

Teresa Luz Martínez Sanz

PARTO HUMANIZADO

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: Sra M. PAZ QUEROL VIDAL



Campus Terres de l'Ebre

TORTOSA 2017/2018

“Para cambiar el mundo se debe cambiar primero la forma de nacer”

Michel Odent

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo conocer las características en las que está basado el parto humanizado. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo analítico a través de una revisión bibliográfica de 20 artículos.

Tras el análisis de los documentos, podemos afirmar que la humanización de los cuidados influye positivamente tanto en la madre como en el feto y en el recién nacido. Así como, de la necesidad de una formación integral de los equipos obstétricos, que a su vez repercute en la sociedad, en la información/educación de las mujeres gestantes y de sus familiares. Por ello, es imprescindible que los profesionales de la salud, en especial la matrona, participen en la humanización de los cuidados durante el embarazo, parto y postparto, que aumenten la calidad de los mismos y den como resultado la vivencia positiva de todo el proceso de la maternidad.

Palabras claves: Parto, parto humanizado, asistencia al parto, parto normal.

ABSTRACT

This work aims to know the characteristics on which humanized childbirth is based. To do this, an analytical descriptive study has been carried out through a bibliographic review of 20 articles.

After the analysis of the documents, we can affirm that the humanization of care positively influences the mother, the fetus and the newborn. As well as, the need for a comprehensive education of obstetric equipment, which in turn has an impact on society, on the information/education of pregnant women and their families. Therefore, it is essential that health professionals, especially the midwife, participate in the humanization of care during pregnancy, delivery and postpartum, increase the quality of them, and result in positive experience of the entire process of motherhood.

Keywords: birth, humanized childbirth, attendance at delivery, normal delivery.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 MARCO CONCEPTUAL.....	7
i. Parto natural.....	10
ii. Parto conducido o medicalizado.....	11
iii. Parto humanizado.....	12
iv. Atención al parto.....	12
2. OBJETIVOS.....	15
i. Objetivo principal.....	15
ii. Objetivos específicos.....	15
3. METODOLOGÍA.....	16
4. RESULTADOS.....	17
5. ANÁLISIS/DISCUSIÓN.....	30
i. Profesión.....	30
ii. Tipo de muestra.....	30
iii. Tipo de objetivos.....	31
iv. Tipo de resultados.....	32
6. CONCLUSIÓN.....	34
7. NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	36
8. BIBLIOGRAFÍA.....	37

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tablas

Tabla 1: Criterios de inclusión/exclusión.....	16
Tabla 2: Artículos seleccionados	18

Gráficos

Gráfico 1: Esquema visual de búsquedas.....	17
Gráfico 2: Porcentajes publicaciones/profesionales.....	30
Gráfico 3: Porcentajes del tipo de muestra.....	31
Gráfico 4: Porcentajes del tipo de objetivos.....	31
Gráfico 5: Porcentajes de resultados	33

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

El nacimiento de un ser humano es un proceso que ha evolucionado a medida que la sociedad ha ido cambiando. La atención natural al parto y/o parto humanizado, en la actualidad, es la corriente que se impone a la atención medicalizada al mismo. Se han puesto en práctica también intervenciones específicas para la humanización de los partos complicados, la llamada “cesárea humanizada” es un claro ejemplo de ello.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) dice que “el parto normal es 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”. ^[1]

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) desarrolla la definición del parto natural en el año 2007 como “trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del equipo asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)”. ^[2]

Tras los avances y descubrimientos en el terreno de la ginecología y la obstetricia, realizados con la finalidad de solucionar problemas específicos, se han vuelto en contra de las mujeres y sus hijos al utilizarse de manera arbitraria, injustificada y por rutina; dando lugar a la medicalización del proceso del parto normal. Lo que lleva a un aumento injustificado del número de cesáreas y partos traumáticos (inducciones, extracciones instrumentales, episiotomías, etc.). ^[3]

Es por esto, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara, en la publicación de la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud”, que “todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”. ^[4]

El Ministerio de Sanidad Español, respondiendo a las demandas de la sociedad, publicó la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” en el año 2010, con el objetivo principal de potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad, y contribuir a la transformación en el modelo de atención al parto en nuestro sistema sanitario de forma que se ofrezca una atención más eficaz, segura y personalizada”.^[5]

Por consiguiente, queda descrita la responsabilidad de todo el equipo multidisciplinar que atiende a la mujer y a su familia durante todo el proceso de la gestación, parto y postparto, de entre los que destaca la matrona (enfermera especialista), en fomentar los cuidados humanizados en este proceso. También la necesidad de que los profesionales tengan una formación integral para minimizar la incidencia de la medicalización durante el proceso del parto. Al igual que promocionar los conocimientos necesarios a las gestantes y sus familiares para poder realizar una correcta planificación de dicho proceso.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

Inicialmente la asistencia al parto, aun siendo un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones. En un principio, la persona encargada era la matrona, la cual mantenía una actitud expectante y no intervencionista en la mayoría de los casos. Posteriormente, en el periodo clásico y medieval, los médicos centraron su interés en el conocimiento teórico del proceso procreativo, actuando únicamente en casos especiales. Pero, a partir del siglo XVII, se produjo un cambio en la tendencia, por la incorporación de los cirujanos en la atención al parto y al uso de la instrumentación, dando lugar a la tecnificación de la asistencia al nacimiento.^[6]

En pleno siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, la medicalización de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global, aunque las prácticas asistenciales al parto difieren en los diferentes lugares que se llevan a cabo debido a componentes culturales, políticas hospitalarias o praxis obstétricas. Es fundamentalmente durante la segunda mitad del siglo XX, cuando hay un cambio muy significativo de la atención al parto, ya que se traslada del parto en el hogar a una sala de hospital, justificándose en las mejoras de la seguridad y en los resultados obstétricos. Por consiguiente, el poder de los sanitarios subordina la maternidad al modelo biomédico, valorando la gestación desde una perspectiva fundamentada en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario.^[6]

En la década de 1980, se cuestionaron la praxis médica gracias a algunas voces críticas y diversos movimientos sociales. Este hecho produjo cambios en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad al parto, por lo que conllevó a que se realizaran modificaciones legislativas. Se llevó a cabo una conferencia con diferentes organizaciones, que produjo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisara el modelo biomédico que se estaba ofreciendo a las gestantes y que no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, porque no se tenía en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía. Fue entonces cuando la OMS promulgó las recomendaciones para evitar ciertas prácticas, no justificadas, que estaban llevándose a cabo de manera sistémica; y además, se centró en que la mujer como persona tiene derecho a una adecuada atención en el parto, al igual que requiere de una atención integral y holística. ^[6]

Gracias a esto, hoy en día se promueven líneas de trabajo menos intervencionistas en los embarazos y partos de bajo riesgo. No obstante, la tecnología implantada en los hospitales de España ha contribuido a la reducción de la tasa de mortalidad de las mujeres en los años 2011-2015 a 5 por 100.000 recién nacidos ^[7], y a la reducción de la tasa de mortalidad perinatal en el mismo período de tiempo a 4 por 1.000 ^[8]; siendo las tasas más bajas a nivel mundial.

También es importante tener en cuenta que la tasa de cesáreas ha aumentado notablemente en los hospitales españoles, ya que la tasa en 2011 estaba en un 21,88% y según la OMS ^[9], la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10% y el 15% ^[10]. Con ello, podemos observar la notable medicalización de la atención a los partos, tanto los de alto riesgo como los de bajo.

Otra de las cosas a tener en cuenta es la realización de prácticas médicas innecesarias, como por ejemplo el rasurado del periné, el uso de enemas antes del parto, la rotura artificial de la bolsa de aguas, la utilización de oxitocina durante la dilatación o la episiotomía, que es la realización de un corte quirúrgico para ampliar la entrada de la vagina. ^[11]

Desde hace unos años, se han creado organizaciones que promueven el derecho de las mujeres en la elección del parto y no el que les sea impuesto, dentro de estas organizaciones podemos encontrar la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), la cual establece un plan de parto en el que la mujer puede expresar sus preferencias y necesidades para poder tomar partido en

este proceso; todo esto es recogido en el documento “Calidad de la Asistencia Profesional al Nacimiento y la Lactancia” realizado en el 2011. Esta organización surgió a través de la unión de la OMS con UNICEF, con el objetivo de promover en los profesionales sanitarios una implicación basada en conocimientos científicos actuales para que sean capaces de ofrecer a las mujeres información y apoyo en el momento del embarazo y parto, y así que puedan tomar las decisiones con total libertad. Al igual que animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular en las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. ^[12, 22]

Otro de los organismos relacionados con este tema, es la asociación “El Parto es Nuestro” formada por usuarios y profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y postparto en España ^[13]. También hay organismos internacionales que promueven el parto natural para garantizar una buena evolución tanto del recién nacido como de la madre, así como el fomento de la lactancia materna; dentro de estos organismos se encuentra la Organización Mundial de la Salud en sus recomendaciones del parto natural y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con la declaración “Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna”. ^[14]

También se han creado Guías Prácticas como la realizada por la OMS en 1996, que contribuye a la concienciación de los profesionales sanitarios para ofrecer una atención diferente y satisfactoria para las mujeres enfocadas al parto, garantizando su seguridad y la del bebé. ^[15]

Otra de las guías que podemos encontrar es la realizada por el Ministerio de Sanidad, donde se recogen recomendaciones basadas en evidencias científicas, para contribuir a la mejora de la atención, facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos. ^[5]

Es necesario que, para que las gestantes hagan una buena elección en lo que refiere al plan de parto, se les proporcione toda la información necesaria, explicándoles todas las intervenciones que se pueden llevar a cabo durante el proceso de gestación, parto y postparto, y al mismo tiempo dar a conocer medidas preventivas para evitar complicaciones.

i. Parto natural.

La OMS, en la guía práctica de los Cuidados al parto normal define el parto natural como el “comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el inicio del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”.^[15]

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E), como ya se ha expuesto anteriormente, considera 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”.^[1]

Dicha Federación ha sido creada con el objetivo de representar a las distintas asociaciones de matronas de todo el Estado Español, para influenciar en el desarrollo e implementación, a nivel estatal, de la legislación que concierne al ámbito de la educación y práctica profesional de las matronas; como promover la calidad del cuidado de la salud integral de la mujer, en especial en los aspectos de salud sexual y reproductiva, y promover la calidad del cuidado de salud del recién nacido.^[16]

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), califica el parto natural como “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre las 37 y 42 semanas y que tras una evaluación fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica”.^[2]

La SEGO también crea el concepto “parto no intervenido”, definiéndolo como el “trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición del parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del equipo asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)”.^[2]

La SEGO es la Federación de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de las Comunidades Autónomas de España, la cual fue fundada en Madrid en 1874, con el objeto de “estudiar a la mujer en los diferentes estados de su organismo”. Dentro de los fines actuales de la Sociedad, podemos encontrar: estimular el progreso de la Especialidad, promover reformas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención sanitaria, entre otras. ^[17]

La Asociación “el Parto es Nuestro”, contempla que “un parto natural es ante todo un parto donde se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer. En el que no se realizan intervenciones innecesarias ni 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”. Otra la de las definiciones a destacar de esta asociación, es que, contempla al parto normal como aquel en el que se aplican los procedimientos obstétricos únicamente cuando son necesarios. “El parto natural, es lo opuesto al parto medicalizado, atendido desde la obstétrica convencional, en el cual la tecnología sustituye la fisiología de la mujer, desvirtuando la experiencia del nacimiento y generando riesgos innecesarios”. ^[18]

“El Parto es Nuestro” es una organización sin ánimo de lucro, formada por usuarias/os del sistema sanitario, principalmente mujeres y madres, con el objetivo de mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y postparto. Reivindicando un mayor respeto y protección hacia los derechos de las madres y los niños, para mejorar la atención obstétrica y difundir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la atención al parto, así como promover la lactancia materna. ^[19]

ii. Parto conducido o medicalizado

Otro de los términos a tener en cuenta es el parto conducido o medicalizado, que, según la definición de la OMS, es aquel que, aún habiéndose iniciado de forma espontánea, es manejado para acortar su duración con oxitocina sintética y con la práctica de rotura artificial de membranas. Estos tipos de parto, donde hay una excesiva medicalización, conllevan a una serie de consecuencias negativas; como es el caso de secuelas físicas y psicológicas de distinta gravedad en las madres, por las cesáreas o los partos instrumentados; los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños; y en partos traumáticos, en los que hay una separación

madre-hijo, se ve perjudicado el establecimiento del vínculo afectivo y la lactancia materna. ^[20]

iii. Parto humanizado.

La primera definición del parto humanizado fue realizada por el Ministerio de Salud de Brasil, como base del Programa de Humanización en el cuidado Prenatal y el Nacimiento. En este programa se pone en manifiesto la trascendental importancia de la nueva visión del parto: “El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto sea una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras”. ^[21]

iv. Atención al parto

Por lo que respecta a la atención al parto, la OMS describe una serie de actuaciones que se deben llevar a cabo por parte del personal sanitario, con el objetivo del cuidado de conseguir una madre y un niño sanos con el menor nivel posible de intervenciones de la manera más segura. Las actuaciones explicadas en la guía práctica son las siguientes: ^[15]

1. Animar a la mujer, su compañero/a y familia durante el parto, en el período del alumbramiento y sucesivos. ^[15]
2. Observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas. ^[15]
3. Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarios; cuidado del niño después del nacimiento. ^[15]
4. Traslado de la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado. ^[15]

Otra de las cosas que también emitió la OMS fueron una serie de recomendaciones aplicables a los servicios perinatales para todo el mundo. ^[23]

Es fundamental tener en cuenta que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y a intervenir en la participación de la planificación, ejecución y evaluación de la atención a su propio parto. Otra de las cosas a tener en cuenta son los factores

sociales, emocionales y psicológicos para comprender la manera de prestar atención adecuada.^[23]

Dentro de las recomendaciones de la OMS para la atención intraparto podemos encontrar:^[24]

- En el periodo de dilatación se deberá minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto, abandonar el uso del rasurado y el enema, promover la deambulación durante el parto, uso de auscultación intermitente para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal, no restringir líquidos durante el trabajo de parto y permitir la ingesta de comidas ligeras, proporcionar apoyo psicosocial, promover el cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola, estimular la presencia del acompañante que la mujer elija, respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento, ser sensibles a las necesidades culturales y expectativas de las mujeres y sus familias.^[24]
- Para el alivio del dolor se debe evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto y preferiblemente utilizar métodos no farmacológicos, como puede ser la respiración; evitar el empleo de la epidural como método habitual para el alivio del dolor en el parto.^[24]
- En el periodo expulsivo se debe usar una de las posiciones levantadas que la mujer elija para el parto, evitando la posición supina y, particularmente, la litotomía; no realizar episiotomía de forma sistemática; no suturar de forma sistemática los desgarros o cortes menores y no realizar revisiones del cuello uterino de forma habitual, salvo que haya evidencia de hemorragia.^[24]
- Finalmente, en el período de contacto madre-hijo, se debe colocar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo, animar a la madre a que participe. Se mantendrá la cabeza del bebé cubierta para minimizar la pérdida de calor; el cordón umbilical se deberá cortar una vez que éste haya cesado de latir espontáneamente y mientras el bebé se encuentre con su madre; se deberá de apoyar el cuidado piel con piel en las dos primeras horas postparto y fomentar la lactancia materna precoz.^[24]

También se han creado Guías Prácticas como la realizada por la OMS en 1996, que contribuye a la concienciación de los profesionales sanitarios para ofrecer una atención diferente y satisfactoria para las mujeres enfocadas al parto, garantizando su seguridad y la del bebé^[15]; o las Recomendaciones de la OMS para la Conducción del Trabajo de Parto, con el objetivo de cubrir las prácticas vinculadas al diagnóstico, la

prevención y el tratamiento del avance retrasado de la primera etapa del trabajo de parto, y cuidado de apoyo para las mujeres sometidas a una conducción del trabajo de parto.^[25]

Otro de los documentos que podemos encontrar es el de “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, creado en 2012 por el Ministerio de Sanidad, con el objetivo de potenciar la implementación de la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, desarrollando sus objetivos y recomendaciones para ofrecer una atención de calidad basada en la evidencia científica, en los derechos humanos y en la excelencia profesional.^[26]

El “Protocolo para la asistencia natural al parto normal” publicado en 2017 por la Generalitat de Catalunya, con el objetivo de crear una herramienta de ayuda a los hospitales y a los profesionales para llevar a cabo una atención más natural al parto normal.^[27]

2. **OBJETIVOS**

i. Principal:

Conocer las características en las que se basa el parto humanizado.

ii. Específicos:

- Describir las bases de los cuidados del parto humanizado.
- Describir las principales intervenciones establecidas para el parto humanizado.
- Conocer los beneficios para la madre y el feto- recién nacido, de los cuidados humanizados durante el trabajo de parto.
- Conocer el rol del profesional de enfermería/matrona en la humanización de los cuidados del parto.

3. METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo y analítico a través de una revisión bibliográfica.

La búsqueda se ha llevado a cabo entre octubre de 2017 y marzo de 2018, en las bases de datos: PubMed, CUIDEN y Cuidatge.

Las **palabras clave** para la búsqueda son:

Parto, parto humanizado, asistencia al parto, parto normal, birth, humanized childbirth, attendance at delivery, normal delivery.

Para la selección de los documentos se han establecido los criterios de inclusión y exclusión, descritos en la tabla nº1.

Tabla 1. Criterios de Inclusión/Exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Tema relacionado con la búsqueda	Tema no relacionado con la búsqueda
Fecha de creación 2007 a 2018	Fecha de creación > 10 años
Idiomas: castellano, catalán, inglés, portugués	Idiomas diferentes a castellano, catalán, inglés o portugués
Texto completo disponible en línea	Texto completo no disponible

4. RESULTADOS

En el gráfico 1 se describe el esquema visual de la búsqueda. En la tabla 2 se describen los artículos seleccionados para su posterior análisis, ordenados según el año de publicación, de más antiguos a más actuales.

Gráfico 1. Esquema visual de búsqueda

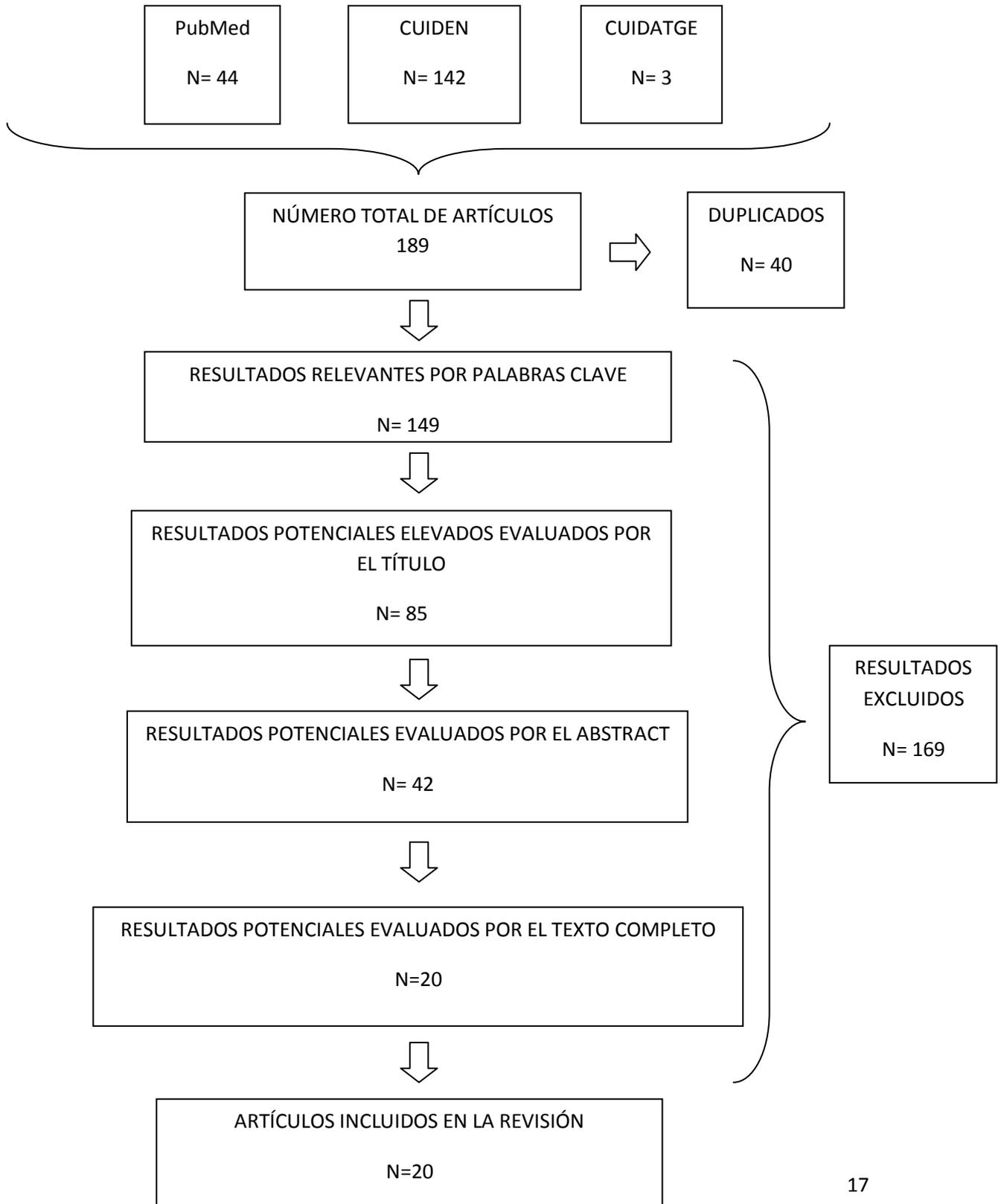


Tabla 2. Artículos seleccionados

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, N° REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<p><u>El cumplimiento del plan de parto y su relación con los resultados maternos y neonatales.</u> Hidalgo Lopezosa P, Hidalgo Mestre M, Rodríguez Borrego MA. (2007) ^[28]</p>	<p>Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico.</p>	<p>178 mujeres con plan de parto.</p>	<p>Conocer el grado de cumplimiento de las solicitudes que las mujeres reflejan en sus planes de parto y determinar su influencia en los principales resultados obstétricos y neonatales.</p>	<p>Resultados: el plan de parto se cumplió mayoritariamente solo en el 37% de las mujeres. El grupo de mujeres donde el cumplimiento fue bajo tuvo un porcentaje de cesáreas del 18,8% y sus hijos tuvieron peores resultados. Mientras que en mujeres con cumplimiento alto, el porcentaje de cesáreas cayó al 6,1% y sus hijos obtuvieron mejores resultados.</p> <p>Conclusiones: el plan de parto tiene un grado de cumplimiento bajo. A mayor cumplimiento, mejores son los resultados maternos y neonatales. Puede constituir una herramienta eficaz en la consecución de mejores resultados en la madre y su hijo.</p>

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<p><u>El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. Bravo P. Uribe C. Contreras A. (2008).</u>^[29]</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>20 artículos de investigación cualitativa y cuantitativa.</p>	<p>Conocer cuál es la percepción del buen cuidado que tienen las mujeres en situación del parto.</p>	<p>Resultado: se desvelaron dos componentes principales ante la percepción del cuidado. El componente técnico, se refiere a la experticia que la mujer reconoce, en los procedimientos efectuados por los profesionales. El componente relacional, al que asignan el valor principal, indica que el uso de palabras suaves, el aporte de información, la presencia de un familiar, el apoyo y respaldo de las madres, son considerados elementos fundamentales para que la mujer en situación de parto, pueda vivirlo satisfactoriamente, traducándose el buen cuidado, en eje de bienes y valoración personal, permitiéndoles sentirse partícipes de su experiencia.</p> <p>Conclusiones: los objetivos profesionales deben considerar como eje organizador del cuidado, el desarrollo de habilidades interpersonales, sin olvidar la permanente actualización del componente técnico del cuidado.</p>

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<u>Las expectativas de participación de mujeres embarazadas y sus acompañantes para realizar un parto humanizado.</u> Basso J.F., Monticelli M. (2010) ^[30]	Estudio cualitativo, convergente-asistencial.	51 personas (35 gestantes y 16 acompañantes).	Identificar las expectativas de gestantes y acompañantes para realizar un parto humanizado.	<p>Resultados: emergieron 5 categorías a partir de los datos recolectados durante la práctica clínica. 1) escogiendo el parto vaginal como primera opción para dar a luz, 2) seleccionando el tipo de atención obstétrica para la conducción del prenatal y realización del parto, 3) reconociéndose como sujetos reflexivos y críticos delante de la realidad, 4) negociando y dialogando con los profesionales de salud sobre las preferencias relacionadas a los procedimientos obstétricos y 5) construyendo un conocimiento propio a cerca del proceso del parto</p> <p>Conclusiones: la gran mayoría de las personas a estudio revela que procura y desea procesos sociales y fisiológicos de dar a luz y nacer, y en su gran mayoría, contrastan con la realidad actual. Las prácticas educativas libertadoras pueden contribuir para el fortalecimiento de los sujetos.</p>
<u>The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital.</u> Behruzi R, Hatem M, Fraser W. (2011) ^[31]	Estudio de caso.	17 profesionales y administradores de diferentes disciplinas y 157 mujeres que dieron a luz.	Analizar los factores que influyen en la experiencia del parto, en concreto el concepto de la atención humanizada, en hospitales de nivel terciario.	<p>Resultados: las dimensiones externas e internas de un hospital altamente especializado pueden facilitar o ser una barrera para la humanización de las prácticas de atención del parto. De las medidas criticadas encontramos la escasez de profesionales de la salud, la falta de comunicación suficiente entre los profesionales, el deseo de especialización en lugar de la humanización, la falta de privacidad y continuidad de la atención.</p> <p>Conclusión: no se consideró un problema para la humanización la intervención médica y tecnológica en el trabajo del parto.</p>

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<u>Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia</u> ; J. Arnau, M.E. Martínez, M.D. Nicolás, E. Bas, R. Morales, L. Álvarez. (2012) ^[21]	Estudio de casos.	4 obstetras, 2 neonatólogos, 2 médicos de familia y 6 matronas.	Analizar las prestaciones simbólicas sobre las categorías analíticas del parto normal, natural y humanizado que poseen los profesionales relacionados con este proceso, como la influencia de dichas concepciones sobre la práctica profesional.	Resultados: existe una confusión de los términos parto normal y parto natural en algunos profesionales. Conclusiones: desde el punto de vista de las matronas, el parto puede ser humanizado indistintamente sea normal o anormal, intervenido o abordado tecnológicamente. Ya que la humanización se centra en todos los aspectos holísticos de la persona. Por otro lado, desde el punto de vista médico, se entiende que el intervencionismo deshumaniza el proceso.
<u>Analysis of a humanization proposal to the childbirth</u> . Rodrigues BC, Cardelli AAM. (2012) ^[32]	Estudio observacional, con enfoque cualitativo.	30 parturientas y 28 profesionales de la salud.	Analizar la continuidad de las actividades implementadas en una sala de maternidad, para mejorar la asistencia humanizada al parto.	Resultados: aspectos positivos como todas las mujeres estaban acompañadas durante el momento del parto, se respetaba la intimidad de la paciente, se hacía uso de técnicas de relajación, etc. Por otro lado, los aspectos negativos fueron no darle el derecho de elegir la posición preferida en el parto, así como la realización pruebas vaginales frecuentes por más de una persona. Conclusión: las medidas implementadas se basaban en prácticas biomédicas, tratando el parto como un proceso medicalizado.

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<u>Puerperal women's satisfaction with their delivery.</u> Garcia Cicuto A, Rodrigues Leite Belisário C, Barco Tavares B. (2012). ^[33]	Estudio descriptivo.	200 puérperas.	Evaluar el nivel de satisfacción de las puérperas con sus partos.	<p>Resultados: el nivel de satisfacción promedio fue de 9 en las mujeres con parto normal o por cesárea. La satisfacción con el manejo del dolor en el trabajo de parto fue de 8.5 para cesáreas versus 6 en el parto normal. Comparadas con el grupo de parto vaginal, a las que se les practicó la cesárea tuvieron una mayor satisfacción con la intensidad del dolor en el postparto (8.7 versus 6.2), y en menor en el de trabajo de parto (6.0 versus 8.5) y parto (7.1 versus 9.0).</p> <p>Conclusiones: sin diferencia por tipo de parto, la satisfacción de las mujeres con su parto fue alta. A las mujeres que se les practicó la cesárea tuvieron mayor satisfacción con el manejo del dolor postparto, mientras que las de parto vaginal manifestaron mayor satisfacción en el control del dolor durante el trabajo de parto.</p>
<u>A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado.</u> Gonçalves Camacho K, Marcia Progiante J. (2013). ^[34]	Estudio cualitativo.	11 enfermeras obstétricas.	Describir el proceso de adquisición de prácticas obstétricas hospitalarias por parte de enfermeras obstetras, ante la implantación del modelo humanizado.	<p>Resultados: las enfermeras estudiadas incorporaron nuevos conocimientos que fueron agregados a su hábito de trabajo, generando prácticas que las hicieron romper con la reproducción del modelo biomédico en el campo obstétrico.</p> <p>Conclusiones: las enfermeras obstétricas, en el proceso de implantación de la política de humanización del parto y el nacimiento, reconfiguran su práctica obstétrica de cuidado, enfocándolas en el estímulo del protagonismo de la mujer y en el respeto a la fisiología del parto.</p>

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<u>Educative practice with nurses, with a view to humanized care for the newborn in the obstetric center. Besen Müller E, Mota Zampieri MF. (2014)</u> ^[35]	Estudio cualitativo descriptivo.	7 enfermeras.	Describir el desarrollo de la práctica clínica realiza con enfermeras para la elaboración de una propuesta de cuidados, dirigida al recién nacido en el centro obstétrico de un hospital público, fundamentada en las buenas prácticas.	<p>Resultados: se llevan a cabo una serie de talleres, que se distribuyeron en diferentes etapas, entre ellas: acoger, interactuar y sensibilizar; planificar, validar y definir caminos; problematizar el tema; integrar, compartir y definir consensos; y redirigir conductas</p> <p>Conclusiones: la práctica educativa en grupo es un instrumento importante para que las enfermeras reflexionen críticamente sobre las prácticas que son llevadas a cabo; se configura como un espacio de relaciones democráticas favorables para la socialización del conocimiento, las alianzas, las negociaciones, el consenso acerca del cuidado y el aprendizaje permanente, lo que permite la creación y recreación de conocimientos, con el objetivo de transformar e innovar el cuidado de los recién nacidos.</p>
<u>Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Suárez Cortés, M., Armero Barranco, D., Canteras Jornada, M., Martínez Roche, M.E. (2015)</u> ^[36]	Estudio cuantitativo y transversal, descriptivo y estudio de cohortes comparativo.	9303 mujeres que dieron a luz.	Conocer, analizar y describir la situación de los planes de parto y nacimiento, haciendo una comparativa entre las mujeres que presentan un plan de parto y las que no.	<p>Resultados: 240 planes de parto y nacimiento en total.</p> <p>Conclusión: los planes de parto y nacimiento influyen positivamente en el proceso de parto y en su resultado, mejorando las dimensiones de la seguridad, efectividad y satisfacción de las mujeres, así como su empoderamiento.</p>

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, N° REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<p><u>Experiencia de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Giraldo Montoya DI, González Mazuelo EM, Henao López CP. (2015).</u>^[37]</p>	<p>Estudio cualitativo, de tipo fenomenológico.</p>	<p>13 mujeres.</p>	<p>Desvelar las experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto.</p>	<p>Resultados: surgieron tres categorías principales: Los síntomas desagradables (dolor, fatiga y sed), La soledad (acompañamiento de la familia, del personal de salud y la fuerza suprema) y “Yo quiero ver a Camila” (“Valió la pena”, “Gajes del oficio” y asegurar la salud del hijo). En cuanto a los síntomas desagradables el dolor, la fatiga y la sed fueron las experiencias altamente significativas que comprometían al bienestar y la satisfacción materna. La soledad estuvo presente en todo el proceso, sin embargo el apoyo espiritual y la presencia del personal sanitario fueron una fuente de acompañamiento. A pesar del sufrimiento y el dolor, el nacimiento hizo que las madres olvidaran estos acontecimientos y consideraron que el proceso de parto las reafirmaba frente a la adopción de su rol materno.</p> <p>Conclusión: es necesario cambiar los métodos tradicionales de cuidado en los servicios de salud obstétrica y proporciona otras formas de atención más humanizada.</p>

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<p><u>Valoración de las madres acerca de las recomendaciones para el cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria.</u> Herrero Morín JD, Huidobro Fernández B, Amigo Bello MC, Quiroga González R, Fernández González N. (2015)^[38]</p>	<p>Estudio descriptivo.</p>	<p>176 embarazadas.</p>	<p>Conocer la satisfacción de los padres respecto a la información recibida, qué otras informaciones les hubiese gustado recibir y determinar qué factores pueden influir en la demanda de más información.</p>	<p>Resultados: el 68,8% asistió a clases de preparación para el parto. El 61,4% refirió haber buscado consejos sobre cuidados del recién nacido, mayoritariamente en internet y libros. El 74,4% consideró suficiente la información recibida. Los aspectos de información más demandados fueron lactancia materna (33,3%), artificial (20,0%) y cuidados del cordón umbilical (11,1%). Las madres que demandaron más información acudieron con más frecuencia a clases de preparación para el parto. Asimismo, este grupo otorgó significativamente peores puntuaciones a la facilidad para plantear dudas y el grado de confianza en el pediatra.</p> <p>Conclusiones: la satisfacción de las madres respecto a la información ofrecida es buena; la mayoría no demanda más información. El aspecto sobre el que con más frecuencia demandan más información es la lactancia. La demanda de información es independiente de la edad materna, los estudios maternos, la situación laboral o la existencia de hijos previos. Asimismo, las dudas que les surgen a las madres no se ven satisfechas únicamente por la asistencia a clases de preparación para el parto.</p>

Tabla 2. Selección de artículos cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<u>El cuidado de Enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal.</u> Hernández AM, Vásquez ML. (2015) ^[39]	Estudio cualitativo holístico, de fenomenología interpretativa.	7 gestantes.	Describir la percepción acerca de la satisfacción expresada por las gestantes en relación con el cuidado de enfermería, recibido durante el control prenatal realizado en un hospital de segundo nivel de atención.	<p>Resultados: se identificaron dos temas: “el cuidado de enfermería comprometido como generador de sentimientos de aceptación en el control prenatal” y “la gestante protagonista de su cuidado desea una interacción con la enfermera aún más profunda”. Fue posible determinar que la gestante se sintió apoyada y acogida por parte del profesional, que les permitió crecer como seres humanos.</p> <p>Conclusiones: en la consulta prenatal, la educación fortalece sentimientos en la gestante de aceptación e identidad en el rol de la maternidad, despertando un vínculo de amor y responsabilidad por el desarrollo del nuevo ser.</p>
<u>Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care.</u> Consesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Mesenguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. (2016) ^[40]	Estudio descriptivo correlacional.	406 mujeres, 204 del modelo biomédico y 202 del modelo humanizado.	Describir las diferencias en los resultados obstétricos y la satisfacción del parto de las mujeres con los modelos de atención al parto biomédico y humanizado.	<p>Resultados: la puntuación total del cuestionario (100) mostró una media de 78.33 y SD de 8.446 en el modelo biomédico y una M de 82.01 y una DE de 7.79 en el modelo de atención humanizada. Por lo que, la puntuación más alta se encontró en el modelo humanizado de atención a la maternidad.</p> <p>Conclusión: el modelo humanizado en la atención a la maternidad ofrece mejores resultados obstétricos y puntajes de satisfacción de la mujer durante el parto, el nacimiento y el período postnatal inmediato que el modelo biomédico.</p>

Tabla 2. Selección de artículos cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<u>Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto.</u> Orellana. García Rodríguez Y., Anaya González J.L., Acosta Limaico M.B., Álvarez Moreno L.N., López Aguilar E., Vasquez Figueroa T.I. (2016) ^[41]	Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo de corte longitudinal.	62 mujeres.	Analizar el nivel de satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado y su relación con la percepción del dolor.	Resultados: del total de las mujeres, 38 de ellas se sintieron satisfechas con la atención durante el parto y el 54,8% refirieron dolor muy intenso durante este. Conclusiones: el nivel de satisfacción fue alto y la percepción del dolor durante el trabajo de parto fue muy elevado. Hubo una relación significativa entre el dolor y el nivel de satisfacción.
<u>Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería.</u> Herrera Zuleta IA, Bautista Perdomo LA, López Reina MJ, Ordoñez Correa MI, Rojas Rivera JJ, Suarez Riascos H, Vallejo Moreno JA. (2016) ^[42]	Investigación cuantitativa descriptiva, de corte transversal.	97 gestantes obtenidas por muestreo no probabilístico por conveniencia.	Determinar las percepciones de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en un grupo de gestantes.	Resultados: el 59% de las gestantes percibieron el comportamiento del cuidado humanizado como excelente, las categorías con mayor porcentaje fueron características de las enfermeras, priorizar al ser de cuidado y proactividad, mientras que las categorías de menos valor fueron empatía, disponibilidad para la atención y dar apoyo emocional. Conclusiones: el cuidado humanizado de enfermería, en todas las categorías, fue calificado como bueno y excelente, lo que demuestra una adecuada percepción por parte de las gestantes, sin embargo, es importante fortalecer aspectos relacionados con la empatía y la actitud.

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<u>Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino.</u> Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACP, Martins DP. (2016) ^[43]	Estudio transversal.	701 partos normales.	Analizar la atención brindada en unidad de Preparto/Parto/Posparto de un hospital universitario, tras la inserción de enfermeras obstetras.	<p>Resultados: los resultados sugieren que la inserción de enfermeras obstétricas contribuyó a la mejora de la calificación del cuidado brindado al parto y al nacimiento, habiéndose constatado que existió reducción de intervenciones tales como la episiotomía y la cesárea, existiendo un incentivo para la elección de prácticas que no interfieran con la fisiología del proceso de parición, generándose buenos resultados perinatales.</p> <p>Conclusiones: la inserción de las enfermeras colaboró con la humanización del cuidado obstétrico y neonatal.</p>
<u>The approach of the nursing team about the humanized childbirth during the prenatal.</u> Ragagnin MV, Marchiori MRCT, Diaz CMG, Nicolli T, Pereira SB, Silvia LD. (2017) ^[44]	Revisión bibliográfica.	6 artículos científicos.	Identificar en las publicaciones científicas los aportes apoyados por el equipo de enfermería acerca de los abordajes referentes al parto humanizado durante las atenciones prenatales.	<p>Resultados: se obtuvieron tres categorías: la percepción del equipo de enfermería sobre las prácticas educativas en la atención prenatal; la falta de preparación profesional en el atendimento a gestantes y parturientas; e importancia de los sentimientos vividos por las gestantes durante el ciclo gravídico-puerperal.</p> <p>Conclusión: los profesionales de enfermería deben asumir una postura educadora, desarrollando la autoconfianza de la mujer para vivir su embarazo, su parto y su puerperio positivamente.</p>

Tabla 2. Artículos seleccionados cont.

TÍTULO, AUTOR/ES, AÑO, Nº REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES
<u>Plano de parto como estratégia de empoderamento femenino.</u> Oliveira Mouta R.J, Almeida Silva TM, Titara da Silva Melo P, Souza Lopes N, Anjos Moreira V. (2017) ^[45]	Estudio exploratorio cualitativo.	11 puérperas.	Analizar como el plan de parto propició el empoderamiento femenino durante el trabajo de parto y parto.	<p>Resultados: a partir del análisis de los resultados emergieron tres categorías: Plan de parto: un derecho de la mujer hasta entonces desconocido; una tecnología integrada a la asistencia del enfermero obstétrico; una tecnología a favor del empoderamiento femenino en el parto. Con el estudio, se percibe que existe un desconocimiento acerca del plan de parto.</p> <p>Conclusión: se destacó la importancia del enfermero obstétrico trabajando en partos y utilizando el plan de parto como una tecnología no invasiva. La construcción del plan de parto durante el prenatal contribuye al desarrollo favorable del trabajo del parto.</p>
<u>Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance.</u> Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. (2018) ^[46]	Estudio documental.	367 parturientas tratadas con un modelo humanizado.	Identificar las buenas prácticas de las enfermeras obstétricas y analizar la asistencia del personal de enfermería en la práctica obstétrica en el momento del parto.	<p>Resultados: El estudio demostró que el uso de las buenas prácticas influye en la fisiología materna, la adaptación del recién nacido y la reducción de la anemia.</p> <p>Conclusiones: las buenas prácticas obstétricas en el parto y nacimiento son las que se llevan a cabo de una manera humanizada y el contexto de la evidencia científica que sigue las recomendaciones del Ministerio de Salud.</p>

5. ANÁLISIS/ DISCUSIÓN

Los 20 artículos seleccionados han sido clasificados para su análisis según: la profesión de los autores, el tipo de muestra estudiado, el tipo de objetivos marcados en los diferentes estudios y el tipo de resultados.

i. Profesión.

En el gráfico 2, queda detallado el porcentaje de las publicaciones según la profesión de los autores. Cabe destacar la que la mayoría corresponde a las matronas, ya que son las personas capacitadas para la atención integral al parto normal y, por consiguiente, son las más vinculadas con el tema tratado. Tienen un papel fundamental para la aplicación de los cuidados integrales durante el parto, contribuyendo a su vez, a la disminución de las intervenciones medicalizadas y con ello, a la humanización del parto. ^[42,43]

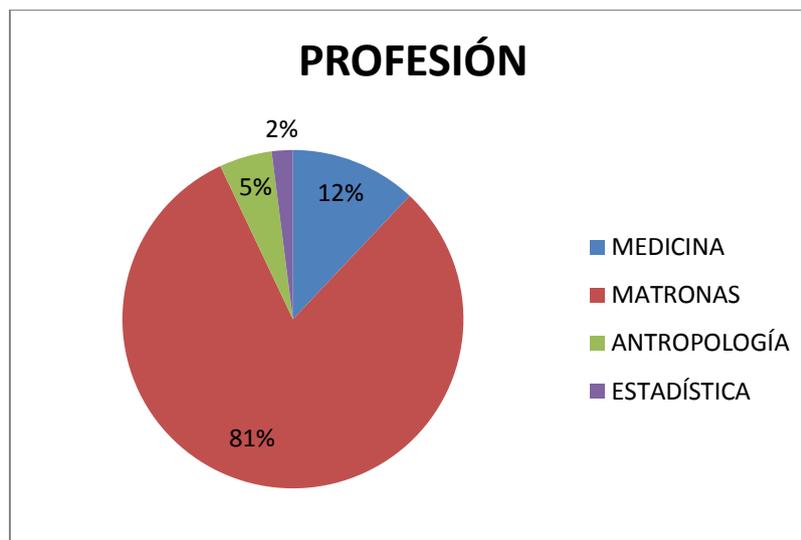


Gráfico 2. Porcentajes publicaciones/ profesiones.

ii. Tipo de muestra

El colectivo más estudiado, con una diferencia clara (87%), ha sido las mujeres que han dado a luz (parturientas), seguido del colectivo de profesionales de la salud (10%), de las revisiones de artículos (2%) y de los acompañantes de la mujer durante el parto (1%), tal como se describe en el gráfico 3.

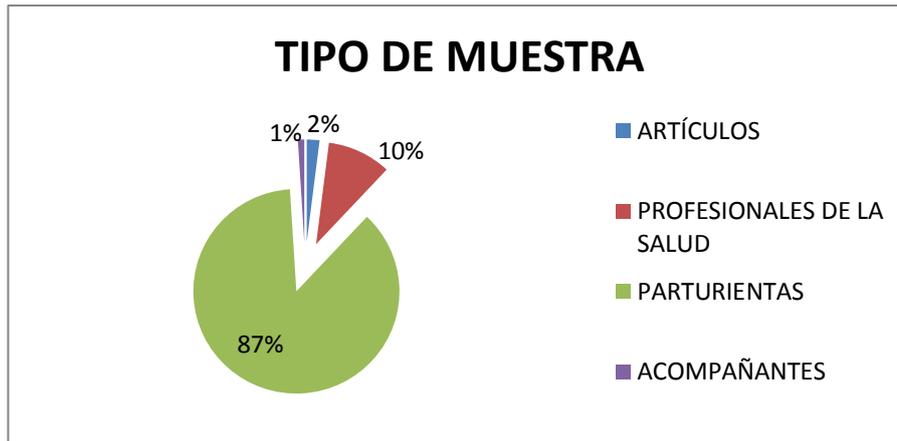


Gráfico 3. Porcentajes del tipo de muestra.

iii. Tipos de objetivos

El objetivo predominante en los artículos seleccionados es la evaluación de la experiencia de las gestantes (45%), seguido de la evaluación de la atención que reciben durante su embarazo y parto (25%), tal como se representa en el gráfico 4.

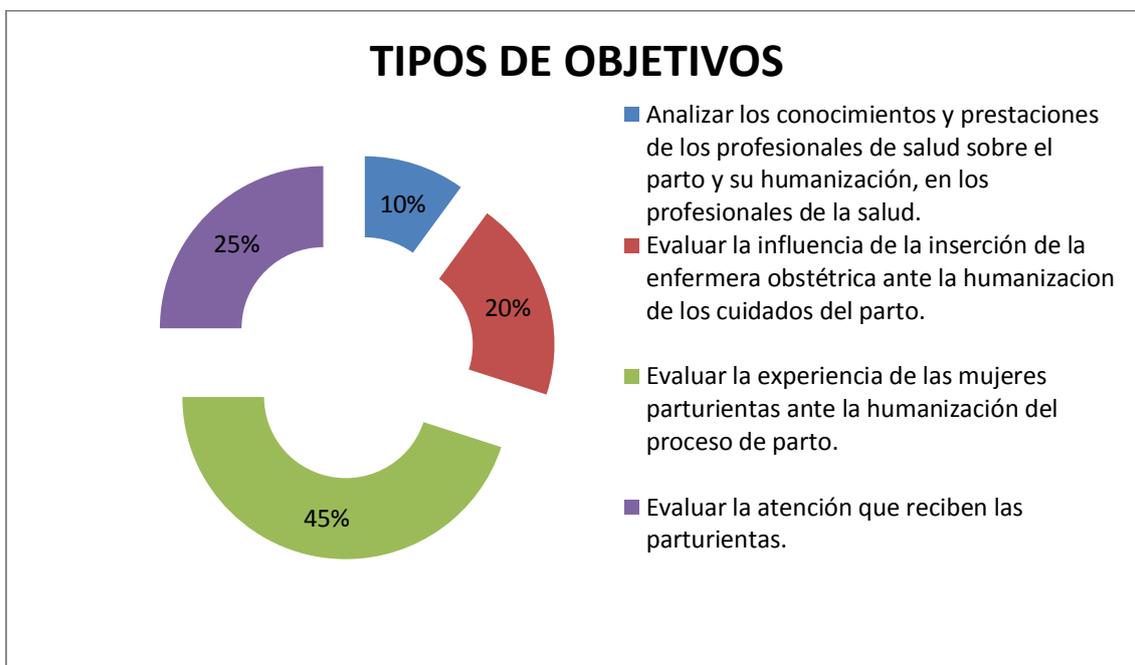


Gráfico 4. Porcentajes del tipo de objetivos.

iv. Tipos de resultados

Tal como se puede ver en el Gráfico 6, el resultado predominante en los artículos analizados (65%), ha sido que la humanización de los cuidados influye positivamente tanto en la madre como en el feto-recién nacido. Puesto que, la humanización del parto repercute positivamente sobre la fisiología del parto y la salud emocional de la madre, dando como resultado una mayor satisfacción de estas, mejorando su seguridad, efectividad y empoderamiento durante todo el proceso, ayudando a una mejor adaptación a los cambios en sus diferentes etapas. También mejorando la adaptación del recién nacido al medio, favoreciendo el vínculo entre madre e hijo y en la disminución de la anemia en la primera infancia, por la práctica del pinzamiento del cordón en el momento oportuno. Lo que conjuntamente favorece el establecimiento precoz de la lactancia materna. ^[36,40,41,46]

Por consiguiente, es necesario que las matronas tengan los conocimientos necesarios para poder tratar a las gestantes desde un modelo de actuación humanizada; por lo que, sería conveniente realizar talleres en grupo para una formación continua del personal. ^[34,35]

También es importante que las madres, especialmente durante el postparto, vean reforzada su adaptación al nuevo papel por parte de los profesionales, dado que suelen presentar muchas dudas sobre los cuidados del recién nacido, como del cordón umbilical, la lactancia materna o artificial, entre otros. ^[38]

Por eso es necesaria la educación, por parte de las matronas, no solo a las mujeres sino también a la unidad familiar. Puesto que la educación fortalece en las gestantes los sentimientos de aceptación e identidad en el rol de la maternidad, despertando un vínculo de amor y responsabilidad por el nuevo ser. ^[39]

En cuanto al 35% de los resultados restantes, destacamos la validación de los beneficios de la humanización de los cuidados tanto durante el embarazo, permitiendo la planificación del parto, como de la evolución del mismo. Dicha humanización fomenta la seguridad, autoconfianza y satisfacción de la mujer, al igual que el empoderamiento de la misma dando lugar a intervenciones efectivas lejos del intervencionismo biomédico, que influyen positivamente en la vivencia de todo el proceso. ^[44,45]

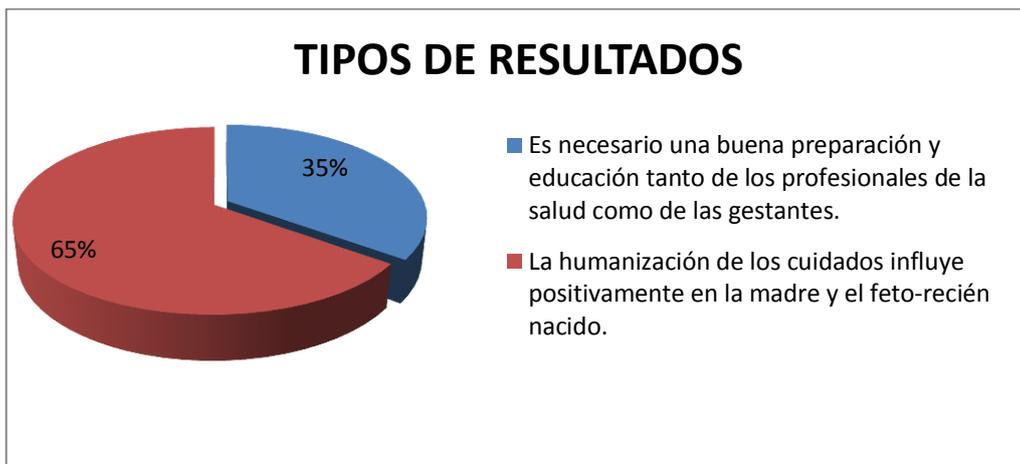


Gráfico 5. Porcentajes de resultados.

6. CONCLUSIÓN

Tras la realización de este trabajo podemos afirmar se han cumplido los objetivos planteados para el mismo tanto el principal como los específicos. Se ha profundizado en el conocimiento de las características del parto humanizado y descrito sus bases, intervenciones y beneficios, así como el papel del equipo asistencial, especialmente de la matrona.

Se evidencia la necesidad del cambio de modelo en la aplicación de los cuidados, esto es, realizar las intervenciones desde la atención humanizada, no biomédica, durante el seguimiento del embarazo, la atención al parto y al postparto; tal como muestran los estudios comparativos entre mujeres atendidas por ambos modelos. Éstos dan como resultado que el modelo humanizado en la atención a la maternidad ofrece mejores resultados obstétricos y puntajes de satisfacción, debido a que se sienten más satisfechas cuando se prioriza el empoderamiento de la mujer, se la acompaña en todo momento, mostrando empatía y predisposición para ayudar a satisfacer cualquier necesidad que se presente. ^[29,30,32,37,40,41,42]

El Ministerio de Sanidad considera que el parto y el nacimiento humanizado son derechos humanos que los profesionales de la salud, especialmente los equipos obstétricos, deben comprometerse a respetar a las gestantes y sus familiares. De esta forma se favorece la vivencia positiva de esta experiencia por parte de todos sus protagonistas, estableciendo más tempranamente el vínculo maternofilial y el apego, garantizando la individualización de los cuidados. El papel participativo del equipo obstétrico es determinante en este caso ya que dependerá de él, que la mujer pueda dar a luz como ella quiera, con la compañía que ella elija y en el lugar y de la forma que más le guste, proporcionando mayor seguridad y tranquilidad. ^[5]

Por lo que respecta a las bases de los cuidados del parto humanizado y las principales intervenciones establecidas para la humanización de parto, se debe hacer uso de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad ^[5], donde se explica que los profesionales sanitarios y el resto del personal que atienda a las parturientas, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para apoyarlas, orientarlas, siendo conscientes de la importancia de su actitud, el tono de voz empleado, las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados. Otra de las cosas que tenemos que tener en cuenta, es la importancia del respeto de la intimidad de las parturientas, la presencia de un familiar o acompañante durante el trabajo de parto si así lo deciden, hacer uso de técnicas de relajación y respiración controlada para evitar el dolor, el apoyo y respaldo de las

madres, entre otras actuaciones, permitiéndoles sentirse participes de su experiencia en todo momento. ^[29,32,33,43,46]

Estudios han demostrados que el uso de las buenas prácticas obstétricas influyen en la fisiología materna, la adaptación del recién nacido y de la madre, ya que disminuye el tiempo de recuperación, gracias a la no utilización de prácticas intervencionistas, y con ello se favorece la reinserción temprana a las actividades de la vida cotidiana; también influye en la reducción de la anemia de la primera infancia, gracias al pinzamiento del cordón umbilical en el momento oportuno. Los cuidados del parto humanizado, también benefician a las parturientas emocionalmente, ya que mejora las dimensiones de seguridad, efectividad y satisfacción de estas, así como su empoderamiento. ^[36,40,46]

Los profesionales de enfermería/matronas tienen un papel fundamental para promover las buenas prácticas y los cuidados humanizados; ya que son las encargadas de reconfigurar su práctica obstétrica de cuidado, enfocándola en el estímulo del protagonismo de la mujer y en el respeto a la fisiología del parto; y con ello proporcionar toda la información a las madres y familiares para que puedan planificar los acontecimientos que van a vivir, dentro de sus posibilidades. Esto ayuda al desarrollo de la autoconfianza de la mujer para el parto. De ahí la necesidad de una buena formación de los profesionales para poder transmitirla a la sociedad, dando a conocer todos los recursos que se tienen para la humanización del parto. Al igual que reforzar esta formación de los profesionales relacionados con esta práctica, de manera continua. ^[34,35,38,39,43,44,45]

Por todo esto, es necesaria la inserción de las buenas prácticas obstétricas y de los cuidados humanizados en todos los hospitales, ya que favorecen positivamente tanto a las madres como a los hijos. Por lo que, los centros sanitarios deberían formar y actualizar constantemente a sus profesionales, para poder ofrecer las mejores intervenciones en sus centros. Al igual, que los profesionales de enfermería deben de tomar una postura educadora ante las gestantes y familiares, para que tengan los conocimientos necesarios a la hora de realizar los planes de parto.

7. NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las nuevas líneas de investigación que se proponen para profundizar en los resultados de este estudio son:

- Estudiar los beneficios del parto humanizado, con el objetivo de validar guías de intervenciones humanizadas en todos los centros de atención a la salud materno-infantil.
- Analizar la formación de los equipos obstétricos, en especial de las matronas para mejorar los puntos débiles y reforzar los puntos fuertes, que aumenten la calidad de los cuidados.
- Analizar los conocimientos que las mujeres gestantes y sus familias tienen sobre la atención humanizada al parto, con el fin de estructurar las sesiones educativas al respecto.
- Determinar el grado de asimilación de conocimientos y de satisfacción de las mujeres y sus familias, al finalizar el proceso del parto.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Federación de Asociaciones de Matronas de España: Definición de parto normal. [online] Barcelona. FAME; 2006. [Consultado 02/12/17] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/documentos/profesionales/parto-normal-definicion-fame/>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: Recomendaciones sobre la asistencia al parto. [online] Madrid: SEGO; 2007. [Consultado 02/12/2017] Disponible en: <https://sego.es/>
3. El Parto es Nuestro: ¿Qué es el parto conducido o una derivación activa del parto?. [online] AIMS: Madrid; 2013. [Consultado 02/12/2017] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto>
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención al parto en centro de salud. [online] OMS: Ginebra; 2014. [Consultado 02/12/2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=3E1712103DE80475E344969001E72902?sequence=1
5. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. [online] Ministerio de Sanidad y Política Social. Vitoria-Gasteiz; 2010. [Consultado 02/12/17] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
6. Biurrun Garrido A., Goberna Trincas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. [online] Revisión bibliográfica. Barcelona. Matronas profesión. 2013; 14(2): 62-66. [Consultado 02/12/2017] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>
7. El Banco Mundial. Tasa de mortalidad materna [online]. Washington. [Consultado 02/12/2017] Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>
8. El Banco Mundial. Tasa de mortalidad neonatal [online]. Washington. [Consultado 02/12/2017] Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN>

9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: años 2001-2011. [online] Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [Consultado 02/12/2017] Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesar_eas1.pdf
10. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. [online] 2001; 28(3): 202-7. [Consultado 02/12/2017] Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11552969>
11. Atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Ministerio de Sanidad y Consumo. [online] Bilbao. 2010; 1ª edición. [Consultado 12/12/2017]. Disponible en:
www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_embarazadas.pdf
12. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. [online] Madrid: Centro de publicaciones ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011. [Consultado 12/12/2017] Disponible en: <https://www.ihan.es/>
13. El parto es nuestro [online]. Madrid. [Consultado 12/12/2017] Disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/>
14. Organización Mundial de la Salud. Declaración conjunta OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna: la función especial de los servicios de maternidad. [online] Grupo Técnico de trabajo de la OMS. Ginebra: OMS-UNICEF; 1989. [Consultado 12/12/2017] Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/41246>
15. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. [online] Grupo Técnico de trabajo de la OMS. Ginebra: OMS; 1996. [Consultado 12/12/2017] Disponible en:
http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Guia_practica_de_cuidados_en_el_parto_normal_OMS.pdf
16. FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España. [online] Matronas profesión: Madrid; 2003. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/>
17. SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid. [Consultado 16/12/2017] Disponible en: <https://sego.es/ORGANIZACION>

18. El Parto es Nuestro: ¿Qué es un parto respetado?. [online] AIMS: Madrid; 2003. [Consultado 12/12/2017] Disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/que-es-un-parto-respetado>
19. El parto es nuestro: ¿Qué somos?. [online] AIMS: Madrid; 2003. [Consultado 16/12/2017] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/pagina/que-somos>
20. El Parto es Nuestro: Medicalización rutinaria del parto. [online] AIMS: Madrid; 2003. [Consultado 16/12/2017] Disponible en:
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/medicalizacion-rutinaria-del-parto>
21. Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M.E., Nicolás Viguera, M.D., Bas Peña, E., Morales López, R., Álvarez Munárriz, L. Los conceptos del Parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. Universidad de Murcia. [online] Revista de Antropología Iberoamericana: 7 (2). [Consultado 15/01/2018] Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>
22. IHAN: Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. [online] UNICEF. Madrid: 2018. Disponible en: <https://www.ihan.es/>
23. Organización Mundial de la Salud: Declaración de Fortaleza. Lancet: 1985. [online] Revista de la Universidad Boliviana. Santiago de Chile. [Consultado 15/12/2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30551426>
24. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. [online] Suiza: 2018. [Consultado 12/12/2017] Disponible en:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/#>
25. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. [online] OMS; Suiza; 2015. [Consultado 12/12/2017] Disponible en:
http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
26. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [online] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid; 2012. [Consultado 12/12/2017] Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
27. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut: Protocolo para la asistencia natural al parto normal. [online] Barcelona: 2007. [Consultado 10/01/2018] Disponible en:
http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F20%2F09.Protocolo_asistencia_natural_parto_normal_Catalunya.pdf

28. Hidalgo Lopezosa P, Hidalgo Mestre M, Rodríguez Borrego MA. El cumplimiento del plan de parto y su relación con los resultados maternos y neonatales. [online] Rev. Latino- Am. Enfermagem. 2007; 25:e2953. [Consultado 08/03/2018] Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2953.pdf
29. Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. [online] Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2008; 73 (3): pp. 179-184. [Consultado 08/03/2018] Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000300007&script=sci_abstract
30. Basso J.F., Monticelli M. Las expectativas de participación de mujeres embarazadas y sus acompañantes para realizar un parto humanizado. [online] Rev. Latino- Am. Enfermagem. 2010; 18 (3). [Consultado 05/02/2018] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_14.pdf
31. Behruzi R, Hatem M, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital [online]. BMC Women's Health. 2011; 11(53). [Consultado 05/02/2018] Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297517/>
32. Bravo P, Uribe C, Contreras A. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. [online] Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2008; 73 (3): pp. 179-184. [Consultado 21/02/2018] Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000300007&script=sci_abstract
33. Garcia Cicuto A, Rodrigues Leite Belisário C, Barco Tavares B. Puerperal women's satisfaction with their delivery. [online] Invest. Educ. Enferm. 2012; 30 (2). [Consultado 11/03/2018] Disponible en:
http://www.scielo.org.co/sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
34. Gonçalves Camacho K, Marcia Progiante J.A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. [online] Rev. Eletr. Enf. 2013; 15 (3): 648-55. [Consultado 17/02/2018] Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>

35. Besen Müller E, Mota Zampieri MF. Educativa practice with nurses, with a view to humanized care for the newborn in the obstetric center.[online] enferm. 2014; 23 (3). [Consultado 11/02/2018] Disponible en: http://www.scielo.br/sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300782&lng=en&tlng=en
36. Suárez Cortés, M., Armero Barranco, D., Canteras Jornada, M., Martínez Roche, M.E. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. [online] Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; vol.23 (3). [Consultado 11/02/2018] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015005072583&script=sci_arttext&tlng=es
37. Giraldo Montoya DI, González Mazuelo EM, Henao López CP. Experiencia de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. [online] AvEnferm. 2015; 33 (2): 271-281. [Consultado 18/02/2018] Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/332pdf/332271.pdf>
38. Herrero Morín JD, Huidobro Fernández B, Amigo Bello MC, Quiroga González R, Fernández González N. Valoración de las madres acerca de las recomendaciones para el cuidado del recién nacido al momento del alta hospitalaria. [online] Arch Argent Pediatr.2015; 113 (1): 28-35. [Consultado 02/03/2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n1/v113n1a06.pdf>
39. Hernández AM, Vásquez ML. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. [online] Rev Univ. salud. 2015; 17(1):80-96. [Consultado 08/03/2018] Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a08.pdf>
40. Consesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Mesenguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analyzing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care [online]. BMJ Open. 2016; 6(8). [Consultado 22/02/2018] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013466/>
41. García Rodríguez Y., Anaya González J.L., Acosta Limaico M.B., Álvarez Moreno L.N., López Aguilar E., Vasquez Figueroa T.I. Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana. [online] Rev Cubana ObstetGinecol. 2016; 42 (4). [Consultado 03/03/2018] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400006

42. Herrera Zuleta IA, Bautista Perdomo LA, López Reina MJ, Ordoñez Correa MI, Rojas Rivera JJ, Suarez Riascos H, Vallejo Moreno JA. Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería. [online] Rev. Ciencia y Cuidado. 2016; 13 (2): 58-72. [Consultado 09/02/2018] Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5710340>
43. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACP, Martins DP. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. [online] RevBrasEnferm. 2016; 69(6):1029-36. [Consultado 04/03/2018] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>
44. Ragagnin MV, Marchiori MRCT, Diaz CMG, Nicolli T, Pereira SB, Silvia LD. The approach of the nursing team about the humanized childbirth during the prenatal. [online] Rev Fun Care. 2017; 9 (4): 1177-1182. [Consultado 04/04/2018] Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6179569>
45. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. [online] Revbaianaenferm. 2017;31(4):e20275. [Consultado 02/03/2018] Disponible en: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>
46. Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. [online] Rev Fun Care. 2018; 10 (1): 173-179. [Consultado 10/03/2018] Disponible en: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6019/0>

