

Universitat de Lleida

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario.

Por: Romeral Iribarren Gracia

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería

**Trabajo presentado a:
Montserrat Gea Sánchez**

**Trabajo Fin de Grado
Curso 2015-2016**

13/05/2016

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

TÍTULO: La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario.

AUTOR: Romeral Iribarren Gracia

TUTOR: Montserrat Gea Sánchez

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Montserrat Gea Sánchez por su confianza y apoyo en la realización de este proyecto final, por su dedicación y tiempo así como su disponibilidad a la hora de guiarme en la realización del mismo.

A mi familia, en especial a mis padres y hermana por apoyarme durante todos mis años de formación y hacer que haya podido conseguir un resultado con el que me siento satisfecha.

A Ferran por estar siempre ahí y ayudarme a superar todos los obstáculos que se me han presentado.

Y a todos los profesionales de enfermería que fueron parte de la inspiración para llevar a cabo este proyecto y han colaborado en la realización del mismo con diferentes aportaciones.

LISTA DE ABREVIATURAS

HUAV	Hospital Universitario Arnau de Vilanova
OMS	Organización Mundial de la Salud
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
TENS	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea
P.EJ	Por ejemplo
MIR	Médico interno residente
EIR	Enfermero interno residente
FC	Frecuencia cardiaca
PA	Presión arterial
T^a	Temperatura corporal
FCF	Frecuencia cardiaca fetal
UI	Unidades
EV	Endovenosa

INDICE

1. Resumen	6
2. Introducción.....	8
3. Justificación	10
4. Marco Teórico	11
4.1. Definición de parto.	11
4.2. Parto humanizado	12
4.2.1 Definición	12
4.2.2 Evolución histórica.....	13
4.2.3 Factores indicativos de la necesidad de humanización del parto	14
4.2.4 Cuidados de enfermería.....	16
4.2.4.1 Prácticas innecesarias	16
4.2.4.2 Prácticas a promover	17
5. Objetivos.....	26
6. Metodología.....	27
6.1. Población diana	27
6.2. Metodología de búsqueda.....	28
6.3. Síntesis de la evidencia.....	28
7. Intervención.....	31
8. Consideraciones éticas.....	43
9. Evaluación de la intervención	45
10. Discusión	46
11. Conclusión.....	50
12. Bibliografía.....	51
13. Anexos.....	56
Anexo 1: Posiciones maternas durante dilatación y expulsivo.....	56

Anexo 2: Modelo de plan de nacimiento	58
Anexo 3: Modelo de documento de consentimiento informado para la asistencia natural al parto normal.....	60
Anexo 4: Cuestionario profesionales sanitarios.	61
Anexo 5: Cuestionario satisfacción materna: Escala Comforts.....	63
Anexo 6: Sesiones de formación de la intervención educativa	68
Anexo 7: Control de asistencia.	70
Anexo 8: Consentimiento informado participantes intervención.	71
Anexo 9: Informe de la Comisión Ética de Investigación Científica (CEIC)	72

1. Resumen

El presente proyecto de intervención trata de promover la atención humanizada al parto natural en el HUAV gracias al diseño de una guía de práctica clínica que será utilizada en la realización de una intervención educativa hacia los profesionales obstétricos, para mejorar la asistencia sanitaria ofrecida.

Objetivo: Implantar un programa basado en el parto natural humanizado para reducir el número de cesáreas en el ámbito hospitalario y que dé a la mujer autonomía en la toma de decisiones, garantizando la seguridad materno-fetal.

Las bases de datos consultadas durante la búsqueda bibliográfica han sido: *PubMed*, *Biblioteca Cochrane*, *Google Scholar*, *Scielo*, *Dialnet* y *Scopus*. La literatura gris fue extraída de páginas web como la OMS. La Federación de Asociaciones de Matronas y el portal de la Universidad de Lleida.

El proyecto consta de un estudio quasi-experimental pre-post, cuyas variables clínicas y obstétricas a analizar están relacionadas con el parto humanizado.

La población diana son los profesionales sanitarios del área obstétrica del HUAV (matronas y ginecólogos) y las gestantes que hayan acudido a dicho hospital para dar a luz tanto un mes antes como un mes después de desarrollar la intervención educativa.

El método de evaluación de la intervención es a través de encuestas a los profesionales sanitarios sobre las prácticas sanitarias realizadas, el cuestionario *Comforts* de satisfacción materna y el análisis de los datos publicados acerca de la tasa de cesáreas. La duración de la intervención educativa será de 5 semanas, realizándose 1 sesión semanal que en su totalidad incluirán los apartados del protocolo diseñado.

Conclusión: La promoción de una atención al parto basada en la humanización reduce la tasa de cesáreas y sus complicaciones, mejorando la satisfacción materna y el bienestar materno-fetal.

Palabras clave: parto natural, parto humanizado, cuidados de enfermería y cesáreas.

Abstract:

This intervention project deals about promoting the humanizing delivery assistance in the HUAV thanks to the design of a clinical practice guidelines which will be used to teach obstetrical professionals. This way, the healthcare will be improved.

Objective: Introduce a programme based on the humanizing childbirth to reduce the number of caesarean sections at hospital and allow women to make their own decisions, guaranteeing the maternal and infant safety.

The scientific databases looked up were: *PubMed*, *Biblioteca Cochrane*, *Google Scholar*, *Scielo*, *Dialnet* and *Scopus*. The rest of the articles were extracted from OMS web page, "La Federación de Asociaciones de Matronas" and University of Lleida web page.

The project contains a quasi-experimental study whose clinical and obstetrical variables are related with the humanizing delivery.

The obstetrical professionals and pregnant women, who have gone to the hospital before and after intervention, are our targets of the project.

The evaluation method of the intervention is through survey to the health professionals, the "Comforts" quest to the pregnant women and the caesarean section rates. This educational intervention will last five weeks and during this time will be performed one session per week. They must include all the protocol designed.

Conclusion: Humanizing delivery assistance reduces the number of caesarean sections and the adverse effects, improving the women satisfaction and the maternal and infant wellness.

Keywords: Caesarean section, humanizing delivery, natural childbirth and humanizing delivery assistance.

2. Introducción

El embarazo y el parto son considerados dos de las experiencias vitales más importantes para la vida de las mujeres de todo el mundo, por lo que la atención sanitaria ofrecida en estos momentos debe incluir una visión global más humanista, dando a los protagonistas del evento la importancia que requieren.

Se estima que las cesáreas afectan a gran cantidad de gestantes de bajo riesgo obstétrico cuyo objetivo es experimentar un parto natural en el que los cuidados recibidos estén basados en la humanización, con el fin de hacer más personal el momento del nacimiento. En el año 2014, el número total de nacimientos registrados en Cataluña fue de 69.861, de los cuales un 28,8% fueron partos por cesárea, indicando una nueva elevación de la tasa de cesáreas practicadas en el año 2013 que se encontraba en un 27.4% (1). Concretamente, en el HUAV, los datos publicados por el instituto nacional de estadística de Cataluña, estiman una prevalencia de un 24.9% (1,2).

Si comparamos los datos estadísticos publicados del año 2013 de los centros sanitarios que se encuentran dentro de Sistema Nacional de Salud con los centros sanitarios de carácter privado, podemos observar una gran diferencia en cuanto a la práctica de cesáreas, siendo extremadamente elevada en estos últimos, 37,5%, y algo más baja en los primeros, 23,1% (1).

En este contexto, es importante destacar que la práctica de cesáreas trae consigo importantes complicaciones que posiblemente puedan afectar tanto a la madre como al recién nacido, ya sea en el postparto inmediato o incluso en gestaciones posteriores, por lo que es imprescindible intentar evitarlas y no practicarlas a no ser que exista una indicación concreta (3,4). Además, como consecuencia de la gran morbilidad materno-fetal que se relaciona con la práctica de cesáreas, la OMS estableció unos límites recomendables en cuanto a la tasa permitida para la realización de este tipo de intervenciones quirúrgicas, encontrándose en un 10-15% máximo (5,6).

En comparación con el resto de países europeos, podemos decir que España se encuentra entre los países que mayores tasas de cesáreas practican, despuntando sobre todo países como Italia y Hungría (7). Aún así, la mayor parte de los países europeos presentan una evolución ascendente en cuanto a las cifras de cesáreas, en contraposición con lo recomendado por la OMS y a pesar de los esfuerzos por aumentar la prevalencia

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

de partos naturales humanizados en los hospitales tanto públicos como privados (7). Actualmente, Suecia es el país que menos cesáreas practica (7).

Los beneficios que la promoción del parto humanizado supondría para los hospitales son, principalmente, una reducción de la tasa de cesáreas como consecuencia del cambio en la visión de los profesionales sanitarios encargados de la asistencia al parto y de la praxis llevada a cabo hasta el momento, un aumento de la satisfacción materna y de la pareja de ésta al ver cumplido su deseo de vivir un parto exento de intervencionismo obstétrico en el que se respeten sus voluntades y una reducción del elevado gasto sanitario relacionado con la práctica de cesáreas y de sus posibles complicaciones posteriores, produciendo una reducción de la morbilidad materno-fetal relacionadas con este tipo de intervenciones quirúrgicas (8–11).

Podemos decir que son las propias mujeres que acuden a dar a luz las que demandan un trato más humano, empatía, más información y participación en los procesos de parto, lo cual requiere de la sensibilización de los profesionales de la salud y del desarrollo de estrategias para el cuidado integral de la mujer en el parto (12–14).

Por todo ello, la realización de este proyecto de intervención se basa principalmente en exponer lo que hoy en día se entiende como parto humanizado y, gracias a la búsqueda bibliográfica, conocer todas aquellas intervenciones innecesarias que son practicadas en los hospitales con el objetivo de eliminarlas y fomentar el desarrollo de otra asistencia sanitaria que ha demostrado tener beneficios sobre la satisfacción materna, relacionada básicamente con el control personal del proceso de parto y la reducción del dolor evitando la medicalización.

Posteriormente, se presenta una intervención orientada a los profesionales sanitarios del ámbito obstétrico del HUAV, a través de la cual se pretende instaurar un protocolo de actuación basado en la asistencia humanizada al parto y que produzca una disminución del intervencionismo obstétrico, gracias al desarrollo de un curso de formación y sensibilización de la necesidad que existe de que se produzca dicha modificación en la atención al parto.

3. Justificación

Hoy en día, tras el análisis de los datos estadísticos publicados sobre el número de cesáreas practicado en los hospitales catalanes, concretamente en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), podemos observar una elevada tasa de intervencionismo que se relaciona directamente con una práctica de cesáreas por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual ocasiona consecuencias a nivel económico por el aumento en el gasto sanitarios que estas prácticas producen y una insatisfacción materna relacionada con la valoración negativa de la asistencia recibida por parte de las embarazadas..

4. Marco Teórico

4.1. Definición de parto.

El parto es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación y en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales.

El presente proyecto se centra en el parto humanizado como modalidad de atención a promover, aún así, previamente se expone una definición de los diferentes tipos de parto actualmente practicados en los hospitales de la red sanitaria española.

Tipos de parto:

- Parto vaginal eutócito o espontáneo: Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37-42 semana de gestación y tras una evolución fisiológica de la dilatación y 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 evolucionar de forma normal (15).

- Parto vaginal no eutócito, distócito o instrumentado: Parto en el cual se hace uso de elementos externos para sacar al bebé del canal de parto. La principal indicación para intervenir con instrumentos obstétricos se da cuando el bebé está mal colocado en el canal de parto pero asoma la cabeza y el registro de la frecuencia cardiaca fetal indica que existe peligro para la vida del neonato (15).

- Parto por cesárea: Intervención quirúrgica mayor mediante la cual se extrae un recién nacido a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía)(3).

La práctica de éstas debe limitarse a ciertas indicaciones en función del estado clínico de la madre y/o el feto, según las cuales son clasificadas en emergentes, urgentes o programadas (3). Las indicaciones para su realización son: sufrimiento fetal agudo, placenta previa oclusiva, situación transversal con dilatación completa o presentación en nalgas, eclampsia, desproporción pélvico-fetal o prolapso del cordón umbilical (3,6,16).

La práctica de una cesárea tiene implícitos una serie de riesgos o complicaciones tanto para la madre como para el neonato, así como un aumento del costo sanitario y una sobremedicación en relación con el parto normal (3,4,6). En cuanto al recién nacido, existe el riesgo de que presente un distrés respiratorio y requiera de unos

cuidados intensivos (3,6). Por otro lado, la morbilidad materna asociada a esta práctica destacar las complicaciones hemorrágicas (p.ej.: desgarros uterinos, desgarros vaginales o atonía uterina), las lesiones del tracto uterino e intestinal, las infecciones (p.ej.: infección de la herida quirúrgica, infecciones del tracto urinario, endometriitis, fiebre intraparto, etc.) o enfermedades tromboembólicas (3,6).

A largo plazo, existe un mayor riesgo de rotura uterina, placenta previa, placenta accreta, embarazo ectópico o desprendimiento prematuro de placenta, en gestaciones posteriores (3,6).

- Parto inducido: Tipo de parto que se inicia de forma artificial, siendo provocado por geles de prostaglandinas y/o oxitocina sintética. Su práctica debe limitarse a determinadas indicaciones médicas y el riesgo de seguir con el embarazo debe ser mayor que el de realizar una intervención, ya que normalmente una inducción viene acompañada de diferentes intervenciones en cadena (p.ej.: mayor probabilidad de que el parto concluya con una cesárea o sea instrumentado) (17).

4.2. Parto humanizado:

4.2.1 Definición:

En los últimos años se está produciendo un cambio más que evidente en el modelo de atención sanitaria al parto, aumentando la importancia del concepto de humanización relacionado principalmente con la atención sanitaria ofrecida por los profesionales durante el trabajo de parto (8).

El concepto de parto humanizado, ha sido publicado por muchos autores desde que en 1985 la OMS alertara sobre el elevado grado de medicalización en la atención al parto y desarrollara las recomendaciones fundamentales para llevar a cabo un modelo humanizado de atención al parto (8,18,19).

En términos generales, todas las definiciones se centran en un objetivo común: promover que el parto sea una experiencia positiva para la madre, independientemente del lugar en el que se desarrolle el nacimiento, aumentando el poder de decisión que la mujer tiene sobre este proceso, respetando sus valores, creencias y sentimientos, y reduciendo la excesiva medicalización y el número de intervenciones sistematizadas hoy en día desarrolladas, promoviendo la utilización de prácticas sanitarias individualizadas en función de las necesidades de cada mujer y basadas en la evidencia

científica para garantizar el bienestar y la seguridad de la madre y el neonato, estableciéndose una conexión entre la matrona y la propia gestante (8,18,20,21). Debemos destacar que la no tecnificación del parto, por sí sola, no garantiza que la atención al mismo sea humanizada (21).

Para ello, es indispensable que tanto las gestantes como sus parejas tengan la información y el conocimiento necesarios de las posibles opciones disponibles de atención al parto y conozcan los riesgos y beneficios de cada una de ellas (8,21,22).

4.2.2. Evolución histórica:

La atención al nacimiento ha estado asignada desde la tradición a la figura de la mujer, que hasta hace pocas décadas, llevaba a cabo de forma exclusiva el rol de partera o matrona (18). Esto se debe a que el parto, aunque sea un proceso fisiológico y natural, ha precisado siempre de unos cuidados y atenciones específicos.

Tradicionalmente, la actuación de la matrona durante la asistencia al parto se basaba en mantener una actitud expectante y no intervencionista, actuando únicamente en casos concretos que requerían de su actuación (8). A partir del siglo XVIII y como consecuencia de la incorporación de los cirujanos en la atención al parto, se produjo, de forma inicial, una tecnificación de la asistencia al proceso de nacimiento, afianzándose durante el siglo XX como consecuencia de las mejoras sociales y económicas, así como de los progresos en la tecnología sanitaria, alcanzándose una medicalización global de la maternidad (8,18). En este momento, el proceso de nacimiento abandonó el ámbito de la tradición humanista para incluirse en el ámbito de la medicina especializada, tratando a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica (8).

En 1985 la OMS, decidió revisar el modelo biomédico de atención a la gestación y publicar una serie de recomendaciones, ya que la medicalización desarrollada no respetaba el derecho de las gestantes a recibir una atención adecuada e individualizada, para fomentar la participación activa de las mujeres en el proceso de parto, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas (9,18,21). El objetivo principal de estas recomendaciones era reducir la realización de intervenciones sanitarias sistemáticas garantizando el curso normal de parto (18,21).

En España se elaboró en 2006 el “Informe del Defensor del Pueblo”, el cual recoge las demandas realizadas por un gran número de asociaciones de mujeres así como de muchas parejas, solicitando la utilización de procedimientos naturales que respeten la

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

progresión natural del parto sin existencia de factores de riesgo, e impulsando la creación de protocolos para la atención en partos no medicalizados, siempre que la voluntad de la madre no sea dirigirlo médicamente para evitar el dolor (8,21).

Finalmente, en el año 2007 el Ministerio de Sanidad, con el objetivo de dar respuesta a estas demandas y cumplir con las recomendaciones de la OMS, puso en marcha la Estrategia de Atención al Parto Normal o de baja intervención, en la cual se plantea como principal objetivo asegurar una atención sanitaria más personalizada, centrada en las necesidades y expectativas de cada mujer, potenciando la atención normal al parto con la mejora de la calidad de los cuidados (4,9,12,23) A partir de este momento, las sociedades científicas comenzaron la elaboración de guías de actuación basadas en la evidencia científica disponible entre las que destaca el Protocolo de asistencia natural al parto normal desarrollada por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en 2007 (8,21,24).

La creación y publicación de este tipo de estrategias que buscan incorporar a la práctica clínica un cambio hacia la humanización del parto, no es exclusiva de España, sino que son muchos los países que pretenden iniciar este cambio como Brasil o Japón (12,23).

La última publicación de la OMS en 2014, declara el derecho que todas las mujeres tienen a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, incluyendo el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y parto, así como a no sufrir violencia ni discriminación (25).

Como consecuencia de las diferentes visiones de atención que tienen los profesionales sanitarios del área obstétrica, se han generado polémicas al encontrarnos, aún hoy en día, con defensores de la actuación tradicional basada en una atención medicalizada (8). A pesar de ello, la implantación a nivel nacional e internacional de este nuevo modelo es un hecho y requiere cambios en la praxis profesional, necesitándose la creación de protocolos o guías de práctica clínica consensuadas que detallen una forma de actuación humanizada de asistencia al parto (8,12).

4.2.3 Factores indicativos de la necesidad de humanización del parto:

Actualmente, la tasa de cesáreas es considerada un indicador de buena práctica clínica al relacionarse con el buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto (6,7,17). En general, el porcentaje de cesáreas practicadas está más vinculado con el

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

tipo de asistencia sanitaria que ofrece el profesional sanitario que a comorbilidades o complicaciones materno-fetales (6,7).

La evolución de la tasa de cesáreas ha ido en ascenso según los datos del Ministerio de Sanidad (7). A pesar del descenso que se produjo en 2008, posiblemente como consecuencia de la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, en los últimos años se ha desarrollado un incremento en la prevalencia de cesáreas, llegando al 21,88% a nivel general e incluyendo tanto hospitales de la red pública como privada, en el año 2011 (7). En 2012, la tasa de cesáreas se encontraba ya en un 25.3%, pudiéndose observar la variabilidad que existe entre los hospitales públicos y privados, al evidenciarse tasas significativamente más elevadas en la sanidad privada (5).

En el año 2014, el número de nacimientos a nivel nacional fue de 426.303, encontrándose la tasa de natalidad en un 9.2% por cada mil habitantes, por lo que es evidente la necesidad de promover la seguridad materno-fetal durante el parto (26).

En la comunidad de Cataluña, el número total de nacimientos durante el mismo año fue de 71.238, registrándose un total de 69.861 partos, de los cuales un 71,2% fueron partos naturales y un 28,8% partos por cesárea, viéndose aumentada en gran proporción la cifra de cesáreas practicadas en el territorio catalán (1,26). La diferencia entre las tasas de cesárea de los hospitales públicos y los privados es evidente, siendo de un 23.1% en los primeros y de un 37.5% en los segundos, en 2013 (1).

En Lleida, el número total de nacimientos fue de 4.157, correspondiendo a una tasa de natalidad del 9.7% (1). Según los datos analizados, el Hospital Universitario Arnau de Villanova, está experimentando un descenso en la tasa de cesáreas como consecuencia de la formación recibida por los profesionales del servicio de ginecología y obstetricia, encontrándose en un 24,9%, estando registrados un total de 3060 partos en 2011 (2). A pesar de ello, las cifras recomendadas por la OMS son de entre 10-15% de cesáreas, al relacionarse la práctica de cesáreas con mayor morbimortalidad materna y fetal (6,9).

Igualmente, se ha producido un aumento en el consumo respecto al gasto sanitario debido a la mayor estancia hospitalaria media que requiere un parto por cesárea en comparación con un parto vaginal (7). El costo económico de un parto vaginal es de un 2,5%, alcanzando el 3,0% cuando presenta complicaciones, en cambio, el parto por cesárea supone un gasto del 4,3%, siendo de un 4,9% si cursa con complicaciones (7).

La multiculturalidad que se vive hoy en día en España implica mayor necesidad de humanización e introducción de aspectos interculturales con el fin de mantener una igualdad social, ya que la población inmigrante trae consigo un elevado índice de fertilidad (4).

4.2.4 Cuidados de enfermería:

Como consecuencia del aumento de la demanda de una atención sanitaria centrada en el respeto a la fisiología del parto, tanto por parte de la población como por los profesionales sanitarios, son muchos los organismos que han desarrollado actuaciones a promover en diferentes centros con el propósito de basar la atención ofrecida en la mejor evidencia científica disponible, promoviendo la participación de la mujer en la toma de decisiones informadas y reduciendo el intervencionismo obstétrico.

4.2.4.1 Prácticas innecesarias:

La OMS, en 1996, publicó un informe sobre los cuidados en el parto normal, con el fin de reducir la utilización de prácticas innecesarias o perjudiciales en la asistencia obstétrica, clasificando las recomendaciones en categorías (20,27):

- a) Prácticas que son claramente útiles y deberían ser promovidas.
- b) Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas.
- c) Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- d) Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

Las prácticas que deberían eliminarse o reducirse en la atención al parto son (4,15,20,22,27–29):

- Uso del enema de forma rutinaria (utilizarlo cuando la mujer lo elija).
- Uso rutinario del rasurado púbico.
- Evitar el sondaje vesical y favorecer la micción espontánea.
- Insertar una vía periférica intravenosa de forma rutinaria en mujeres que decidan tener un parto no intervenido y no existan riesgos evidentes posparto.
- Infusión intravenosa de rutina en el parto.
- Realización rutinaria de tactos vaginales frecuentes.
- Fomentar los pujos dirigidos o en una misma posición.
- Masajear el periné durante la segunda fase del parto.

- Monitorización fetal continua en aquellos casos que no sea estrictamente necesaria y pueda practicarse una monitorización intermitente cada 15 minutos.
- Realización de amniotomía de rutina (realizarse únicamente en caso de que la dilatación no progrese o en situaciones que requieran acceso al feto).
- Administración de oxitocina si el progreso del parto es el adecuado.
- Restringir la ingesta de líquidos.
- Trasladar a la gestante a diferentes zonas durante el proceso de parto.
- Limitar la movilidad de la mujer en las diferentes etapas del parto.
- Mantener la misma posición supina durante la etapa de dilatación.
- Restringir la posición de la mujer en la posición rutinaria de litotomía.
- Practicar frecuentemente la maniobra de Kristeller.
- Realización de episiotomía rutinaria.
- Realización de maniobras extractoras de la placenta si no es requerido por el tiempo transcurrido.
- Lavado rutinario del útero tras el alumbramiento.
- Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.
- Soporte emocional escaso por parte de los profesionales sanitarios.
- Separar al recién nacido de la madre en casos que no sea imprescindible.

4.2.4.2 Prácticas a promover:

Según las últimas recomendaciones elaboradas por la SEGO en referencia a la asistencia al parto, en concordancia con varios artículos científicos consultados, las prácticas sanitarias que es necesario promover son:

a) Permitir el acompañamiento de la mujer durante todo el proceso de parto:

El apoyo continuo y personalizado durante el trabajo de parto garantiza cierto grado de alivio de dolor y acaba siendo una de las formas más eficaces para mejorar el estrés y ansiedad maternas, haciendo que las mujeres califiquen el parto como una experiencia muy positiva (15,28,30,31)

Parece evidente pues que esta forma de atención aporta grandes beneficios sin riesgos para la paciente (p.ej.: reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las

probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia), sobre todo si el apoyo se inicia tempranamente y si es practicado por una persona cercana a la misma como podría ser su pareja o algún familiar (28,30,31)

Para garantizar el cumplimiento del acompañamiento constante, los profesionales sanitarios deberían crear, en el lugar en el que se va a realizar el parto, un clima de confianza y respeto a la intimidad de la mujer, ofreciendo la privacidad que requiere y adquiriendo una actitud tranquilizadora mediante la explicación de cada una de las actuaciones o cambios que se produzcan (15,28,30). Es imprescindible contar con las instalaciones necesarias que permitan el respeto a la intimidad de la mujer y la creación de este tipo de ambientes (15).

b) Uso de terapias no farmacológicas para el alivio del dolor:

El dolor de parto es definido como un dolor agudo, severo, limitado en el tiempo y de intensidad variable, que aumenta en el periodo expulsivo como consecuencia del descenso de la cabeza fetal y el estiramiento de los tejidos perineales (32). Este dolor está producido por las contracciones uterinas durante la expulsión del feto y los anejos, variando en las diferentes etapas del parto: primera fase, como consecuencia de la contracción uterina y dilatación cervical, segunda fase, debido a la distensión de las fibras vaginales, peiné y suelo pélvico, y tercera fase, causado por la estimulación de las fibras vaginales por la presión que ocasiona el alumbramiento (33,34).

Existen diferentes percepciones del dolor de parto en función de múltiples factores relacionados con la madre como son las experiencias previas, la cultura, el nivel de ansiedad o temor asociados al parto, la voluntad de implicarse en el parto o las expectativas y vivencias de cada mujer, los cuales deben tenerse en consideración para ofrecer una atención personalizada y prestar unos cuidados óptimos, apoyando a la mujer en la decisión que tome en referencia al tratamiento del mismo, ya sea por vía farmacológica o mediante métodos no farmacológicos (33).

La búsqueda de medidas alternativas para el tratamiento del dolor es, hoy en día, uno de los objetivos a conseguir con el fin de alcanzar una mayor autonomía de la mujer en el momento del parto, que hasta ahora se ve reducida al uso sistemático de la analgesia epidural (32). El tipo de tratamiento a recibir, debe ser elegido por la propia gestante, teniendo la información necesaria previamente aportada por la matrona de Atención Primaria, contando con el apoyo de la matrona durante todo el proceso con el fin de dar

seguridad y aumentar la tranquilidad de la mujer, beneficiando la reducción de la sensación dolorosa (32,33).

Es importante tener en cuenta que las medidas farmacológicas existentes son muy eficaces para tratar el dolor de forma fisiológica, pero no actúan sobre la parte psicológica y emocional de la mujer, por lo que estos aspectos deben abordarse desde otro tipo de intervención (35). Además, si la analgesia de elección es la epidural, la dosis administrada debe ser siempre la menor posible que permita el máximo control del dolor y el mínimo bloqueo motor, permitiendo a la restante una mínima deambulaci3n y la colocaci3n en la postura que le produzca mayor comodidad, fomentando de igual manera la autonomía de la mujer en el proceso de parto (4,15).

A pesar de todo, el grado de satisfacci3n de un parto no depende de la ausencia total del dolor, como indican varios artículos, al no describirse como una experiencia totalmente negativa consecuencia de la gran recompensa que supone, sino que est3 más relacionado con el grado de autonomía y atenci3n que se le otorga a la propia madre (32,33,36). Es importante individualizar cada caso y elegir el tratamiento que ser3 más efectivo, buscando junto con las mujeres las medidas no farmacológicas en caso de que decidan dar a luz sin anestesia (32,36).

Existen múltiples técnicas alternativas a las farmacológicas para el tratamiento del dolor de parto tanto a nivel fisiológico como psicoemocional (33):

Técnicas básicas:

Proporcionar de técnicas de relajaci3n o recomendar al acompañante que realice masajes a la gestante durante el periodo de dilataci3n, lo cual favorece la relajaci3n de la mujer y la atenci3n sobre el propio dolor de parto, reduciendo su percepci3n (20,22).

Durante el periodo de expulsivo, una de las acciones para reducir el dolor perineal es la aplicaci3n de termoterapia en el periné (32). Esta técnica consiste en la aplicaci3n de calor local húmedo sobre os tejidos, ya que al aplicarlo de forma superficial, provoca una vasodilataci3n que facilita la irrigaci3n y oxigenaci3n de los tejidos, reduciendo la isquemia (causa principal del dolor). El tiempo mínimo necesario, según los estudios, para el que calor superficial actué es de 5 minutos (32). Como puede observarse, es un método analgésico de un coste económico bajo y fácil de aplicar por lo que debería incorporarse en el cuidado de las mujeres durante el parto (32).

Inmersi3n en agua durante el parto:

Es considerado parto en el agua el que se lleva a cabo en una bañera de partos, con una inmersión de las mujeres hasta nivel pectoral en agua caliente (temperatura de 36,5-37°C), durante un tiempo máximo de 2 horas (37). Para su realización, es importante que la mujer no haya presentado ningún tipo de complicación durante el embarazo o en el momento del parto (p.ej.: constantes vitales controladas, no signos de infección, etc.) y que el hospital en el que se va a desarrollar cuente con protocolos y estructuras para apoyar este tipo de servicio, así como con matronas capacitadas para llevar a cabo este tipo de técnicas ya que son las profesionales encargadas de la atención de los partes de gestantes con bajo riesgo obstétrico (37,38).

Como se plasma en múltiples estudios, los beneficios y riesgos asociados a esta técnica analgésica varían en función de la fase en la que se desarrolle, es decir, de si la hidroterapia se practica durante la primera etapa o la segunda del parto (38,39). La seguridad y los beneficios de la inmersión en agua se producen principalmente durante la primera etapa del parto, es decir, durante la fase de dilatación, al relacionarse con mayor cantidad de complicaciones si se produce durante el expulsivo (p.ej.: infecciones maternas o neonatales, dificultades en la termorregulación neonatal, ruptura del cordón umbilical, insuficiencia respiratoria en el recién nacido, aspiración del agua de la bañera, entre otras) (38).

Los beneficios demostrados de este método no farmacológico, convirtiéndola en la técnica de elección por la mayoría de gestantes, son la reducción del dolor de parto y de la duración del mismo, ocasionando una disminución en el uso de analgesia, aumento de la movilidad de la mujer y, como consecuencia de todo ello, aumento de la satisfacción durante el trabajo de parto (37,38,40). La reducción de la sensación dolorosa se logra como consecuencia del efecto de relajación que el agua caliente tiene sobre las fibras musculares, además de permitir que la mujer flote en el agua disminuyendo la presión sobre los miembros inferiores, favoreciendo su movilidad (40).

Las mujeres que deciden realizar un parto natural y utilizar hidroterapia, tienen la decisión tomada desde el primer momento, por lo que es imprescindible que lleven a cabo una preparación previa en la que se incluya este tipo de método (37).

Técnicas complementarias:

- Acupuntura:

Se basa en un tipo de medicina complementaria, en la cual se insertan agujas finas en ciertos puntos localizados del cuerpo de la gestante para corregir el desequilibrio de

energía (41,42). Además, incluye una relación terapéutica entre la mujer y la matrona, al tener que aplicar esta última una serie de masajes y estimulación eléctrica hasta alcanzar el alivio del dolor (41,42). Este tipo de técnica puede ser útil para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto, pero existe una ausencia evidente de estudios que indiquen resultados clínicos beneficiosos (41,42). Es un método analgésico que se encuentra en desuso debido a la falta de conocimiento causada por la falta de formación de los profesionales y el aumento en la elección de otro tipo de técnicas por parte de las gestantes (41).

- Reflexología:

La reflexología se basa en la aplicación de un masaje de presión sobre los puntos reflejos específicos del cuerpo, lo cual presenta un efecto relajante consecuencia de la liberación de endorfina y oxitocina, que favorece el alivio del estrés y la reducción del dolor de parto, así como su duración (aumento de las contracciones uterinas) (34,35).

La utilización de esta nueva técnica no farmacológica puede evitar la necesidad de recurrir a medidas farmacológicas para alivio del dolor e incluso de llevar a cabo un parto intervenido (34,35). Por ello, se recomienda desarrollar una formación adecuada de las matronas para permitir la utilización de este tipo de práctica en la atención obstétrica, al considerarse una técnica sencilla y de un coste económico bajo (34,35). Aún así, se necesita una mayor cantidad de estudios que puedan determinar el efecto real que la reflexología tiene sobre el tratamiento del dolor de parto (34,35).

- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS):

Se trata de una unidad de estimulación nerviosa que se aplica en contacto con la piel a nivel vertebral (electrodos colocados en la parte media y baja de la espalda), con el objetivo de excitar los nervios aferentes y por tanto inhibir la transmisión de la sensación dolorosa que se emite desde el útero, vagina o peiné durante el parto (43,44). Como consecuencia se produce una reducción de la ansiedad de la gestante y un aumento en la sensación de control al reducirse el dolor percibido (43,44). Además, favorece la movilidad de la mujer, lo cual está relacionado con la reducción del dolor que experimenta al inicio del trabajo de parto (43). La propia mujer es la que controla el generador y aumentar la intensidad de la corriente eléctrica (44).

Al igual que el resto de técnicas no farmacológicas, se requiere de más información sobre los costos y la disponibilidad, así como de su eficacia real en la disminución de la percepción dolorosa y el aumento de satisfacción por parte de la mujer (43).

c) Movilidad y libertad en la elección de la postura durante las etapas de dilatación y expulsivo:

Antiguamente, las mujeres adoptaban posiciones verticales durante el periodo de trabajo de parto, incluyendo también la deambulación, y periodo de expulsivo (45,46). Como consecuencia del desplazamiento del parto a nivel hospitalario y de la aparición de procedimientos médicos relacionados con el tratamiento de la comorbilidad materna y el control del bienestar fetal (p.ej.: monitorización fetal, tratamiento endovenoso o analgesia epidural), se pasó a sistematizar el uso de posiciones de decúbito supino y litotomía (descrita en 1882 por Engelmann) o decúbito lateral, restringiéndose así la movilidad de la mujer sin que exista evidencia científica a cerca de sus beneficios sobre el bienestar de la madre y el neonato, siendo únicamente preferible por los profesionales obstétricos ya que resulta más cómoda para la atención al parto (45–48).

Según varios artículos, la deambulación de la madre durante la fase de dilatación acorta su duración, al favorecer el borramiento del cuello uterino y la dilatación cervical, y reduce la percepción del dolor asociado a las contracciones uterinas. Por tanto, al incrementarse la comodidad materna durante esta etapa, se garantiza la satisfacción de la mujer, al tener el control de su trabajo de parto, aspecto muy importante en la humanización del proceso de parto (45–47,49).

Para reemplazar la posición tradicional de litotomía y convertir el parto normal en un proceso humanizado, se pretende incrementar el uso de las posiciones verticales, ya que reducen el riesgo de compresión de la arteria aorta y la vena cava maternas y los patrones anormales de frecuencia cardiaca fetal, reduciendo las tasas de sufrimiento fetal agudo, y aumentan la intensidad de las contracciones haciéndolas más efectivas (45–49). Igualmente, se ha observado una reducción más que significativa del número de desgarros vaginales, episiotomías, partos instrumentalizados (p.ej.: uso de fórceps, ventosas, etc.) y partos por cesárea, al aumentarse los diámetros pélvicos maternos y mejorar la acomodación fetal en el canal de parto (45–49).

Existen diferentes posiciones verticales, las cuales pueden ser elegidas por las mujeres de forma autónoma, tras haber recibido la información necesaria por parte de la matrona

de Atención Primaria y haber realizado clases de preparación al parto centradas en la práctica de la postura finalmente elegida (48). Estas posiciones son (Anexo 1):

- POSICIONES VERTICALES:
 - De pie: La mujer se encuentra de pie, con las piernas separadas, apoyándose con las manos en la pared, sobre su pareja o colgándose de las cuerdas, realizando movimientos oscilatorios. Mediante esta postura se consiguen mayores diámetros pélvicos y contracciones de mayor intensidad (44).
 - Cuclillas: Es la posición vertical más recomendada, siendo necesaria la rotación interna de caderas para ser beneficiosa (50). La mujer debe intentar evitar juntar los pies y separar los muslos, alineando las rodillas con los pies (50). Se considera de elección en procesos de parto prolongados (46).
 - Sentada: La gestante permanece sentada sobre las pelotas específicas de parto (dilatación) o en el taburete obstétrico (dilatación y expulsivo). Permite beneficios del efecto de la gravedad, faltando evidencia científica hasta la fecha de su verdadero efecto positivo, pero facilita el trauma peritoneal, al aumentar la presión soportada por el sacro (46)
- POSICIÓN CUADRÚPEDA: Es importante colocar las piernas y los pies más separados de la línea media en referencia a las rodillas, para provocar una rotación interna de la cadera que permita una mayor apertura de la pelvis (50).
 - Manos-rodillas: Se caracteriza porque la mujer se apoya sobre sus rodillas y su tórax (p.ej.: apoyado sobre una pelota de *fit-ball*), brazos o manos, según su propia comodidad, manteniendo siempre la espalda recta (46,47,51). Esta posición materna favorece la rotación fetal en aquellos partos en los que la posición del feto se encuentra en occipitoposterior (OP), si se mantiene durante un tiempo aproximado de 30 minutos durante la primera etapa del parto, en mujeres que eligen tener un parto sin analgesia (46,51). Permite la realización de masaje lumbar por parte del acompañante, lo cual beneficia también sobre la comodidad materna y el alivio del dolor consecuencia de las contracciones uterinas, así como ayuda a prevenir el trauma perineal (46,47).
- DECÚBITO LATERAL: Se considera la posición de elección en los casos de analgesia epidural, ya que es compatible con ésta y permite mucha movilidad de la pelvis, favoreciendo igualmente la progresión del parto (47,50). La mujer debe

tumbarse sobre el trocánter, apoyándose sobre su vientre, levantando una pierna con ligera rotación interna o bien con ambas rodillas semiflexionadas, permitiendo la relajación de los músculos que intervienen y previniendo lesiones sobre el sacro (47,50). Permite el descanso de la mujer cuando presenta fuertes contracciones (44).

Para permitir la libre elección de la posición materna durante el proceso de parto es imprescindible que el embarazo se haya desarrollado sin complicaciones materno-fetales, al igual que todo el periodo preparto e intraparto (46).

d) Permitir la hidratación y alimentación durante el trabajo de parto:

El afán de prohibición de la ingesta durante el trabajo de parto se remonta a los años 40, momento en el que se establece como medida preventiva de la broncoaspiración del contenido gástrico como consecuencia del vómito, relacionado principalmente con la administración de anestesia general (52). Actualmente, al no utilizarse este tipo de anestesia como analgesia de elección, el ayuno relacionado con su aplicación debería reducirse, incrementando la posibilidad de que la mujer pueda ingerir alimentos e hidratarse durante el trabajo de parto (52).

Según recomendaciones de la OMS, la mujer durante el parto debe contar con la energía suficiente para asegurar tanto el bienestar fetal como el suyo propio, puesto que la reducción de glucosa (principal fuente de energía durante el ejercicio aeróbico realizado durante el parto) puede provocar diferentes afectaciones a nivel fisiológico que ocasionan una situación general de estrés, con deshidratación y cetosis (29,52). Por ello, se han realizado estudios que recomiendan no restringir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto, sobre todo en aquellos procesos de larga duración, fomentado el consumo de bebidas isotónicas preferentemente a temperatura ambiente (29,52). Es recomendable evitar la ingesta de lácteos y alimentos sólidos, al incrementar en gran medida el volumen del contenido gástrico, aunque aquellas mujeres cuyo parto progresa de forma normal pueden ingerir comidas poco copiosas si lo requieren (15).

Todo ello mejora la satisfacción de la mujer que deja de ver prohibida, sobre todo, la ingesta de líquidos, lo cual es beneficioso durante el trabajo de parto al suponer éste un agotamiento importante para ella (15).

a) Fomentar la creación de "Planes de nacimiento" por los futuros padres:

Un plan de nacimiento o plan de parto (Anexo 2), es un documento que se realiza previamente al parto, en el que la propia gestante y su pareja pueden manifestar sus

deseos y expectativas respecto a la atención sanitaria durante el momento del parto, normalmente demandando una atención de calidad personalizada y respetuosa (24,53,54).

Este tipo de documento debería ser facilitado por parte de la matrona que atiende a la mujer durante el embarazo, normalmente la matrona de Atención Primaria, haciéndola conocedora de la información necesaria para la toma de decisiones, e informándola de las posibles variaciones que puede sufrir en función de las condiciones de salud en las que se encuentre tanto ella como el feto en el momento del nacimiento (24,53). Así mismo, tanto la madre como la pareja deben firmar el consentimiento informado que indica que han sido informados tanto de las opciones de parto como de los inconvenientes que pueden surgir para poder llevar a la práctica sus expectativas (Anexo 3)(24).

Existen múltiples estudios en los que se evidencia la validez de este tipo de documentos con respecto al aumento de la satisfacción materna, al permitir que tanto la matrona como el profesional de obstetricia sean conocedores de las individualidades de cada caso y personalizar mucho más la asistencia ofrecida, garantizándose así el desarrollo de un proceso de parto humanizado (53,54).

5. Objetivos

Objetivo general:

Reducir el número de cesáreas en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova, gracias al fomento de la atención humanizada al parto, que dé a la mujer autonomía en la toma de decisiones, garantizando la seguridad materno-fetal.

Objetivos específicos:

- Diseñar un protocolo de actuación, a partir de la evidencia científica disponible, e implantarlo en el HUAV.
- Impartir cursos de formación para los profesionales obstétricos del HUAV en el ámbito de la humanización del parto.
- Reducir las complicaciones derivadas del parto por cesárea.
- Aumentar la satisfacción materna relacionada con el proceso de parto.

6. Metodología

El programa de reeducación en la asistencia sanitaria al parto a partir de la creación de un nuevo protocolo, se basa en un estudio cuasi-experimental pre-post, al tratarse de una investigación en la cual se valora la situación previa a la intervención educativa y la situación posterior, con el fin de comprobar si se ha producido un cambio en los resultados sanitarios obtenidos.

Antes de la puesta en marcha del programa, se realiza un análisis de las causas que han podido provocar la situación actual de exceso de medicalización e intervencionismo en la asistencia al parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico, traducido en mayores tasas de cesáreas.

6.1. Población diana

El programa está dirigido principalmente a los profesionales sanitarios del área obstétrica, sobre todo matronas y ginecólogos, encargados de dar la asistencia a las mujeres que acuden al HUAV para dar a luz, así como a aquellas mujeres que quieran vivir un parto natural y cuyas condiciones obstétricas lo permitan. Además, en este estudio deberán participar las mujeres que durante el mes previo a la intervención hayan dado a luz en el HUAV, de las cuales se extraerá la información requerida para valorar la mejoría de la satisfacción materna tras la intervención.

El protocolo que va a ser creado podrá ser consultado por las mujeres y sus respectivas parejas con el fin de ofrecerles la información necesaria para que decidan sobre el tipo de parto que desean experimentar.

Criterios de inclusión:

- Profesionales sanitarios del ámbito de la obstetricia y ginecología (ginecólogos, matronas y auxiliares de enfermería).
- Embarazadas de bajo riesgo obstétrico, que decidan tener a sus hijos mediante partos naturales humanizados.
- Futuros profesionales dentro del campo de la ginecología y obstetricia (MIR de ginecología o EIR de matrona).
- Mujeres que hayan sido atendidas en el HUAV durante el mes previo a la intervención educativa en su proceso de parto.

6.2. Metodología de búsqueda

La información utilizada para la realización de este trabajo ha sido extraída mediante una búsqueda bibliográfica de artículos en las bases de datos científicas *PubMed*, *Biblioteca Cochrane*, *Google Scholar*, *Scielo*, *Dialnet* y *Scopus*, así como de artículos denominados literatura gris extraídos tanto del portal de la Universidad de Lleida como de páginas web como la OMS, El Parto es Nuestro, La Federación de Asociaciones de Matronas, guías de práctica clínica del Sistema Nacional y Catalán de Salud o de los informes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. El periodo de búsqueda fue los meses de noviembre a enero del año 2015-2016.

Las palabras clave utilizadas fueron: parto natural, parto humanizado, cuidados de enfermería, cesarean section, humanizing delivery, natural childbirth y humanizing delivery assistance.

Para las bases de datos científicas que requieren en la búsqueda de artículos operadores booleanos, los utilizados fueron AND, OR y NOT.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron:

- Acceso abierto y posibilidad de consultar el documento completo.
- Publicado en los últimos 5-10 años.
- Lengua del artículo: Castellano e Inglés.

6.3. Síntesis de la evidencia

La búsqueda de estudios realizada se ha llevado a cabo durante los meses citados anteriormente, utilizando diversas bases de datos científicas sí como literatura gris relacionada con el tema principal, con el objetivo final de poder desarrollar mi intervención. Los estudios y guías de práctica clínica utilizados están relacionados con la asistencia natural al parto que es necesario fomentar hoy en día.

Como bien se explica anteriormente en el marco teórico, en el año 1985, como consecuencia de la gran tecnificación de la asistencia obstétrica y sus repercusiones sobre la salud materno-fetal, la OMS publicó una serie de recomendaciones con el objetivo de humanizar la práctica sanitaria, reduciendo la medicalización y fomentando la participación activa de la mujer en la toma de decisiones sobre su proceso de parto (8,9,19). Aún así, no fue hasta el año 2007 cuando el Ministerio de Sanidad, tras la publicación en 2006 del "Informe del Defensor del Pueblo" y la aparición de varias

asociaciones de usuarios y profesionales que defendían la mejora en las condiciones de atención a madres e hijos/as durante embarazo, parto y postparto, elaboró la Estrategia de Atención al Parto Normal o de baja intervención (8,9,21). Durante el mismo año, en Cataluña se publicó una guía de actuación con el fin de producir un cambio en la praxis profesional, el "Protocolo de Asistencia Natural al Parto Normal"(21).

La gran cantidad de cesáreas practicadas hasta la fecha descendió en 2008 del 22,2% al 21,8%, según los datos estadísticos del Ministerio de Sanidad, teniendo gran relación con la puesta en marcha de la Estrategia de Atención al Parto Normal y el cambio en la forma de atención que comenzó a desarrollarse (7,26). En los últimos años, se ha producido de nuevo un incremento en la tasa de cesáreas practicada, superándose con creces el límite establecido por parte de la OMS (10-15%) y suponiendo un elevado coste económico para el Sistema Sanitario (6,7). No hay que olvidar las posibles complicaciones a corto y largo plazo que pueden aparecer sobre las gestantes y los propios recién nacidos tras un parto por cesárea, lo cual se relaciona directamente con el aumento del gasto sanitario (3,6).

La probabilidad de que un parto normal finalice con este tipo de intervenciones quirúrgicas está directamente relacionada con el uso excesivo e inapropiado de la tecnología así como de la medicalización, en partos de bajo riesgo, practicadas hoy en día. Además, el uso de intervenciones no recomendadas por la OMS y la limitación del derecho de autonomía que tiene la mujer en la toma de decisiones, siempre que cuente con la información requerida para ello, ocasiona una insatisfacción materna que cataloga la atención sanitaria como maleficente (14).

Podemos decir que la educación sanitaria sobre las opciones de parto que es necesario ofrecer a las gestantes juega un gran papel en la reducción del intervencionismo obstétrico puesto que aumenta los conocimientos acerca del tipo de asistencia y les permite decidir con mayor autonomía gracias a la creación de planes de parto (13,14,54). Todo ello fomenta igualmente la satisfacción materna al verse respetados sus deseos respecto a la cómo vivir el parto de su hijo (13,14,21).

La existencia de guías de práctica clínica así como de artículos científicos y revisiones sistemáticas que demuestran la eficacia que el apoyo continuo a la mujer, tanto por parte de su pareja o familiar acompañante como por la matrona, y el respeto a la intimidad, ofreciendo a la gestante un espacio único durante el proceso de parto, tienen sobre la evolución del parto y satisfacción de la mujer (4,29-31). Algunos de los beneficios

demostrados por varios artículos analizados son: mayor probabilidad de parto espontáneo, reduciendo la necesidad del uso de instrumental obstétrico o cesáreas, menor uso de medicación analgésica y desarrollo más rápido del parto (29–31).

Igualmente, el aumento en la satisfacción materna puede lograrse fomentando la práctica de métodos alternativos que permiten mejorar el curso del parto, disminuir el dolor sin aplicar medidas farmacológicas y garantizar la libre participación de la mujer en su trabajo de parto (4,22,24,29,44). Este tipo de métodos han sido publicados por diversos artículos en los que se evidencia su eficacia: métodos no farmacológicos para el alivio del dolor relacionado con las contracciones uterinas, movilidad materna durante la fase de dilatación y cambios posturales tanto en la primera etapa del parto como en el expulsivo (15,33,37,39,45,46,48,49).

Para promover este tipo de asistencia sanitaria es fundamental sensibilizar a los profesionales y promover un cambio en las prácticas de rutina que se desarrollan en muchos hospitales (12,13,18,23,29). Para ello, como se confirma en el estudio de Valenzuela MT et al (13), es imprescindible la creación de nuevas estrategias de actuación durante el parto.

Según afirman estudios como el de Iglesias S et al (9) y el de Aceituno L et al (55), entre otros, la implantación de nuevas guías de práctica clínica o protocolos, permite mejorar la calidad de la atención prestada y reducir la tasa de cesáreas así como el número de partos intervenidos realizados (23). Además, estudios científicos como el de Borem P et al (10), demuestran la gran relación que existe entre el desarrollo de una atención humanizada y la reducción del porcentaje de cesáreas así como el aumento de la satisfacción materna al poder evitar la intervención quirúrgica y vivir el parto según sus expectativas.

7. Intervención

Con el objetivo de reducir la tasa de cesáreas en el HUAV y, consecuencia de ello, el gasto sanitario relacionado con la asistencia requerida por parte de las parteras durante su estancia hospitalaria post-parto, se plantea la elaboración de una guía de práctica clínica junto con la realización de un periodo de formación y sensibilización hacia los profesionales sanitarios del área de obstetricia y ginecología en el cual se expone la guía desarrollada así como la tasa de cesáreas y sus complicaciones con el fin de evidenciar la necesidad de cambio.

Este tipo de intervención se plantea tras el análisis de varios artículos en los que se evidencia la relación entre el cambio en la asistencia sanitaria hacia la humanización de los cuidados y la reducción en el porcentaje de cesáreas, así como en el aumento de satisfacción de las gestantes y mejoras en los resultados de salud materno-fetales (9,10,13). En ellos se considera fundamental la concienciación que deben tener tanto las matronas como los profesionales médicos y los gestores de salud hospitalarios para desarrollar un cambio en la asistencia obstétrica y reducir el número de cesáreas innecesarias (11,12).

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PARTO HUMANIZADO:

El objetivo principal de la guía clínica es continuar la transformación en la prestación de cuidados durante la atención al parto en el HUAV, con el fin de ofrecer una atención más eficaz, segura y personalizada, estando al alcance de las usuarias y permitir la autonomía en la toma de decisiones gracias al aporte de la información necesaria.

Pretende ir destinada tanto a los profesionales del área obstétrica, entre ellos: matronas, ginecólogos, pediatras y resto de personal sanitario que participa en la atención al parto, así como a profesionales externos en contacto con la mujer (p.ej.: matronas de atención primaria) y a las propias embarazadas con bajo riesgo obstétrico y sus familias.

CONDICIONES GENERALES (4,15,24,27,29) :

- Se permitirá que la mujer visite, semanas antes de dar a luz, las instalaciones en las que va a tener lugar el parto, para conocer al personal que la atenderá y aclarar las dudas que pueda tener. La matrona le informará de las condiciones de asistencia natural al parto y de las desviaciones que pueden ocurrir, siendo en este momento el profesional sanitario el encargado de aplicar el tratamiento.

- **Plan de nacimiento:** Puede facilitarse en la visita de control prenatal, aproximadamente durante la semana 23 de gestación (Anexo 2)(54).
- **Consentimiento informado** firmado (Anexo 3).
- **Acompañamiento durante el parto:** Permitir que la mujer esté acompañada durante todo el proceso, siempre que ella lo desee, por la persona que ella libremente elija con el fin de garantizar un apoyo continuo desde las etapas más tempranas (30,31).
- **Condiciones de las instalaciones del área de partos:** Será necesario adecuar los espacios del área obstétrica para ofrecer un espacio único de dilatación y parto, fomentándose la intimidad de la pareja.

Las habitaciones deben ser individuales, con cierta calidez y adecuada iluminación. Además, se debe disponer de otros recursos de apoyo que puedan ser utilizados durante el proceso de parto para facilitar la deambulación de la mujer y el cambio de posición, como son: bañeras de dilatación o duchas, camilla articulada, pelotas de dilatación, cuerdas colgadas del techo, taburete o silla de partos, espejo para visualizar el nacimiento y otro espejo pequeño para que la matrona pueda controlar el descenso de la cabeza fetal en diferentes posiciones.

Es importante que no pueda visualizarse el instrumental sanitario y que la mujer sea conocedora de la posibilidad de personalizar la habitación poniendo música relajante o fotografías que le transmitan tranquilidad.

Se debe garantizar la disponibilidad de un área quirúrgica o paritorio próximos que permitan tratar las posibles complicaciones de forma inminente.

- **Profesionales sanitarios:** Debe respetarse la decisión de la mujer (Plan de parto) y hacerla partícipe de todo el proceso, ofreciéndole la información necesaria sobre las prácticas que se van realizando para implicarla en la toma de decisiones. El personal sanitario debe conocer sus expectativas y necesidades para apoyarla durante todo el proceso y orientarla en la forma de actuar.

La matrona será la profesional de referencia en la asistencia a este tipo de partos, debiendo dar una atención continua a la gestante. Se recomienda ofrecer una atención individual por parte de una sola matrona desde el ingreso.

Es importante la coordinación con los profesionales de atención primaria.

ATENCIÓN A LA LLEGADA AL HOSPITAL:

Definiciones (29):

- ❖ Fase latente: Periodo de parto que transcurre entre el inicio del parto y los 4cm de dilatación. Se caracteriza por la presencia de pequeñas contracciones de diferente intensidad y duración, borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación.
- ❖ Fase activa de parto: Periodo de parto que va desde los 4 a los 10 cm de dilatación, en el que la gestante tiene una dinámica uterina regular, con contracciones de gran intensidad y progresión rápida de la dilatación. Su duración es variable (primíparas: 8 horas aproximadamente, multíparas: 5 horas aproximadamente).

Actuación (4,15,24,29):

Evitar el ingreso en zona de partos de aquellas pacientes que no se encuentren en fase activa de parto (dinámica uterina regular con 2-3 contracciones cada 10 minutos, borramiento cervical mayor al 50% y dilatación de 3-4 cm).

Evaluación del riesgo por parte del equipo obstétrico comprobando la historia clínica de la madre y evolución del embarazo.

Se realizará una exploración inicial de la paciente con: toma de constantes vitales maternas (PA, FC y T^a), auscultación de la FCF y valoración de la dinámica uterina, y exploración ginecológica. Además, deben comprobarse las analíticas previas y realizar si es necesario estudios de grupo sanguíneo y Rh, serologías o pruebas de coagulación.

Si la mujer no se encuentra en fase activa de parto, es decir, presenta pródromos en vez de contracciones uterinas graduales, o en caso de amniorrexis espontánea sin presencia de dinámica uterina, se recomendará irse a casa o ingresar en la planta de maternidad con administración de antibióticos y control del estado fetal, respectivamente.

No se realizarán enemas, sondaje vesical (fomentar micciones espontáneas) o rasurado del vello púbico, a no ser que la gestante lo pida, ni colocación de una vía endovenosa. Tampoco se aconseja practicar la amnioscopia ni la cardiotocografía fetal al estar relacionadas con mayor probabilidad de intervencionismo, en gestantes con bajo riesgo.

Si existe consentimiento y plan de parto firmado por la pareja, la matrona debe conocer los puntos que se tratan para posteriormente orientar su asistencia a las peticiones que se realizan en él.

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN (4,15,24,29):

La matrona debe dar a la gestante un soporte emocional adecuado, indicando en cada momento el estado del parto de la forma más comprensible posible.

Control del bienestar fetal: Monitorización intermitente mediante auscultación fetal cada 15 minutos durante los 60 segundos posteriores a una contracción, o a intervalos de 20 minutos cada hora según el estado fetal y la progresión del parto.

Realizaremos monitorización continua externa si se producen alteraciones de la FCF, anomalías en la dinámica uterina, fiebre materna o si se decide optar por la analgesia epidural o estimulación de las contracciones con oxitocina.

La comprobación de la posición fetal se realizará mediante palpación abdominal.

En el momento de la rotura de la bolsa se debe valorar el color y la cantidad de líquido amniótico, con el fin de descartar una posible morbilidad neonatal.

Valoración del progreso de parto:

- * *Tactos vaginales:* Se realizarán el mínimo necesario para valorar el progreso en la dilatación del cuello uterino y descenso de la cabeza fetal en los planos de Hodge, en un máximo de 1 cada 4 horas.

Es importante garantizar la privacidad y comodidad de la mujer, explicar el motivo por el que se realiza y el resultado obtenido y, sobre todo, confirmar la necesidad de su realización al ser un tipo de intervención molesta y con riesgo de infección.

Control del dolor:

- a. Informar a la embarazada de los diferentes métodos de alivio del dolor que existen y se aplican en el hospital, sus beneficios y sus riesgos potenciales.
- b. Comprobar la elección que la mujer ha manifestado en el plan de parto elaborado: analgesia mediante epidural o por métodos no farmacológicos.
- c. Analgesia epidural: Garantizar el menor bloqueo motor posible para facilitar la movilidad de la mujer durante la dilatación.
- d. *Métodos no farmacológicos:* Animar a la mujer a adoptar diferentes posiciones con o sin la ayuda de elementos externos como pelotas de goma o cuerdas, y a deambular por la habitación con la ayuda de su acompañante (Anexo 1) (45,46,48).

Si la mujer lo desea puede realizarse duchas de agua caliente o llevar a cabo la inmersión en agua caliente (cuando la mujer se encuentre con una dilatación de al menos 5 cm, sin sobrepasar las 2 horas de inmersión), para lo cual se requieren instrumentos de monitorización que puedan introducirse en el agua (38-40). Además, el acompañante puede ofrecer masajes relajantes en las zonas de mayor dolor y ayudarla a realizar la técnica de respiración de forma óptima para ayudarla en la relajación.

Es importante que la mujer sea conocedora del resto de técnicas existentes: la acupuntura, reflexología o la técnica TENS y, si decide practicarlas para aliviar el dolor, la matrona responsable debe tener la formación necesaria para ofrecerlas (35,38,39).

Ingesta de alimentos: Permitir la ingesta de líquidos y una dieta ligera durante el parto (excepto productos lácticos), para mejorar el confort materno. Si los productos ingeridos contienen carbohidratos (bebidas isotónicas) podemos prevenir la aparición de cetosis.

Registro de la evolución del parto:

- * *Partograma:* Se registrarán cada 4 horas, preferiblemente: constantes vitales maternas, estado fetal (FCF y descenso en los planos de Hodge) y de la bolsa amniótica (cantidad y tipo de líquido amniótico), evolución de la dilatación y características de la dinámica uterina, exploraciones realizadas y las incidencias o tratamientos aplicados durante todo el proceso.

Es importante documentar la hora de inicio y fin del proceso.

ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO DE EXPULSIVO (4,15,24,29):

Inicio y duración: La fase del expulsivo se inicia cuando la mujer alcanza la dilatación cervical completa (10 cm) y finaliza en el momento en que nace el recién nacido. En condiciones normales, es decir, en ausencia de compromiso fetal, con dinámica uterina adecuada y colaboración correcta de la madre, la duración normal es de unas 2 horas en nulíparas y de 1 hora en multíparas (si el parto se realiza con analgesia epidural se añade 1 hora de límite).

El equipo mantendrá una actitud expectante durante el expulsivo, siempre y cuando el estado de salud de la madre y el feto lo permitan.

Fases:

- ✓ Fase temprana, no expulsiva, pasiva o de descenso: Cuello del útero totalmente dilatado. No existe deseo de empujar.
- ✓ Fase avanzada, expulsiva o activa: Desde la presentación fetal por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento. Existen ganas de empujar en cada contracción.

Medidas de asepsia:

- *Higiene de manos:* Importante lavarse las manos después de cada exploración realizada a la embarazada, sobre todo si puede suponer una gran contaminación para las manos.
Durante la fase de expulsivo concretamente, la matrona que atenderá el proceso debe realizarse un lavado quirúrgico de manos al considerarse un procedimiento estéril.
- *Vestimenta:* Se recomienda la utilización de batas impermeables estériles por parte de la matrona que asiste el parto, además de guantes estériles, gorro y mascarilla (sobre todo en caso de riesgo elevado de transmisión de microorganismos).
- *Uso de guantes higiénicos y estériles:* Imprescindibles para los procedimientos invasivos, contacto con zonas estériles, membranas mucosas y todas las actividades realizadas que puedan suponer riesgo de contacto con sangre u otros fluidos corporales de la gestante.
- Los acompañantes deben colocarse gorros y mascarillas para mantener la máxima asepsia en la zona en la que se va a producir el parto.

Control del bienestar fetal: Auscultación intermitente de la FCF cada 5 minutos.

Pujos: Son impulsos involuntarios originados como consecuencia de la compresión que ejerce la cabeza fetal sobre el suelo de la pelvis, permitiendo la liberación de oxitocina que mejora la calidad de las contracciones (56).

Se iniciarán en el momento en que se alcance la dilatación completa, nunca antes, y de forma espontánea, cuando la embarazada sienta la sensación de pujo. Si los pujos son efectivos, se dejará que los haga de la forma que ella elija para su mayor comodidad.

En caso contrario, pueden realizarse pujos dirigidos por parte de la matrona, que alentará a la mujer a realizar pujos durante las contracciones, siempre que se haya alcanzado la segunda fase del expulsivo.

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

Es importante que la matrona ayude a la mujer a controlar la respiración, ya que los pujos durante la espiración producen menor probabilidad de desgarro vaginal.

El uso de analgesia epidural puede anular el deseo natural de empujar y por tanto provocar mayor duración del periodo de expulsivo.

Posición materna durante el expulsivo (45,48): Debemos alentar a la mujer a que tome las decisiones informadas acerca de la posición que bajo sus sensaciones es más cómoda, permitiéndole decidir libremente la que desee adoptar durante el expulsivo, siempre que se respete el control del estado fetal:

- Se recomendará la adopción de posiciones verticales que permiten un mayor aumento del diámetro de la pelvis, acortando la duración del expulsivo, y mayor sensación de control en el trabajo de parto (Anexo 1).
 - ✓ Posición vertical de pie.
 - ✓ Cuadrúpeda o Manos-rodillas: Posición más recomendada, reduce el dolor lumbar, catalogándose como la posición más cómoda para dar a luz.
 - ✓ Cuclillas o Sentada: Permite a la madre observar el momento del nacimiento contando con un espejo de parto.
 - ✓ Decúbito lateral con pierna elevada: Ofrece protección frente a la presión que ejerce el feto sobre el suelo pélvico, disminuyendo la posibilidad de un desgarro.
- No se recomendará la posición supina o de litotomía, al considerarse menos beneficiosa durante la segunda etapa del parto ya que produce mayor compresión del feto sobre los vasos sanguíneos pudiendo afectar al flujo a la placenta.

Los profesionales sanitarios que atienden el parto, matrona referente, deben estar capacitados para realizar el tipo de actuación necesaria en las diferentes posiciones.

Protección del periné durante la expulsión de la cabeza fetal: La expulsión de la cabeza fetal debe realizarse de la forma más lenta y controlada posible por parte de la matrona.

- Termoterapia en el periné: Aplicación de calor húmedo durante el expulsivo mediante compresas estériles. Beneficios: menor riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado, menor dolor en parto y postparto y menor incontinencia (34,56).
- Realización del cuidado del periné mediante la técnica de protección activa con una mano sobre el periné y la otra permitiendo la deflexión controlada de la

cabeza fetal, pidiendo a la madre que no empuje durante el proceso (Maniobra de *Hands on*). Pueden aplicarse sustancias lubricantes para facilitar el descenso.

- No realizar masaje perineal, en vulva y periné, durante el expulsivo ni aplicar anestésicos locales ya que no disminuye el dolor perineal.
- No se realizará episiotomía de rutina en parto espontáneo. Únicamente se podrá llevar a cabo si hay necesidad clínica (p.ej.: parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal).
 - o La episiotomía de elección en caso de necesidad será la mediolateral, empezando en la comisura posterior de los labios menores y orientándola hacia el lado derecho (ángulo de 45-60 grados). Previamente se requiere una analgesia correcta, a no ser que el compromiso fetal requiera una actuación muy emergente.

Cuidados del recién nacido en sala de partos:

Pinzamiento del cordón umbilical de forma tardía, cuando haya dejado de latir y extraer la sangre precisa para conocer el grupo sanguíneo y el Rh del recién nacido, así como el pH para valorar si ha existido sufrimiento fetal.

Valoración del test de Apgar.

No se recomienda realizar aspiración de las vías respiratorias si no existen signos de dificultad respiratoria o presencia de aguas meconiales.

Llevar a cabo la atención inicial al recién nacido en presencia de los padres. Para evitar la pérdida de calor se secará al bebé, se le cubrirá con un paño seco y caliente, y se le colocará un gorro. Identificación del bebé.

No se separará al recién nacido de su madre, excepto que sea imprescindible por riesgo vital, realizando piel con piel y promoviendo el inicio precoz de la lactancia materna, durante la primera hora de vida del recién nacido.

Permitir al padre tener al recién nacido en brazos.

ATENCIÓN DURANTE EL ALUMBRAMIENTO (4,15,24,29):

Inicio y duración: Transcurre desde que se produce el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. Es importante controlar la duración de ésta etapa puesto que la prevalencia de hemorragia post-parto depende de la rapidez con la que la placenta se desprenda del útero y de la efectividad de la contracción uterina.

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

La duración de esta tercera etapa del parto debe ser de 30 minutos tras el nacimiento si se produce un manejo activo y de 60 minutos si se desarrolla un alumbramiento espontáneo.

Manejo del alumbramiento: Debemos informar previamente a la mujer (durante la gestación) de las dos posibilidades que existen en cuanto al manejo del alumbramiento, indicándole en todo momento que el manejo activo acorta su duración y disminuye el riesgo de hemorragia postparto, así como el de anemia severa postparto.

- *Manejo expectante o fisiológico:* Realizado siempre que la mujer lo decida y si no existen signos de sangrado o alteración de las constantes maternas. Se esperará a la aparición de signos de separación de la placenta y a su expulsión espontánea, requiriendo en algunos casos la colaboración de la mujer.

En caso de que transcurridos 30 minutos no se haya producido el alumbramiento, se realizarán maniobras extractoras de la placenta.

Pueden utilizarse drogas uterotónicas para prevenir la hemorragia postparto.

- *Manejo activo o alumbramiento dirigido:* Debe ser el tipo de alumbramiento recomendado por los beneficios que supone.

Se administrará oxitocina, preferiblemente, tras la salida del hombro anterior (10 UI de oxitocina EV lenta). Posteriormente se pinzará y cortará el cordón umbilical, una vez haya dejado de latir, y se procederá a la tracción controlada del mismo para la expulsión de la placenta en el momento en que se observen signos de desprendimiento placentario.

Se realizará la revisión y comprobación de la integridad de la placenta, tratándola posteriormente como un producto orgánico. En el partograma deben quedar reflejadas las características de la placenta y sus membranas, así como del cordón umbilical y su inserción.

Tras el parto, se debe revisar el periné y el canal de parto, para comprobar la existencia o no de sangrado y proceder a su sutura si es necesario, utilizando un anestésico local para evitar la sensación dolorosa.

Al finalizar se realizará el aseo de la mujer, su ropa y su cama.

Cuidados postparto inmediato:

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

La madre permanecerá junto con el recién nacido y su acompañante en el área de partos durante las dos primeras horas del postparto inmediato.

Deberá controlarse el estado general y las constantes vitales, así como la efectividad de la contracción uterina, las pérdidas hemáticas y, si ha recibido analgesia epidural, debe comprobarse la recuperación de la sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores.

El traslado a la planta de maternidad se realizará sin separar a la madre de su hijo.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA:

Con el objetivo de garantizar el éxito del protocolo en términos de asistencia sanitaria, es imprescindible sensibilizar y fortalecer a las matronas en la competencia de partos naturales, así como reducir el afán de intervencionismo de los ginecólogos.

La intervención educativa planificada es un curso teórico de formación en parto humanizado para profesionales con responsabilidad directa en la salud materno-infantil del HUAV, a partir de la guía de práctica clínica diseñada y expuesta previamente.

El objetivo principal a conseguir es que los profesionales sanitarios sean conocedores del cambio que va a producirse en el protocolo de asistencia al parto y tengan la motivación necesaria para llevar a cabo dicha modificación, principalmente con el fin de mejorar la prestación de la asistencia sanitaria ofrecida y aumentar el grado de satisfacción de las embarazadas que deciden tener a sus hijos en el HUAV, reduciendo la elevada prevalencia de cesáreas practicadas en dicho hospital.

Podemos decir que la intervención desarrollada consta de 4 fases desde que se propone la realización de la misma hasta que se evalúan los resultados obtenidos:

- ❖ Fase 0: Valoración de la situación actual de la atención al parto en el HUAV.
- ❖ Fase 1: Recogida de datos mediante un test de preguntas para conocer la asistencia ofrecida por personal sanitario implicado y la satisfacción de las madres tras dar a luz en el hospital.
- ❖ Fase 2: Puesta en marcha del diseño de la nueva guía de práctica clínica y desarrollo de la intervención educativa.
- ❖ Fase 3: Evaluación de la intervención comprobando de nuevo la situación respecto al número de cesáreas y la satisfacción materna.

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

Una vez desarrollada la intervención educativa planteada, se debería iniciar un estudio control para saber las variaciones reales en cuanto a la prevalencia de cesáreas en el HUAV, con el objetivo de situarla dentro de los límites establecidos por la OMS, y detectar cuales son las actividades que deben ser fomentadas en relación con las necesidades expuestas por las pacientes y sus parejas.

FASE 0: Valoración de la situación:

En el año 2014, se registraron en la provincia de Lleida un total de 4.157 nacimientos, correspondiendo a una tasa de natalidad del 9.7%. El número total de nacimientos en la ciudad de Lleida fue de 4.157, correspondiendo a una tasa de natalidad del 9.7% (1).

Según los datos disponibles analizados publicados en 2013, el Hospital Universitario Arnau de Villanova, está experimentando un descenso en la tasa de cesáreas como consecuencia de la formación recibida por los profesionales del servicio de ginecología y obstetricia, encontrándose en un 24,9% (2). A pesar del descenso experimentado, la tasa de cesáreas es todavía muy superior a las cifras recomendadas actualmente por la OMS (10-15%) (6).

La bibliografía consultada establece una relación directa entre la satisfacción materna y la prevalencia de cesáreas o instrumentalización/medicalización del parto, lo cual puede orientarnos hacia una visión negativa en cuanto a la atención recibida por parte de las madres (13,16,21).

FASE 1: Recogida de datos:

Por un lado, se valorará el tipo de atención al parto que los profesionales sanitarios del área obstétrica del HUAV ofrecen a las gestantes que van a dar a luz mediante un cuestionario de preguntas cortas (Anexo 4). A través del mismo se pretenden evaluar las técnicas y métodos de asistencia utilizados, comparándolos con las recomendaciones actuales de promoción de la atención humanizada como beneficiaria para la salud materno-infantil.

Por otro lado, se valorará la satisfacción materna inicial mediante la escala Comforts, un cuestionario de preguntas cortas que se intentará ofrecer a las madres que hayan dado a luz durante todo el mes previo a la intervención educativa a desarrollar (Anexo 5)(57).

FASE 2: Intervención educativa:

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

La intervención educativa constará de diferentes sesiones de formación, una a la semana durante todo el mes de Abril, que tendrá una duración de 2 horas y será impartida por los creadores de la nueva guía de práctica clínica y profesionales obstétricos de otros hospitales de la red pública catalana en los cuales el parto humanizado ya sea un método más de asistencia sanitaria.

La exposición de los diferentes puntos de la guía así como de la evidencia científica relacionada se realizará en dos días determinados de la semana en dos turnos (mañana y tarde), que serán concretados según la disponibilidad de los asistentes.

La tabla en la que se plantean los horarios así como los contenidos de las diferentes sesiones del curso de formación se encuentra desarrollada en el anexo 6 del presente proyecto.

Igualmente, se llevará un control de los profesionales que asisten a este curso de formación a través de la recogida de firmas de los asistentes a cada sesión (Anexo 7)

FASE 3: Evaluación de los resultados. (Incluida en el apartado 8. Evaluación).

El periodo de tiempo en el que se plantea llevar a cabo la transformación y revalorar la situación en referencia a la tasa de cesáreas y satisfacción materna será de un mes (evaluación en el mes de Mayo), volviéndose a valorar al año de producirse el cambio.

Esta evaluación es necesaria para conocer la efectividad de la intervención educativa respecto a la promoción del parto humanizado en el HUAV y la puesta en marcha de la guía diseñada.

8. Consideraciones éticas

Para la realización de cualquier actividad o proyecto de investigación en el que participen seres humanos, es importante tener en cuenta una serie de consideraciones éticas con el objetivo de evitar los dilemas acerca del respeto o no de los principios éticos principales que deben tenerse en cuenta.

En el programa planteado anteriormente, los riesgos conocidos que deben valorarse de cada a asegurar la intervención son mínimos, al tratarse de un programa de educación acerca de una nueva forma de atender el parto en el ámbito hospitalario.

Esta intervención, ha sido diseñada para ser un estudio casi-experimental pre-post, donde la asignación de los profesionales y pacientes no es aleatoria, ya que solamente se incluyen aquellas gestantes que cumplan las condiciones que permitan llevar a cabo una asistencia humanizada del parto sin requerir intervencionismo obstétrico. Los profesionales sobre los que se aplica la intervención educativa también son elegidos de forma estipulada, al dirigirse únicamente a aquellos profesionales que trabajan en el área obstétrica-ginecológica del HUAV.

Es importante contemplar que las pacientes que deseen adherirse a este tipo de asistencia y no cumplan los criterios de inclusión, es decir, sean mujeres de riesgo obstétrico ya determinado, no podrán experimentar los beneficios que ofrecen estos nuevos métodos de atención al parto.

Los derechos de las personas que sean atendidas siguiendo la nueva guía de práctica clínica serán respetados completamente, guardándose la confidencialidad de la información aportada y la identidad de los participantes, sobre todo en el momento de la valoración de las encuestas utilizadas para conocer la situación pre y post intervención.

Para llevar a cabo el proyecto, se ha tenido en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal, en la que se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud (58). En ella, se refleja la importancia que tiene el consentimiento informado que deben firmar los participantes, sobre todo para indicar que han sido informados de todo aquello que va a realizarse (Anexo 8) (58). Igualmente, se establece el derecho que el usuario tiene al acceso, modificación, oposición y cancelación de los datos aportados previamente (58).

Además, para desarrollar la intervención, es necesario pedir el consentimiento al Comité Ético de Investigación Clínica, mediante la presentación de los documentos en los

cuales se detalla el proyecto que se quiere realizar. El propio comité analizará si el proyecto es éticamente correcto para ser llevado a cabo y aprobará o no su puesta en marcha (Anexo 9). Es imprescindible que el investigador solicite al centro en el que se va a implantar la nueva guía de actuación y se desarrollará la intervención educativa sobre los profesionales, un permiso para su realización.

9. Evaluación de la intervención

Para evaluar la intervención educativa y el éxito en la implantación del protocolo de asistencia natural humanizada al parto en el HUAV se emplearán diferentes métodos.

En primer lugar, para cumplir con el objetivo principal de mejorar la calidad de la asistencia reduciendo la tasa anual de cesáreas así como el gasto sanitario derivado de éstas en el HUAV, antes de empezar con la intervención planteada se valorará la situación inicial del hospital y una vez realizada, se revisaran los registros de asistencia al parto para comprobar si se ha producido una disminución de las mismas, revalorando la situación cuando se cumpla un año del cambio en el protocolo de asistencia al parto.

Posteriormente, para evaluar la adquisición de los conocimientos de forma óptima, utilizaremos el cuestionario que previamente había sido rellenado por los profesionales sanitarios del área de partos, lo cual nos permitiría valorar si se ha producido un cambio en la asistencia sanitaria ofrecida (Anexo 4).

También utilizaremos el cuestionario Comforts, entregado a aquellas mujeres que hayan sido dadas de alta tras haber dado a luz en el HUAV el mes previo a la intervención y quieran participar en el estudio, para valorar la satisfacción de éstas respecto a la asistencia recibida durante el proceso de parto y postparto. Una vez llevada a cabo la intervención educativa sobre asistencia humanizada al parto natural, se volverá a pasar el mismo cuestionario a las gestantes que hayan dado a luz en el HUAV el mes posterior a la misma y cuyo objetivo era experimentar un parto de estas características (Anexo 5).

A través de estos cuestionarios también podrá conocerse si los profesionales sanitarios del área obstétrica y ginecológica del hospital han desarrollado el cambio en la praxis asistencial necesario para el éxito de la nueva guía de práctica clínica, como se afirma en varios de los artículos científicos consultados durante el periodo de búsqueda bibliográfica.

10. Discusión

La bibliografía consultada define el concepto de atención humanizada al parto como aquella que se centra en ofrecer a la mujer la autonomía que le corresponde en referencia a la toma de decisiones acerca de la atención que desea recibir, colocándola en el centro de la asistencia sanitaria (18,20,21). Por este motivo, los profesionales que participan su cuidado durante la gestación y en la atención al proceso de parto deben desarrollar la capacidad de escuchar a la mujer y entender sus preocupaciones, ofreciendo un apoyo emocional durante todo el proceso de forma individualizada, sensibilizándose con esta forma de atención (12,13,18).

Analizando las publicaciones de la Revista Española de Salud Pública y del Ministerio de Sanidad, así como las recomendaciones de la OMS sobre la tasa de cesáreas, podemos decir que las complicaciones asociadas a la práctica innecesaria de cesáreas pueden llevar a situaciones de riesgo tanto para la gestante como para el feto, llegando incluso a provocar la muerte de ambos (6,7,16). Como consecuencia de ello, la OMS estableció los límites de buena práctica clínica entre el 10% y el 15%, al relacionarse estos valores con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal (5,6).

Según los datos publicados por Recio A en su artículo, en el año 2012 la tasa de cesáreas en España se encontraba en un 25.3%, lo cual significa que una de cada cuatro mujeres son sometidas a cesáreas durante el parto (5).

Actualmente, la tasa de cesáreas en Cataluña está en ascenso, dejando atrás el gran cambio producido durante el año 2008 a nivel nacional tras la publicación de los protocolos sobre la Atención Humanizada al Parto (1,7). En el año 2014, el porcentaje de cesáreas practicadas se encontraba en un 28.8%, siendo evidentes las diferencias entre la atención sanitaria pública y privada (1). Por ello, es fundamental promover un cambio en las prácticas rutinarias que se desarrollan en muchos hospitales, ya que como demuestran Borem P et al (10) existe una gran relación entre el desarrollo de una atención humanizada y la reducción del porcentaje de cesáreas así como el aumento de la satisfacción materna al poder evitar la intervención quirúrgica y vivir el parto según sus expectativas.

Esta disminución en la prevalencia de cesáreas, también es relacionada con el tipo de asistencia ofrecida por parte de las matronas y ginecólogos, como se expone en otros artículos como el publicado por Iglesias S et al (9), en el cual la implantación de la

nueva vía clínica ocasiona una mejoría de la calidad asistencial evidenciada en la reducción del número de cesáreas y mayor satisfacción de madres y padres. Otro de los artículos que defienden un cambio en la atención rutinaria es el publicado por Aceituno L et al (55), en el que destaca la importancia de valorar la necesidad real de las cesáreas antes de llevarlas a cabo. La aplicación de estos protocolos de atención humanizada al parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico, permite alcanzar una mejoría en cuanto a la satisfacción materna, relacionada directamente con su bienestar, como bien se argumenta en el artículo escrito por Martínez-Galiano JM et al (23).

Siguiendo las recomendaciones de la OMS de 1985, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia con su publicación "Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto" en 2008 y el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, encontramos múltiples técnicas que actualmente deben eliminarse por completo de la asistencia sanitaria al parto, con el objetivo de humanizar la prestación de cuidados en el proceso de parto, al no presentar beneficios demostrados por la evidencia científica (4,15,19,20,27,29). Junto a ellas, se exponen las diferentes prácticas a promover, al ser las menos practicadas en los hospitales como consecuencia de la sistematización de la asistencia, las cuales sí ofrecen beneficios respecto a la reducción de la instrumentalización así como de la medicalización del parto (4,15,24,27,29).

Hodnett E et al (30), exponen en su revisión sistemática la importancia que el acompañamiento tiene en el contexto de la humanización al parto ya que reduce la ansiedad materna y con ello la sensación de dolor, proporcionando a la mujer la tranquilidad necesaria durante las diferentes etapas del parto y mejorando su satisfacción respecto a la experiencia de parto. Martins R (31), indica que el apoyo continuo reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce la necesidad de analgesia, por lo que su promoción supondría beneficios en la reducción del número de cesáreas practicadas.

Respecto a los métodos alternativos a la analgesia para la reducción del dolor, artículos como el de Mallén-Pérez L et al (33) o el de McNeil A et al (36), publican las prácticas más eficaces practicadas en la actualidad. Varios de los artículos científicos y revisiones sistemáticas consultados afirman el efecto que técnicas complementarias como la reflexología, la acupuntura o la técnica de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, a pesar de la falta de investigación respecto al tema (34,41-43). Por otro lado, con mayor eficacia demostrada según la evidencia, la inmersión en agua es uno de los

métodos más promovidos respecto a la reducción de la sensación dolorosa causada por las contracciones uterinas durante el proceso de dilatación, según artículos como el de Cluett E et al (38) o la American College of Obstetricians and Gynecologists (39), favoreciendo el bienestar materno. En cambio, en el expulsivo, la técnica más recomendada según la evidencia científica es la termoterapia aplicada mediante compresas estériles, al producir un efecto analgésico como consecuencia de la vasodilatación (32,56).

Otra de las acciones a promover con el objetivo de fomentar la autonomía de la mujer y evitar la insatisfacción, según revisiones sistemáticas como la de Lawrence A et al (49), Gupta JK et al (48) y la de Gizzo S et al (46), entre otras (47,50), se centra en favorecer la movilidad materna así como la libertad en la elección de la postura a adoptar durante el periodo de dilatación y expulsivo, siempre y cuando ésta permita el control del feto y las condiciones de salud lo permitan. Existe evidencia científica de que evitar la posición tradicional de litotomía favorece el descenso de la cabeza fetal, lo cual acorta el proceso de parto y por tanto beneficia al feto, implicando una reducción de la tasa de cesareas practicadas por sufrimiento fetal (45,48).

Es evidente pues, la necesidad de cambio que debe desarrollarse respecto a la asistencia sanitaria en las áreas de partos, puesto que hay bibliografía científica disponible que demuestra los beneficios de determinados tipos de asistencia sobre la satisfacción de las madres y la reducción de la instrumentalización de los partos. A pesar de ello, en el artículo publicado por Goberna J et al (21), encontramos en la carga asistencial el principal problema para la consecución de una atención personalizada y el trato individualizado que el establecimiento de estas prácticas requieren.

La relación entre la capacidad de decisión de la gestante sobre su proceso de parto (creación de planes de parto de forma autónoma) y la información recibida, es evidente según múltiples artículos en los que incluso llega a relacionarse con el grado de intervencionismo al que será sometida durante el trabajo de parto ya que se favorecerá la creación de planes de parto (13,14,21,54). Podemos decir que la educación sobre las opciones de parto y recursos disponibles que las mujeres reciben tiene gran repercusión sobre el intervencionismo obstétrico, así como sobre su satisfacción posterior.

Por todo ello, es decir, tras comprobar mediante la evidencia que existen actuaciones sanitarias que aportan beneficios respecto a la satisfacción materna y bienestar materno-fetal gracias a la reducción de las cesáreas practicadas a mujeres de bajo riesgo

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

obstétrico, a la relación existente entre el fomento del parto humanizado y la creación de nuevos protocolos de actuación y la importancia que los conocimientos de las mujeres embarazadas acerca de las opciones de parto tienen en su posterior implicación y reducción del intervencionismo, se ha planteado la elaboración de la intervención desarrollada previamente, la cual se espera obtenga resultados positivos respecto a la mejoría en la prestación de servicios en el área obstétrica de HUAV.

Es importante destacar que una de las limitaciones encontradas al llevar a cabo este proyecto ha sido la falta de documentos científicos que expongan la eficacia de realizar una intervención educativa hacia los profesionales sanitarios para obtener una mayor consecución y desarrollo de los nuevos métodos de asistencia que se implantarán posteriormente. A pesar de ello, la Federación de Asociaciones de Matronas y las Guías de Práctica Clínica publicadas por el Ministerio de Sanidad de España defienden la necesidad de desarrollar formación de profesionales a partir de los protocolos establecidos (4,29,44).

Como propuestas de mejora, destacar la importancia de continuar la investigación acerca del parto humanizado así como su promoción a nivel nacional con el objetivo de establecerlo como práctica sanitaria habitual en la asistencia al parto de todas las mujeres que presentan un bajo riesgo obstétrico. Igualmente, remarcar la necesidad de la continua formación que los profesionales sanitarios deben recibir acerca de estas técnicas para ofrecer una atención sanitaria de calidad.

11. Conclusión

El motivo principal por el que he realizado esta intervención en el ámbito hospitalario ha sido la elevada prevalencia de cesáreas que hoy en día se practica en el HUAV a pacientes que en un primer momento son catalogadas como embarazadas de bajo riesgo obstétrico. Esta elevada tasa de cesáreas innecesarias ocasiona un aumento evidente de la morbimortalidad materno-fetal así como una sobremedicación innecesaria durante el proceso de parto, una insatisfacción materna relacionada con la asistencia recibida y la experiencia vivida y un aumento del gasto sanitario anual.

El tipo de atención al parto que las gestantes reciben por parte de las matronas y ginecólogos, afecta directamente sobre el sentimiento de satisfacción respecto al mismo, siendo la humanización de ésta un método más que eficaz para garantizar una mejoría en la valoración del proceso y en la experiencia vivida.

La reducción del intervencionismo obstétrico, eliminando la sobremedicación del parto de forma innecesaria y fomentando la puesta en marcha de técnicas humanizadoras de la asistencia (p.ej.: acompañamiento al parto, deambulación de la mujer en la dilatación y cambios de posición durante dilatación y expulsivo), se traduce en la disminución de la tasa de cesáreas, mejorando la salud materno-fetal y reduciendo la larga estancia hospitalaria derivada de la intervención quirúrgica obstétrica, ocasionando una mejoría en los costos sanitarios.

No existe evidencia disponible sobre los beneficios que las intervenciones educativas a los profesionales sanitarios sobre asistencia humanizada al parto tienen en la promoción de las mismas y la mejoría en los cambios de la praxis profesional, a pesar de ello, diferentes asociaciones destacan la importancia de la educación a los profesionales para favorecer el desarrollo de técnicas humanizadas en la atención al parto natural.

Finalmente, remarcar la importancia de seguir la investigación respecto al parto humanizado y sus beneficios, con el objetivo de favorecer su implantación en todos los hospitales de la red sanitaria española. Igualmente, la realización de cesáreas humanizadas permitiría mejoras en cuanto a la valoración que la población obstétrica tiene sobre la asistencia en aquellas situaciones en las que la realización de esta intervención quirúrgica es inevitable.

12. Bibliografía

1. Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. [cited 2016 Mar 22]. Available from: <http://www.idescat.cat/es/>
2. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Central de Resultados. Ámbito hospitalario. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.
3. Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof.* 2006;7(1):5–13.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
5. Recio A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *DILEMATA.* 2015;(18):13–26.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
7. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Evolución de la tasa de cesáreas del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011. Serie Informes Breves CMBD [Internet]. Madrid; 2013. Available from: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
8. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2013;14(2):62–6.
9. Iglesias S, Conde M, González S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof.* 2009;10(2):5–11.
10. Borem P, Ferreira J, Silva U, Valério Júnior J, Orlanda C. Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2015;37(10):446–54.
11. Haddad S, Cecatti J. Strategies directed to professionals for reducing unnecessary cesarean sections in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2011;33(5):252–62.
12. Martínez-Galiano J. Implantación del nuevo modelo de atención al parto. Actitud de los profesionales. *Rev Enferm Ref.* 2011;3(5):65–71.

13. Valenzuela M, Uribe C, Contreras A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index Enferm.* 2011;20(4):243–7.
14. Ferreiro-Losada M, Díaz-Sanisidro E, Martínez-Romero M, Rial- Boubeta A, Varela-Mallou J, Clavería-Fontán A. Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Rev Calid Asist.* 2013;28(5):291–9.
15. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto (enero 2008). 2008; Available from: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
16. Librero J, Peiró S, Belda A, Calabuig J. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: Un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. *Rev Esp Salud Pública.* 2014;88:315–26.
17. Hernández A, Pascual A, Bañó A, Melero M, Molina M. Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos. *Rev Esp Salud Pública.* 2014;88(383-393).
18. García E, Guillén D, Acevedo M. Humanismo durante la atención del trabajo de parto. *Rev CONAMED.* 2010;15(3):152–4.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2(8452):436–7.
20. Da Mata J, Kakuda A. Humanizing labor: experiences in the unified health system. *Rev Min Enferm.* 2014;18(4):1011–5.
21. Goberna J, Palacio A, Banús M, Linares S, Salas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008;9(1):5–10.
22. Malheiros P, Alves V, Rangel T, Vargens O. Labor and birth: Knowledge and humanized practices. *Text Context Nurs.* 2012;21(2):329–37.
23. Martínez-Galiano J, Delgado-Rodríguez M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecol Obs Mex.* 2013;81:706–10.
24. Generalitat de Catalunya. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. 1ª ed. Dirección General de Salud Pública, editor. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2007.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y erradicación de la falta

- de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
26. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [cited 2016 Mar 22]. Available from: <http://www.ine.es/>
 27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996.
 28. Ferreira A, Ribeiro M, Dias L, Ferreira R, Ribeiro M, Ximenes F. Delivery and birth humanization: embracing the parturient from Paulo Freire's dialogic perspective. *J Nus UFPE line*. 2013;7(5):1398–13405.
 29. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. 1ª ed. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2010.
 30. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10):1–113.
 31. Martis R. Apoyo continuo durante el parto. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
 32. Terré C, Beneit J, Gol R, Garriga N, Salgado I, Ferrer A. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof*. 2014;15(4):122–9.
 33. Mallén-Pérez L, Juvé-Udina M, Roé-Justiniano M, Domènech-Farrarons A. Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Prof*. 2015;16(2):61–7.
 34. Dolatian M, Hasanpour A, Montazeri S, Heshmat R, Alavi H. The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iran Red Crescent Med*. 2011;15(7):745–9.
 35. Valiani M, Shiran E, Kianpour M, Hasanpour M. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010;15(1):302–10.
 36. McNeil A, Jomeen J. Gezelling: a concept for managing pain during labour and childbirth. *Br J Midwifery*. 2010;18(8):515–20.

37. Mallén L, Terré C, Palacio M. Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2015;16(3):108–13.
38. American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery. *Obs Gynecol.* 2014;123(594):912–5.
39. Cluett E, Burns E. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;
40. Barbosa F, Junqueira S, Cuce M. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery.* 2009;25:286–94.
41. Martensson L, Kvist L, Hermansson E. A national survey of how acupuncture is currently used in midwifery care at Swedish maternity units. *Midwifery.* 2011;27:87–92.
42. Smith C, Collins C, Crowther C, Levett K. Acupuntura o acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7).
43. Bedwell C, Dowswell T, Neilson J, Lavender T. The use of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour: a review of the evidence. *Midwifery.* 2011;27:141–8.
44. Federación de asociaciones de matronas de España (FAME). *Iniciativa Parto Normal.* 2006. 1-103 p.
45. Ben Regaya L, Fatnassi R, Khelifi A, Fékih M, Kebaili S, Soltan K, et al. Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. *J Gynecol Obs Biol Reprod.* 2010;39(8):656–62.
46. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli G. Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int.* 2014;1–7.
47. Molina-Reyes C, Martínez-García E, Huete-Morales M, Muñoz-Martínez A, Maldonado-Molina E, Molina-Cubero L. Comodidad materna y reducción del dolor en mujeres con posición fetal occipitoposterior durante el parto con el uso de las posturas de decúbito lateral y manos-rodillas: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof.* 2013;14(1):3–9.
48. Gupta J, Hofmeyr G, Smyth R. Posición en el periodo de expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia epidural. *Cochrane Database Syst Rev.*

- 2007;(7):1–52.
49. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):1–71.
 50. Calais-Germain B, Vives N. La movilidad de la pelvis en el expulsivo. *Matronas Prof.* 2010;11(1):18–25.
 51. Guittier M, Othenin-Girard V, Irion O, Boulvain M. Maternal positioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: A randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(83):1–7.
 52. Caravaca E, Martínez M, Casajona M, Lorente I. Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. <<Revisión de la evidencia científica>>. *Matronas Prof.* 2009;10(1):10–3.
 53. De Molina I, Muñoz E. El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Prof.* 2010;11(2):53–7.
 54. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche M. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. *Rev Latinoam Enferm.* 2015;23(3):520–6.
 55. Aceituno L, Segura M, Quesada J, Rodríguez-Zarauz R, Ruiz-Martínez E, Barqueros A, et al. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *Prog Obs Ginecol.* 2003;46(10):430–40.
 56. De la Rosa-Várez Z, Rivas-Castillo M, Alguacil M. Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013;14(1):19–23.
 57. Vivanco M, Solís M, Magdalena G, Rodríguez R, Alvarez C, Millán I, et al. Adaptación cultural y validación al español en la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. *Metas de enfermería.* 2012;15(2):18–26.
 58. Prefectura de l'Estat. Llei orgànica de protecció de dades de caràcter personal BOE 1999 12/13. p. 298.
 59. UNICEF España. Cuestionario de Autoevaluación de los Hospitales IHAN. Madrid: UNICEF; 2015. 1-14 p.

13. Anexos

ANEXO 1: Posiciones maternas durante dilatación y expulsivo (44):

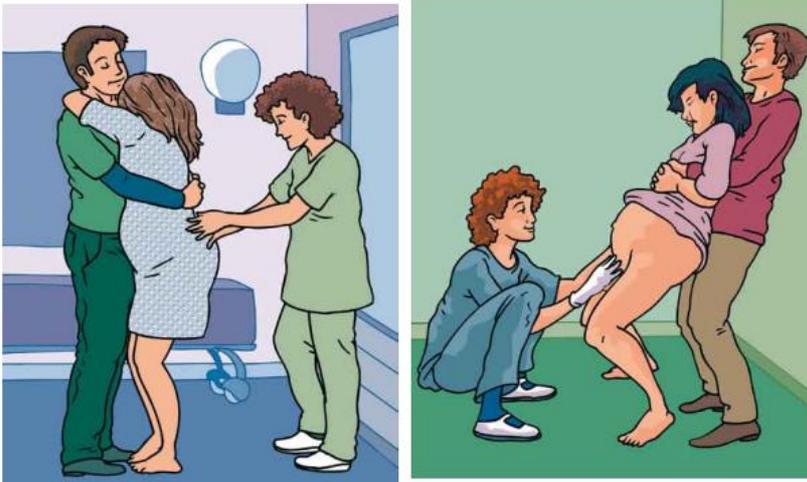


Figura 1 y 2. Posición vertical de pie



Figura 3 y 4. Posición cuadrúpeda y manos rodillas

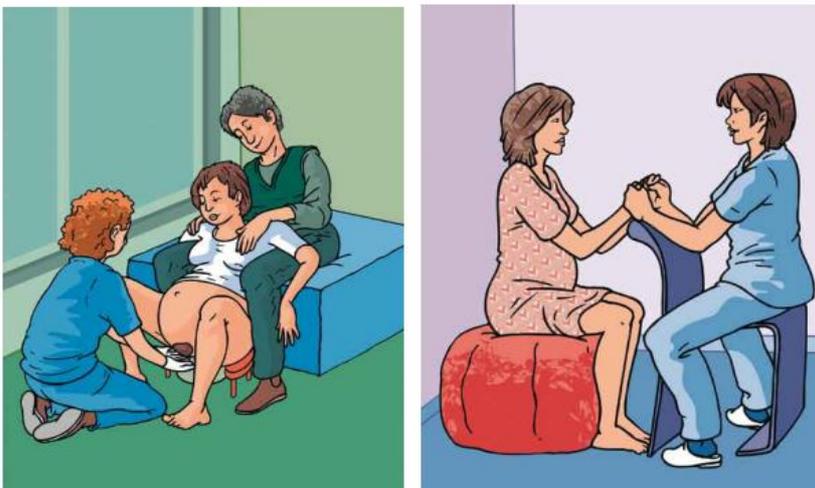


Figura 5 y 6. Posición vertical sentada en taburete obstétrico o pelota



Figura 7. Posición vertical cucullas



Figura 8 y 9. Posición decúbito lateral o SIMS

ANEXO 2: Modelo de plan de nacimiento (44):

Nombre y apellidos de la mujer _____

Edad de la mujer _____

Nombre de la matrona que le controla el embarazo _____

Nombre del obstetra que le controla el embarazo _____

Fecha probable de parto _____

Hospital previsto para el parto _____

MIS PREFERENCIAS PARA EL PARTO SON:

Espacio físico. Prefiero:

Sala dilatación/parto única. con ambiente agradable y un entorno confortable: parecida al hogar SI NO

Sala con alta tecnificación: sala de partos de tipo quirófano SI NO

Acompañantes y ambiente durante el proceso de parto

La persona que quiero que me acompañe en el proceso de parto es: _____

Prefiero utilizar mi ropa personal durante el parto SI NO

Prefiero escuchar música durante la dilatación SI NO

Prefiero tener las luces atenuadas SI NO

Procedimientos durante el parto: Prefiero

Administración enema SI NO

Rasurado del vello púbico SI NO

Prefiero ingerir líquidos durante el parto SI NO

Que no me pongan una vía intravenosa si no es necesario SI NO

Que no me estimulen el parto si no es necesario SI NO

Tipo de valoración del bienestar fetal. Prefiero:

Auscultación con Doppler SI NO

Monitorización externa en ventanas SI NO

Monitorización externa continua SI NO

Métodos para el alivio del dolor. Prefiero:

Relajación y técnicas de respiración SI NO

Adoptar distintas posturas, masaje, agua o terapias complementarias SI NO

Otras:.....

Prefiero tener el parto sin anestesia SI NO

Analgesia epidural SI NO

Movilidad y posturas durante dilatación. Prefiero

Poder caminar, moverme SI NO

Poder utilizar pelotas, cojines, colchonetas, mecedora SI NO

Poder usar una bañera SI NO

Estar tumbada en una cama SI NO

Posturas y pujos durante el expulsivo. Prefiero:

Poder elegir alguna de estas posturas: sentada, cuclillas, de pie, silla de parto SI NO

Utilizar las nuevas mesas articuladas de partos SI NO

La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario

Estar en postura ginecológica: mesa de partos	SI NO
Cuanto esté en dilatación completa, no empezar a pujar hasta que tenga ganas	SI NO
Que me digan cuándo empezar a pujar	SI NO
Tener un espejo en el momento del nacimiento	SI NO

Episiotomía. Prefiero

Que no me practiquen la episiotomía si no es necesario	SI NO
--	-------

Nacimiento del bebé. Prefiero

Tener contacto piel con piel, inmediatamente después del nacimiento del bebé	SI NO
Cortar el cordón cuando deje de latir	SI NO
Que los primeros cuidados al bebé, siempre que todo esté bien, sean sin separarlo de mi	SI NO

Lactancia materna. Prefiero

Iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible	SI NO
Posibilidad de permanecer un tiempo a solas tras el parto: el acompañante, la madre y el bebé	SI NO
La lactancia materna a demanda	SI NO
Que no den biberones al recién nacido si no es por un problema de salud	SI NO
Que me asesoren sobre cómo lactar	SI NO

Estancia en el hospital. Prefiero

Tener al bebé conmigo en la habitación	SI NO
Alta hospitalaria precoz siempre que lo permitan mi estado de salud y el del bebé (24-48h)	SI NO

ANEXO 3: Modelo de documento de consentimiento informado para la asistencia natural al parto normal (24).

Yo,..... y mi pareja,..... damos nuestro consentimiento para que a mí, la madre, como al recién nacido se nos aplique en el parto la guía de práctica clínica de atención al parto humanizado.

Asimismo, manifestamos que la matrona/obstetra.....nos ha dado información sobre estos protocolos y que hemos podido hacer las preguntas que nos han parecido oportunas y nos han aclarado las dudas que teníamos respecto a la aplicación.

Finalmente, nos han informado de que, en caso de que haya peligro para nuestro hijo o para mí, la madre, los profesionales aplicarán las medidas que estimen convenientes y nos informarán de la situación.

Madre.....

Pareja.....

Profesional sanitario.....

Testigo.....

....., de.....de 20

ANEXO 4: Cuestionario profesionales sanitarios (59).

Responde a las siguientes cuestiones	SI	NO
1) ¿Dispone el hospital de un protocolo o vía clínica aprobada por la dirección del centro sobre la atención al parto de bajo riesgo, dirigido a los profesionales encargados de atender a la mujer y que incluya:		
Animar a las mujeres a que tengan un Plan de parto donde expresen sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre parto y nacimiento y que haya un mecanismo por el que se consensue con los profesionales?		
Alentar y permitir a las madres a tener acompañantes de su elección que les brinden apoyo físico y emocional constante durante el trabajo de parto y parto, si así lo desean?		
Evitar procedimientos rutinarios que se han demostrado inútiles y pueden resultar molestos, como el uso del enema y el rasurado del vello genital?		
Permitir que tomen líquidos e ingieran alimentos ligeros durante el trabajo de parto, si así lo desean?		
Informar a las mujeres y poner a su disposición métodos de alivio del dolor no farmacológicos como bañera de agua caliente, óxido nitroso, inyecciones de agua estéril o materiales de apoyo (como pelotas de Pilates, espejos, cojines, cuerdas...), respetando sus preferencias personales?		
Animar a las mujeres a que caminen y se muevan durante el trabajo de parto, si así lo desean, y se coloquen en las posiciones de su elección para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación, en cuyo caso se le dará la correspondiente explicación a la mujer?		
Evitar procedimientos invasivos como la ruptura de membranas, tactos vaginales excesivos, episiotomías, aceleración o inducción del trabajo de parto, partos instrumentales y cesárea, excepto en el caso de que se requiera a causa de una complicación, en cuyo caso se le dará la correspondiente explicación a la mujer?		
Indicaciones de canalización de vía venosa y de sondaje vesical, para realizar dichas técnicas cuando estén indicadas?		
Atención que evite pujos dirigidos y maniobra de Kristeller, excepto en el caso de que se requieran a causa de una complicación, en cuyo caso se le dará la correspondiente explicación a la mujer?		
Cortar el cordón umbilical cuando éste ha dejado de latir, salvo alguna circunstancia especial que haga necesario seccionarlo antes?		
Evitar procedimientos invasivos y/o innecesarios en la atención al recién nacido tras el nacimiento (paso de sondas nasales o rectales, aspiración de secreciones, administración inmediata de profilaxis ocular o antihemorrágica, peso...), a no ser que la situación clínica del niño lo requiera?		

2) ¿Ha recibido el personal formación respecto a conocimientos y habilidades necesarias para poder desarrollar una atención amigable al parto como la descrita arriba?		
3) ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de que es conveniente que la mujer tenga acompañantes de su elección durante el trabajo de parto y el parto que le proporcionen apoyo físico y emocional constante, en caso de que ella así lo desee?		
4) ¿Una vez iniciado el trabajo de parto, se permite la presencia de acompañantes para darle a la madre el apoyo que ella quiere?		
5) ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de las formas de utilizar las medidas de confort no farmacológicas de alivio del dolor durante el trabajo de parto y de qué es lo mejor para madres y bebés?		
6) ¿Las mujeres reciben información de que es mejor, para las madres y los bebés, evitar el uso de medicación excepto en el caso de que se requiera a causa de una complicación?		
7) - ¿Tiene en cuenta el personal del hospital la intención de las mujeres de amamantar a la hora de decidir el uso de un sedante, un analgésico o un anestésico (si es el caso) durante el trabajo de parto y el parto?		
8) ¿Está familiarizado el personal sobre los efectos de dichos medicamentos en la lactancia?		
9) ¿Las mujeres durante el cuidado prenatal (en caso de que exista) reciben información de que pueden caminar y moverse durante el trabajo de parto y colocarse en las posiciones de su elección para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación?		
10) - ¿Se les anima a las mujeres en la práctica, a que caminen y se muevan durante el trabajo de parto, si así lo desean, y adopten las posiciones que elijan para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación?		

ANEXO 5: Cuestionario satisfacción materna: Escala Comforts (57).

¿Está usted satisfecha?	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
Cuidados durante el periodo de parto					
1. Con la información recibida en la sala de dilatación-paritorio					
2. Con la cantidad de información proporcionada por la matrona en el paritorio acerca de los cuidados que iba a recibir					
3. Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por parte de la matrona					
4. Con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo					
5. Con la vivencia del nacimiento					
6. Con las medidas para controlar el dolor durante el parto					
7. Con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento de su bebé					
8. Con la comodidad de su pareja o persona de apoyo en el lugar donde se le atendió					
9. Con el número de profesionales que la atendieron durante el parto					

10. Con el respeto a su intimidad por parte de los profesionales que la atendieron en el parto					
11. Con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales					
12. Con el tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades físicas					
13. Con relación a la respuesta de la matrona a sus necesidades durante el parto					
Cuidados en el puerperio					
14. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades físicas					
15. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados después del parto					
16. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados del bebé					
17. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades emocionales					
18. Con el tiempo que pasó la enfermera enseñando a su pareja					

los cuidados de usted y su bebé					
19. Con la respuesta a sus necesidades					
20. Con el tiempo que pasó la enfermera ayudándole a alimentar a su bebé					
21. Con la información que recibió de las enfermeras					
22. Con el número de enfermeras que cuidaron de usted					
23. Con el número de profesionales que entraron en su habitación					
24. Con el número de médicos que la atendieron					
Cuidados del recién nacido					
25. Porque sabe cuándo el bebé está enfermo					
26. Porque sabe cuándo el bebé tiene hambre o está satisfecho					
27. Porque sabe cuándo el bebé está tomando leche suficiente					
28. Porque sabe colocar al bebé durante la alimentación					

29. Porque sabe qué hacer cuando el bebé llora					
30. Porque sabe qué hacer cuando el bebé se atraganta					
31. Porque sabe colocar al bebé para dormir					
32. Porque sabe cómo bañar al bebé					
33. Porque sabe cómo encontrar ayuda cuando la necesita					
34. Porque sabe cuidar el cordón umbilical de su hijo recién nacido					
Logística y entorno					
35. Con la cantidad de comida proporcionada durante su estancia en el hospital					
37. Con la accesibilidad a aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales, etc.)					
38. Con el respeto a su intimidad por parte del personal de limpieza					
39. Con la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto, porque era espaciosa y adecuada a sus necesidades					
40. Con la iluminación de la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto					

OBSERVACIONES Y OPINIÓN:

ANEXO 6: Sesiones de formación de la intervención educativa:

CURSO DE FORMACIÓN TEÓRICO EN PARTO HUMANIZADO			
Horario	Tema	Título	Contenido
DÍA 1 (semana del 28 al 1 de Abril)			
9:00-9:15 h		Introducción al curso. Test de evaluación a profesionales.	
9:15 - 9:45 h	1	Perspectiva histórica. Importancia del parto humanizado. Riesgos de las cesáreas y prevalencia	Breve reseña histórica. Situación actual de las cesáreas en el HUAV. Riesgos de la práctica de cesáreas
9:45 -10:15 h	2	Plan de parto	Breve explicación de los planes de parto. Importancia de la educación a las madres sobre las opciones de parto.
10:15 - 11:00 h	3	Entorno físico durante el proceso de parto. Actitud de los profesionales sanitarios.	Tipo de instalaciones y condiciones necesarias de la sala de dilatación/parto. Fomentar la sensibilización de los profesionales con el parto humanizado para promover una relación próxima con las gestantes. Importancia de la individualización del proceso.
DÍA 2 (semana del 4 al 8 de Abril)			
9:00 – 9:30 h	4	Cuidados innecesarios durante el proceso de parto	Exposición y justificación de la no necesidad de realización de determinadas técnicas rutinarias.
9:30 – 10:30 h	5	Periodo de dilatación. Acogida al hospital. Control del estado fetal.	Breve exposición del periodo de dilatación. Atención a prestar a la mujer en su llegada al hospital. Tipo de control del estado fetal recomendado.
10:30 – 11:00 h	6	Movilidad y posiciones de dilatación. Nutrición durante el parto. Exponer la necesidad del apoyo a la mujer en el parto.	Importancia de la movilidad de la mujer y explicación de las diferentes posiciones. Importancia de la hidratación durante el parto. Beneficios del apoyo continuo a la mujer durante el parto.
11:00 – 11:30 h	7	Técnicas complementarias	Explicar los métodos complementarios de alivio del dolor

		para el alivio del dolor.	y sus beneficios, Animar a los profesionales a asistir a cursos de formación.
DÍA 3 (semana del 11 al 15 de Abril)			
9:00 – 9:30 h	8	Técnicas complementarias para el alivio del dolor.	Explicar la inmersión en agua y sus beneficios.
9:30 – 10:00 h	9	Periodo de expulsivo. Los pujos.	Breve introducción al periodo de expulsivo. Tipos de pujos y sus recomendaciones.
10:00 – 10:30 h	10	Posiciones maternas durante el expulsivo.	Variedad y beneficios de cada una de las posiciones maternas respecto a la duración del expulsivo.
10:30 – 11:00 h	11	Cuidados del periné en la expulsión de la cabeza fetal.	Tipos de control de expulsión de la cabeza fetal y sus beneficios respecto al número de desgarros. Episiotomía. Riesgos asociados.
DÍA 4 (semana del 18 al 22 de Abril)			
9:00 – 9:30h	12	Periodo de alumbramiento. Tipos de alumbramiento.	Breve explicación del periodo de alumbramiento. Exposición de los dos tipos de alumbramiento y los riesgos y beneficios asociados.
9:30 – 10:00 h	13	Postparto inmediato.	Controles maternos necesarios a realizar durante el postparto inmediato.
10:00 – 10:30 h	14	Cuidados al neonato.	Atención al recién nacido en sala de partos. Importancia del contacto piel con piel e inicio precoz de la lactancia materna.
10:30 – 11:00 h	15	Partograma.	Importancia y necesidad del registro de todos los acontecimientos durante el parto y medicación administrada.
DÍA 5 (semana del 23 al 27 Abril)			
9:00 – 10:00 h		Escuchar argumentos de mujeres satisfechas tras la atención humanizada recibida.	

ANEXO 8: Consentimiento informado participantes intervención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO MADRES/PAREJAS:

Yo.....con DNI manifiesto que he recibido la información suficiente sobre la intervención a realizar, en la cual se ha solicitado mi participación y mi autorización para el registro de datos y el trabajo con estas. Igualmente, he sido informado/a de que la investigadora responsable y el Colegio Oficial de Enfermeros y Enfermeras de Lledia garantizan el cumplimiento de la LO 15/1999, del 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Fecha del consentimiento ____ / ____ / ____

Firma paciente

Firma investigadora

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROFESIONALES SANITARIOS:

Yo.....con DNI manifiesto que he recibido la información suficiente sobre la intervención a realizar, en la cual se ha solicitado mi participación y mi autorización para el registro de datos y el trabajo con estas. Igualmente, he sido informado/a de que la investigadora responsable y el Colegio Oficial de Enfermeros y Enfermeras de Lledia garantizan el cumplimiento de la LO 15/1999, del 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Tras la firma de este consentimiento, me comprometo a asistir a todas las sesiones del curso de formación respecto a la asistencia natural al parto humanizado a nivel hospitalario realizado en el HUAV.

Fecha del consentimiento ____ / ____ / ____

Firma paciente

Firma investigadora

ANEXO 9: Informe de la Comisión Ética de Investigación Científica (CEIC):

Informe del comité de ética de investigación clínica

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx como Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV)

CERTIFICA:

Que se ha evaluado la propuesta para que se realice el estudio "La promoción del parto humanizado a través de una intervención educativa en el contexto hospitalario" y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles por el sujeto.

La capacidad de los investigadores y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el proyecto.

Y se acepta que el nombrado estudio sea realizado en el área obstétrica del Hospital Universitario Arnau de Vilanova en colaboración con la Universidad de Lleida por la señora Romeral Iribarren Gracia.

Firmo en Lleida a 10 de Febrero de 2016

Firmado:

Sr./a xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx