importancia del respeto del Principio Ético de la Autonomía: el derecho de la mujer a tomar decisiones en función de la información recibida, y la

obligación de los profesionales de respetarlas. Sin embargo, Llobera señala que el principio de autonomía a veces no se respeta por parte de los profesionales si la opinión de la paciente no coincide con la suya (1,3,21).

En el estudio sobre el CI en la humanización de la cesárea de Castaño et al. hacen hincapié en la importancia de la explicación personalizada y de la elaboración correcta de formularios para que la mujer pueda firmar un CI. Rossetto et al. recomiendan informar sobre las consecuencias de la utilización de técnicas invasivas tales como la cesárea, cuya práctica provoca consecuencias físicas en el postparto triplicando el riesgo de muerte materna (22,23).

Con respecto a la información sobre el tratamiento del dolor, Cuartero et al. en su revisión bibliográfica sistemática sobre el alivio del dolor en el parto, hablan de la importancia de ofrecer a las parturientas información sobre los métodos alternativos existentes para gestionar el dolor. Por su parte, en el trabajo de Luces et al. se afirma que la utilización de agua caliente a no más de 37°C reduce de forma estadísticamente significativa el uso de analgesia epidural. El miedo al dolor y al parto (FOC o Fear Of Childbirth) constituye uno de los mayores factores de preocupación de las mujeres embarazadas. Ilska et al. lo relacionan con el mayor uso de analgésicos, de oxitocina y de partos prematuros. Por su parte Veringa et al. lo vinculan con la petición de cesárea electiva y la solicitud de epidural aun sin existencia de dolor. En este sentido, Vieira et al. señalan que es importante que la matrona informe a la mujer sobre su derecho a la analgesia obstétrica farmacológica, pero siempre señalando los beneficios y las posibles complicaciones del uso de esta (1,2,10,16,24,25).

4.2.3. Rol de la matrona durante el parto humanizado.

En cuanto al rol de la matrona durante el proceso de parto, Lanero et al. hablan del modelo de Schaefer que engloba tres dimensiones: apoyo informacional, apoyo instrumental (servicios y cuidados) y apoyo emocional (4).

Como se ha mencionado en el apartado anterior, Camacho et al. hablan de la matrona como figura central para proporcionar **apoyo informacional** de calidad a la gestante. Destacando como elementos importantes la fiabilidad de la información (debe estar basada en evidencia científica), así como dar a conocer sus derechos a la mujer gestante para que así ella pueda tomar sus propias decisiones, las cuales deben ser

acatadas en la medida de lo posible por los profesionales (20).

En su revisión bibliográfica sistemática Borges et al. hablan sobre el rol de la enfermera en el ámbito de **apoyo instrumental**, basándose en las prácticas de la enfermería según la OMS, clasificándolas en: demostradamente útiles (que hay que implementar), claramente ineficaces (que hay que eliminar), a utilizar con cautela y las que no tienen evidencia suficiente para ser recomendadas (10) (*Anexo II*). En los estudios encontrados se hace mención a algunas de ellas:

Prácticas que deben fomentarse:

- *Privacidad e intimidad.* En la búsqueda transversal realizada por Apolinário et al. se menciona que en el 89,2% de las mujeres atendidas se respetó la intimidad durante el trabajo de parto. Por su parte, Dalla et al. en su trabajo destacan que la privacidad de las mujeres estaba garantizada en un 89,5% de los casos (7,19).
- *Alivio del dolor.* En el mismo trabajo señalado anteriormente, se señala que la matrona debe ofrecer estrategias no farmacológicas para el alivio del dolor que ayudan a evitar intervenciones invasivas. En su estudio de 100 participantes el 62% de las mujeres utilizó algún método disponible en el servicio (balón obstétrico, baño por inmersión, ducha, deambulación, masajes, técnicas de respiración y posición de cuclillas). El 38% no utilizó ningún método. Se concluyó que el uso del movimiento y la relajación, acortaron el trabajo de parto en comparación con aquellas mujeres que permanecieron acostadas, además de aliviar su dolor (19).
- *Contacto piel con piel.* En el estudio de Dallas et al. se señala que en aquellos partos realizados por vía vaginal se promovió el contacto piel con piel en 68,4%, mientras que en los partos por cesárea se promovió en un 54,7%. A su vez, Apolinário et al. en su estudio mencionan que en el 84% de los casos se llevó a cabo el contacto piel con piel de la madre con el RN (7,19).
- *Lactancia materna.* Apolinário et al. hacen referencia a que en el 95% de los casos se realizó la lactancia materna en la 1º hora de vida (19).

Prácticas que deben ser utilizadas con precaución:

- *Posición materna durante el parto.* En la investigación realizada por Apolinário et al. se menciona que la posición más utilizada para el parto es la litotomía con un porcentaje de un 83%. Aunque también habla de que la posición vertical favorece la gravedad y esto hace que las mujeres reduzcan (en un 35%) la fuerza que necesitan en comparación con una posición horizontal. En el estudio de Muñiz da Costa et al. se menciona que la posición que más se utilizó para dar a luz fue la posición vertical con un porcentaje del 65,5% (11,19).
- *Tacto vaginal.* La OMS recomienda realizar la práctica de tacto vaginal solo cuando sea necesario. En el trabajo de Dallas et al. se menciona que al 96,5% de las mujeres con parto vía vaginal se les realizó tacto vaginal y en el estudio de Apolinário et al. se describe que esta técnica fue realizada al 73% de las mujeres cada hora y al 37% cada dos horas o más (7,13,19).
- *Alimentación.* La OMS aconseja la toma de líquidos y alimentos ligeros durante el proceso del parto. En un estudio realizado sobre 100 participantes, más del 50% de las mujeres se encontraban en ayunas en alguna fase del parto. Por otro lado, en otra investigación de 207 participantes, se menciona que se les restringió la ingesta de líquidos y alimentos al 24,6% de las mujeres (7,13,19).
- *Episiotomía.* La OMS afirma que es importante disminuir la posibilidad de infección restringiendo el uso de técnicas invasivas como la episiotomía, al mínimo posible y cuidando mucho el uso de agujas e instrumentos cortantes. En la investigación de Apolinário et al. se destaca que hubo un 75% de mujeres a las que no se les realizó la episiotomía. Muñiz da Costa et al. también hablan de que en el 91% de los casos no se llevó a cabo este procedimiento (11,13,19).
- *Cateterismo venoso.* Esta práctica limita el libre movimiento de la mujer embarazada y de esta manera el contacto piel con piel con el RN se hace más difícil. Así, se menciona en el trabajo de Apolinário et al. que al 53% de las mujeres que estaban en el proceso de parto se les realizó cateterismo venoso (19).

- *Amniotomía*. El uso de la amniotomía debe ser realizado bajo circunstancias determinadas y desde un punto de vista científico ya que puede provocar un aumento de la frecuencia cardíaca y también hace que aumente el número de cesáreas (19).

Por otro lado, Konzen-Ritter et al. en su estudio hacen una comparación de la utilización de las practicas beneficiosas para conseguir un parto más humanizado en mujeres embarazadas y RN entre los años 2013 y 2016. Por un lado, en cuanto a la realización del partograma, se observa un aumento del 43,3% en su utilización. Otra práctica utilizada es la dieta líquida oral que también aumenta un 11,50%. Así mismo, el cambio de posición y el masaje aumentan su utilización porcentual. Sin embargo, a pesar de que la OMS no recomienda el uso de la amniotomía, su práctica se ve aumentada en un 16,7%. En cuanto a las prácticas beneficiosas para el recién nacido, también se observa un aumento de su utilización tanto en el pinzamiento tardío del cordón umbilical (37,3%) como del contacto piel con piel (33,2%). Por otro lado, la analgesia epidural se ve disminuida en un 79%, así como el uso de oxitocina (73,3%). En lo referente al cateterismo venoso y a la realización de la episiotomía también se observa una reducción del 60,5% y 71,4% respectivamente (14).

Por último, en lo que respecta al **apoyo emocional**, este se relaciona directamente con la concepción humanizada del parto: Borges et al. mencionan que los profesionales de la salud deben establecer una relación empática donde interactúen los conocimientos científicos y los valores del ser humano para ofrecer una asistencia actualizada e integral. Habla de que este proceso no estaría completo sin la satisfacción de las necesidades de la mujer y la valoración de sus sentimientos, sensaciones y expectativas del parto (10,26).

Por otra parte, en la revisión sistemática realizada por Margarita et al. se subraya la necesidad de dar unos cuidados de enfermería desde un enfoque holístico de la atención (27).

Borges et al. en otra revisión bibliográfica sistemática, hace referencia a los “cuidados comprensivos” poniéndolos en relación con el cuidado humanizado de la mujer para poder conseguir una atención individualizada y comprensiva durante el trabajo de parto (9).

En otra revisión se centra en la contribución de la Bioética Sinfonológica al cuidado humanizado de la mujer durante el parto, concibiendo a la enfermera como un elemento de ayuda que convierte a la mujer en sujeto de su cuidado y no en un objeto de este (15).

Franco et al. habla de la importancia del acompañamiento para conseguir un ambiente de confianza y de apoyo emocional. Por último, Luces et al. van un poco más allá al hablar de beneficios a nivel psicológico y médico (disminución de estrés y dolor, menos uso de analgesia etc.) (1,12).

4.2.4. Beneficios que tiene un parto humanizado para la mujer y el recién nacido.

En lo que se refiere a los beneficios del parto humanizado para la mujer, en el estudio de Franco et al. se menciona, por una parte, que la humanización del parto establece una conexión clave entre el recién nacido y la mujer que será crucial para el desarrollo de las siguientes etapas de la vida. Por otra, también afirma, que el parto humanizado favorece que (12):

- Se reduzcan las tasas de morbilidad materno infantiles.
- Que el proceso de parto sea una experiencia satisfactoria.
- Que aumente la tasa de lactancia materna.

En el artículo de Llobera habla sobre una atención individualizada (one-to-one) como beneficio para reducir la tasa de intervenciones médicas, aumentando así la calidad humana de la asistencia (21).

En el estudio que se habla sobre las prácticas en la atención al parto y nacimiento desde la perspectiva de las madres, se hace referencia a la atención humanizada. Esto genera un proceso de empoderamiento de la mujer y con ello se le dota de capacidad para tomar decisiones en su proceso de parto. Esta idea también se aborda en el artículo de Konzen-Ritter et al. donde se relaciona el modelo colaborativo con menor intervención y mayor satisfacción (14,19).

En la revisión bibliográfica sistemática de Cuartero et al. se mencionan diversos métodos no farmacológicos para el alivio del dolor que pueden beneficiar directamente a la mujer durante el proceso (2):

- El uso de la pelota. Este método hace que disminuya el dolor y la ansiedad que sufren las mujeres y se consigue que el número de parto eutócicos sea mayor.
- La uso de agua caliente favorece la relajación de la parturienta haciendo que gestione mejor el dolor y de esa manera se disminuyen las intervenciones a realizar.

En el trabajo de Suárez et al. se reflejan los beneficios de tener un plan de parto: se constata un aumento significativo del contacto piel con piel (60,4% de las mujeres que sí tenían plan de parto frente a 27,4% que no lo tenían); en la elección de postura en dilatación y parto, 60,5% frente a 48,1%; ingesta de líquidos 42% frente a 33% y pinzamiento tardío del cordón umbilical, 78,3% frente a 63,1% (8).

El trabajo de Franco et al., también señala los beneficios del acompañamiento durante el proceso del parto. Un acompañamiento respetuoso durante el parto ya sea por algún familiar o por una persona que la gestante decida, aporta mejoras en el trabajo de parto tales como (12):

- Mayor colaboración por parte de la mujer debido al ambiente de tranquilidad y confianza que se produce.
- Mejor desarrollo del alumbramiento.

La atención humanizada conlleva la eliminación de la violencia obstétrica ejercida contra las mujeres durante su trabajo de parto. En la revisión sistemática y metaanálisis sobre prácticas de abuso físico, verbal etc., escrita por Tobasía-Hege et al. y que abarca el ámbito geográfico de América Latina, se da dimensión a este problema. A resaltar la prevalencia de la falta de respeto y el maltrato durante el parto del 39% (28).

En cuanto a los beneficios para los RN, Hidalgo et al. afirman que la elaboración de un plan de parto, además de dar una mayor satisfacción a la madre, mejora los resultados obstétricos y neonatales. Los niños nacidos de mujeres que han elaborado un plan de parto tienen unos buenos resultados en el Apgar al 1º minuto, en los valores de pH de sangre del cordón umbilical y en reanimación neonatal (6).

Suárez et al. indican que el contacto piel con piel hace que mejore la adaptación a los cambios fisiológicos en la madre y el recién nacido. También mencionan que el

pinzamiento tardío del cordón umbilical hace que aumenten las reservas de hierro del recién nacido en más del 50% a los 6 meses de vida. Por su parte en el artículo de Apolinário et al. se señala que “fomentar la lactancia materna en la primera hora después del parto puede reducir la mortalidad neonatal en un 23%” (8,20).

Por su parte Muñiz da Costa et al. resaltan que la humanización del parto se centra en las repercusiones para el RN. Señala que la asfixia perinatal es una de las principales causas de morbilidad neonatal y la atención adecuada es de vital importancia para su prevención. En el estudio se verifica que el 97,53% de los RN tuvieron una puntuación de Apgar mayor de 7 en el 5º minuto de vida en un parto de modelo humanizado (11).

5. DISCUSIÓN

Uno de los pilares de la humanización del parto es el establecimiento de un buen plan de parto. En general, se puede decir, y en esto coinciden varios estudios, que mediante el plan de nacimiento se consigue, por una parte, incrementar la satisfacción de las mujeres, haciendo que se sientan más empoderadas y permitiéndoles tomar decisiones en cuanto a cómo quieren que se desarrolle su proceso de parto por otra, ayuda a dar información al equipo de profesionales que la atienden sobre cómo desea la mujer que transcurra el trabajo de parto, para así poder brindarle una atención personalizada y de calidad (3,5,6,8). Así, se establece que el plan de parto es la base de la relación clínica entre la mujer embarazada y la matrona (8). Paradójicamente, y en contraposición a los beneficios que aporta la realización de un plan de parto, en un estudio se constata en algunos casos, a pesar de tener un plan de nacimiento, no se llegan a cumplir todas las expectativas generadas, lo cual puede provocar sentimientos de frustración y decepción en un mayor porcentaje con respecto a aquellas mujeres que no tienen un plan de parto. Por eso es importante no fomentar expectativas irreales o rígidas, facilitando una información clara (3).

En definitiva y tal como afirman Hidalgo et al. (6) la importancia del plan de parto reside en que procura un mayor bienestar a la madre y al recién nacido y se relaciona con una menor intervención y un proceso de parto más natural.

Así mismo, para la consecución de un parto humanizado en las mejores condiciones, es indispensable que la mujer embarazada esté bien informada de los pormenores que pueden ocurrir, así como de las diversas opciones que tiene a su disposición y de las

consecuencias de determinadas decisiones que puede tomar (analgésica, cesáreas electivas...). Si bien es cierto que la matrona se sitúa en el eje central de acceso a la información con respecto al parto, en un gran porcentaje es obtenida a través de internet sin ningún filtro o fiabilidad (20,26). La búsqueda de información a través de las nuevas tecnologías es una cuestión importante a tener en cuenta; se hace deseable la confección de listas de sitios web que aporten información con base científica (19). En última instancia la matrona es la referencia cuando las mujeres se enfrentan a una contradicción en la búsqueda de información (20).

Las mujeres embarazadas deben poder acceder a información sanitaria fiable y de calidad, basada en la evidencia científica actual. Es primordial que el personal del equipo obstétrico (matronas, ginecólogos) sea capaz de facilitar esta información y ayudar a las mujeres a comprenderla para que puedan ser capaces de decidir y conseguir elaborar un plan de parto acorde a sus necesidades y creencias; solo así, se podrán evitar las falsas expectativas y la vivencia del parto como una experiencia decepcionante (1,3,12,20,26,28).

El embarazo, el parto y el puerperio normales no siempre son entendidos ni abordados como procesos fisiológicos naturales de una etapa concreta de la vida de la mujer, existiendo en muchos casos cierta sobre intervención. Es por esto que el rol de la matrona debe enfocarse en ofrecer unos cuidados basados en una visión holística prestando atención a las creencias y el contexto ambiental y cultural de la mujer. También, por su puesto, es importante su ayuda para ofrecer estrategias alternativas a las farmacológicas para ayudarle en su proceso de parto, escuchándole y procurándole un ambiente íntimo intentando disminuir el número de profesionales presentes. En última instancia será también la que acompañe a las gestantes durante el proceso del parto dándoles apoyo emocional (4,11,16,20,21).

Se ha observado que la mayoría de los artículos se centran en los estudios de los beneficios para la mujer; en cambio, hay pocos que profundicen sobre los beneficios que tiene para el recién nacido el parto humanizado.

Es de suma importancia la primera hora de vida del RN ya que es el momento donde el neonato efectúa su primera toma de contacto con el mundo exterior y establece el vínculo con su madre. En este sentido, el parto humanizado otorga la posibilidad de que se realicen técnicas como el contacto piel con piel, pinzamiento tardío del cordón

umbilical etc., que resultan beneficiosas, puesto que contribuyen a reducir la tasa de mortalidad infantil y se obtienen puntajes de Apgar más altos (8,11,13,19).

A manera de reflexión decir que es necesario continuar con la implantación del parto humanizado de forma generalizada. Considero que hay que evitar la tentación de protocolizar en exceso el parto humanizado, en el sentido, de que no hay que olvidar que se trata de una atención personalizada y que cada mujer es única. Para conseguir esto sería deseable invertir en la formación de las matronas para que puedan dar educación e información a las mujeres ya desde la atención primaria. Es importante invertir en medios humanos y económicos para dar una atención humanizada y de calidad.

6. CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo, se establecen las siguientes conclusiones:

- Los beneficios de un parto humanizado son numerosos, entre los que se podrían destacar: el garantizar un menor intervencionismo, aumentar el empoderamiento y satisfacción de la mujer, reducir la utilización de técnicas invasivas para facilitar una mejor recuperación física del parto, disminuir las tasas de morbilidad perinatal y de mortalidad y generar una mayor tasa de lactancia materna.
- El plan de parto aumenta la satisfacción de la mujer disminuyendo sus miedos inherentes sobre el proceso del parto, favorece que el parto sea más natural y procura un mayor bienestar para la madre y el neonato.
- La información que debe recibir la mujer está vinculada al plan de parto y debe tener una base científica para disminuir el miedo y la incertidumbre que provoca este proceso y así tener herramientas suficientes para poder ser protagonista en uno de los momentos más importantes de su vida.
- El rol de la matrona debe estar basado en tres diferentes facetas: el apoyo informacional, proporcionando a la mujer información suficiente para resolver todas las dudas que le surjan (diferentes opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico y sus consecuencias, procedimientos diversos que ayudan a la dilatación...); apoyo instrumental garantizando el uso

de técnicas beneficiosas para el proceso de parto tal y como recomienda la OMS (fomentar el contacto piel con piel, promover el libre movimiento y la adaptación de diferentes posturas...), y apoyo emocional, ofreciendo una atención individualizada y comprensiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luces AM, Mosquera L, Freire N, Pena D, Tizón E. Humanización del parto: prácticas recomendadas en partos de bajo riesgo. *Tiempos de enfermería y salud* [Internet]. 2019 [30/03/2022]; 2(7): 36-41. Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/78/65>
2. Cuartero, MM, Jumilla A, Ventura E, Ondiviela PC, Buicheku RD. Alivio del dolor en el parto: Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2021 [30/03/2022]; 2(9): 87. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/alivio-del-dolor-en-el-parto-revision-bibliografica/>
3. Fernández FS, Vera LT, Novo MM, Rodríguez JA, Aguirre A. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Dilemata* [Internet]. 2018 [30/03/2022]; (26): 207-215. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189/556>
4. Lanero S, Lanero A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. *Matronas prof* [Internet]. 2020 [30/03/2022]; 21(2): 54-61. Disponible en: <https://matronasprofesion.es/archivo/vol-21-num-2-2020/>
5. Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Pérez AS. Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018 [30/03/2022]; 44(3):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000300005
6. Hidalgo P, Cubero AM, Jamesnez A, Hidalgo M, Rodríguez MA, López PJ. Association between Birth Plan use and maternal and neonatal outcomes in southern Spain: A case-control study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021 [30/03/2022]; 18(2): 456. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020456>
7. Dalla L, Calentamiento KM, Dal Cero T, Dalorsoletta K, Nascimento F et al. Adherence of professionals to good obstetric practices and interventions performed with parturients. *Rev Rene Health* [Internet]. 2021 [30/03/2022]; 22. Doi: 10.15253/2175-6783.20212261474
8. Suárez M, Armero D, Canteras M, Martínez ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev Lat Am* [Internet] 2015 [30/03/2022]; 23: 520-526. Doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583

9. Borges L, Pérez AS, Sánchez R. Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2018 [30/03/2022]; 34(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1615/382>
10. Borges L, Sánchez R, Domínguez R, Pérez AS. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Revista cubana de obstetricia y ginecología [Internet]. 2018 [30/03/2022]; 44(3):1-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog183b.pdf>
11. Muñiz da Costa O, Celento A, Progianti JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. Escola Anna Nery [Internet]. 2017 [30/03/2022]; 21(1). Doi: 10.5935/1414-8145.20170015
12. Franco JA, calderón LG, Cujilan MC, Salazar JP. Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi "Dr. José Cevallos Ruíz". RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2018 [30/03/2022]; 2(1): 716-736. Doi: 10.26820/recimundo/2.1.2018.716-736
13. Organización Mundial de la Salud. Cuidado en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
14. Konzen-Ritter S, Carvalho A, Geremías H. Care practices in normal-risk births assisted by obstetric nurses. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2020 [30/03/2022]; 33. Disponible en: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
15. Borges L, Sánchez R, Peñalver AG, Parra E, González A, González M. Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2019 [30/03/2022]; 35(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2856/504>
16. Vieira LR, Kelve A, Soares MM, Serpa R, Oliveira M. Pharmacological obstetric analgesia: a study of obstetric and neonatal outcomes. Rev Rene [Internet]. 2017 [30/03/2022]; 18(5): 687-94. Doi: 10.15253/2175-6783.2017000500017
17. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente. Boletín Oficial del Estado, N.274 (15/11/2002.) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eguidad/planPartoNacimiento.pdf>

19. Apolinário D, Rabelo M, Gonçalves LD, Rossi SR, Campos G. Practices in delivery and birth care from mothers' perspective [Internet]. 2016 [30/03/2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100004>
20. Camacho F, Esparcia J. Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women. Women and Birth [Internet]. 2020 [30/03/2022]; 33 (4): 367-376. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.003>
21. Llobera R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. Matronas profesión [Internet]. 2018 [30/02/2022]; 19 (1): 12-20. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Original_Humanizacion.pdf
22. Castaño MA, Carrillo F, Pastor LM. Consentimiento informado en la humanización de la cesárea: un estudio preliminar. Cuadernos de Bioética [Internet]. 2016 [30/03/2022]; 27(2): 249-254. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87546953011>
23. Rossetto M, Moreira J, Bedin K, Pinheiro AM, Lyra JA. Factors associated with elective cesarean section in women met in a reference hospital in western Santa Catarina. REUFMS [Internet]. 2020 [30/03/2022]; 10 (54): 1-17. Doi: 10.5902/2179769239398
24. Ilska M, Brandt A, Kołodziej A, Banaś E, Gelner H, Cnota W. Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. Scientific Reports [Internet] 2021 [30/03/2022]; 11(1): 1-8. Doi: 10.1038/s41598-021-83915-5
25. Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, Van Steensel FJA, Dirksen CD, et al. 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. BMC Psychiatry [Internet]. 2016 [30/03/2022]; 16(1):1-14. Doi: 10.1186/s12888-016-1070-8
26. Borges L, Pérez AS, Sánchez R. Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. Revista cubana de Enfermería [Internet]. 2018 [30/03/2022]; 34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200014
27. Margarita AM, Torres YY, Poveda JF. El proceso de parto cultural, una necesidad. Cultura del Cuidado Enfermería [Internet]. 2018 [30/03/2022];

15(1):23-37.

Disponibile

en:

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5068/4332>

28. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2019 [30/03/2022]; 43. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

ANEXO

Anexo I: Clasificación de los artículos seleccionados.

TÍTULO	AÑO	TIPO DE ARTICULO	OBJETIVO	CONCLUSIONES
Humanización del parto prácticas recomendadas en partos de bajo riesgo.	2018	Revisión bibliográfica	Conocer la evidencia científica existente de las prácticas clínicas realizadas en la atención al parto.	La implementación de las recomendaciones de la OMS mejora la asistencia del parto y la humanización. El parto normal debe ser atendido por matronas y la mujer debe recibir la información necesaria para poder elegir.
Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi “Dr. José Cevallos Ruíz”	2018	Estudio descriptivo prospectivo transversal	Valorar el grado de conocimiento sobre el parto humanizado en mujeres embarazadas.	Existe una gran carencia de conocimiento entre las mujeres acerca del parto humanizado. La decisión de optar por esta modalidad de parto recae en el profesional que les atiende y en la información que este les aporte.
Alivio del dolor en el parto: revisión bibliográfica.	2021	Revisión bibliográfica	Dar a conocer, por parte de los profesionales, los diferentes tipos de métodos alternativos para gestionar el dolor.	La experiencia de parto mejora notablemente cuando se satisfacen las expectativas con respecto a la experimentación de un bajo grado de dolor.
El empoderamiento de la gestante y su	2018	Revisión bibliográfica	Especificar la satisfacción de las mujeres con su parto tras haber	Las mujeres que elaboran un plan de parto obtienen un menor nivel de satisfacción en

satisfacción durante el parto.			establecido un plan de parto.	relación con las expectativas que se implementan. Es necesario mejorar el asesoramiento para no generar expectativas imposibles de satisfacer.
La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto	2020	Estudio descriptivo transversal	Evaluar la percepción de las gestantes sobre el apoyo recibido por parte de las profesionales y conocer las creencias de las mujeres para poder mejorar la atención personalizada y humanizada en el parto.	Se aprecia el predominio de las creencias ajustadas al modelo delegador en la atención al parto. Es preciso mejorar la información que se da a las mujeres con respecto al parto.
Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto	2018	Revisión bibliográfica sistemática	Conocer los referentes teóricos y metodológicos en los que se basa el cuidado humanizado durante todo el proceso del parto.	El cuidado humanizado es muy importante de cara a la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de la mujer.
El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer	2018	Revisión bibliográfica sistemática	Mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre el concepto de la humanización en el parto para mejorar la asistencia y la atención holística de la mujer en el trabajo del parto.	Tras el estudio histórico de la evolución del proceso del parto se concluye en la definición de lo que es el parto humanizado tal y como se entiende hoy en día.
Influencia del desempeño de los	2018	Revisión bibliográfica	Determinar la influencia del trabajo de los trabajos de enfermería en la	La atención humanizada consiste en dar una asistencia personalizada y de calidad en

profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto		sistemática	atención humanizada al parto.	cada caso concreto.
Una concepción integral del parto humanizado en Cuba	2018	Revisión bibliográfica sistemática	Determinar el parto humanizado en Cuba.	Es importante entender el parto como un proceso natural y fisiológico donde la mujer sea un sujeto de cuidado y no un objeto de cuidado.
Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas	2018	Estudio descriptivo transversal	Conocer la opinión de las matronas acerca de la aplicación de las recomendaciones de la OMS en el parto humanizado.	El parto se atiende como un proceso fisiológico y medicalizado. Es importante y beneficiosa la atención individualizada.
Consentimiento informado en la humanización de la cesárea: un estudio preliminar	2016	Estudio descriptivo analítico transversal	Analizar el concepto del consentimiento informado (CI) las cesáreas en hospitales murcianos.	El CI de cesárea, bien realizado, favorece la humanización del nacimiento.
Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba	2019	Revisión bibliográfica sistemática	Relacionar la teoría Bioética Sinfonológica con la consecución del cuidado humanizado de mujeres cubanas en el proceso del parto.	La teoría Bioética Sinfonológica ayuda a impulsar el cuidado humanizado en el proceso del parto.
El proceso de parto cultural, una	2018	Revisión sistemática	Identificar el proceso de parto	La importancia de la visión holística basándose en aspectos sociales y culturales

necesidad			Cultural.	para hacer que las mujeres tengan un parto acorde a sus creencias.
Practices in delivery and birth care from mothers' perspective	2016	Estudio transversal	Conocer la perspectiva de las madres con respecto a las prácticas de atención al parto.	Hay practicas que deben ser utilizadas con precaución o ser eliminadas. Muchas mujeres tienen un rol pasivo debido a la desinformación sobre sus derechos.
Factors associated with elective cesarean section in women met in a reference hospital in western Santa Catarina	2020	Estudio transversal	Analizar las consecuencias y riesgos de las cesáreas programadas en Brasil.	Es importante informar adecuadamente a las mujeres sobre las consecuencias que conlleva la elección de las cesáreas como método de parto.
Influence and use of information sources about childbearing among Spanish pregnant women	2020	Estudio Transversal	Conocer las fuentes de información sobre maternidad utilizadas por las mujeres embarazadas españolas.	La matrona es la figura más relevante para dar información a las mujeres embarazadas, aunque la tecnología tiene cada vez más peso.
Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis	2019	Revisión sistemática y metaanálisis	Tipificación de la violencia obstétrica ejercida en América latina y el Caribe.	En el siglo XXI sigue existiendo maltrato y falta de respeto en la zona geográfica del estudio.

Association between birth plan use and maternal and neonatal outcomes in southern Spain: A case-control study	2021	Estudio de casos y controles	Comparar los resultados obstétricos y neonatales entre mujeres con y sin plan de parto.	Los planes de parto se relacionan con una mejor intervención, un proceso de parto más natural y mejores resultados para las madres y los recién nacidos.
Care practices in normal-risk births assisted by obstetric nurses	2020	Estudio transversal	Comparación de las prácticas de enfermería en un hospital público de Brasil entre 2013 (cuando se implementa el programa de buena praxis) y el 2016.	El modelo colaborativo genera mejores prácticas alejadas del intervencionismo anterior.
Adherence of professionals to good obstetric practices and interventions performed with parturients	2021	Estudio transversal	Analizar la relación entre la buena praxis obstétrica y las tipologías de parto.	Las buenas prácticas obstétricas ayudan a la consecución de un parto normal mientras que en el parto por cesárea se implementaron con mejor frecuencia.
Pharmacological obstetric analgesia: a study of obstetric and neonatal outcomes	2017	Estudio de casos y controles	Analizar la relación entre el uso de la analgesia obstétrica farmacológica y los resultados obstétricos y neonatales.	El uso de la analgesia epidural no aumenta el riesgo de cesárea, desgarro perineal ni hospitalización neonatal, pero sí influye en el uso de oxitocina, la maniobra Kristeller, episiotomía, fórceps, Apgar más bajo en el primer minuto.
Use and influence of Delivery and Birth	2015	Estudio transversal	Comparación de los trabajos de parto entre mujeres que han	El plan de parto tiene como resultado un parto humanizado que además hace que

Plans in the humanizing delivery process		observacional	realizado un plan de parto y las que no lo han realizado para entender la situación actual de los planes de parto.	disminuyan las hospitalizaciones de las mujeres y los neonatos con el consiguiente ahorro económico.
The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil	2017	Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal	Conocer las practicas realizadas por los profesionales en el trabajo de parto de los hospitales públicos brasileños y cómo estas contribuyen al parto humanizado.	En Brasil los profesionales de salud obstétrica están en un proceso de evolución desde el modelo medicalizado hacia el cuidado con técnicas no invasivas.
Practices in delivery and birth care from mothers' perspective	2016	Estudio trasnversal	Las prácticas en la atención al parto desde la perspectiva materna.	Hay prácticas de atención al parto que deben promocionarse y otras que se deben de retirar. A pesar de los esfuerzos institucionales muchas mujeres se mantienen pasivas en su proceso de parto.
'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) para embarazadas con alto nivel de miedo al parto y sus parejas: protocolo de estudio del	2016	estudio es un ensayo controlado cuasiexperimental	El 25% de las mujeres embarazadas tienen un alto miedo al parto lo que afecta a su salud mental.	Es importante la atención plena durante el periodo perinatal para disminuir la ansiedad y el estrés relacionado con el embarazo y el parto.

ensayo controlado cuasiexperimental				
Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women	2021	Estudio transversal	Identificar los factores de riesgos obstétricos y psicológicos por miedo al parto.	El miedo al parto se relaciona con cesáreas electivas.

Anexo II: Clasificación de las prácticas en el parto normal.

CLASIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN EL PARTO NORMAL

CATEGORÍA A: Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.

1. Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y si procede a su familia.
2. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.
3. Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto, y el postparto.
4. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
5. Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
6. Proporcionar los cuidados en el parto en el lugar más cercano a su entorno, dónde el nacimiento sea factible y seguro y dónde la mujer se sienta más segura y confiada.
7. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
8. Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
9. Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.
10. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
11. Métodos no invasivos, no farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación como el masaje y las técnicas de relajación.
12. Monitorización fetal con auscultación intermitente.
13. Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
14. Uso de guantes en los tactos vaginales durante nacimiento del bebé y en el manejo de la placenta.
15. Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
16. Estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto.
17. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS.
18. Uso profiláctico de oxitocina en el tercer estadio del parto en la mujer con riesgo de hemorragia postparto, o incluso con riesgo de perder una pequeña cantidad de sangre.
19. Esterilidad al cortar el cordón.
20. Prevención de hipotermia en el recién nacido.
21. Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.
22. Examen sistemático de la placenta y las membranas.

CATEGORÍA B: Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.

1. Uso rutinario del enema.
2. Uso rutinario del rasurado púbico.
3. Infusión intravenosa de rutina en el parto.
4. Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
5. Posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación.
6. Examen rectal.
7. Uso de pelvimetrías.
8. Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
9. Posición rutinaria de litotomía con o sin estribos durante el parto.
10. Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
11. Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.
12. Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
13. Uso de ergometrina parenteral de rutina en la tercera fase del parto.
14. Lavado rutinario del útero después del alumbramiento.
15. Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

CATEGORÍA C: Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.

1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto como hierbas, inmersión en el agua, y estimulación nerviosa.
2. Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
3. Presión fúndica durante el parto.
4. Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
5. Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.
6. Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.
7. Ligadura y sección precoz del cordón umbilical.
8. Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto.

CATEGORÍA D: Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

1. Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
2. Control del dolor con agentes sistémicos.
3. Control del dolor con analgesia epidural.
4. Monitorización fetal electrónica.
5. Llevar mascarilla y batas estériles durante la atención del parto.
6. Exámenes vaginales repetidos o frecuentes especialmente si los realiza más de un asistente.
7. Estimulación con oxitocina.
8. Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase del parto.
9. Cateterización de la vejiga.
10. Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es casi completa o ya completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma.
11. Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase del parto - como por ejemplo 1 hora-, incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
12. Maniobras de alumbramiento.
13. Uso liberal o sistemático de la episiotomía.
14. Exploración manual del útero después del alumbramiento.