Trabajo de Fin de Grado

Universidad de Cantabria, Facultad de enfermería

Curso Académico: 2023-2024

EL PARTO HUMANIZADO

THE HUMANIZING DELIVERY

Autora: Ane Miren Larrauri Alonso

Directora: Erika Escallada De La Fuente

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo de Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN I

ABSTRACT I

1. INTRODUCCIÓN – JUSTIFICACIÓN 1

1.1 Objetivos 5

1.2 Estrategia de búsqueda 5

1.3 Descripción de los capítulos 6

2. CAPÍTULOS 7

2.1 Capítulo 1: HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS 7

2.2 Capítulo 2: PARTO NORMAL – PARTO NATURAL 9

2.3 Capítulo 3: PARTO HUMANIZADO 12

2.3.1 Prácticas de un parto humanizado 15

2.3.2 Beneficios del parto humanizado 19

3. CONCLUSIONES 21

4. BIBLIOGRAFÍA 22

5. ANEXOS 26

5.1 Anexo I: Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positivo 26

RESUMEN

El parto es un proceso fisiológico y dinámico, su evolución está influenciada por factores biológicos, psicológicos, culturales y ambientales. A lo largo de la historia, la atención al parto paso de ser realizada por parteras en la prehistoria hasta su institucionalización en hospitales en el siglo XX, cambiando la percepción del parto de un evento natural a uno médico, lo que ha influido en altas tasas de partos instrumentalizados y medicalizados. La humanización de los cuidados implica competencias personales que abordan el cuidado físico, mental y emocional de las personas, enfrentándose con una cultura centrada en la eficacia tecnológica y gerencial. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la humanización, facilitando una comunicación efectiva, estableciendo vínculos de confianza con los pacientes. Para garantizar una atención de calidad, los profesionales deben estar guiados por un razonamiento moral basado en principios éticos, adoptando una perspectiva sociocrítica, donde la enfermería no solo ejecuta técnicas, sino que también comprende y empodera al paciente. El parto humanizado requiere establecer una relación empática y humanizada entre los profesionales de la salud y las mujeres, donde se tomen en consideración sus opiniones, preferencias y necesidades para vivir la experiencia del parto en condiciones de dignidad.

Palabras clave: Parto humanizado, parto normal, enfermería, humanización de la atención, hospitales.

ABSTRACT

Natural childbirth is a physiological and Dynamic process influenced by biological, psychological, cultural and environment factors. Throughout history, childbirth care has evolved from being performed by midwives in prehistoric times to it's institutionalization in hospitals in the 20th century, shaping the perception of childbirth as a medical evento rather tan natural one, what has influenced high rates of instrumentalized and medicalized births. Humanization in healthcare involves personal competencias addressing the physical, mental and emotional care of individuals, contrasting with a culture focused on technological and managerial efficiency. Nursing professionals play a key role in humanization, facilitating effective communication and establishing trust bonds with patients. To ensure quality care, it is crucial for professionals to be guided by a moral reasoning base don ethical principles, leading to the adoption of a sociocritical perspective where reasoning base don ethical principles, leading to the adoption of a sociocritical perspective where nursing not only performs techniques but also communicates, understands and empowers the patient. Humanized childbirth requires establishing an empathetic and humanized relationship between healthcare professionals and women, considering their opinions, preferences and needs to experience childbirth with dignity.

Key words: Humanizing delivery, natural childbirth, nursing, humanization of assistance, hospitals.

1. INTRODUCCIÓN – JUSTIFICACIÓN

El trabajo de parto es un proceso fisiológico y dinámico caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas que aumentan en frecuencia e intensidad. Su evolución está influida no solo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales. El proceso del parto representa una de las experiencias más paradójicas que vive la mujer. Por un lado, crea vida, siendo para algunas lo mejor que pudo pasar tras el embarazo, pero, por otro lado, puede ser el evento más doloroso que experimenta e implica una experiencia psicosocial, que pone a prueba sus competencias personales y limita sus habilidades funcionales. La intervención del equipo de salud y en específico del profesional de enfermería, juegan un papel importante en la evolución y resultados satisfactorios. (1)

En la prehistoria de la obstetricia, la atención integral a las parturientas y a los recién nacidos era una actividad delegada por el profesional médico al cuidado femenino y fue realizada por sanadoras, parteras o compañeras humanitarias. A pesar de la experiencia de estas mujeres eran consideradas ignorantes, por lo que se empezó a poner en duda su asistencia durante el trabajo de parto incluso la ayuda psicológica que ofrecían en ese momento. (2)

Durante siglos, el embarazo y el parto generaban miedo y ansiedad por la cantidad de mujeres que fallecían en el proceso, ya que las prácticas utilizadas por las parteras eran traumáticas para las gestantes al no emplear técnicas determinadas. Al inicio del siglo XVIII se empezó a estudiar el parto como una ciencia y permitió desarrollar instrumentos como el fórceps, lo que impulsó la posición horizontal (posición de litotomía) del parto en hospitales para proporcionar una atención integral a la gestante y vigilar sus complicaciones mientras limitaba el acompañamiento familiar y libre movimiento de la gestante, algo imprescindible hasta ese momento. (3)

En el siglo XIX, la asepsia y anestesia se incluyen en el parto buscando disminuir el riesgo de muerte de la gestante, lo que llevó a un control de la natalidad y el seguimiento médico durante el embarazo, parto y posparto. Posteriormente, se da inicio al empleo de técnicas quirúrgicas para la agilización del parto por medio de la cesárea, lo que supuso una problemática de deshumanización en el proceso de parto. (3)

A mitad del siglo XX, se institucionalizó el proceso de parto en hospitales reemplazando los partos en casa. Esta transición llevó a la inclusión de ciertas prácticas rutinarias, aunque su uso rutinario no estaba respaldado por evidencia científica. Se acabo incluyendo el parto en el modelo sanitario de enfermedad. En ese momento, el proceso de parto dejó de ser considerado dentro del enfoque humanista tradicional para incluirse en el ámbito de la medicina especializada, donde la mujer embarazada es vista como una paciente que necesita atención médica. (4)

Al final del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) termina con la idea de que todo parto es complicado hasta que se demuestre lo contrario y apuesta por un parto humanizado institucional, viendo el embarazo no como una enfermedad sino como un acontecimiento trascendental, sagrado, íntimo y personal. (3)

El parto es el principal de los motivos de ingreso hospitalario en España, ya que después de parir es difícil no haber sido sometida a una operación quirúrgica (cesárea), a un corte vaginal (episiotomía) o a otras intervenciones invasivas. (5)

La tasa de cesáreas se considera un indicador de buena práctica clínica al estar relacionada con un buen control del embarazo y una correcta asistencia al parto. Sin embargo, este porcentaje se marca más por el tipo de asistencia sanitaria que a comorbilidades o complicaciones materno-fetales. En 1985 la OMS estableció que las tasas ideales de parto por cesárea deben oscilar entre un 10% y 15%. Recientemente declaró que 1 de cada 5 mujeres da a luz por cesárea, lo que supone un 20%.(6)

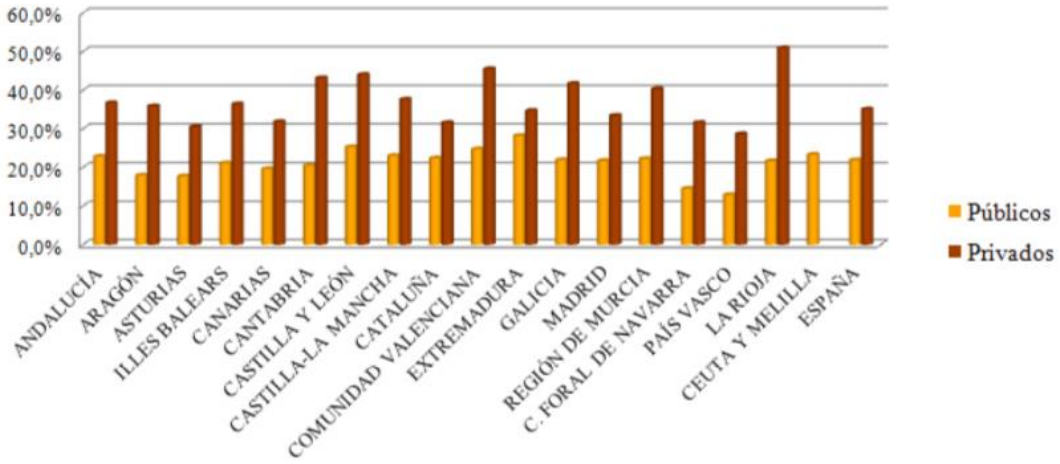
En nuestro país concretamente, en el año 2020 el porcentaje de cesáreas fue 24,2% (tabla 1), pudiéndose observar gran variabilidad entre los hospitales públicos y privados, donde las tasas de cesáreas son significativamente más altas en la sanidad privada que en la pública (gráfico 1). Desde el punto de vista médico, no se encuentra justificación a estos resultados, ya que la sanidad pública es la que atiende los partos de mayor riesgo los cuales son más susceptibles de acabar en cesárea.(7)

Tabla 1: Indicadores de actividades obstétricas. Año 2020.

	Total Partos	% SNS	Tasa de Cesáreas
Andalucía	65.500	78,5%	25,5%
Aragón	8.807	85,1%	19,7%
Asturias	4.795	97,1%	18,4%
Illes Balears	9.432	74,2%	21,8%
Canarias	12.884	83,9%	20,6%
Cantabria	3.385	93,3%	22,1%
Castilla y León	13.178	94,4%	24,1%
Castilla – La Mancha	12.502	96,9%	25,8%
Cataluña	58.459	74,9%	26,1%
Comunidad Valenciana	36.169	79,6%	26,8%
Extremadura	7.213	95,9%	31,9%
Galicia	15.008	89,5%	25,1%
Madrid	54.944	72,1%	23,6%
Región de Murcia	13.707	90,9%	23,8%
C. Foral de Navarra	4.952	91,4%	15,7%
País Vasco	14.677	89,4%	14,8%
La Rioja	2.343	98,8%	20,8%
Ceuta y Melilla	2.047	100,0%	25,4%
TOTAL	340.002	81,2%	24,2%

Fuente: Estadística de Centros de Atención Especializada. Año 2020. Información y estadísticas sanitarias. Ministerio de Sanidad.

Gráfico 1: Tasa de cesáreas en 2012 por CCAA y tipo de centro.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Aunque la cesárea es una cirugía que ayuda a reducir los riesgos de morbimortalidad en mujeres con embarazos de alto riesgo que conllevan a partos que requieres esta intervención, su uso excesivo sin justificación es un problema que afecta negativamente sobre la práctica del parto humanizado. (8)

Del mismo modo, la sanidad privada interviene más en los partos que la pública (gráfico 2), realizando más partos instrumentales, episiotomías e inducciones. La episiotomía sistemática es una práctica cuestionada actualmente, existiendo evidencia de que hacerla de manera rutinaria no aporta beneficios, pero sí que provoca complicaciones a corto y largo plazo. Aunque en los últimos años en España la tasa de episiotomías haya sufrido un descenso, en el año 2018 el porcentaje fue de 27,5%, y se estima que nunca es necesaria en más de 20% de los partos. Otra de las prácticas sobre las que tanto la OMS como el Ministerio de Sanidad alertan, es la inducción del parto, recomendando que la tasa no sea superior a un 10%, la cual en 2018 fue del 34,2%.(9)

Gráfico 2: Partos vaginales instrumentales. Años 2010-2018.

Fuente: La atención al parto en España: Cifras para relacionar sobre un problema. Ministerio de Sanidad.

El "European Perinatal Health Report" ("Informe Europeo de Salud Perinatal"), indica que hay una gran variabilidad en la atención al parto en los diferentes países de Europa. España se caracteriza por una atención intervencionista en comparación a sus países vecinos, la cual no se justifica con mejores resultados. Muchos países europeos con menores tasas de mortalidad perinatal y neonatal son los mismos que tienen menores tasas de intervenciones durante el parto, destacando los países nórdicos. (5)

La inserción de las enfermeras obstétricas, matronas, en el proceso de parto a mediados del siglo XX, fue una manera de reducir el uso de tecnologías invasivas, atendiendo a las necesidades de las mujeres con respeto por el papel femenino y la fisiología del parto, manteniendo una comunicación efectiva, continuidad en la atención, establecimiento de vínculos y empoderamiento femenino. Sus prácticas obstétricas han mejorado el papel de los profesionales priorizando el desarrollo de habilidades y técnicas basadas en la evidencia recomendada por la OMS, contraposicionándose al modelo biomédico/tecnocrático, por lo que desempeñan un papel fundamental en la atención obstétrica humanizada.(10)

1.1 Objetivos

Objetivo general:

- Investigar y conocer la atención humanizada en el trabajo de parto.

Objetivos específicos:

- Determinar en qué consiste la humanización de los cuidados.
- Conocer los conceptos asociados a el parto normal y natural y su proceso.
- Describir el concepto de parto humanizado.
- Identificar las prácticas recomendadas a realizar en un parto humanizado.
- Analizar los beneficios del parto humanizado para la mujer y el bebé.

1.2 Estrategia de búsqueda

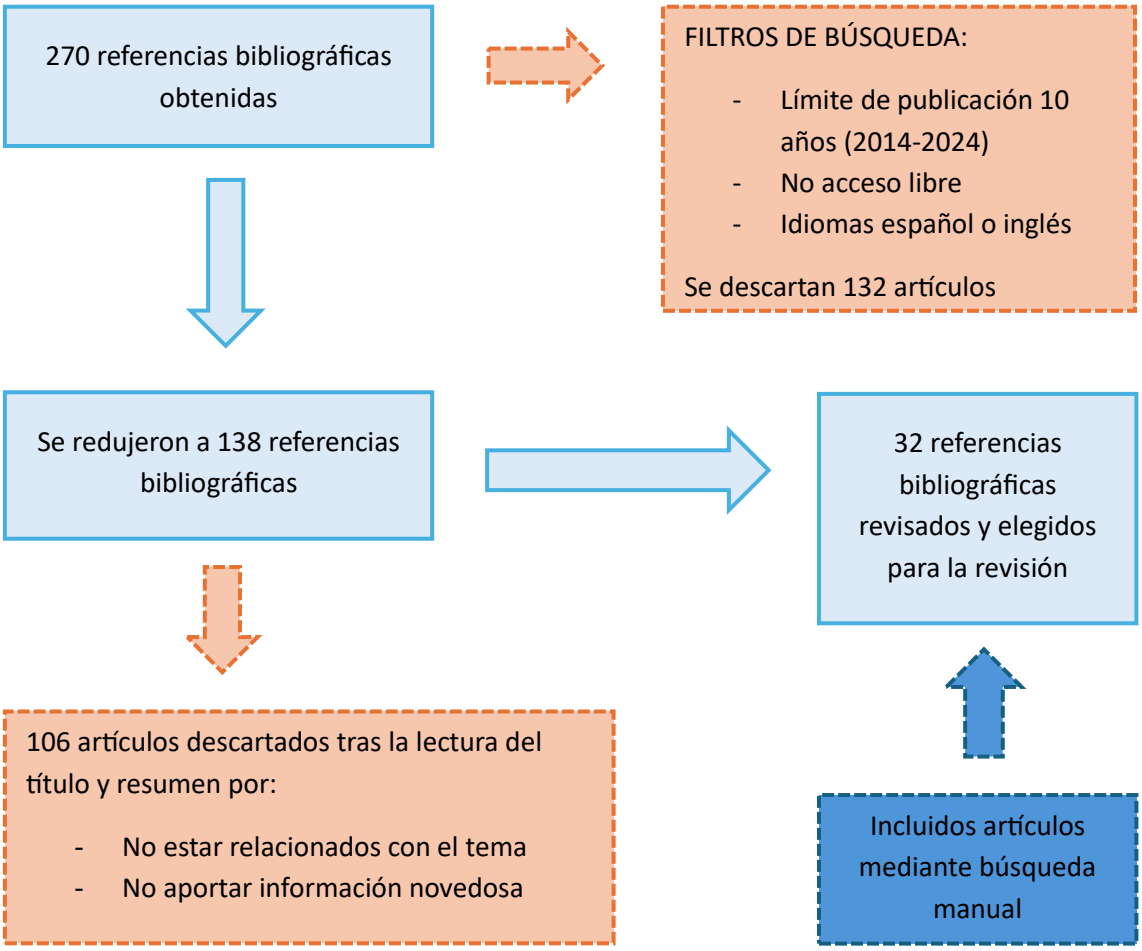
La búsqueda bibliográfica se realizó obteniendo información de diferentes medios: Pubmed, Google académico, Dialnet, Elsevier y Scielo. Se incluyó una búsqueda manual para incluir estudios realizados por el Ministerio de Sanidad y la OMS, y se consultaron también documentos de organizaciones y sociedades científicas como la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), El Parto es Nuestro, etc. Se ha establecido una estrategia de búsqueda controlada mediante los términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings), siendo combinados entre sí mediante el operador booleano "AND".

DeCS	MeSH
Parto humanizado	Humanizing delivery
Parto normal	Natural chilbirth
Enfermería	Nursing
Humanización de la atención	Humanization of assistance
Hospitales	Hospitals

Fuente: Elaboración propia.

Tras la primera búsqueda se encontraron 270 resultados que se acotaron aplicando diferentes filtros de búsqueda. Se limitaron a los documentos publicados en los últimos 10 años (2014-2024), se excluyeron aquellos que no tenían acceso libre al texto completo o por estar escritos en otro idioma que no fuese el español o inglés. Se redujeron a 138 los resultados encontrados, que, mediante la lectura del título y resumen se descartaron 106, por no estar relacionados con el tema y por no aportar información novedosa. Finalmente, fueron revisados y elegidos un total de 32 artículos para la elaboración de esta revisión bibliográfica, tras añadir guías y publicaciones realizadas por organizaciones y sociedades científicas.

Figura 1: Diagrama de flujo del procedimiento seguido en la estrategia de búsqueda



Fuente: Elaboración propia

1.3 Descripción de los capítulos

Esta revisión bibliográfica está estructurada en 3 capítulos. El primer capítulo esta enfocado al concepto de humanización de los cuidados, buscando una definición que refleje su propósito, consecuencias y su relación con el personal de enfermería. El segundo capítulo, trata de diferenciar el concepto de parto natural y parto normal, y analiza las prácticas en su atención que no están recomendadas de manera rutinaria. Por último, el tercer capítulo, aborda el tema principal de este trabajo, definiendo el concepto de parto humanizado, la manera de actuación que deben seguir los profesionales sanitarios y los beneficios que ofrece para los implicados en el proceso.

2. CAPÍTULOS

2.1 Capítulo 1: HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Cuando hablamos de humanizar la atención en salud, principalmente se hace referencia a todas las acciones que se realizan de manera que hacen más humana a la persona. A su vez, humanizar es una cuestión ética, que se ve influenciada por los valores que guían nuestra conducta en el ámbito sanitario, y es cuando esos valores nos conducen a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por la dignidad de todo ser humano cuando hablamos de humanización. (11)

La humanización hace referencia a las competencias personales que permiten a los profesionales realizar su trabajo, respetando a todos los seres humanos atendiendo su cuidado físico, mental y emocional. Por lo tanto, es un constructo multifactorial compuesto por aspectos cognitivos y afectivos que permiten al personal de enfermería trabajar desde un enfoque holístico e integral. En consecuencia, está relacionada con variables sociales y morales. (12)

La humanización de la salud supone un choque entre dos culturas. Por un lado, una cultura que prioriza la eficacia basada en los resultados tecnológicos y de la gerencia, y por otro, una cultura que pone énfasis en el respeto por la persona, su autonomía y la protección de sus derechos. Ambas deben ser enfocadas hacia un mismo objetivo, orientar la actuación sanitaria hacía la persona enferma o solicitante de cuidados, teniéndola en cuenta en su totalidad y ofreciéndola una atención integral que abarque sus dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y espirituales. (11)

Las instituciones sanitarias siguen influenciadas por el enfoque del modelo biomédico, el cual centra sus actuaciones de cuidado en el procedimiento o en la técnica y no en la persona y su integridad. Esto provoca la deshumanización de la atención, que ha llevado a reducir lo humano a lo biológico, poniendo la atención sobre la curación de la enfermedad y alejando la visión humanista y holística del cuido enfermero. (13)

Los profesionales de enfermería son los responsables de proporcionar la atención a las personas con una visión humanista, y son los que de forma personal van a decidir el modo y tipo de relación que se va a establecer entre ellos, el paciente y la familia. Hay consenso de que una comunicación eficaz es parte del trabajo de enfermería, ya que se considera un instrumento mediador en la humanización de los cuidados. (13)(14)

Cuando las personas se sienten bien atendidas, escuchadas y respetadas, y son capaces de mantener un vínculo de confianza con el personal sanitario, es más probable que cumplan con el tratamiento, o directrices que han de seguir recomendadas por los profesionales especializados. Se han encontrado estudios que sugieren que al entrar en la esfera emocional del paciente y facilitar la expresión de sus emociones, se mejora la satisfacción, la recuperación e incluso es determinante en el proceso de sanación. Por lo contrario, con una comunicación ineficaz, se puede aumentar la ansiedad, provocar depresión, sensación de indefensión, desesperanza y empeorar la calidad de vida de los pacientes. (13)

En el paradigma neopositivista (racional tecnológico), el objetivo de la investigación se centra en la tecnología y en las necesidades que deriva tras ser utilizadas. La humanización de los cuidados supone mejorar y perfeccionar las técnicas y aplicaciones tecnológicas que contribuyen al bienestar de la persona durante el cuidado, sin embargo, va más allá de esa dimensión al enfocar la comunicación como una herramienta para comprender al paciente y fomentar su participación activa (dentro de sus posibilidades) en sus procesos de salud-enfermedad. (15)

La práctica clínica de alta calidad requiere no solo formación técnica y dominio de los avances tecnológicos por parte de los profesionales, sino también un razonamiento moral basado en sus propios principios morales para guiarlos en su desempeño profesional. Por lo tanto, para garantizar una atención de calidad en salud, es necesario transmitir y concienciar a las enfermeras sobre el código de ética de la práctica clínica diaria (12).

En definitiva, lo expuesto anteriormente implica adoptar otra perspectiva, un paradigma sociocrítico, en el que la enfermera no solo es una ejecutora de técnicas, sino también una agente de comunicación y comprensión de los significados que el paciente atribuye a su proceso. Además, utiliza la pedagogía y el pensamiento crítico para fomentar la participación activa del paciente. (15)

2.2 Capítulo 2: PARTO NORMAL – PARTO NATURAL

En un parto normal se diferencian 3 periodos o fases: el primero, el periodo de dilatación, el cual comprende desde el comienzo de la dilatación del cuello del útero hasta que está completamente dilatado. Su duración puede variar según varios aspectos como la intensidad de las contracciones, si se trata de una mujer primípara, la posición del bebé en la pelvis, entre otros. El segundo, el periodo de expulsivo, comienza cuando el cuello del útero está completamente dilatado y dura hasta el momento del nacimiento, durante esta fase, la cabeza del bebé desciende por la pelvis hacia la vagina. Y, por último, el alumbramiento, que transcurre desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión completa de la placenta y sus membranas, durando un tiempo variable en cada mujer. (16)

Hay ciertos conceptos asociados con el parto humanizado que a menudo se mezclan, lo que a veces dificulta establecer definiciones precisas sobre el parto normal, parto natural y parto humanizado. Hay varias definiciones para el parto normal que tienen cierto consenso: (17)

- La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) define el Parto Normal como "el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo." (16)

- La OMS a lo largo de los años ha publicado múltiples informes abordando el modo de atención al parto normal, independientemente del entorno, nivel de atención o país. En 1996, público la guía "Ayuda al Parto Normal", donde define el "parto normal" como el parto que es de inicio espontáneo, con una edad gestacional de 37 a 42 semanas de gestación, y el bebé nace en posición cefálica. Afirmó que el objetivo de un parto normal es una madre y un niño sanos, con el menor número posible de intervenciones y que debe haber razones válidas para interferir con el proceso natural del parto. (17–19)

Encontrar una definición precisa del "parto natural" según la bibliografía existente es más complicado. "El Parto es Nuestro", una de las asociaciones más importantes de parto humanizado en España lo define de la siguiente manera: (17)

- "Un parto natural es ante todo un parto en el que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer. En el que no se realizan intervenciones innecesarias; el que no se aplican protocolos rutinarios por sistema. De lo que se trata es de llevar a la práctica el avance de la ciencia, los últimos descubrimientos científicos, la medicina basada en la evidencia y ofrecer a la madre la máxima seguridad y el respeto por su cuerpo y el del bebé [...] se refiere más bien a ese "dejar parir a la madre" sin dirigir, sin meter prisas, sin maniobras invasivas, sin fármacos innecesarios, sea cual sea el escenario escogido. [...] Lo natural es parir." (17,20)

Sin embargo, otros autores, con intención de separar el concepto de parto natural del de humanizado, describen que todos los partos, independientemente de la intervención necesaria, pueden y deben ser humanizados. Expresan que existe la concepción errónea de que un parto respetado o humanizado es solo aquel natural o aquel en el que todo va bien. Hay partos vaginales sin anestesia tremendamente violentos para y con la mujer y partos por cesárea o altamente intervenidos profundamente respetuosos y humanizados. (17)

En la mayoría de los países desarrollados, la mayoría de las mujeres dan a luz en hospitales. Entre las intervenciones intraparto que más probables son que las mujeres reciban se encuentran los exámenes vaginales regulares, el uso intravenoso de oxitocina para la estimulación y acelerar el trabajo de parto, el uso de analgesia epidural para el alivio del dolor, restringir la movilidad y dar a luz en posición de litotomía. Sin embargo, ahora hay abundante evidencia en la literatura que demuestra que para cada intervención médica intraparto hay un proceso natural que conduce al mismo efecto deseado, siempre que no haya una indicación urgente para acelerar el parto. (18)

- De acuerdo con las investigaciones, se ha detectado que las mujeres reciben entre tres exámenes vaginales durante el trabajo de parto, llegando a ascender hasta siete en algunos casos. Dado que los exámenes vaginales pueden ser doloroso y pueden causar angustia emocional, y con el fin de promover la normalidad en el parto al mismo tiempo que se evalúa el progreso del trabajo de parto de manera objetiva, la OMS y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Instituto Nacional para la Calidad de la Sanidad y de la Asistencia) recomiendan que se realice un examen vaginal cada cuatro horas durante la primera etapa del trabajo de parto, la fase de dilatación. (18,21)

- La oxitocina es el medicamento más utilizado para aumentar la actividad uterina y está indicada casos de trabajo de parto prolongado o distocia. Sin embargo, existen altas tasas de uso indebido de oxitocina identificadas en la literatura con el fin de acortar la duración del parto. Las alternativas no médicas y naturales se pueden explicar atendiendo a la base neurobiológica y el patrón hormonal. Se sabe que el estrés y el dolor pueden tener un efecto negativo en el progreso del trabajo de parto, ya que inhiben la liberación y la acción efectiva de la oxitocina endógena. (18,22)

- La movilización también tiene un papel importante, y es que cuando la mujer se moviliza y adopta posiciones erguidas durante el trabajo de parto, la gravedad ayuda al descenso de la cabeza fetal más profundamente en la pelvis, apoyando la cabeza fetal uniformemente en el cuello uterino, lo que a su vez activa el reflejo de Ferguson que conduce a una liberación adicional de oxitocina. Existen evidencias de que las mujeres que se movilizan y adoptan posiciones erguidas, en contraposición a permanecer acostadas en la cama, tuvieron una primera etapa del trabajo de parto más corta en aproximadamente una hora y 22 minutos. (18,23)

- Dar a luz en una posición alternativa a la de litotomía, ha demostrado facilitar el parto, ya que permite un mayor movimiento del coxis y ensancha el diámetro de la pelvis ósea. (18,24)

- Según los estudios, la analgesia epidural es la forma más efectiva de aliviar el dolor durante el parto, pero a pesar de su alta efectividad, se ha asociado con una segunda etapa del parto más prolongada, con una mayor incidencia de malposiciones fetales y un mayor porcentaje de partos vaginales asistidos. Recursos naturales como el parto en agua se ha encontrado que reduce en un 83% la necesidad de analgesia epidural, y la hipnosis, lo reduce en un 70%. Incluso la necesidad de la epidural se redujo aproximadamente en un 19% cuando las mujeres estaban caminando o en posición vertical durante el trabajo de parto. (18,25)

Por lo tanto, se debe diferenciar entre un parto realizado por personal médico, en el que se interviene si surgen complicaciones, y un parto normal, aquel en el que prima la fisiología y la naturalidad del proceso por encima de las técnicas médicas. En muchas ocasiones, se tiene una visión patológica e intervencionista del parto, donde se proporciona los mismos cuidados a los partos normales y a los partos complicados, transformando de esta manera un proceso fisiológico en un procedimiento médico-quirúrgico. (14)

Existen varias prácticas clínicas aún en uso durante el trabajo de parto y parto que han sido refutadas por la OMS en la guía publicada en 2018 para la atención al parto, donde se sugería firmemente que debían ser eliminadas. Entre ellas encontramos el afeitado rutinario del pubis y el uso de enema, la exploración manual rutinaria del útero después del parto y la aplicación de presión manual en el fondo uterino, conocido como Maniobra de Kristeller, para facilitar el parto durante el segundo periodo del mismo. Además, no se recomienda restringir la ingesta de líquidos y alimentos por vía oral en mujeres de bajo riesgo, ya que no hay evidencia que lo respalde. (18,26) (Anexo I)

Los profesionales que acompañan a las mujeres durante el parto deben comprender que es una experiencia profunda y significativa para las mujeres, por lo tanto, las prácticas clínicas intraparto deben ser centradas en la mujer, respetuosas y basadas en la evidencia. El parto debería ser uno de los momentos más transformadores y gratificantes en la vida de una mujer. Por esta razón, se le deben ofrecer opciones tanto médicas como no médicas (naturales) durante el proceso que garanticen su seguridad y la de su bebé, la efectividad clínica y la alta calidad asistencial. (18)

2.3 Capítulo 3: PARTO HUMANIZADO

El parto humanizado o respetado implica proporcionar atención durante el parto que respeta los derechos y valores de las mujeres y los niños, centrándose en la dignidad y autonomía de la mujer considerando los valores, creencias y sentimiento de la mujer. Se busca reducir los nacimientos sobremedicalizados y promover prácticas basadas en la evidencia para empoderar a las mujeres durante el proceso de parto. (4)

Tiene como enfoque garantizar que el nacimiento de un bebé sea seguro y positivo para toda la familia. El parto debe ser tratado como un proceso natural, donde la madre está en el centro de las decisiones, y la intervención médica solo ocurre cuando se disponga según el criterio del equipo de salud frente a las complicaciones que puedan surgir. (4,26)

La herramienta fundamental del parto respetado es el vínculo que se forma entre la gestante y el equipo asistencial. Este vínculo se basa en la capacidad de escuchar, el intercambio de información, el diálogo y el afecto. Las matronas deben dedicarse a construir y mantener ese vínculo, ya que son las principales encargadas de apoyar y acompañar a las embarazadas y sirven como enlace con los médicos obstetras. Al conocer los deseos de cada mujer embarazada, son capaces de ofrecer la información adecuada a los médicos. Las mujeres tienen el derecho de estar informadas sobre los procedimientos, los pasos a seguir durante el proceso y recibir una explicación justa ante la indicación de una práctica específica, como puede ser una cesárea. De esta manera, pueden tomar decisiones informadas y seguras. (4)

Alonso y Gerard (2009), en su artículo denominado “El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno infantil”, expone que el parto humanizado se fundamenta en tres ideas principales: la primera, reconoce que el parto y el nacimiento son procesos naturales para los cuales el cuerpo de la mujer está biológicamente preparado, por lo que ella debe ser la principal protagonista; la segunda idea, destaca que las intervenciones médicas durante el embarazo y parto son esenciales para preservar la vida y deben realizarse para situaciones de emergencia; y la tercera, enfatiza la importancia de la preparación y la conciencia de las mujeres para ser madres, ya que la experiencia del parto debe ser satisfactoria. (4)

En líneas generales, todas las definiciones encontradas en la literatura coinciden en un objetivo común: favorecer que el parto sea una experiencia positiva para la madre, independientemente del lugar en el que ocurra, impulsando el poder de decisión que tiene la mujer sobre este proceso, respetando sus valores, creencias y emociones, disminuyendo la excesiva medicalización y el número de intervenciones estandarizados que se realizan actualmente, fomentando en su lugar el uso de prácticas sanitarias individualizadas adaptadas a las necesidades de cada mujer y basadas en la evidencia científica para asegurar el bienestar y la seguridad tanto de la madre como del neonato, estableciendo una conexión entre la matrona y la gestante. (4)

Se debe abandonar completamente cualquier práctica que implique violencia obstétrica, la cual se define como cualquier conducta por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o posparto. La violencia obstétrica se considera una forma de discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos, desde un enfoque de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. (27,28)

La tipología y ejemplificación de la violencia obstétrica se manifiesta cuando el personal de salud realiza acciones como tocar o manipular el cuerpo de la mujer sin consentimiento y sin respeto (violencia sexual), cuando realiza comentarios despectivos que afectan la dignidad de la mujer (violencia verbal), cuando hay expresiones agresivas o amenazantes que generan sentimientos de culpa (violencia psicológica), cuando se realizan tactos vaginales repetitivos o episiotomía de rutina (violencia física); o cuando existe negligencia en la atención por considerar a la mujer como "poco colaboradora" (violencia y discriminación social). (27)

Estas situaciones, menoscaban físicamente a la mujer al colocarla en una posición más vulnerable que facilita la aplicación de prácticas médicas que derivan en complicaciones físicas. A su vez, también menoscaban psicológicamente a la mujer, quien comienza a experimentar miedo hacia los partos en entornos institucionales, desconfianza en la atención proporcionada por el personal de salud e incluso temor a expresar sus preocupaciones sobre su salud. Varios autores informan que la atención psicológica de la mujer durante el proceso de parto es crucial, ya que cualquier alteración emocional como ansiedad, incertidumbre, preocupación o sensación de desamparo, entre otras, puede afectar negativamente en el desarrollo y evolución de cualquier etapa de la maternidad. (27)

A pesar de que la violencia obstétrica no es un fenómeno nuevo, ha permanecido oculta mucho tiempo y en la actualidad sigue siendo desconocida incluso para algunos profesionales de la salud. Son prácticas arraigadas en el tiempo que se convierten en nuevos problemas cuando tanto los profesionales de la salud como las usuarias toman conciencia de ellas. (28)

Esta práctica pasa desapercibida incluso en la actualidad ya que surge de sociedades patriarcales que normalizan estas acciones y actitudes, las cuales terminan siendo asumidos por la sociedad, incluyendo a los profesionales sanitarios y a las usuarias. En relación con las usuarias, se establece un trato jerárquico deshumanizador que concede más poder y prioridad a los profesionales de la salud sobre las pacientes. Incluso hay investigaciones que han señalado que la calidad asistencial puede estar relacionada con la posición social jerárquica de la mujer. En este sentido, cuanto más vulnerable sea la mujer, más humillante sería el trato recibido. Algunos estudios también señalan que la violencia obstétrica podría estar relacionada con el síndrome de burnout (desgaste profesional) entre los profesionales que atienden los partos. Esto conllevaría a una deshumanización de las mujeres y afectar a la relación profesional-paciente. Otra causa es la falta de formación e información que puede hacer que los profesionales no puedan identificar ni gestionar adecuadamente estas prácticas. (28–30)

No se debe asumir que la falta de visibilidad de esta praxis se deba a una baja incidencia. Se trata de una cuestión innovadora, con pocos estudios realizado en España. La violencia obstétrica puede adoptar numerosas formas y a veces se subestima como síntomas de depresión posparto o estrés postraumático. Este problema es muy poco abordado, especialmente en lo que respecta a la percepción tanto de las usuarias como de los profesionales de la salud. En general, se estima que alrededor del 35% de las madres presenta algún grado de trastorno de estrés postraumático. (28)

La salud de la mujer durante el parto es un derecho fundamental que abarca su bienestar físico, mental y emocional. La atención a las mujeres embarazadas debe ser de calidad y basada en un enfoque de derechos para prevenir que las madres sean víctimas de violencia. El parto es un momento de alta vulnerabilidad para la mujer y su bebé, donde su cuerpo y mente estás sometidos a estrés, por lo que podría no percibir la violación de sus derechos en relación con la maternidad. (27)

Por lo tanto, se entiende como parto humanizado a la atención al proceso de parto caracterizado por respetar la voluntad de la mujer y sus tiempos fisiológicos, teniendo como objetivo que el momento del parto sea un espacio donde la mujer y su bebé sean los protagonistas de su propio proceso, desarrollándose el nacimiento de la manera más natural posible. (13)

Es un concepto que requiere que los profesionales de la salud establezcan una relación empática y humanizada, donde interactúen los conocimientos de la ciencia con los valores del ser humano, para poder ofrecer una asistencia de calidad e integral. El proceso de humanización se basa en tomar en consideración las opiniones, necesidades y valoraciones de las mujeres durante el parto, para que viva la experiencia como un momento especial en condiciones de dignidad. En la propuesta de nuevos modelos formativos en la atención a la salud de las mujeres, que buscan mejorar la calidad asistencial, es imprescindible proporcionar al alumnado y a los profesionales de herramientas para ayudar en la detección y conocimiento de la violencia obstétrica, así como para manejar el estrés laboral. Los protocolos no deben resultar invasivos, dolorosos ni arriesgados, y los partos deben recibir un trato respetuoso y humanizado. (13,28)

2.3.1 Prácticas de un parto humanizado

El parto humanizado se puede tratar desde dos perspectivas diferentes: la perspectiva de la mujer y la del bebé. Un parto respetado también implica estar atentos a lo que el bebé pide. Aunque se fomente que se trabaje de la manera más natural posible, una cesárea también puede considerarse un parto respetado. Los bebés son los que guían el curso del parto, y en ocasiones, cuando no ocurre de manera natural, es porque el bebé está haciendo todo lo posible para protegerse a sí mismo. (4)

Desde el punto de vista del bebé, con el fin de disminuir el estrés del bebé al pasar de un entorno acuático, oscuro y tranquilo, a un entorno aéreo, luminoso y ruidoso, se deben optar medidas más suaves y sensibles en la atención al parto. Entre las más nombradas por la literatura encontramos: reducir la intensidad de las luces y los sonidos en la sala de parto, colocar al bebé piel con piel con su madre inmediatamente después de nacer, esperar unos minutos antes de cortar el cordón umbilical para facilitar una transición gradual de la respiración umbilical a la pulmonar, y ofrecer un masaje suave y cariñoso al recién nacido. (4)

Los primeros sesenta a noventa minutos después del parto son cruciales tanto para el recién nacido como para la madre, siendo transcendentales para su vida, y que comúnmente se conoce como la "hora sagrada". Todas las prácticas, procedimiento e intervenciones de rutina pueden ser postergadas hasta después de ese momento, permitiendo así un vínculo temprano y una interacción inicial entre la madre y el bebé, lo cual es fundamental para el establecimiento del apego y el bienestar emocional y físico de ambos. En ausencia de complicaciones durante el parto, no es necesario bañar, medir, pesar, tomar la temperatura ni vacunar al recién nacido durante los primeros minutos de vida. Es importante también diferir el retrasar el corte del cordón umbilical hasta que cese de latir, dado que el flujo sanguíneo que ocurre en ese momento es beneficioso para el desarrollo del sistema inmunológico del neonato. (4)

En España, en la primera mitad del siglo XX, se centró la atención al parto en las necesidades de los profesionales en vez de en las de las mujeres embarazadas, ya que debido a las altas tasas de mortalidad materno-infantil y de infección de ese momento, se contribuyó a legitimar la medicalización de todos los procesos asistenciales. Se veía a la gestante como mujeres enfermas que necesitaban control y asistencia médica, lo que derivó en un proceso de deshumanización. (31)

La evidencia más reciente ha demostrado que muchas prácticas que antes se consideraban fundamentales, ahora se consideran innecesarias o incluso están desaconsejadas, a pesar de haber conseguido disminuir la morbimortalidad neonatal y materna. Y es que, estas prácticas no se focalizan en la humanización de los partos, si no en aspectos puramente biológicos. Con el apoyo y la atención adecuados, la mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de intervenciones médicas sin comprometer la seguridad del proceso. (31)

Se recomienda que la atención al parto de bajo riesgo sea preferiblemente llevada a cabo por matronas. Este enfoque proporciona mayores beneficios sin efectos adversos en comparación con otros modelos médicos o de atención compartida: disminuye la utilización de analgesia local o regional y episiotomías durante el parto, aumenta la tasa de partos vaginales espontáneos y proporciona una mayor sensación de control en las mujeres. Las tasas de muerte fetal y neonatal son similares en los diferentes modelos de atención, sin embargo, se relaciona con una mayor tasa de inicio de la lactancia materna y la satisfacción materna parece ser mayor. (31)

Debemos promover prácticas que sean útiles y beneficiosas durante el trabajo de parto y parto, ya que estas favorecerán tanto a la madre como al bebé, como las que encontramos destacadas en la guía de 2018 publicada por la OMS: (26,31)

Figura 2: Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS.

Fuente: Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

- **Atención profesional durante el parto**

Una de las actividades humanizantes que debemos realizar es ofrecer información clara y explicar los procedimientos que se llevarán a cabo durante la atención de la gestante en la sala de partos. La falta de comunicación efectiva y la falta de interacción asertiva pueden ser perjudiciales para las madres, ya que pueden generarles ansiedad y afectar a los vínculos de confianza y afectivos que debe existir entre la gestante y los profesionales de enfermería. Una comunicación clara es fundamental para informar y resolver las dudas e inquietudes de la madre, permitiendo así su participación activa en las decisiones durante el parto y promoviendo su autocuidado y el del recién nacido. (32)

El consentimiento informado que se ofrece a la usuaria sobre los procedimentales, técnicas y cuidados a los que se va a someter es un derecho fundamental, además de ser un principio ético y moral. (32)

- **Acompañamiento durante el parto**

Se debe facilitar que la mujer elija a una persona de su elección para acompañarla durante el parto. La presencia de una acompañante que proporcione apoyo parece tener efectos positivos tanto psicológicos como médicos. Según varias revisiones, la figura del acompañante está asociada con una reducción del estrés y el dolor, así como con un menor uso de analgesia. (31)

La presencia y apoyo de la pareja ayuda a aliviar las preocupaciones de la madre, reducir su estrés, la ansiedad y la tensión que experimenta durante este momento crucial. Es importante que la pareja practique una escucha activa, permitiendo que la mujer exprese abiertamente sus preocupaciones, deseos y necesidades sin temor a ser juzgada o incomprendida. Según estudios realizados, aunque el 98% de las mujeres quieren estar acompañadas por su pareja durante el trabajo de parto, solo 1 de cada 10 mujeres embarazadas realmente se sintió comprendida en este proceso. Estos hallazgos destacan la importancia de la atención prenatal para preparar y educar a la pareja sobre su papel durante el parto, empoderándola para participar activamente en el proceso y brindando el apoyo emocional necesario para todas las mujeres. (33)

- **Libertad de movimiento y posiciones durante el parto**

Se debe brindar libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto, ya que se ha demostrado que cuando una mujer cambia de la posición acostada a la posición en cuclillas, la superficie del área del canal de parto puede aumentar hasta en un 30%. (32)

Actualmente, en muchos hospitales se dispone de camas que ofrecen múltiples posibilidades de cambio de posición, e incluso se pueden transformar en sillas, mediante la incorporación o retiramiento de sus piezas, por lo que las embarazadas pueden elegir la posición más conveniente en su situación, ya sea recostada, en cuadrúpeda, en cuclillas u otras. También se debe considerar otros recursos como pelotas o el uso del arco, así como el baño en agua tibia, que ayudan a reducir la incomodidad de la embarazada y favorecer la evolución del trabajo de parto. (32)

Por lo que es importante animar y ayudar a las mujeres a que adopten cualquier tipo de posición a lo largo del proceso de dilatación, hasta encontrar la que les permita tolerar mejor las molestias y sentirse más cómodas. Incluso en las mujeres que optan por la analgesia epidural, siempre y cuando se verifique que no hay problemas con el bloqueo motor y propioceptivo, se debe permitir la movilización si así lo desean. (31)

- **Manejo del dolor**

Se recomienda atender en la medida de lo posible las expectativas de las mujeres respecto al alivio del dolor durante el parto. Es importante informarles de antemano y ofrecerles diversas opciones para aliviar el dolor. Aunque sea recomendable y preferible evitar el uso de anestésicos y optar por medidas no farmacológicas para el manejo del dolor, se debe respetar la elección de la mujer y emplear el método que ella decida. (31)

Utilizar técnicas no invasivas y no farmacológicas de alivio del dolor como masajes y técnicas de relajación, estimulan un aumento del flujo sanguíneo, lo que mejora la circulación cutánea y de los tejidos ayudando también a eliminar la fatiga producida por el cansancio. Entre los más usados se encuentran los baños con agua tibia, los masajes y el movimiento de las caderas de forma circular, que ayuda a facilitar el encaje y la rotación del feto en la pelvis. (32)

Se ha descrito que el uso de agua caliente a una temperatura no superior a 37,5ºC, reduce de manera significativa el uso de analgesia epidural durante la fase de dilatación, sin afectar negativamente a la duración del parto. Este método provoca una vasodilatación que conlleva a un mejor drenaje linfático y venoso. (31)

- **Contacto precoz madre-recién nacido y lactancia**

Se aconseja que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés justo después del parto, evitando la separación durante la primera hora (“hora sagrada”) y hasta que el bebé haya completado su primera toma, ya que se aconseja iniciar la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento, siendo ese primer contacto el mejor momento para producirse de manera espontánea. Así mismo, los cuidados necesarios se deben realizar sobre el vientre materno o después de pasado ese tiempo. Este hecho, aumenta en 8 veces la probabilidad de establecer una lactancia materna duradera en el tiempo. (31)

2.3.2 Beneficios del parto humanizado

La violencia obstétrica además de ser éticamente condenable, vulnera el derecho a la salud de la madre y del bebé pudiendo generar secuelas importantes y efectos duraderos en su bienestar físico y mental. (34)

La visión médica tradicional se ha enfocado principalmente en la parte mecánica del parto, sin tener en cuenta su proceso psicológico del que se acompaña, que supone una experiencia significativa tanto para las mujeres como para sus bebés, dejando huellas que perduran a lo largo de sus vidas. (34)

Se han demostrado beneficios tanto maternos como neonatales tras la experiencia de un parto humanizado, entre los que destacan una reducción en la necesidad de administración de oxitocina y analgesia durante el trabajo de parto, una menor incidencia de ruptura artificial de membranas y de indicación de cesáreas. También, se observa una mejor puntuación en el test de Apgar, un mayor nivel de pH en la sangre del cordón umbilical tras un pinzamiento del cordón tardío y disminución de los ingresos en unidades de cuidados neonatales. (35)

- **Beneficios para el bebé**

La atención que reciben las mujeres antes, durante y después del embarazo influye significativamente en la salud y desarrollo de sus hijos. Ofrecer atención continuada y oportuna desde antes del embarazo y que continúe durante la gestación hasta el posparto, ofrece oportunidades importantes para prevenir la transmisión de problemas de salud y tiene un impacto significativo en la salud del niño. (34)

Durante el trabajo de parto, la adopción de una posición vertical por parte de la mujer ha demostrado favorecer el flujo de oxígeno y el suministro de nutrientes hacia la placenta, lo que tiene un efecto positivo sobre el bebé evitando el sufrimiento fetal. Asimismo, las contracciones uterinas durante el parto, en condiciones óptimas, facilitan la producción de surfactante pulmonar, el cual es esencial para el desarrollo de una respiración normal en el recién nacido. Por eso, la realización de cesáreas programadas sin indicación médica conlleva a un aumento del riesgo de problemas respiratorios del neonato debido a la privación de los procesos fisiológicos. (4)

La “hora sagrada” representa un momento emotivo, sensible y único de encuentro y de reconocimiento entre la madre y el bebé, donde el contacto piel con piel tiene efectos positivos tanto a corto plazo como a largo plazo en el desarrollo del neonato. Durante este período, la madre experimenta una liberación de oxitocina que favorece el inicio e instauración de la lactancia materna, ya que el bebé se encuentra especialmente receptivo mientras busca una sensación de contención similar a la que tenía dentro del útero. (4)

Además, también existen beneficios emocionales para el bebé, pero que son difíciles de cuantificar. El primer contacto tras el parto representa el inicio del vínculo materno-infantil en la vida extrauterina, el cual tiene repercusiones significativas en el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del bebé. A pesar de conocer que el ser humano no se limita únicamente a la suma de sus órganos, sino que también es una combinación de sentimientos y energía, a diferencia de las consecuencias físicas, los riesgos emocionales que supone la experiencia de un parto traumático son difíciles de describir y cuantificar científicamente. Por consiguiente, estas repercusiones pueden ser difíciles de medir y, a veces sólo se manifiestan en etapas posteriores del desarrollo. (4)

Este primer momento también contribuye a la estabilidad fisiológica del recién nacido, estando demostrado científicamente que el contacto precoz piel con piel previene la hipotermia del bebé, ayuda en la estabilización de la respiración y la oxigenación del recién nacido, reduce su estrés, mantiene sus niveles de glucemia, estabiliza la presión arterial y disminuye el llanto e incrementa el estado de altera. (4,26)

- **Beneficios para la madre**

Los beneficios obstétricos de la aplicación del parto humanizado conllevan al bienestar de las mujeres facilitando así una experiencia de parto positiva. El parto es la forma natural que tienen los bebés para nacer y el cuerpo de las mujeres cuenta con mecanismos naturales que lo desencadenan y ejecutan. En el parto humanizado los profesionales de la salud crean un ambiente caracterizado por el respeto y la tranquilidad, facilitando que la mujer se sienta empoderada y protagonista del proceso. Se fomenta la confianza en su propio cuerpo y en su capacidad natural de dar a luz, lo que conlleva a una mejor tolerancia al dolor y adoptar posturas que la parturienta considere más confortables durante el trabajo de parto. (4,35)

La “hora sagrada” también repercute positivamente para la madre, reduciendo su ansiedad y disminuye la aparición de síntomas depresivos posparto. (4,35)

Aunque los estudios sobre violencia obstétrica son limitados, la literatura científica respalda la idea de que ser víctima de violencia obstétrica a menudo se relaciona con padecimientos y enfermedades mentales, como depresión posparto o estrés postraumático. Esta hipótesis hace necesario investigar más a fondo las experiencias vividas durante la atención obstétrica de las mujeres que desarrollan síntomas de ansiedad o depresión después del parto. En nuestra sociedad, la presencia de estos síntomas en el primer año después de parir es notablemente alta. Además, existe abundante evidencia científica que vincula la depresión materna durante la etapa perinatal con la aparición de problemas de salud mental y física en el hijo a lo largo de su vida. (34)

3. CONCLUSIONES

El parto ha sido considerado como un evento que puede ser tanto gratificante como doloroso para la mujer, y aparte de comprometer su salud física también destacan sus implicaciones psicológicas, lo que puede llegar a provocar consecuencias a corto y largo plazo.

La humanización de los cuidados va más allá de simplemente ofrecer cuidados físicos, involucra también aspectos mentales, emocionales y sociales. Para ello, destaca la importancia de que los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, deben adoptar una visión humanista en su práctica, reconociendo a cada persona como un individuo completo con diferentes necesidades. Esto es fundamental en la atención al parto humanizado, empleando un enfoque holístico, promoviendo el empoderamiento y la autonomía en la toma de decisiones que previamente han sido informadas, así como, favorecer la fisiología natural del parto. Todo esto contribuirá a reducir el uso de intervenciones médicas innecesarias, como la inducción del parto o la cesárea, promoviendo así un parto más natural y menos medicalizado.

Ha quedado demostrado que las matronas, como pertenecientes al personal de enfermería, están altamente capacitadas para ofrecer una atención al parto basada en la evidencia y centrada en la mujer, respetando sus deseos y preferencias, que puede mejorar la experiencia del parto y los resultados para la madre y el bebé, disminuyendo sus complicaciones. Proporcionan una atención personalizada y continua durante todo el proceso, lo que contribuye a crear un ambiente de confianza y seguridad para la mujer y su familia.

La conciencia sobre la violencia obstétrica ha aumentado significativamente en los últimos años, lo que ha llevado a examinar más a fondo las prácticas que se realizaban de manera rutinaria durante la atención al parto, poniendo en duda su efectividad e indicación. Sin embargo, a pesar de los avances en la compresión y conciencia sobre este tema en la población, pero sobre todo en los profesionales sanitarios implicados en el parto, la violencia obstétrica sigue siendo difícil de erradicar debido al arraigamiento de sus prácticas clínicas como costumbres en la asistencia sanitaria. Las mujeres siguen enfrentándose a prácticas médicas invasivas, a un trato irrespetuoso y sufren una falta de autonomía en la toma de decisiones.

Se necesita un cambio sistémico en la atención obstétrica para abordar de manera efectiva esta violencia. Esto incluye la implementación de políticas y protocolos que promuevan la atención respetuosa, la formación del personal sanitario en ética y derechos humanos, junto con el empoderamiento de las mujeres para que participen activamente en su proceso de parto y nacimiento de su bebé. A través de estas modificaciones se podrá garantizar que todas las mujeres reciban una atención obstétrica digna y respetuosa, terminando con las consecuencias que puede llegar a provocar tanto en la mujer como en el bebé.

Por lo tanto, el enfoque humanizado del parto busca garantizar el bienestar físico y emocional de la madre y recién nacido, así como aprovechar los beneficios que este proceso ofrece. Aunque la evidencia es variable, varios estudios sugieren que las prácticas recomendadas están asociadas a mejores resultados de salud. Reduciendo el estrés y ansiedad durante el parto, se contribuye a un parto más rápido y menos doloroso, lo que a su vez facilita la lactancia materna y fortalece el vínculo afectivo desde el primer momento, lo que a largo plazo puede tener un impacto positivo en la salud mental y física de las familias.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Damas LB, Sixto Pérez A, Machado RS. The Influence of Nursing Professionals' Performance on Humanized Care during birth labor. Rev Cubana Enferm. 2018;34(2):409-20.

2. Leal MS, Moreira R de CR, Barros KCC, Servo MLS, Bispo TCF. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [citado 23 de marzo de 2024];74(suppl 4). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33503153/

3. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Cuidado humanizado por el personal de salud durante la atención del trabajo de parto Estrategias más utilizadas. instname:Universidad Antonio Nariño [Internet]. 6 de julio de 2022 [citado 23 de marzo de 2024];2017(7). Disponible en: http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/6561

4. Macías-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piloso-Gómez FE, Galarza-Soledispa GL, Quishpe-Molina M del C, Triviño-Vera BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. Dominio de las Ciencias [Internet]. 15 de septiembre de 2018 [citado 27 de abril de 2024];4(3):392-415. Disponible en: https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/815/html

5. Alcaide AR. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata [Internet]. 31 de mayo de 2015 [citado 23 de marzo de 2024];7(18):13-26. Disponible en: https://dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/369

6. Ceballos-Rivera M, González-González Y, Alonso-Calvete A, Justo-Cousiño LA, Da Cuña-Carrera I. Fisioterapia en las secuelas del parto por cesárea. Una revisión sistemática. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2023 [citado 23 de marzo de 2024];97. Disponible en: /pmc/articles/PMC10541251/

7. Ministerio de Sanidad. Estadística de Centros de Atención Especializada. Año 2020. [Internet]. 202d. C. Disponible en: https://cpage.mpr.gob.es/

8. Hernández-Espinosa CJ, Hernández-Espinosa CJ. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. Medicas UIS [Internet]. 10 de mayo de 2019 [citado 27 de abril de 2024];32(1):9-12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192019000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

9. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Atención perinatal en España INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2021 MINISTERIO DE SANIDAD. 2010;

10. Llobera Cifre R. matr nas Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas Humanization of obstetric attention: what midwives think. Matronas Prof. 2018;19(1):12-20.

11. Zambrano MLC. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Revista Cuidarte [Internet]. 5 de enero de 2016 [citado 27 de abril de 2024];7(1):1227-31. Disponible en: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/300/527

12. Suazo I, Del Carmen Pérez-Fuentes M, Del Mar M, Jurado M, Martos Martínez Á, Del Mar Simón Márquez M, et al. Moral Sensitivity, Empathy and Prosocial Behavior: Implications for Humanization of Nursing Care. International Journal of Environmental Research and Public Health Article [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]; Disponible en: www.mdpi.com/journal/ijerph

13. Díaz-Rodríguez M, Rubio LA, García DA, Cristóbal EP, Valera MC. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. Enfermería Global [Internet]. 15 de marzo de 2020 [citado 27 de abril de 2024];19(2):640-72. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/392321

14. Damas LB, Machado RS, Hernández RD, Pérez AS. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 27 de enero de 2018;44(3):1-12.

15. Siles González J. Cultura de los Cuidados La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada. [citado 27 de abril de 2024]; Disponible en: http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01

16. FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Guía para madres y padres. Iniciativa Parto Normal. 2014;

17. El Paradigma EN, Parto Humanizado D, Martín-Castañeda LB. «Lo más natural posible»: Narrativas de matrona de atención primaria y hospitalaria en el paradigma del parto humanizado. MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet]. 29 de enero de 2021 [citado 27 de abril de 2024];6(1):38-58. Disponible en: https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol6.num1.3

18. Papoutsis D, Antonakou A. Normal childbirth: The natural, non-medical, alternative approaches to the most common medical interventions in labor. Eur J Midwifery [Internet]. 2023 [citado 27 de abril de 2024];7(December). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38045472/

19. Ascalema | OMS. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. 1996 [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.ascalema.es/oms-cuidados-en-el-parto-normal-una-guia-practica-1996/

20. ¿Qué es un Parto Natural? | El Parto es Nuestro [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/05/29/que-es-un-parto-natural

21. Shepherd A, Cheyne H. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. Women and Birth. marzo de 2013;26(1):49-54.

22. Walter MH, Abele H, Plappert CF. The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 27 de octubre de 2021 [citado 27 de abril de 2024];12. Disponible en: /pmc/articles/PMC8578887/

23. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 20 de agosto de 2013 [citado 27 de abril de 2024];(8). Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/full

24. Satone PD, Tayade SA. Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. Cureus [Internet]. 21 de abril de 2023 [citado 27 de abril de 2024];15(4). Disponible en: /pmc/articles/PMC10202683/

25. Halliday L, Nelson SM, Kearns RJ. Epidural analgesia in labor: A narrative review. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 1 de noviembre de 2022 [citado 27 de abril de 2024];159(2):356-64. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.14175

26. Organización Mundial de la Salud. OMS. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018;

27. Vista de Derechos durante el parto, según recomendaciones OMS (2018): Percepción de las mujeres [Internet]. [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/1766/1676

28. Mir JR, Gandolfi AM. Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain. Gac Sanit [Internet]. 2021 [citado 27 de abril de 2024];35(3):211-2. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019

29. Diniz SG, Salgado H de O, Andrezzo HF de A, de Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar C de A, et al. ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION. Journal of Human Growth and Development [Internet]. 25 de octubre de 2015 [citado 27 de abril de 2024];25(3):377-82. Disponible en: https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080

30. Pintado S, Penagos-Cucarella JC, Casas-Arellano MA. Burnout syndrome in medical and obstetric perception of violence. 2015 [citado 27 de abril de 2024]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/278045895

31. Lago AML, Pan LM, Barja NF, Fernández DP, Bouza ET. HUMANIZACIÓN DEL PARTO: PRÁCTICAS RECOMENDADAS EN PARTOS DE BAJO RIESGO. TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD [Internet]. 2019 [citado 1 de mayo de 2024];2(7):36-41. Disponible en: https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/78

32. Contreras M, Guaymás M. Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado. Notas de Enfermería [Internet]. 2017 [citado 1 de mayo de 2024];17(29). Disponible en: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/21688

33. Garcia-Carrera G, Solis Rojas M, Salazar Salvatierra E, Zagaceta Guevara Z. Expectativas de la gestante sobre el acompañamiento de la pareja durante el trabajo de parto. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2021 [citado 1 de mayo de 2024];50(4). Disponible en: http://scielo.sld.cuhttp://www.revmedmilitar.sld.cuhttps://orcid.org/0000-0002-9517-4315JohnBarja-Ore2*https://orcid.org/0000-0002-9455-0876http://scielo.sld.cuhttp://www.revmedmilitar.sld.cu

34. Paricio R, Castillo D, De Los Ángeles M, Linares C, Rey U, Carlos J. Enfoque de Derechos Humanos en la atención obstétrica y el parto. iQual Revista de Género e Igualdad [Internet]. 21 de febrero de 2024 [citado 1 de mayo de 2024];7(7):18-37. Disponible en: https://revistas.um.es/iqual/article/view/555551

35. Isabel O, Castro R, Farías Vela A, Capera López L, Camila M, Guarnizo R, et al. Ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado. Obstetric and Neonatal Advantages of Humanized Delivery [Internet]. 2022. Disponible en: http://orcid.org/0000-0002-1843-091Xhttp://orcid.org/0000-0002-3744-3003SofíaOrtízZornosa2http://orcid.org/0000-0002-6362-0114http://orcid.org/0000-0001-8804-0274http://orcid.org/0000-0001-5443-1883

5. ANEXOS

5.1 Anexo I: Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positivo

Opción de atención	Cuidados no recomendados
Período de dilatación	
Progreso del período de dilatación	Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.
	Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica
	Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre
Pelvimetría clínica en el ingreso	No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo
	Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.
Rasurado púbico o perineal	No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal
Enema en el ingreso	No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto
Limpieza vaginal	No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones

Manejo activo del trabajo de parto	No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto
Amniotomía de rutina	No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto
Amniotomía temprana y oxitocina	No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxictocina para la prevención del retraso del trabajo de parto
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto
Período expulsivo	
Política para la episiotomía	No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo
Presión del fondo uterino	No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo
Alumbramiento	
Masaje uterino	No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica
Atención del recién nacido	
Aspiración nasal u oral de rutina	En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz
Atención de la mujer tras	**el nacimiento**
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía

Fuente: Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.