



Los cuidados de excelencia para un nacimiento o parto humanizado. Revisión de la literatura.

Marta Fernández Navarro

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Los cuidados de excelencia para un nacimiento o parto humanizado.

Revisión de la literatura.

Grado en Enfermería

Autor: Marta FERNÁNDEZ NAVARRO
Tutor: María VILARRUBIAS DARNA
Fecha de presentación: 26 de Mayo 2015

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta,
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat
Internacional de Catalunya”**

AGRADECIMIENTOS

*A mi familia, en especial a mis padres y mi hermana,
por la confianza que me han prestado durante todos mis años de formación.*

*A Sergi, por estar siempre ahí
gracias a su apoyo incondicional para superar todos los obstáculos.*

*A María Vilarrubias,
por su aportación de conocimientos y su tiempo de dedicación.*

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con otras organizaciones internacionales, busca garantizar la salud materno infantil, es por ello, que ésta considera que llevar a cabo una atención humanizada durante el nacimiento y el parto es esencial.

Objetivos: Conocer y analizar qué guías de práctica clínica (GPC), protocolos, vías clínicas o documentos similares, existen actualmente entorno al procedimiento de nacimiento y parto humanizado en países industrializados. Por otra parte, otro de los objetivos es valorar la necesidad de establecer unos cuidados específicos en las guías de parto normal de todos los hospitales.

Metodología: Revisión de la literatura científica a través de la consulta de diferentes bases de datos relevantes.

Resultados: En la actualidad existe un único protocolo publicado dirigido a la atención humanizada del parto. Sin embargo, hay otros que contemplan los cuidados del parto humanizado como cuidados de parto normal, es decir, llevan los cuidados integrados en sus procedimientos sin estar identificados como parto humanizado.

Conclusiones: Los hospitales deberían formar a los profesionales en las nuevas evidencias y llevar a cabo las recomendaciones de la OMS ante el parto normal.

Palabras clave: Parto, Cuidado Humanizado, Guía práctica clínica, Protocolo y Vía clínica.

ABSTRACT

Introduction: World Health Organization, and also other international organizations, want to ensure maternal and children's health. Carrying out humanized attention during birth and delivery is essential.

Objectives: To find and analyze different clinical practice guidelines, protocols and different documents regarding the birth humanization and existing procedures from nowadays in industrialized countries. Aswell, another objective is to study the importance of establishing specific care protocols in the clinical practice guidelines of normal delivery.

Methods: Revision of the scientific literature by consulting published data and relevant articles.

Results: Nowadays there is published only one protocol centered in the humanized care during birth. However, there are others, which include the special care given during delivery but that don't identify it as a humanization measure.

Conclusions: Hospitals should train their staff based on key issues of evidence-based medicine and clinical research.

Keywords: Labor, Humanized Care, Clinical Practice Guidelines, Protocols and clinic guideline.

ÍNDICE	Pág.
Agradecimientos	III
Resumen	IV
Abstract	V
Lista de tablas	VII
Lista de gráficos	VIII
Abreviaturas	IX
1. Introducción	1
2. Justificación	6
3. Objetivos	7
4. Metodología	8
5. Resultados: La revisión de la literatura	11
6. Discusión	16
7. Implicaciones para la práctica	20
8. Futuras líneas de investigación	21
9. Conclusiones	22
10. Reflexión personal	25
11. Referencias Bibliográficas	27
Anexos	X
Anexo 1: Live Births (total) by month	X
Anexo 2: Diez especialidades con mayor evidencia de mala práctica	XI
Anexo 3: Cronograma	XII
Anexo 4: Definición términos MESH utilizados en la búsqueda bibliográfica	XIII
Anexo 5: Estrategia de selección de los resultados obtenidos	XIV
Anexo 6: Bases de datos	XV
Anexo 7: Matriz prediseñada	XVI
Anexo 8: Diagrama de flujo de resultados de revisión bibliográfica	XVII
Anexo 9: Recomendaciones en un parto normal	XVIII

LISTA DE TABLAS

TABLA 1- Tabla de Palabras Clave	9
TABLA 2: Criterios de inclusión y exclusión	10

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Clasificación de resultados por tipo de documento	12
GRÁFICO 2- Clasificación de resultados por lugar de publicación	13
GRÁFICO 3- Resultados en España por comunidad autónoma	14
GRÁFICO 4- Clasificación de resultados por año de publicación	15

ABREVIATURAS

AIDEM El Grupo de Atención Inmediata a Defunciones Maternas
EAPN Estrategia Atención al Parto Normal
FAME Federación de Asociaciones de Matronas de España
GPC Guías de práctica clínica
IHAN Iniciativa Humanización Atención Nacimiento
IOM Institute Of Medicine
JBI Joanna Briggs Institute
MeSH- Medical Subject Headings
MSC Ministerio de Sanidad y Consumo
MBE Medicina Basada en la Evidencia
NICE National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS Organización Mundial de la Salud.
ODM Desarrollo del Milenio
PNH Parto y nacimiento humanizado
PRTL Protocolo
RMM Razón de mortalidad materna
SEGO Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SNS Sistema Nacional de Salud
UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund

1. INTRODUCCIÓN

La vida es la característica fundamental de los seres humanos. Es el punto de unión de las personas, ya que el derecho de vivir nos corresponde a todos. Y en este sentido, la naturaleza ha otorgado a las mujeres la capacidad de albergar vida en su interior hasta que ésta tenga suficiente autonomía para poder valerse por sí misma. El nacimiento es, por consiguiente, el cambio de etapa de la vida. El momento de inicio de la vida extrauterina y la incorporación social en la familia.

El proceso de parto, en el que la mayoría de personas actuamos de protagonistas, parejas o familiares, es uno de los procesos sobre los cuales se debería establecer la *mirada antropológica* [1]. Sabiendo ver más allá de los acontecimientos, dando voz a sus protagonistas, y buscando la explicación de los fenómenos de una manera más amplia de lo que explican las disciplinas biomédicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara en su última publicación (2014)[2]: “Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación”.

La mejora de la salud y reducción de la mortalidad materna han sido puntos clave expuestos en foros y conferencias internacionales desde finales de los ochenta y, entre ellos, en la Cumbre del Milenio de 2000. Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es mejorar la salud materna (ODM 5). Dentro del marco de seguimiento de los ODM, la comunidad internacional se comprometió a reducir entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartos. En la última publicación sobre ODM (2013) [3], se afirma que entre 1990 y 2013 la mortalidad materna ha disminuido casi la mitad, pero no ha alcanzado el quinto objetivo del Desarrollo del Milenio (ODM 5).

Este objetivo se encuentra dentro del marco de reducción de la tasa de mortalidad materno-infantil de cada país. Trabajando por alcanzarlo a través de organizaciones

internacionales como la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) [4].

En los países industrializados, la morbilidad materno-infantil se ve amenazada por el intervencionismo, y el uso inapropiado de las tecnologías medico-clínicas fuera de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), consecuentemente disminuyendo la seguridad materno-fetal. La tecnología utilizada sin argumentos de evidencia científica, aumenta la iatrogenia produciendo más partos distócicos incrementando la tasa de cesáreas y partos instrumentales que por consiguiente, interfiere directamente en el establecimiento del núcleo materno-filial del nacimiento [5]. En algunos nacimientos, se precisa la ayuda de la tecnología para salvaguardar la morbilidad materno-infantil. En el caso de las cesáreas, la OMS recomienda no sobrepasar el 10% de cesáreas en relación al total de nacimientos en un año, para cada centro hospitalario, como indicador de un uso adecuado de la intervención [6]. Sin embargo, lo que siempre se debe tener en cuenta para la evolución adecuada de un nacimiento o parto es la intimidad y el respeto.

En 2012, el índice de nacimientos a nivel europeo supera los 5.000.000 de nacimientos al mes, en España alrededor de 400.000 (Ver Anexo 1). A raíz de estos datos, podemos considerar que el parto y nacimiento deben estar estructurados dentro de un procedimiento establecido por cada país, para salvaguardar la seguridad materno-infantil durante el parto.

El Grupo de Atención Inmediata a Defunciones Maternas (AIDEM) [7] ha documentado que el hecho principal causante de la muerte materna, es la calidad de atención durante el parto y la emergencia obstétrica, principalmente en unidades hospitalarias, presentándose en un 40% de los casos (Ver Anexo 2). Los datos publicados por el Sistema Nacional de Salud (SNS)[8], indican que la tasa global de cesáreas es del 22,2%, siendo un valor superior al recomendado por la OMS (10-15%).

El siglo XX fue una época marcada por la tecnología. El exceso de confianza médica en la tecnología y la falta de confianza en la naturaleza, causaron la caracterización de la obstetricia moderna. En los años 80 surgieron dos conceptos: el *modelo médico* y el

modelo social. Este último modelo surgió apoyado por matronas, científicos perinatales y los profesionales de salud pública. En 1985 la OMS [9] inició el proceso de transformación del modelo de atención, a través de la frase “El nacimiento no es una enfermedad”. Dicha declaración surgió de la reunión en Fortaleza (Brasil) organizada por la OMS.

El principio de la vida afecta a todos los seres humanos, por ello se incide significativamente que el nacimiento sea lo más humanizado posible. El hecho de conseguir la humanización necesaria de los cuidados, puede ser determinante y definitiva en las sociedades futuras[10].

El modelo social durante los años 90, aceleró su difusión y la MBE fue alcanzando importancia y ofreciendo argumentos, para potenciar la necesidad del cambio en la atención institucional del parto.

Gracias a ello, comenzó la época de cambios prácticos y legislativos y se llegó a una conclusión muy trascendental[11]: el modelo médico funciona bastante bien para la enfermedad, pero no encaja para los ciclos de la vida, incluyendo nacimiento y muerte.

Existen ambigüedades a la hora de definir el proceso de parto. Por un lado, no existe una definición común de “parto normal” para todos los organismos de salud actuales:

La OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) [12], definen el parto normal como; “El comienzo espontáneo del parto de bajo riesgo manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones“.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)[13] considera el parto normal como; “El proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) [14] califica el parto normal como; “El trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37a-42a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica”. Esta misma, hace referencia al parto natural a través de la creación del concepto de “parto no intervenido”, definiéndolo como el “trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)”.

Por otro lado, un problema presente ante la humanización de los cuidados en el parto, es el desconocimiento exacto, entre los profesionales sanitarios, del significado del propio concepto como “parto humanizado”[15].

Roxana Behruzi¹ [16] contribuye a la resolución del concepto, describiendo el parto humanizado a través de la literatura, como la iniciativa que promueve la participación activa de la madre en la toma de decisiones y otros aspectos sobre su propio cuidado, teniendo en cuenta la opinión médica que implica el uso de la tecnología basada en la evidencia y la intervención médica.

En 2012, José Arnau Sánchez concluyó [15]: “el parto humanizado, se puede entender como un parto intervenido que además reúna todos aquellos aspectos holísticos de la persona considerando el respeto a la intimidad, toma de decisiones, acompañamiento e información”.

¹ Investigadora clínica profesional. Universidad de Montreal. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Social y Preventiva de Canadá.

Para reforzar la implementación del parto humanizado en los países industrializados, la OMS en 1985 [9] elaboró 16 recomendaciones primordiales para el conocimiento de todas las embarazadas, con el objetivo de que todas las mujeres vivan el parto como una experiencia significativa de sus vidas y puedan disfrutarlo.

Muchas madres expresan su desilusión y angustia ante la atención recibida durante el parto, sus deseos son ignorados incluso por las limitaciones de tiempo institucionales y la presión económica actual sobre hospitales y médicos. La precipitación actual ante la intervención durante el parto, aumenta considerablemente la tasa de nacimientos por cesáreas. Cuando las madres son conscientes de las intervenciones que se le realizarán, se sienten mucho más satisfechas, ya que están preparadas[17].

Tras varios movimientos de la OMS, de humanizar los cuidados durante el parto, en 1992, decide unirse a UNICEF para crear la conocida actualmente como; “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” (IHAN). La misión de esta iniciativa, es facilitar el cambio en la actuación de los hospitales dirigidos a la atención durante el parto, animándolos a adoptar prácticas que promuevan y apoyen el mejor inicio en la vida[18].

Numerosos estudios sobre el cuidado enfermero, revelan que la parte más valorada por los pacientes es la humanización del cuidado, es decir, el trato personalizado, la comunicación, la atención y el afecto [19]. Madeleine Leininger [20], una de las teóricas enfermeras, distingue los procesos de curación, y cuidados diciendo; “los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin curación”.

Para humanizar los cuidados el primer paso es respetar la propia naturaleza.

2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente muchas mujeres y organismos sanitarios demandan un cambio en la atención al parto y nacimiento. La OMS declara en su reunión en Fortaleza, la necesidad de transformación de los cuidados actuales, apoyando la humanización del proceso, y reflejando un cuidado más natural y fisiológico.

A partir de la declaración de la OMS, se han puesto en marcha muchos proyectos para llevar a cabo, el cambio de paradigma ante la humanización de los cuidados interviniendo en el parto, en el momento adecuado sin sobrepasar su intervención, y centrando el protagonismo del momento en la madre.

La justificación de este estudio pretende recopilar la información actualizada bajo este movimiento, obteniendo los documentos sanitarios realizados hasta el momento, y comprobando si se basan o no en el cambio de percepción de los cuidados.

3. OBJETIVOS

General

Conocer y analizar qué guías de práctica clínica (GPC), protocolos, vías clínicas o documentos similares, existen actualmente, entorno al procedimiento de nacimiento y parto humanizado en países industrializados.

Específico

Valorar la necesidad de establecer unos cuidados específicos para un nacimiento o parto humanizado, en las guías de parto normal de todos los hospitales.

4. METODOLOGÍA

Diseño

Se optó por la tipología de revisión bibliográfica como diseño del trabajo. Se llevó a cabo a través de la revisión de la literatura publicada, acerca de los cuidados ante el parto humanizado, comprobando la existencia de guías de práctica clínica, protocolos, vías clínicas o documentos similares que los acopien.

Este trabajo es resultado de una revisión iniciada en septiembre de 2014 y finalizada en mayo de 2015. El orden de actividades realizadas queda reflejado en el cronograma adjunto (Ver Anexo 3).

Estrategia de búsqueda

Los estudios se identificaron principalmente a través de una búsqueda sistemática en las bases de datos más relevantes, accesibles desde la intranet de la Universidad Internacional de Cataluña, o de acceso público: MEDLINE (bajo la interfaz de PubMed), CINAHL, CUIDEN, ISI WEB OF KNOWLEDGE, COCHRANE.

Se diseñó una estrategia de búsqueda (Ver tabla 1) utilizando como palabras clave: Parto, Cuidado Humanizado, Guía práctica clínica, Protocolo y Vía clínica. Se buscaron sinónimos de dichas palabras mediante términos MeSH (Medical Subject Headings) y términos libres. Se utilizaron los siguientes términos MeSH: ‘Labor, obstetric’; ‘Pathway’; ‘Practice Guideline’; ‘Practice Guidelines as Topic’; ‘Practice Guideline [Publication Type]’ (Ver Anexo 4). El texto libre utilizado fue: Humanized care; Humanizing birth; Parto; Humanizado; Labor; Guías de Parto Humanizado; Vías clínicas; Protocolos Parto Humanizado. Estos términos fueron combinados junto con los términos booleanos y límites, hasta hallar la estrategia de búsqueda más adecuada a cada base de datos (Ver Anexo 5).

TABLA 1- Palabras clave

Palabras clave	
Cuidado humanizado, Parto, Protocolo y Guía práctica clínica	
MeSH (Medical Subject Headings)	Texto libre
<i>'Labor, obstetric'</i> <i>'Pathway'</i> <i>'Practice guideline'</i> <i>'Practice guideline as Topic'</i>	<i>'Humanized Care'</i> <i>'Humanizing birth'</i> <i>'Labor'</i>
Bases de datos	
Medline (bajo la interfaz de PubMed), Cinhal, Cuiden, Isi Web of Knowledge y Cochrane Library.	
Operadores Booleanos	
"AND" "OR"	
Límites	
1) <10 años 2) Guías de práctica clínica, vías clínicas o protocolos. 3) Idioma: Inglés; Castellano; Catalán.	

Se llevó a cabo una búsqueda manual de los últimos 10 años, en las bases u organizaciones nacionales e internacionales, de elaboración de GPC o Vías clínicas: NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence); GUIA SALUD SNS y JBI (Joanna Briggs Institute) (Ver Anexo 6)

Se revisaron también las referencias bibliográficas de los estudios incluidos.

Estrategia de selección

Se elaboró una estrategia de selección acorde al objetivo de estudio. La estrategia utilizada para la selección de los artículos fue a través de criterios de inclusión y exclusión.

El principal criterio de selección fue que tratarasen sobre el tema de estudio, incluyendo todos aquellos estudios que fueran iguales o posteriores al 2004, escritos en Inglés, Castellano o Catalán. Se excluyeron todos aquellos documentos que no fueran GPC, protocolos, vías clínicas o documentos similares, o no estuviesen disponibles a través de la biblioteca de la universidad (Ver Tabla 2).

TABLA 2- Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - ≥ 2004 - Inglés, castellano o catalán 	<ul style="list-style-type: none"> - Documentos que no se clasifiquen como: Guías de práctica clínica, vías clínicas o protocolos (practice guideline) - Aquellos artículos que no se puedan obtener a través de la biblioteca de la Universidad.

La estrategia de selección se aplicó a aquellos estudios encontrados como resultado de la búsqueda; primero por título, después por abstract y por último, se aplicó a través de la lectura del texto completo.

Estrategia de análisis

Se aplicó como estrategia de análisis, la clasificación de los artículos seleccionados, a través de una matriz prediseñada (Ver Anexo 7), en las siguientes categorías: fecha de publicación, tipo de publicación, autor principal, calidad de la publicación, lugar de publicación y título.

Aquellos artículos que podían clasificarse dentro de varias categorías, se optó por escoger como primaria la que mejor se ajustase. Se tuvo en cuenta, la emergencia de posibles nuevas categorías o reclasificación de las anteriores.

Consideraciones éticas

Respondiendo a la tipología del trabajo, que corresponde a la revisión de la literatura, no ha sido necesaria la aplicación de un comité de ética. No obstante, se ha comprobado que todos los resultados analizados, cumplen las consideraciones éticas de la investigación necesarias, según la tipología de estudio.

En todo momento, se han seguido las normas establecidas por la Universidad Internacional de Cataluña, así como las de Vancouver para la citación de las referencias bibliográficas. Por otro lado, se ha evitado el plagio de otros textos para la realización de esta revisión.

5. RESULTADOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

La búsqueda bibliográfica generó un total de 66 resultados de interés. No hubo duplicados, por lo que son 66, los documentos de interés. Tras aplicar la estrategia de selección, a través de los criterios de inclusión y exclusión, primero por título, después por abstract, y por último tras la lectura del texto completo, se identificaron un total de 19 resultados, los cuales fueron analizados (Ver Anexo 8). Tras la selección de los estudios, se procedió a clasificarlos dentro de las diferentes categorías establecidas en la matriz prediseñada (Ver Anexo 7).

De los 19 resultados obtenidos, tan solo 2 incluyen en el título, el término “Parto Humanizado”, centrandolo todo su contenido, en la práctica clínica de la humanización de los cuidados. Los 17 restantes, incluyen cuidados considerados durante el parto humanizado, pero no están destinados directamente a ello.

La primera clasificación de los resultados, fue según la tipología de los documentos obtenidos (Ver Gráfico 1), encontrando GPC, protocolos y otros documentos similares.

- GPC → Diez de los resultados obtenidos son GPC. Considerando así, el tipo de documento GPC como el predominante entre los resultados, al representar el 53% del total. Según el Institut of Medicine (IOM) [21] “las GPC son declaraciones que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones asistenciales alternativas”. Tres de las GPC comentadas contienen a su vez protocolos clínicos, sin embargo son consideradas tipo GPC.
- Protocolos → Tres de los resultados forman parte de la tipología de protocolos clínicos. Documentos diferentes a los anteriores pero con el mismo objetivo respecto a la intención de mejorar la práctica clínica de los profesionales de salud.
- Vía clínica → No se ha encontrado ningún resultado de este tipo.

- Otros → El resto de resultados son documentos similares a los anteriores, pero no definidos como GPC, vías clínicas o Protocolo. Encontrando entre los seis resultados: un documento de consenso entre profesionales creado por FAME, una lista de recomendaciones para un parto normal, y cuatro guías dirigidas a mujeres embarazadas, a futuros padres y así como sus acompañantes y familiares.

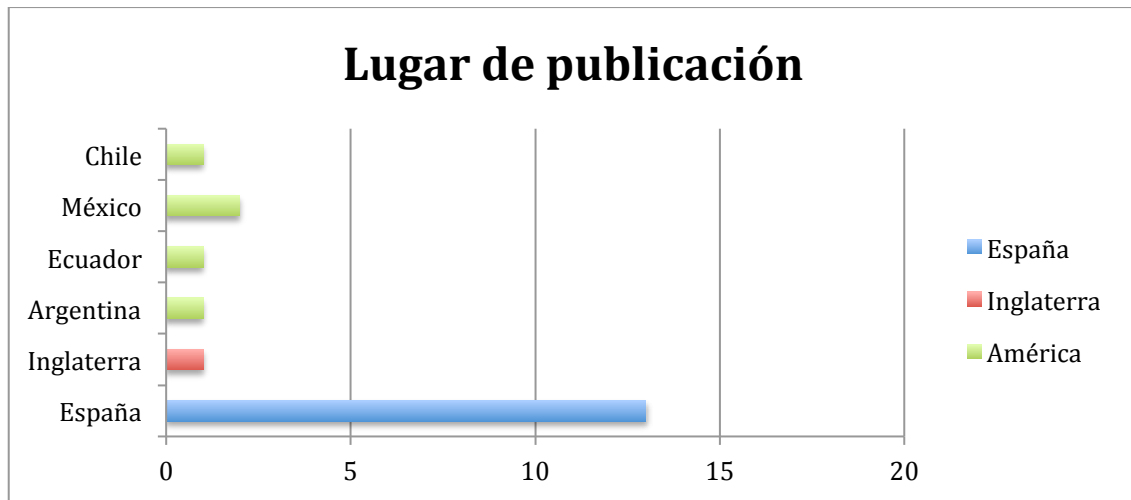
Respecto a las guías para padres, encontramos: dos guías informativas sobre la atención durante el parto normal y dos sobre la atención durante el parto humanizado. Una de las dirigidas al parto humanizado, está creada con el objetivo de informar, a los padres ante el nuevo tipo de parto ofrecido por el hospital la Zarzuela de Madrid, donde se ha elaborado un protocolo dirigido al Parto Humanizado.

GRÁFICO 1- Clasificación de resultados por tipo de documento



A nivel territorial (Ver Gráfico 2), España destaca como precursora de publicaciones que encajan en nuestro objetivo de estudio, representando el 68'4% del total de los resultados. Internacionalmente, tampoco debemos obviar la participación en el cuidado durante el parto de América, ya que entre los resultados obtenidos, aparecen documentos publicados en Argentina, Chile, Ecuador y México.

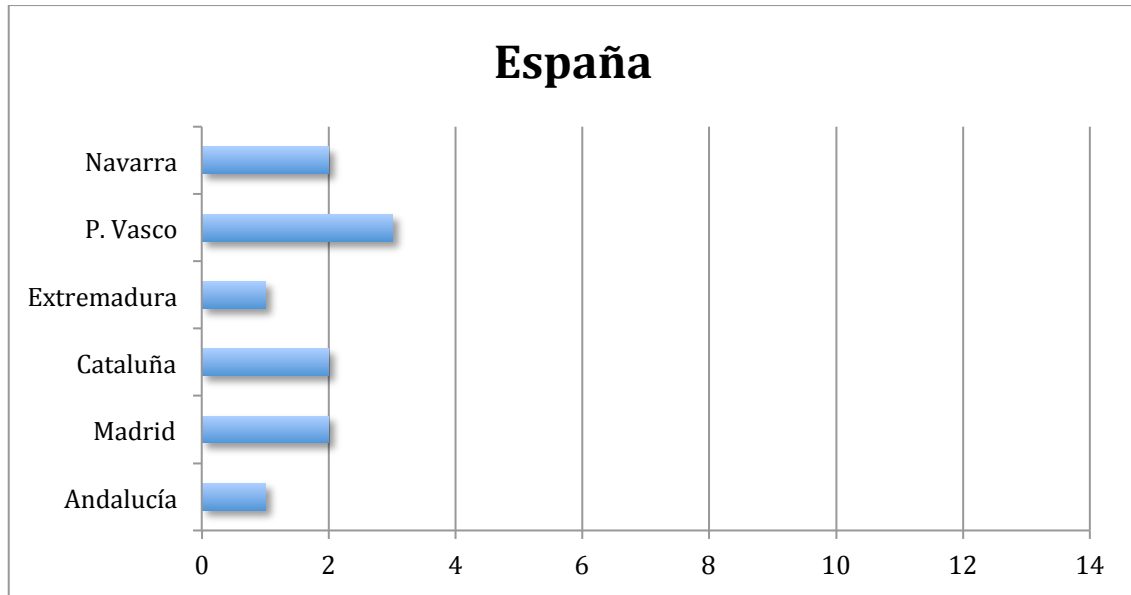
GRÁFICO 2- Clasificación de resultados por lugar de publicación



Respecto a la calidad de publicación, Gran Bretaña (Inglaterra) y España, son las zonas de mayor relevancia, en el desarrollo de GPC dirigidas a los cuidados durante el parto o nacimiento. Encontramos las GPC: “NICE: Intrapartum Care (2014)” y la “Estrategia de Atención al Parto Normal” del SNS (2008), considerándolas los resultados principales del estudio, referentes al parto normal. Dichas GPC tienen tanto peso ya que son las oficiales a nivel territorial, y son utilizadas para la elaboración personalizada de las GPC para cada ciudad en particular.

La GPC desarrollada por el SNS, es la publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) español y el Gobierno de España, como oficial en todo el país. A partir de ella, cada una de las comunidades autónomas, decide revisarla y personalizar los puntos que convengan más, según su situación e ideología. Entre los resultados obtenidos en España; Andalucía, País Vasco, Cataluña, Extremadura y Santander, han personalizado la guía (Ver Gráfico 3). A nivel más específico, algunos hospitales españoles, han desarrollado sus propias guías o protocolos. Incluyendo como resultado principal del estudio; la guía informativa sobre la realización, del protocolo de parto humanizado en el hospital Sanitas la Zarzuela de Madrid,.

GRÁFICO 3- Resultados en España por Comunidad Autónoma



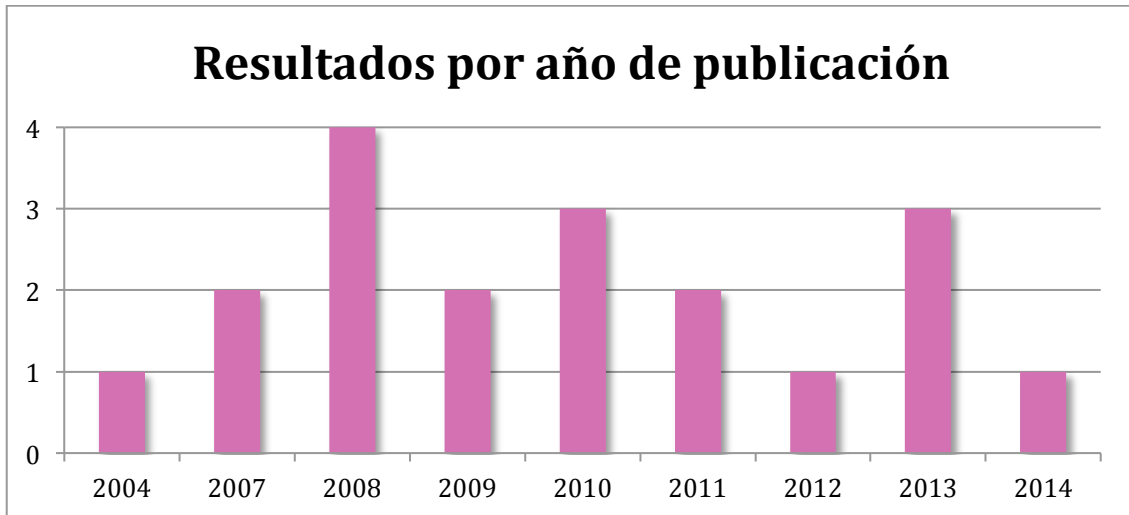
A nivel más internacional, destaca la GPC publicada por NICE, la cual es importante también a nivel español. El país vasco (2010) [22] desarrolló una GPC combinando la publicada por SNS (2008) comentada anteriormente, y la investigación de Oxford publicada en la GPC NICE de 2007, es decir, la anterior a la actualización obtenida en los resultados, siendo ésta de 2014.

Entre los resultados obtenidos, encontramos organismos de gran relevancia científica respecto al tema tratado en el estudio, valorando como importantes sus publicaciones. Hablamos de los organismos: FAME, SNS y SEGO a nivel español y NICE a nivel internacional. Esta última publica “Intrapartum Care” (2014) [23], para remplazar a la creada por NICE en 2007, por tanto, hablamos de la actualización de la guía con nuevos cuidados bajo la evidencia científica actual.

Los 19 resultados incluidos en el estudio, son actuales, ya que se incluyó tan solo los comprendidos entre 2004 y 2015, abundando los publicados en el año 2008, 2010 y 2013 (Ver Gráfico 4). El resultado más vigente es la GPC “NICE: Intrapartum Care” (2014). No obstante, cabe destacar que en estos últimos meses, se está llevando a cabo, un proyecto de actualización de la GPC más importante en España, "Estrategias de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud" de 2008. Está prevista su

publicación en junio de 2015, y en ella han desarrollado un apartado nuevo dirigido al Parto Humanizado.

GRÁFICO 4 – Clasificación de resultados por años de publicación



6. DISCUSIÓN

Los resultados muestran que, se está implementando la atención humanizada durante el parto y nacimiento en algunos hospitales, y otros contemplan estos mismos cuidados dentro de los de un parto normal.

Tras analizar los dos resultados principales, titulados directamente como el objetivo de estudio:

El Hospital Sanitas la Zarzuela de Madrid [24] publica una guía para padres, en la cual describe los diferentes tipos de parto, brindado especial importancia al parto humanizado. El hospital ofrece a las familias la posibilidad de tener un parto humanizado, ya que dispone de asistencia, equipo y conocimientos suficientes para llevarlo a cabo. Presta espacios adecuados para la atención durante el proceso de parto, dispone de medios adecuados para ofrecer una atención individualizada, asegura el bienestar materno-fetal durante el proceso y dispone de un espacio próximo que permite la atención en caso de complicaciones. Adjunto al manual viene el consentimiento informado, el cual recoge de manera muy detallada, las preferencias de la madre durante el parto.

Sanitas Hospitales [24] pone en marcha el protocolo de parto humanizado, con el fin de ofrecer una atención individualizada a cada mujer, y favorecer la mínima intervención durante el parto, siempre que la seguridad de madre e hijo estén garantizadas.

Ignacio Cristobal (Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Sanitas La Zarzuela) [25]: "Necesitamos conocer sus expectativas y preferencias para acompañarla en el proceso de parto, atender sus necesidades y respetar la forma en la que prefiere vivir el nacimiento de su bebé".

En segundo lugar, "Nueve lunas" es una organización civil de México, especializada en la promoción de la atención humanizada del parto y nacimiento. Esta organización promueve dicha atención, a través de campañas informativas, folletos, carteles, y con la publicación de una carpeta informativa titulada "Atención Humanizada del Parto y

Nacimiento” [26], la cual se analiza en el presente estudio. Se trata de un documento para padres, dirigido a la obtención de información sobre los cuidados del parto humanizado, argumentando a través de evidencias científicas, las recomendaciones de la OMS ante un parto normal.

En respuesta al objetivo general del estudio, actualmente sólo un hospital “El Hospital Sanitas la Zarzuela de Madrid”, ha desarrollado e implementado un protocolo asistencial dirigido únicamente a la atención del parto y nacimiento humanizado.

En respuesta al objetivo específico sobre la necesidad de incluir cuidados específicos de parto humanizado en las GPC actuales: observamos que en las guías actuales, están incluidas las recomendaciones de la OMS, estando muchas de ellas destinadas a los cuidados ante el parto humanizado, aunque no lo indiquen explícitamente. Siempre y cuando el parto sea de bajo riesgo y sin complicaciones, se deben cumplir las recomendaciones de la OMS para que el parto se desarrolle de la manera más fisiológicamente posible, volviendo a la naturaleza del proceso sin excedentes tecnologías [10].

La gran mayoría de los resultados obtenidos [22, 24, 26-36], contemplan la reunión de la OMS en Fortaleza, en la cual se declaró que el “Nacimiento no es una enfermedad”, o hacen referencia al uso excesivo de tecnologías durante el parto. Esta reflexión apoya indirectamente, el pensamiento de la necesidad de humanizar los cuidados durante el parto y el nacimiento.

En 1985, la OMS publicó un informe titulado “Appropriate technology for birth”, donde recoge 16 recomendaciones ante el parto normal [10]. Así mismo, podemos decir que dicho informe refleja la necesidad de cambio ante la atención al parto, considerándose las mismas, en los cuidados ante un parto humanizado.

En 1996, la OMS desarrolló una GPC para la “Atención al Parto Normal”, pero no ha sido introducida entre los resultados, ya que no está actualizada. No obstante, las recomendaciones de la OMS que incluye para un parto normal (Ver Anexo 9), aparecen

recogidas en todos los documentos de atención al parto actuales encontrados. Todas ellas han sido actualizadas y comprobadas bajo evidencia científica.

La industrialización y medicalización de la sociedad nos ha alejado de la naturaleza llevándonos a excesos de intervención que ponen en peligro la salud e integridad de las personas [27]. Hace unos años la gestación, el parto y el puerperio eran momentos íntimos de las mujeres, siendo ellas las protagonistas y dueñas del evento.

Con las nuevas tecnologías se han estandarizado los cuidados, dejando de lado la individualización de cada parto y actuando de manera rutinaria en todos por igual [22, 24, 26, 28, 29, 31-38].

La Asociación Europea de Matronas[31] afirma que la provisión de los cuidados de maternidad orientada al servicio en lugar de a la mujer, conduce a una medicalización innecesaria y a la subsiguiente morbilidad en el embarazo y parto.

Un documento dirigido principalmente a las acciones y estrategias hacia una maternidad segura, frente a la “Muerte Materna” (2009) [27], ofrece dos de sus apartados a la humanización del parto y nacimiento, como prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil.

No obstante, otros resultados indican que el aumento de tecnologías durante los últimos años, ha mejorado los resultados de salud perinatal [31], y afirman que ha logrado que la mortalidad materna sea muy baja [28].

Respecto a las intervenciones innecesarias durante el parto [22-24, 26-29, 31-37, 39], podemos valorar la no justificación del uso rutinario de: la episiotomía, rasuración púbica, la utilización de enemas preparto, la ruptura artificial de membranas, el sondaje vesical, el corte del cordón sin esperar a que deje de latir y la inducción del parto sin clara indicación médica. También destacan que, no hay pruebas científicas que demuestren que tras una cesárea esté indicado realizarse siempre otra en el próximo embarazo, sino que se debe favorecer un parto vaginal tras una cesárea.

Por otro lado, debemos tener en cuenta ante el parto humanizado, que la parte menos técnica del proceso, es decir, el trato humano con los futuros padres y el bebé es un

tema de vital importancia que a veces es obviado. Deben respetarse siempre los deseos y decisiones de los padres, haciéndolos partícipes en el momento del parto y centrando la atención en ellos, convirtiéndolos en los protagonistas de este momento tan especial para la vivencia familiar [22, 24, 26, 28-34, 36, 37]. Para ello, es necesario que los padres estén informados [22-24, 26-32, 34, 35, 37, 38] de las intervenciones, y de todos los tipos de parto que pueden llevarse a cabo para elegir el que más les guste, potenciando siempre el apoyo y acompañamiento de la mujer durante el proceso del parto.

El apoyo durante el parto es fundamental [22-24, 26-33, 35-37, 39, 40], ya que está comprobada su positiva efectividad disminuyendo el estrés materno-fetal y sus complicaciones asociadas, junto con una gran disminución del dolor y por tanto, el grado de analgésicos a administrar.

No obstante, se debe animar a la madre a deambular durante el inicio del proceso del parto, y debe tener libertad para colocarse en la posición en la que se encuentre más cómoda, sin ser necesaria la posición de litotomía [22-24, 26-33, 35-39, 41].

A partir del momento de la expulsión fetal, hay muchas intervenciones destinadas a la protección del establecimiento del núcleo materno-filial. Teniendo siempre presente que ningún procedimiento de observación del recién nacido, justifica la separación de la madre y el neonato sano, siempre que lo permita el estado de ambos [22-24, 26-39]. Si la madre desea realizar lactancia materna [22-24, 26, 28-39], ésta se instaura inmediatamente, durante la primera hora tras el nacimiento, e incluso en la sala de partos si es posible.

7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Son muchas las evidencias que muestran la necesidad de cambio en la atención al parto o nacimiento actual, la mayoría demuestran la importancia de la atención humanizada sobre la salud y el bienestar materno-infantil. Nuestro estudio lleva directamente a la obtención de información, sobre el nivel de implicación de los hospitales en dicho proyecto. Los documentos incluidos en la búsqueda de nuestro trabajo, son el factor que declara si los centros aplican la evidencia actual, respetando la declaración de la OMS sobre la necesidad de eliminación de tecnologías excesivas durante el parto.

Los resultados obtenidos demuestran la implementación progresiva en la práctica de algunos hospitales, respecto al cambio de paradigma en la atención durante el parto. No obstante, no es suficiente, ya que en muchos hospitales se sigue abusando de la no adecuada utilización de la tecnologías como demuestra la OMS en su última declaración en septiembre de 2014 [2].

8. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Este estudio marca la involucración de los hospitales, hoy en día, en un término que se declara como importante desde 1985. Plasma los documentos dirigidos directamente a la práctica, que inciden en la importancia del cambio en la atención. Por ello, este estudio favorecerá la comparación con estudios futuros, al observar el eje de progresión de los hospitales, referente a la implicación y realización nuevos documentos.

Y en aquellos centros donde existe la estandarización de los cuidados humanizados durante el parto o nacimiento, se deberían realizar futuros estudios para medir el grado de implementación de estos cuidados así como los resultados.

9. CONCLUSIÓN

El nacimiento es un acontecimiento único, que se vive una sola vez en la vida de cada persona. Ese es el proceso de transición al cambio de vida, es una ocasión esperada durante nueve meses, con ilusión y creación de expectativas de los padres, hermanos y familiares, deseando que llegue el momento de la nueva incorporación a la familia.

Muchos padres afirman que un hijo es “lo mejor que puede pasarte en la vida” y su nacimiento no se olvida nunca.

Por todo ello, los profesionales de salud dedicados a los cuidados durante el momento de parto o nacimiento, deben promover que el parto sea un momento único, especial, mágico y recordado con agrado y alegría por los padres. Esta es la ocasión en la cual enfermería debe ofrecer, los cuidados basados en las necesidades de los padres y en sus ilusiones, siempre que sea posible, dentro de los marcos de seguridad materno-infantiles.

Muchos profesionales de salud, caen inconscientemente en la rutina de llevar a cabo un parto como un acontecimiento más de su trabajo en el día a día, sin plantearse todo lo comentado anteriormente. No son conscientes de que las personas que acuden a un centro hospitalario en el momento del parto, no son enfermos como el resto de pacientes del hospital. Dichas personas, acuden con la idea de obtener seguridad durante el momento del nacimiento de su hijo. Necesitan que el bebé y la madre estén fuera de peligro, adquiriendo la seguridad de que profesionales de la salud controlarán y ayudarán durante el proceso, no lo realizarán ellos. Las funciones de la comadrona son intervenir cuando el parto no pueda desarrollarse por sí solo o haya alguna complicación o riesgo, y dar apoyo y seguridad a la madre y la familia.

En los últimos años, se ha pasado del parto como un momento fisiológico y natural, a un estado de complicación quirúrgica, en la cual se interviene más de lo debido causando complicaciones e iatrogenia.

Hoy en día, la realización de un parto normal no se lleva a cabo como un parto basado en la evidencia científica, y con ello me refiero a hechos como: ¿Porqué está tan presente la conocida “episiotomía de rutina”, es necesaria siempre que se realiza? ¿Porqué en muchos centros se lleva a cabo la maniobra de Kristeller, si las últimas evidencias demuestran que no es efectiva, sino que puede causar un riesgo tanto al feto como a la madre? ¿Se interviene siempre defendiendo la importancia de instaurar lo antes posible el núcleo materno-filial y la lactancia materna?

El problema es ¿Esto se hace así porque los profesionales no se reciclan y no conocen la nueva evidencia científica, o porque son conscientes de sus intervenciones innecesarias pero están acostumbrados e intervienen por inercia?

La creación del término “Parto Humanizado”, surge de la necesidad de desarrollar el “Parto Normal”, bajo evidencia científica. Aparece como una llamada de atención a la necesidad de actualización de los profesionales y la falta de empatía con las madres que acuden a los hospitales.

FAME afirma [31] que la demanda de un parto más humanizado, encuentra la resistencia de algunas matronas, bien porque en la práctica diaria de las matronas resulta difícil llevar a cabo las recomendaciones de la OMS, o porque no están habituadas a atender los partos sin ayuda rutinaria de la tecnología. Antes del cambio en la formación de las matronas en España, las profesionales recibían una formación enfocada a la asistencia de los partos de forma intervencionista, sin incluir la práctica clínica basada en la evidencia.

Por tanto, podemos decir que la tecnología excesiva durante el parto nace de la no actualización y, con ello, la no práctica de la MBE de los profesionales que atienden al parto, formados antes de mediados de la década de los años noventa.

Uno de los problemas asociados a la formación de los nuevos profesionales [31], es que las nuevas enfermeras residentes que se especializan en obstetricia y ginecología, son formadas por las antiguas matronas, las cuales proporcionan su conocimiento a través de su experiencia ante el parto intervencionista.

En conclusión, se empieza a apreciar la intención de cambio en los cuidados durante el parto en algunos lugares, pero todavía no se ha conseguido el cambio por completo. Las recomendaciones de la OMS no se siguen en todos los hospitales. Los centros sanitarios deberían formar y actualizar constantemente a sus profesionales, para poder ofrecer las mejores intervenciones en sus centros.

10. REFLEXIÓN PERSONAL

La realización del trabajo de final de grado (TFG), ha enriquecido mi conocimiento en todos los aspectos.

Por un lado, he tenido la oportunidad de aprender una parte de la enfermería muy importante, la parte investigadora. Antes de la realización de mi trabajo, creía que no me gustaba la investigación, pero he llegado a la conclusión de que el motivo era que desconocía como realizarla. El hecho de haber aprendido a utilizar bases de datos científicas y recopilar información de alto nivel científico, opino que me va a ayudar en el futuro para estar actualizada y formada en todo momento sobre las nuevas evidencias científicas, y con ello, poder desarrollar mi conocimiento como profesional.

Por otro lado, tuve la oportunidad de poder elegir un tema que me apasiona, y que a medida que he ido tratando con él, me ha ido interesando cada vez más. Me encanta la enfermería, pero en concreto la parte que me parece más interesante es la obstétrico-ginecológica. La realización del TFG sobre el parto, ha reafirmado mi decisión de dedicarme a esta parte de la profesión.

El nacimiento es un momento que vivimos todas las personas para llevar a cabo la ley de la vida. Se trata de una vivencia recordada por la familia durante muchos años, contando con que cada parto es especial por ser diferente al de los demás. Por ello, el profesional sanitario que interviene en el momento del nacimiento, debe mostrar empatía y conocer las necesidades y deseos de la familia para poder llevarlos a cabo de la mejor manera posible, y crear el ambiente de felicidad que proporciona a la familia la llegada de un nuevo miembro.

Todo el conocimiento teórico que he podido adquirir a través de la realización del trabajo, he tenido la oportunidad de verlo en la práctica. He realizado mis últimas prácticas de la carrera en sala de partos, y he comprobado que el problema de intervencionismo excesivo durante el parto es realmente existente.

Al observar el problema, decidí aprovechar la oportunidad para realizar unas entrevistas a las madres hospitalizadas en maternidad y valorar sus opiniones sobre la experiencia materna de hoy en día.

Entre los resultados que obtuve con las entrevistas, recopilé información relevante acerca de la investigación del TFG, centrándome en el cumplimiento de las recomendaciones actuales de la OMS: ninguna de las madres entrevistadas conocía el término “Parto Humanizado”, en ningún caso se inició la lactancia materna en sala de partos, aunque sí una hora posterior al parto aproximadamente, el porcentaje de cesáreas en los resultados obtenidos era del 70%, habiendo entre ellas una segunda cesárea programada por petición del médico, todas las madres recibieron apoyo familiar y acompañamiento durante el proceso y en todos los partos se practicó la episiotomía. Estos datos nos relevan que el cambio en la atención al parto, aun no está desarrollado en todos los hospitales.

En mi opinión, crear un parto más humano hará que la vivencia del parto, cambie tanto para las madres, como para los profesionales de salud.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- [1]. Rodríguez MIB. Aproximación a la Antropología de la Reproducción. AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana 2005(42):6.
- [2]. La OMS se pronuncia sobre la falta de respeto y maltrato en el parto: hay que erradicarlos [sede Web]*. Madrid: Bebés y más; 2014 [acceso 3 de Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/parto/la-oms-se-pronuncia-sobre-la-falta-de-respeto-y-el-maltrato-en-el-parto-hay-que-erradicarlos>
- [3]. Ban ki-Moon. The Millenium Development Goals Report [monografía en Internet]*. Nueva York: Naciones Unidas; 2014 [15 de Enero 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>
- [4]. Millenium Development Goals [sede Web]*. Nueva York: Unicef [acceso 15 de Enero 2015]. Goal: Reduce child mortality [2 pags]. Disponible en: http://www.unicef.org/mdg/index_childmortality.htm
- [5]. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Estrategia de Atención al Parto Normal del Servicio Cántabro de Salud; 2007.
- [6]. OMS. Having a baby in Europe, report on a study. Public Health Rev.1986; 14(3-4): 255-383
- [7]. Canales R. Estrategias para Disminuir la Mortalidad Materna en México [monografía en Internet]*. Estados Unidos Mexicanos: Salud Materna y Perinatal; 2009 [acceso el 9 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/RaymundoCanalesMEXICO.pdf>
- [8]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información Sanitaria. Estudio Piloto, Indicadores Clave, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- [9]. OMS. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2 (8.452): 436-7
- [10]. Declaración de Ceará. Humanización del parto. Brasil; 2002.
- [11]. Programa de líderes en salud internacional 2009. Los determinantes internacionales y nacionales en relación al objetivo 5 del milenio en México.

- Roberto Carrión Balderas. Disponible en: http://72.249.12.201/wordpress-mu/mexico/?page_id=31
- [12]. World Health Organization. Care in Normal Birth: a practical guide [monografía en internet]*. Ginebra: Department of reproductive health & research world health organization; 1996 [acceso 7 Noviembre 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1
- [13]. Federación de Asociaciones de Matronas de España: Definición de parto normal. Barcelona: FAME; 2006. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>
- [14]. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: SEGO; 2007. Disponible en: <http://www.sego.es>
- [15]. Arnau Sanchez J, Martinez Roche ME, Nicolas Viguera MD, Bas Pena E, Morales Lopez R, Alvarez Munarriz L. THE DESCRIPTION OF NORMAL, NATURAL AND HUMANIZED CHILD BIRTH. THE CASE OF THE REGION OF MURCIA (SPAIN). AIBR-REVISTA DE ANTROPOLOGIA IBEROAMERICANA 2012;7(2):225-247.
- [16]. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Ii M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. BMC Pregnancy Childbirth 2010 May 27;10:25-2393-10-25.
- [17]. Pincus J. Childbirth in a Technocratic Age: The Documentation of Women's Expectations and Experiences Elizabeth Soliday, Cambria Press, Amherst, New York, 2012, 244 pp. Birth 2013;40(2):150-151.
- [18]. Ihan. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [sede Web]*. Madrid: OMS, Unicef [2015; 20 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.ihan.es/>
- [19]. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Humanized care: a challenge for nursing in the hospitals services. Acta Paulista de Enfermagem 2007;20(4):499-503.
- [20]. Leininger MM, McFarland MR. Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory : Jones & Bartlett Learning; 2006.

- [21]. Fisterra.com, ¿Qué son y para Qué sirven las GPC? [sede web]*. La Coruña: Fisterra.com; 2003 [actualizada 01 de Abril de 2012; acceso 3 de Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/mas-sobre-guias/que-son-y-para-que-sirven-las-gpc/#productos>
- [22]. Quintana C, Rico R, Fernández I, Armendariz I, Etxeandia I. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [monografía en internet]*. San Sebastián: Eusko Jaurlaritzaren; 2010 [acceso 10 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
- [23]. Rajasingam D, Harding K. NICE's draft guideline on intrapartum care. BMJ BR MED J (CLIN RES ED) 2014;348:g4279-g4279.
- [24]. Sanitas Hospitales. Conoce todo lo importante sobre el parto humanizado [monografía en Internet]*. Madrid: Hospital Sanitas la Zarzuela; 2012 [acceso 5 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.sanitas.es/sanitas/wcm/idc/groups/public/@san/@san/@0/documents/binary/son128436.pdf>
- [25]. Infosalus.com [sede Web]*. Madrid: Europa Press; 2012 [3 de Mayo 2015; acceso 3 de Mayo 2015]. Sanitas Hospitales pone en marcha el parto humanizado que favorece la mínima intervención. [2 pags]. Disponible en: <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-empresas-sanitas-hospitales-pone-marcha-parto-humanizado-favorece-minima-intervencion-20120530163520.html>
- [26]. John D, Catherine T. Atención Humanizada del Parto y Nacimiento [monografía en Internet] *. México: Nueve Lunas; 2013 [acceso 20 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.nuevelunas.org.mx/PARTOHUMANIZADO.pdf>
- [27]. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura [monografía en Internet]*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009 [acceso 09 Enero 2015]. Disponible en: http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La_Muerte_Materna_2_Acciones_y_Estrategias_hacia_una_maternidad_Segura.pdf

- [28]. Infante A, Colomer C, Espiga I, Saiz I, Espinaco P, González A, et al. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD [monografía en Internet]*. Madrid: Sistema Nacional de Salud; 2008 [acceso 20 diciembre 2014]. Disponible en: http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/m_sanidad_-_estrategia_de_atencion_al_parto_normal_2007.pdf
- [29]. Quintana C, Rico R, Fernández I, Armendariz I, Etxeandia I. Guía de atención al Parto Normal [monografía en internet]*. San Sebastián: Eusko Jaurlaritzaren; 2010 [acceso 10 Enero 2015]. Disponible en: http://www.sergas.es/gal/muller/docs/guia_atencion_parto_mujeres.pdf
- [30]. Velasco MC, Herrera B, Costa D, Margaiz L, Seguranyes G, Oliver MI, et al. Guía para madres y pares. Iniciativa Parto Normal [monografía en Internet]*. Pamplona: Federación de Asociaciones de matronas de España (FAME); 2011 [acceso 10 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/896/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/949/filename/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
- [31]. Velasco MC, Herrera B, Costa D, Margaiz L, Seguranyes G, Oliver MI, et al. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso [monografía en Internet]*. Pamplona: Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME); 2008 [acceso 10 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- [32]. Uranga A, Urman J, Lomuto C, Martínez I, Juliana M, García O, et al. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia [monografía en Internet]*. Argentina: Área de Captación y Comunicación Social; 2004 [acceso 22 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/GuiaPartoNormal.pdf>
- [33]. Cano D. Asistencia del parto en casa [monografía en Internet]*. Barcelona: Colegio oficial de Enfermería de Barcelona; 2010 [acceso 25 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAS T.PDF>

- [34]. Aguayo J, Escalera C, García M^o del Mar, García R, Guerra C, Maroto G, et al. Buenas prácticas en atención perinatal: proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía [monografía en Internet]*. Andalucía: Consejería de Salud; 2008 [acceso 25 Febrero 2015]. Disponible en: http://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP_Atencion_Perinatal.pdf
- [35]. Antón S, Sanús R, Cararach V, Fernández M.R, Ferrer A, Español O, et al. Protocol per l'assistència natural al part normal [monografía en Internet]*. 1^o Edición. Barcelona: Departamento de Salud de Cataluña; 2007 [acceso 13 Enero 2015]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciudadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/s/salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/part2007.pdf
- [36]. Santos P, Al-Adib M. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL EN EL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD [monografía en Internet]*. 1^o Edición. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud; 2013 [acceso 15 Enero 2015]. Disponible en: http://saludextremadura.gobex.es/c/document_library/get_file?uuid=932e46ac-63cb-49fe-9f23-e85c8d84e029&groupId=19231
- [37]. Ramón de Miguel J. PROYECTO DE ASISTENCIA AL PARTO NORMAL CON MÍNIMA INTERVENCIÓN (PARTO NATURAL) [monografía en Internet]*. Santander: Hospital Universitario Marques de Valdecilla; 2007 [acceso 15 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20PARTO%20NATURAL%20HUMV.pdf>
- [38]. Agual R, Andre G, Arroba G, Astudillo F, Ayala M, Aysabucha M, et al. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado [monografía en Internet]*. Ecuador: Fuentes G, Calderón L, Pozo S; 2008 [acceso 20 Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/4.%20GuiaTecnicaParalaAtenciondelPartoCulturalmenteAdecuado.pdf>
- [39]. Longás H. Recomendaciones de la OMS ante un Parto Normal. El país. Lunes 25 de Marzo de 2013.

- [40]. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Analgesia del parto [monografía en Internet]*. España: Protocolos SEGO; 2008 [acceso 28 Febrero 2015]. Disponible en: http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_analgesia_parto_2008.pdf
- [41]. Cerda S, Urzúa A, Canessa E, Muñoz H, Clavero M, Burgos S, et al. Analgesia del parto [monografía en Internet]*. Chile: Gobierno de Chile; 2013 [acceso 23 Febrero 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222c0667859b8f8e04001011f016146.pdf>

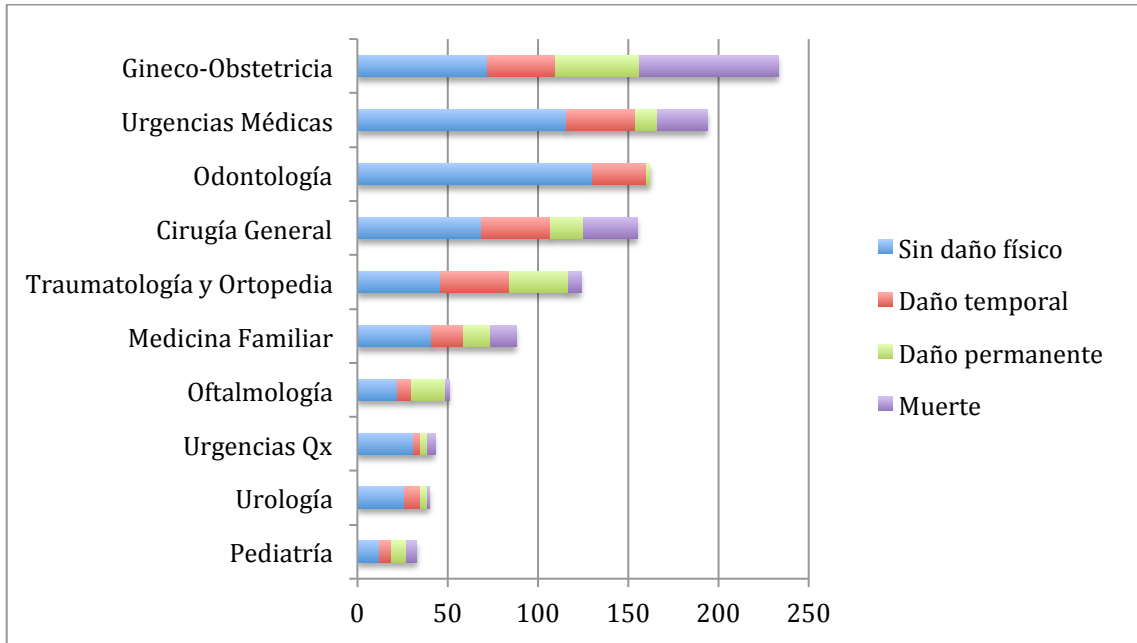
ANEXOS

ANEXO 1- Live Births (total) by month (last update 24/04/2014).

GEO/TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
European Union	5.157.177	5.178.852	5.284.100	5.323.425	5.469.434	5.412.572	5.411.129	5.266.157	5.231.177
European Union (excl. UK)	5.116.870	5.134.360	5.222.654	5.281.515	5.425.681	5.367.995	5.367.768	5.224.960	5.189.406
Euro area (1)	3.370.489	3.360.488	3.400.181	3.417.552	3.492.593	3.435.284	3.442.269	3.363.922	3.319.557
Euro area (1) (excl. UK)	3.349.938	3.338.609	3.377.310	3.393.594	3.468.196	3.413.240	3.422.488	3.345.097	3.299.660
Euro area (1) (excl. UK and Ireland)	3.335.946	3.324.259	3.362.433	3.377.819	3.452.168	3.397.477	3.406.663	3.330.418	3.285.604
Belgium	117.295	119.622	122.529	124.095	127.205	127.198	130.100	128.678	128.051
Bulgaria	69.886	71.075	73.978	75.349	77.712	80.956	75.513	70.846	69.121
Czech Republic	97.664	102.211	105.831	114.632	119.570	118.348	117.153	108.673	108.576
Denmark	64.609	64.282	64.984	64.082	65.038	62.818	63.411	58.996	57.916
Germany (incl. East Germany)	705.622	685.795	672.724	684.862	682.514	665.126	677.947	662.685	673.544
Germany (incl. East Germany) (excl. Berlin)	705.622	685.795	672.724	684.862	682.514	665.126	677.947	662.685	673.544
Estonia	13.992	14.350	14.877	15.775	16.028	15.763	15.825	14.679	14.056
Ireland	61.972	61.372	65.425	71.389	75.173	75.554	75.174	74.033	72.225
Greece	105.655	107.545	112.042	111.926	118.302	117.933	114.766	106.428	100.371
Spain	453.172	464.811	481.295	491.138	518.503	493.717	485.252	470.553	453.348
France	800.240	807.787	830.288	819.605	829.311	825.564	833.654	824.263	821.844
France (metropolitan)	767.816	774.355	796.896	785.985	796.044	793.420	802.224	792.996	790.290
Croatia	40.307	42.492	41.446	41.910	43.753	44.577	43.361	41.197	41.771
Italy	562.603	554.024	560.010	563.933	576.659	568.857	561.944	546.806	534.186
Cyprus	8.309	8.243	8.731	8.575	9.205	9.608	9.801	9.622	10.161
Latvia	20.551	21.879	22.871	23.958	24.397	22.044	19.781	18.825	19.897
Lithuania	29.769	29.510	29.606	30.020	31.536	32.165	30.676	30.268	30.459
Luxembourg	5.452	5.371	5.514	5.477	5.596	5.638	5.874	5.639	6.026
Hungary	95.137	97.496	99.871	97.613	99.149	96.442	90.335	88.049	90.269
Malta	3.887	3.858	3.779	3.785	4.013	4.029	3.898	4.165	4.130
Netherlands	194.007	187.910	185.057	181.336	184.634	184.915	184.397	180.060	175.959
Austria	78.968	78.190	77.914	76.250	77.752	76.344	78.742	78.109	78.952
Poland	356.131	364.383	374.244	387.873	414.499	417.589	413.300	388.416	386.257
Portugal	109.298	109.399	105.449	102.492	104.594	99.491	101.381	96.856	89.841
Romania	216.261	221.020	219.483	214.728	221.900	222.388	212.199	196.242	201.104
Slovenia	17.961	18.157	18.932	19.823	21.817	21.856	22.343	21.947	21.938
Slovakia	53.747	54.430	53.904	54.424	57.360	61.217	60.410	60.813	55.535
Finland	57.758	57.745	58.840	58.729	59.530	60.430	60.980	59.961	59.493
Sweden	100.928	101.346	105.913	107.421	109.301	111.801	115.641	111.770	113.177
United Kingdom	715.996	722.549	748.563	772.245	794.383	790.204	807.271	807.776	812.970
European Economic Area	5.218.734	5.238.269	5.327.421	5.386.795	5.535.116	5.479.811	5.477.807	5.331.264	5.296.322
European Economic Area (excl. UK)	5.178.427	5.195.777	5.285.975	5.344.885	5.491.383	5.435.234	5.434.446	5.290.067	5.254.551
European Free Trade Association	134.639	134.320	136.692	137.864	142.373	145.525	146.968	145.915	147.309
Iceland	4.234	4.280	4.415	4.560	4.835	5.026	4.907	4.492	4.533
Liechtenstein	372	381	361	351	350	406	329	395	357
Norway	56.951	56.756	58.545	58.459	60.497	61.807	61.442	60.220	60.255
Switzerland	73.082	72.903	73.371	74.494	76.691	78.286	80.290	80.808	82.164
Montenegro		7.352	7.531	7.834	8.258	8.642	7.418	7.215	7.459
Former Yugoslav Republic of Macedonia	23.361	22.482	22.585	22.688	22.945	23.684	24.296	22.770	23.568
Serbia	78.186	72.180	70.997	68.102	69.083	70.299	68.304	65.598	67.257
Turkey	1.360.000	1.361.000				1.263.289	1.238.970	1.241.412	1.279.864
Albania	43.022	39.612	34.229						
Andorra		828	843	826	875	838	828	793	737
Belarus		90.307	96.721	103.626	107.876	109.263		109.147	115.893
Bosnia and Herzegovina	34.167	34.627	34.033	33.835	34.176	34.550	33.528		
Kosovo (under UN administration)		37.218		33.112	34.399			27.626	
Moldova		37.695	37.587	37.973	39.018	40.803	40.474	39.182	39.435
Monaco		894							
Russia		1.457.376	1.479.637	1.610.122	1.713.947	1.761.687	1.788.948	1.796.629	
San Marino		284							292
Ukraine		426.086	460.368	472.657	510.589		497.689	502.595	520.705
Armenia		37.499	37.639	40.105	41.185	44.413			
Azerbaijan		141.901	148.946	151.963	152.086	152.139	165.643		174.469
Georgia		46.512	47.795	49.287	56.565	63.377	62.585	58.014	

Eurostat. Births (total) by month [base de datos en Internet]*. Comisión Europea; 1958, [actualizada 24/02/2014; acceso 02/12/2014]. Disponible en: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_fmmonth&lang=en

ANEXO 2- Diez especialidades con mayor evidencia de mala práctica, según gravedad del daño: México 2003-2007.



Fajardo G, Hernández F, Pérez JM, Bautista JV, Llanas JR, Aguilar MT. Síntesis de resultados estadísticos [monografía en Internet]*. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2009 [acceso 15 Noviembre 2014]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/sintesis_2009/sintesis_resultados_2009.pdf

ANEXO 3: Cronograma

FECHA	ACTIVIDAD
Septiembre 2014	Familiarización con el tema del trabajo a través de la búsqueda bibliográfica de información en todos los gestores y redacción de la introducción.
Octubre 2014	Redacción de los objetivos y justificación del trabajo e inicio de la búsqueda y redacción de metodología.
Noviembre 2014	Se continúa la búsqueda bibliográfica y se seleccionan los resultados finales del estudio.
Diciembre 2014	Lectura crítica de los resultados y clasificación resultados obtenidos.
Enero 2015	Lectura y comparación de resultados a modo resumen.
Febrero 2015	Comparación de los resultados y redacción de discusión y resultados.
Marzo 2015	Redacción de los resultados y elaboración de gráficos.
Abril 2015	Redacción del apartado de conclusiones y reflexión personal.
Mayo 2015	Últimas modificaciones del trabajo, entrega final del trabajo, realización del power point y preparación de la defensa oral.
Junio 2015	Defensa oral del Trabajo de Final de Grado.

ANEXO 4: Definición términos MESH utilizados en la búsqueda bibliográfica

TÉRMINOS MESH	DEFINICIONES PUBMED
Labor, Obstetric	<p>“The repetitive uterine contraction during childbirth which is associated with the progressive dilation of the uterine cervix (CERVIX UTERI). Successful labor results in the expulsion of the FETUS and PLACENTA. Obstetric labor can be spontaneous or induced (LABOR, INDUCED)”.</p> <p>Year introduced: 2003</p>
Practice Guideline [Publication Type]	<p>“Work consisting of a set of directions or principles to assist the health care practitioner with patient care decisions about appropriate diagnostic, therapeutic, or other clinical procedures for specific clinical circumstances. Practice guidelines may be developed by government agencies at any level, institutions, organizations such as professional societies or governing boards, or by the convening of expert panels. They can provide a foundation for assessing and evaluating the quality and effectiveness of health care in terms of measuring improved health, reduction of variation in services or procedures performed, and reduction of variation in outcomes of health care delivered”.</p> <p>Year introduced: 2008(1992)</p>
Practice Guidelines as Topic	<p>“Directions or principles presenting current or future rules of policy for assisting health care practitioners in patient care decisions regarding diagnosis, therapy, or related clinical circumstances. The guidelines may be developed by government agencies at any level, institutions, professional societies, governing boards, or by the convening of expert panels. The guidelines form a basis for the evaluation of all aspects of health care and delivery”.</p> <p>Year introduced: 2008(1993)</p>

MeSH Browser [base de datos en Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002- [acceso 22 de Febrero 2015]. Meta-analysis; unique ID D015201 [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

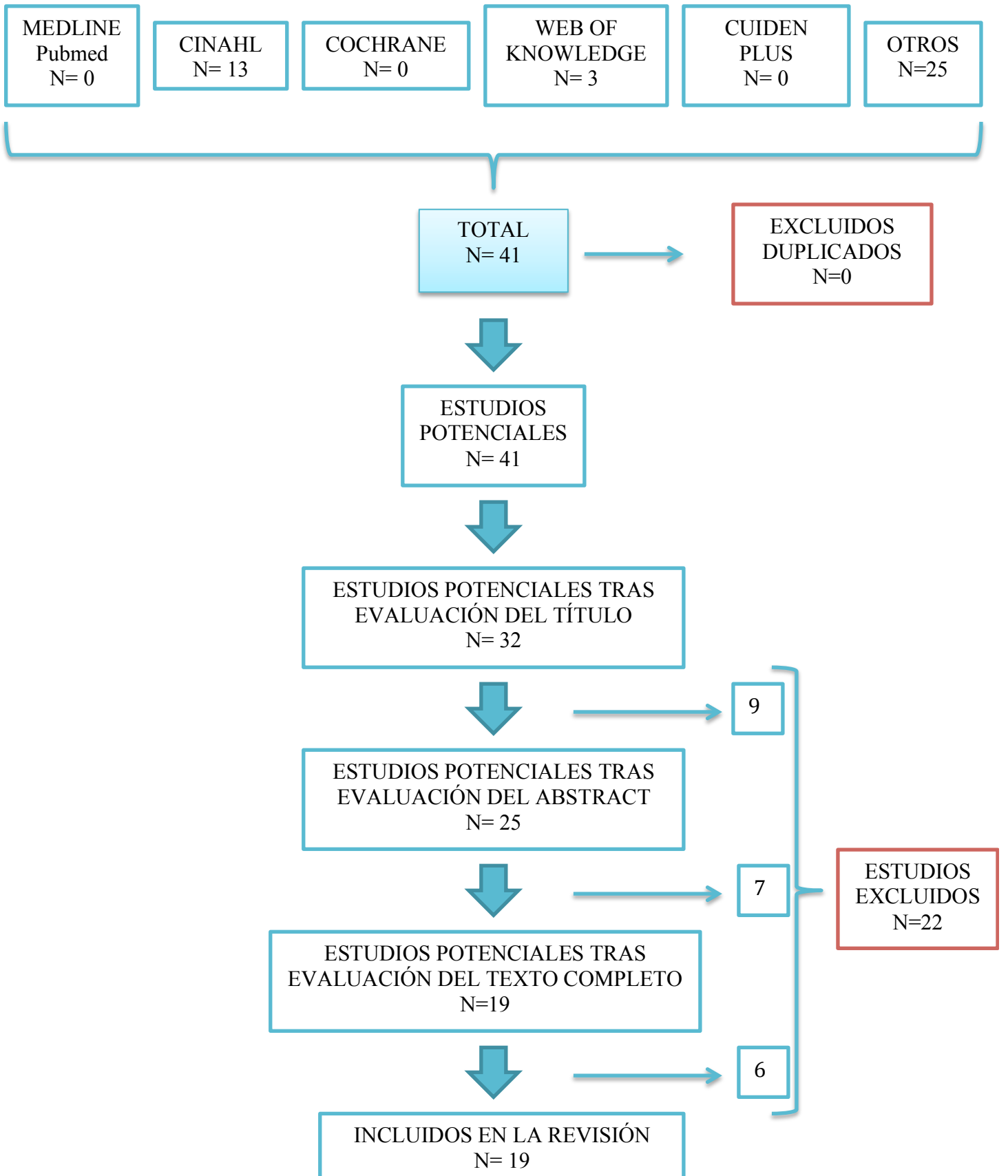
ANEXO 5- Estrategia de selección de los resultados obtenidos

BASES DE DATOS	DESCRIPTORES	TOTAL SIN INCL/EXCL	TOTAL CON INCL/EXCL
PUBMED	Humanized care AND Labor, obstetric AND Practice Guideline [Publication Type] AND Practice Guideline as Topic	0	0
CINAHL	Practice Guidelines AND Labor	15	13
COCHRANE	Practice Guidelines AND Labor, obstetrics	1	0
WEB OF KNOWLEDGE	Humanizing birth AND Practice guideline	3	3
CUIDEN PLUS	Parto Humanizado AND Guías de práctica clínica	0	0
OTROS	Guías parto humanizado Protocolos parto humanizado Parto humanizado	47	25
TOTAL		66	41

ANEXO 6- Bases de datos

BASE DE DATOS	DEFINICIÓN	ACCESO WEB
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	http://www.nice.org.uk/Guidance
GUIA SALUD	Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud	http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-practica-clinica
THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE LIBRARY	Base de datos para opiniones e informes de revisión sistemática	http://www.joannabriggslibrary.org/

ANEXO 8- Diagrama de flujo de resultados de revisión bibliográfica



ANEXO 9: Recomendaciones en un parto normal

Recomendaciones en un parto normal

1. Ingreso

<p>TÉCNICAS durante el parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ RECOMENDADA Por el Ministerio de Sanidad ✓ RECOMENDADA Pero con restricciones ✗ NO RECOMENDADA No de forma rutinaria, solo en situaciones excepcionales 	<p>VALORACIÓN de cada técnica según la evidencia científica:</p> <p>✓Pros ✗Contras</p> <p>CIFRAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ % de partos en que se ha usado la técnica (entre paréntesis, cifra ideal) 📄 % de protocolos hospitalarios cuya recomendación coincide con la del Ministerio
---	--

PLAN DE PARTO

La mujer tiene derecho a llevar un documento **que recoja sus preferencias** respecto al parto. Si son necesarios cambios, se le deben explicar y pedir consentimiento.



COMPañÍA

84,5%

Presencia de un acompañante de forma **ininterrumpida**

- ✓ Menos dolor
- ✓ Menos instrumentalización (fórceps y ventosas)
- ✓ Menos cesáreas
- ✓ Mayor satisfacción

BEBER LÍQUIDOS

71,8%

Recomendado siempre que la mujer quiera

- ✓ Hidratación

TACTOS VAGINALES

Palpado del cuello del útero para observar la evolución de la dilatación. Se recomienda hacer **los menos posibles** (cada cuatro horas).

- ✗ Molestos
- ✓ Útil para comprobar el avance del parto



RASURADO

84,5%

Afeitado del vello púbico

- ✗ Sin beneficios
- ✗ Molesto

ENEMA

78,6%

Tratamiento para evacuar el intestino. Recomendado solo si la mujer lo solicita.

- ✗ Sin beneficios
- ✗ Molesto

OXITOCINA

Inyección de hormona artificial para aumentar la fuerza y la frecuencia de las contracciones. Solo si el parto se estanca.

- ✗ Aumenta el dolor (más necesidad de analgesia)
- ✗ Dificulta la implantación de la lactancia materna

✓ Acelera el parto

⇒ 53,3% (5-10%)

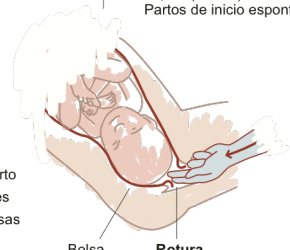
Partos de inicio espontáneo

ROTURA DE BOLSA

Rasgado artificial de la bolsa amniótica para acelerar el parto

- ✗ Mayor riesgo de infecciones
- ✗ Contracciones más dolorosas

⇒ 46,6%



Bolsa

Rotura

2. Dilatación

MONITORIZACIÓN

Medición de las constantes del bebé y las contracciones. **No se recomienda hacerlo de forma continua.**

- ✗ Molesta
- ✓ Se comprueba el bienestar fetal
- ✓ Es preferible la monitorización deambulatoria

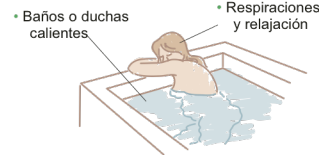


✗ Limita la movilidad

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Hay muchos métodos, que pueden combinarse, con menos contraindicaciones que la epidural

- Permitir **movilidad** (no obligar a acostarse en la cama)
- Inyección de agua estéril
- Óxido nítrico



• Baños o duchas calientes.



• Masajes

• Uso de pelotas de goma

📄 67,0%
Mencionan los tratamientos no farmacológicos del dolor



AMBIENTE ÍNTIMO

Se debe crear un ambiente **relajado**, con luces tenues, música suave, poca gente, sin gritos ni estrés

- ✓ Menos dolor
- ✓ Evolución más rápida

• Dejar **elegir la postura** que la mujer considere más cómoda

Algunas posturas adecuadas:



Almohada

Silla



De pie, apoyada en el acompañante

Pelota o borde de la cama



EPIDURAL

Analgesia de la parte inferior del cuerpo. Se recomienda **ofrecer antes otros métodos** de alivio del dolor.

- ✓ Forma más eficaz de combatir el dolor
- ✗ La mujer no nota cuándo tiene que empujar (pujos menos eficaces)

✗ Expulsivo más largo

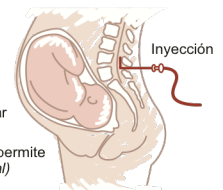
✗ Se asocia a mayor uso de instrumentos

✗ Hipertensión materna

✗ Sufrimiento fetal

✗ Problemas para implantar la lactancia materna

✓ Existe una epidural que permite caminar (*walking epidural*)



3. Expulsivo

POSTURA LIBRE 72,8%

La mujer debe poder **elegir la postura** con la que se sienta más cómoda

- ✓ Menos dolor y necesidad de analgesia
- ✓ Salida del feto más natural

Algunas posturas adecuadas:



LITOTOMÍA

La postura acostada, boca arriba, con las piernas en alto, es **poco adecuada** para el parto

- ✓ Cómoda para los sanitarios
- ✗ Más dolor y necesidad de analgesia
- ✗ El feto debe salir hacia arriba
- ✗ Llega menos sangre al feto (se presionan grandes vasos sanguíneos)

⇒ 87,4% (- del 30%)



MANIOBRA DE KRISTELLER

Presionar el vientre de la mujer para empujar al feto. Desaconsejada **siempre**

- ✗ Maniobra muy peligrosa
- ✗ Riesgo de hemorragia
- ✗ Riesgo de desgarro uterino y esterilidad
- ✗ Riesgo de cesárea de urgencia

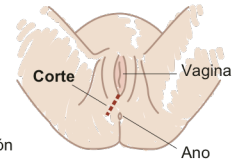
⇒ 26,1% (0%)

EPISIOTOMÍA

Corte para ampliar el canal del parto

- ✗ Dolorosa
- ✗ No evita desgarros
- ✗ Empeora la recuperación
- ✗ Puede tener **secuelas** a largo plazo:
 - Incontinencia urinaria
 - Dolor en las relaciones sexuales

⇒ 41,9% (- del 15%)



CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO

Desde el primer instante, de forma ininterrumpida durante al menos una hora. Los procedimientos rutinarios (pesado, vitamina K...) se deben posponer.

- ✓ Clave para favorecer la lactancia materna

⇒ 50,2% (+ del 80%)

Piel con piel, sin ropas

Ofrecerle el pecho en los primeros minutos de vida



PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN 63,1%

Hay que **esperar** unos minutos, a que deje de latir

- ✓ Se previenen anemias
- ✗ Incompatible con la donación de sangre de cordón