

AUTORES

Ana María Luces Lago <sup>1</sup>  
Lucía Mosquera Pan <sup>2</sup>  
Natalia Freire Barja <sup>3</sup>  
Daniel Pena Fernández <sup>4</sup>  
Eva Tizón Bouza <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Matrona. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

<sup>2</sup> Matrona. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo.

<sup>3</sup> Matrona. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

<sup>4</sup> Enfermero. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

<sup>5</sup> Enfermera. Doctora por a Universidade da Coruña. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ Eva Tizón Bouza.  
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.  
Avenida de la Residencia s/n.  
15405 Ferrol - A Coruña

☎ +34 981 334 576

@ eva.tizon.bouza@sergas.es

# HUMANIZACIÓN DEL PARTO: PRÁCTICAS RECOMENDADAS EN PARTOS DE BAJO RIESGO

## HUMANIZATION OF LABOUR: RECOMMENDED PRACTICES FOR LOW RISK LABOUR

### RESUMEN

#### Introducción

Describir la evidencia disponible sobre las prácticas clínicas llevadas a cabo en la atención al parto de bajo riesgo.

#### Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Dialnet Plus, Google Académico y CUIDEN. La búsqueda estuvo limitada a los artículos publicados durante los últimos 5 años, hasta finales de 2018. Se utilizaron los descriptores de salud: parto, parto humanizado, humanización de la atención, y sus respectivos Medical Subject Heading en inglés: delivery, obstetric, parturition, humanism

#### Resultados

Las recomendaciones actuales sobre las prácticas realizadas en partos de bajo riesgo son: el parto normal en hospital debe ser atendido por matronas, se debe facilitar el acompañamiento de la mujer y la adopción posiciones mejor toleradas durante la dilatación y el expulsivo, son preferibles las bebidas isotónicas al agua, deben limitarse los tactos vaginales, deben ofrecerse alternativas al manejo del dolor, manejo activo del alumbramiento, pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto precoz madre-recién nacido y fomento de la lactancia materna. Además, no debe realizarse de manera rutinaria el rasurado del periné, uso de enema, canalización de una vía venosa periférica, amniorrhexis ni perfusión de oxitocina, maniobra de Kristeller, episiotomía de rutina, monitorización fetal durante el parto

#### Conclusión

En la atención al parto normal de bajo riesgo es aconsejable la participación activa de la mujer en el proceso del parto, así como facilitar la información necesaria. La implementación de estas recomendaciones basadas en la evidencia podría mejorar la calidad de la asistencia, contribuyendo a su humanización.

### ABSTRACT

#### Introduction

To describe the available evidence on the practices carried out during low-risk labour.

#### Methods

A literature search was carried out in the next databases: PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Dialnet Plus, Google Academic and CUIDEN. The search was limited to the articles published during the last 5 years and was carried out until August 2018. The next Medical Subject Heading in Spanish and English were used: delivery, obstetric, parturition, humanism.

#### Results

The current recommendations on practices performed during low-risk labour are: normal labour attended in hospital should be assisted by midwives, the accompaniment of women should be facilitated as well as the adoption of preferred positions during dilation and delivery, isotonic drinks are preferable than water, vaginal examinations should be limited, women should be offered alternatives to pain management, it is recommended the active management of the third stage, delayed clamping of the umbilical cord, early mother-infant contact and promotion of breastfeeding. In addition, shaving of the perineum, use of enema, peripheral venous canalization, amniorrhexis, oxytocin perfusion, Kristeller maneuver, routine episiotomy or continuous fetal monitoring during labour should not be routinely performed.

#### Conclusion

In low-risk labour, it is advisable for women to be actively involved in the process, necessary information should be provided. The implementation of these evidence-based recommendations could improve the quality of care, contributing to the humanization of labour.

### PALABRAS CLAVE

parto, parto normal, parto humanizado, dolor de parto, partería, enfermeras

### KEYWORDS

parturition, natural childbirth, humanizing delivery, labor pain, midwifery, nursing.

### INTRODUCCIÓN

En España, en la primera mitad del siglo XX, el parto comenzó a asistirse masivamente en hospitales, basándose en la mejora de la seguridad y de los resultados obstétricos<sup>1-3</sup>. Las

elevadas tasas de mortalidad materno-fetal y de infección en ese momento, propiciaron el que se legitimase la medicalización de todos los procesos asistenciales, incluso aquellos fisiológicos como es el parto normal<sup>4,5</sup>.

Técnicas como la infusión de oxitocina sintética, la episiotomía o la monitorización interna del feto, eran justificadas en un intento de evitar el sufrimiento fetal intraparto y sus secuelas neurológicas. Con el tiempo, estas prácticas se convirtieron en habituales y rutinarias, llegando a centrarse más en las necesidades de los profesionales, que en las de las parturientas y sus familias<sup>1-6</sup>. Se consideró a la gestante como una mujer enferma que requería control y asistencia médica, produciéndose paralelamente un proceso de deshumanización, sobre todo, en partos de bajo riesgo<sup>2,7</sup>.

La evidencia más reciente ha demostrado que muchas de las prácticas que antes eran fundamentales, hoy en día se consideran innecesarias<sup>1,2,7</sup>, o incluso están desaconsejadas por la evidencia científica<sup>7,8</sup>, a pesar de haber conseguido disminuir la morbimortalidad neonatal y materna<sup>4,9</sup>, no se focaliza en la necesidad de humanización de los partos de bajo riesgo, sino en aspectos puramente biológicos.

Con la atención y apoyo adecuados, la mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos sin poner en riesgo la seguridad del proceso<sup>5</sup>.

La humanización del parto implica que los servicios de maternidad basen su actuación en la evidencia científica, independientemente de la necesidad o no de emplear tecnología; sin embargo, la bibliografía actual profundiza más en las técnicas que en la perspectiva de la parturienta como ser humano<sup>2,7</sup>.

El objetivo del presente artículo, como apoyo para el logro de esta humanización, es describir la evidencia disponible sobre las prácticas clínicas llevadas a cabo en la atención al parto de bajo riesgo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de artículos relacionados con el objetivo en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Dialnet Plus, Google Académico y CUIDEN Cantárida. Se consultaron también documentos de organizaciones y sociedades científicas encontradas a través de la web Guiassalud.es, como la Fede-

**TABLA 1.**  
NIVELES DE EVIDENCIA DE LA SIGN<sup>10</sup>

1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

**TABLA 2.**  
GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE LA SIGN<sup>10</sup>

A	Al menos un Metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

ración de Asociaciones de Matronas de España (FAME).

Para la medición de los niveles de evidencia científica y los grados de recomendación de la misma, se ha seguido la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Tablas 1 y 2)<sup>10</sup>.

La búsqueda se limitó a los artículos publicados durante los últimos cinco años (realizada hasta agosto de 2018), y fue posteriormente contrastada con las publicaciones afines a la temática de estudio, seleccionando aquellos de mayor calidad metodológica y pertinencia. Para realizarla se utilizaron los siguientes descriptores de salud (DeCS): parto, parto humanizado, humanización de la atención, y sus respectivos Medical Subject Heading (MeSH) en inglés: delivery, obstetric, parturition, humanism. (Tabla 3).

## RESULTADOS

Se exponen las recomendaciones actuales sobre las prácticas llevadas a cabo durante los partos de bajo riesgo:

**Atención profesional durante el parto:** Se aconseja que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad (Grado de recomendación A)<sup>5</sup>. La atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios, sin efectos adversos, que otros modelos médicos o de atención compartida: disminuye la utilización de analgesia loco-regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una mayor sensación de control y una mayor probabilidad de ser atendidas por matronas conocidas. Además, se relaciona con una mayor tasa de inicio de la lactancia materna. Las tasas de muerte fetal y neonatal son similares en los diferentes modelos de atención. Además, la satisfacción materna parece ser mayor<sup>5,11</sup> (Nivel de evidencia 1+).

**Acompañamiento durante el parto:** se debe facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por

**TABLA 3.**  
**CRITERIOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Base de datos	Criterios de búsqueda
Biblioteca Cochrane	Búsqueda con criterio "parto" de los últimos 5 años
Dialnet	Criterios de búsqueda: parto AND humanización
Años de búsqueda: últimos 5 años	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
Tipo estudio: artículos de revisión, artículos originales y tesis doctorales	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
Cuiden	Criterios de búsqueda: parto AND humanización  Años de búsqueda: últimos 5 años  Tipo de estudio: artículos originales de metodología cuantitativa
Pubmed	"Humanism"[Mesh] AND ("delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields] OR "delivery"[All Fields]) AND ((systematic[sb] OR Review[ptyp] OR Research Support, Non U S Gov t[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Clinical Trial[ptyp]) AND "2008/01/13"[PDat] : "2018/01/09"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])  (("parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "obstetric delivery"[All Fields]) AND ("humanism"[MeSH Terms] OR "humanism"[All Fields]) AND ("2013/01/11"[PDat] : "2018/01/09"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])
Google Académico	Criterios de búsqueda: "parto" y "humanización"  Tipos de estudio: artículos de revisión y artículos originales  Últimos 5 años

la persona de su elección (Grado de recomendación A)<sup>5,12,13</sup>. Por ello, se debe alentar a las mujeres a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido y proponer una política institucional que lo permita<sup>4,14</sup>. La presencia de un acompañante que proporcione apoyo a la mujer durante el parto parece tener efectos beneficiosos a nivel psicológico y médico<sup>13</sup>. Una revisión Cochrane asocia la figura del acompañante a la disminución del estrés y del dolor, así como, a un menor uso de analgesia farmacológica<sup>15</sup>.

**Rasurado del periné:** No se recomienda la realización sistemática del rasurado perineal en mujeres en trabajo de parto<sup>4,5,12,14</sup> (Recomendación de buena práctica clínica)<sup>5</sup>. No existen pruebas suficientes sobre la efectividad del rasurado perineal sistemático al ingreso a la unidad de partos en cuanto a resultados neonatales. Sin embargo, se observó una menor colonización bacteriana Gram negativa en mujeres a las que no se le realizó el rasurado (Nivel de evidencia 1)<sup>5</sup>.

**Uso de enema:** Se recomienda no utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto (Grado de recomendación A), ya que la utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía, ni tampoco mejora la satisfacción materna<sup>4,5,12,14</sup>. Es poco probable que su uso proporcione beneficios materno-fetales (Nivel de evidencia 1+)<sup>5,15</sup>.

**Canalización de una vía venosa periférica:** Como recomendación de buena práctica clínica, no es necesario insertar una vía venosa periférica profiláctica de rutina<sup>4</sup>. Se recomienda asegurar un acceso por vía intravenosa antes de comenzar la analgesia neuroaxial<sup>5</sup>.

**Posiciones durante la dilatación:** Se debe animar y ayudar a las mujeres a que adopten cualquier tipo de posición a lo largo del periodo de dilatación, hasta encontrar aquella en la que puedan tolerar mejor las molestias y se sientan más cómodas (Grado de Recomendación A). Incluso en aquellas mujeres que utilizan analgesia epidural, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo,

se debe facilitar la movilización si así lo desean<sup>5,12,16</sup>.

**Ingesta durante el parto:** La cetosis se podría prevenir con ingestas calóricas relativamente pequeñas suministradas mediante bebidas isotónicas (Nivel de evidencia 1+)<sup>5,12,15</sup>. Por ello, con un grado de recomendación A, se debe informar a las mujeres de que las bebidas isotónicas son preferibles a la ingesta de agua<sup>5</sup>. La ingesta de líquidos claros durante el parto no influye sobre la evolución del mismo, su duración, empleo de oxitocina o tipo de parto, ni sobre los resultados neonatales. Además, se considera que mejora el confort y la satisfacción materna, aparte de no incrementar las complicaciones maternas (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>.

En lo referente a la ingesta de sólidos, no se ha encontrado que influya en los resultados obstétricos ni en los neonatales. Los estudios no tienen la suficiente potencia como para poder evaluar la seguridad materna frente a eventos y complicaciones graves y extremadamente raras como el síndrome de Mendelson (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>.

**Monitorización fetal:** Tanto la Monitorización Electrónica Fetal Continua (MEFC), como la Monitorización Electrónica Fetal Intermitente (MEFI) acompañada de Auscultación Intermitente (AI) son métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto (Grado de recomendación A)<sup>5,15</sup>. La monitorización continua durante el trabajo de parto parece estar asociada con un aumento de las cesáreas y partos instrumentales<sup>17</sup>.

**Tactos vaginales:** El riesgo de infección se incrementa con el número de tactos vaginales realizados. Además, el número de exploraciones vaginales en el manejo de la primera etapa del parto tras la rotura prematura de membranas, es el factor independiente más importante para producir una infección materna y/o neonatal (Nivel de evidencia 2+)<sup>5</sup>. Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles es una recomendación de buena práctica clínica<sup>14</sup>. Por ello, se aconseja, antes de practicar un tacto vaginal, confirmar que éste es realmente necesario y ser consciente de que el tacto vaginal es una explora-

ción molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección. Así mismo, se debe garantizar la privacidad, comodidad y dignidad de la mujer; explicándole el motivo por el que se realiza y los hallazgos encontrados.

**Manejo del dolor:** Con un grado de recomendación B, se aconseja satisfacer en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto<sup>5</sup>. Se debe informar previamente y ofrecer a las mujeres diferentes métodos para el alivio del dolor<sup>4, 14</sup>. Se ha descrito también como la utilización del agua caliente a no más de 37,5°C reduce de forma estadísticamente significativa el uso de analgesia epidural durante el periodo de dilatación sin efectos adversos en cuanto a la duración del trabajo de parto, por producir vasodilatación sanguínea que conlleva a un mejor drenaje linfático y venoso, factores que influyen activamente en el edema<sup>17-20</sup>.

**Amniorrexis y perfusión de oxitocina:** Si se compara la amniorrexis de rutina y el uso de oxitocina frente a un manejo más conservador de la primera etapa del parto, no se observan diferencias en cuanto al uso de epidural, la duración del parto, o resultados neonatales (Nivel de evidencia 1+)<sup>5,12,15</sup>. Por lo que, con un grado de recomendación A, se aconseja no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal<sup>4,5,14,17</sup>.

**Posición durante el periodo expulsivo:** Con un grado de recomendación A, durante el expulsivo se debe recomendar a las mujeres que adopten la posición que les sea más cómoda<sup>5,18</sup>. Las posiciones verticales o laterales, comparadas con la supina o litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa del parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomía, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal. Cabe mencionar, que estas posiciones, también se asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado y mayor número de hemorragias posparto de más de 500 ml (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>. En mujeres con analgesia epidural, se observa una re-

ducción de la duración del periodo expulsivo en las posiciones verticales (de pie, caminando, de rodillas o sentada a más de 60 grados de la horizontal) frente a la posición supina durante la segunda etapa del parto (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>.

**Maniobra de Kristeller:** La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su guía clínica de atención al parto normal, aconseja con un grado de recomendación A, no realizar esta maniobra. Existe evidencia de que esta maniobra es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del parto (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>. Además, algunos estudios apuntan a que dicha maniobra podría ser un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal<sup>5</sup>.

**Episiotomía:** No debe practicarse la episiotomía de rutina en el parto espontáneo, ni siquiera en aquellos casos de mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos vaginales anteriores (Grado de Recomendación A)<sup>4,5,14</sup>. Existe alta evidencia de que la utilización rutinaria de la episiotomía comparada con la práctica restrictiva, no mejora los resultados a corto y largo plazo de las mujeres (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>. La práctica restrictiva frente a la sistemática, incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al alta (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>.

**Manejo activo del alumbramiento:** Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con un grado de recomendación A<sup>5</sup>. Existe un buen nivel de evidencia para afirmar que el manejo activo de la tercera fase del parto disminuye el riesgo de hemorragia posparto, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto (Nivel de evidencia 1+)<sup>5,21</sup>.

**Pinzamiento del cordón umbilical:** Existe evidencia que indica que el pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos a término, al menos durante los dos primeros minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y mejora los niveles de hierro en neonatos (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>,

por lo que con un grado de recomendación A, se aconseja el pinzamiento tardío del cordón umbilical<sup>4,5,14</sup>. Con un grado de recomendación B, se cree conveniente el pinzamiento del cordón a partir del segundo minuto o tras el cese del latido de cordón umbilical<sup>5,21</sup>.

En el grupo con pinzamiento temprano se observó un menor número de neonatos con ictericia, medido por la necesidad de fototerapia (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>. Aunque exista un aumento de neonatos con policitemia entre el grupo del pinzamiento tardío, este hecho parece ser benigno (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>.

**Contacto precoz madre-recién nacido y lactancia:** Con un grado de recomendación A, se aconseja a las mujeres que mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento, evitando la separación de éstas con su hijos durante la primera hora de vida<sup>5</sup> y hasta que haya finalizado la primera toma (recomendación de buena práctica clínica)<sup>4,5</sup>. Las prácticas como la administración de vitamina K, la profilaxis ocular, la determinación del peso, etc., deben posponerse hasta que termine el contacto piel con piel, siempre bajo permiso y supervisión de los padres<sup>4,5,14</sup>. Con recomendación de grado A se aconseja que el inicio de la lactancia materna sea alentado lo antes posible después del naci-



**DURANTE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EL PARTO Y EL NACIMIENTO HAN SIDO OBJETO DE UNA CRECIENTE MEDICALIZACIÓN**


miento, preferiblemente dentro de la primera hora<sup>5</sup>. Así mismo, se recomienda que la realización de los cuidados que se le deban aplicar al recién nacido se lleven a cabo sobre el vientre materno o se realicen pasados los primeros 50 minutos, ya que este hecho aumenta en 8 veces la probabilidad de realizar una toma espontánea<sup>17</sup>. El contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>.

**Cuidados del recién nacido:** Los recién nacidos a los que no se les ha realizado aspiración presentan una frecuencia cardíaca menor a los 3-6

minutos, un menor tiempo máximo para obtener niveles de saturación de oxígeno mayores a 92% y mejores resultados en el Apgar a los 5 minutos (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>. Por ello, con un grado de recomendación A, no se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea del recién nacido<sup>5</sup>. Tampoco se aconseja, como recomendación de buena práctica clínica, realizar la introducción sistemática de una sonda nasogástrica o rectal para descartar atresias en el recién nacido sano<sup>5</sup>. Estas prácticas no son necesarias, y no están exentas de riesgo<sup>4,14</sup>. Otra recomendación de grado B, aconseja la realización de la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria al RN, ya que ésta reduce de forma drástica la incidencia de

oftalmía gonocócica y ceguera, aunque para la infección por chlamydia, no es concluyente (Nivel de evidencia 2+)<sup>5</sup>. No obstante, una recomendación de buena práctica clínica expone que el tiempo de realización de esta técnica puede ampliarse hasta las 4 horas tras el nacimiento<sup>5</sup>.

Se recomienda administrar la vitamina K en dosis única por vía intramuscular (1 mg) (Nivel de evidencia 1+)<sup>5</sup>. Una recomendación de práctica clínica expone que si los padres rechazan la vía intramuscular, puede ofertarse la vía oral como segunda opción terapéutica, informándoles de que requerirá dosis de 2 mg al nacer, a la semana y al mes. En caso de lactancia materna exclusiva, se administrarán dosis adicionales<sup>5</sup>.



## ES RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS EL IMPLEMENTAR PROTOCOLOS EN LAS UNIDADES DE OBSTETRICIA QUE RECOJAN PRÁCTICAS BASADAS EN LA MEJOR EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE

### DISCUSIÓN

Durante las últimas décadas el parto y el nacimiento han sido objeto de una creciente medicalización. El número de controles e intervenciones aplicadas a las mujeres y a sus recién nacidos sanos se han incrementado progresivamente, llegando a un nivel desaconsejado por la evidencia científica y los conocimientos actuales disponibles<sup>4,5,14,15,18</sup>.

El desarrollo de estas prácticas perjudiciales para el proceso de parto se justifica en la perpetuación de modelos inadecuados y la facilitación de la asistencia durante el parto<sup>7</sup>.

Es aconsejable la participación activa de la mujer en el proceso del parto. Esto implica informar a las mujeres y a sus familias para que conozcan en profundidad el periodo reproductivo por el que atraviesan y puedan involucrarse activamente en los cuidados que reciben [4, 18]. La información impartida por el profesional sanitario debe ser adecuada, suficiente y en el momento oportuno<sup>3,4</sup>, para que la mujer pueda tomar una decisión u otra, respetan-

do lo que ésta decida sin repudiar sus decisiones ni negarle la libertad para actuar<sup>3,5</sup>. Esta información debe estar basada en la evidencia científica disponible y debe tratar sobre la efectividad, los beneficios y los riesgos de las diferentes opciones<sup>3,14,17,18</sup>. Con la información adecuada, las usuarias adquieren autonomía, poseen expectativas más realistas y disminuye el nivel de indecisión en el momento de elegir entre las diferentes opciones, empoderando así a las mujeres durante este periodo de su ciclo vital<sup>3,4</sup>.

Es responsabilidad de las instituciones sanitarias el implementar protocolos en las unidades de obstetricia que recojan prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible. En el presente artículo hemos presentado recomendaciones cuya implementación podría mejorar la calidad de la asistencia prestada a las mujeres durante el proceso del parto de bajo riesgo, contribuyendo a la humanización de éste. Con ello, esperamos ofrecer tanto a las mujeres como al personal sanitario, una herramienta para facilitar la toma de decisiones y para mejorar el cuidado.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Santacruz Martín B. Parto a la carta. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 [citado 10 Abr 2018]; 14 (55): 193-4. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012000400001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000400001&lng=es).
2. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión* [Internet]. 2013 [citado 11 Abr 2018]; 14 (2): 62-6. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>
3. Ramírez Carmona C, Arroyo Rodríguez A, López Alonso SR. Actualización bioética en la toma de decisiones de la mujer gestante. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2013 [citado 11 Abr 2018]; 6 (11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et9346.php>
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008 [citado 16 Abr 2018]. Disponible en: [www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf](http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf)
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. 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 (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.
6. Goberna Tricas J, Giménez Segura MC, Grupo MATER. Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2013 [citado 11 Abr 2018]; 19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/0980.php>
7. De Franco Carvalho VF, da Costa Kerber NP, Busanello J, Goulart Gonçalves B, da Fonseca Rodrigues E, Pinho de Azambuja E. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 [citado 11 Abr 2018]; 46 (1): 30-7. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100004&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100004&lng=es).
8. Paniagua Urbano JA, Fernández Ruiz VE. ¿Es maltratada la mujer durante el parto?: Ensayo sobre la Humanización del Nacimiento. *Ética de los Cuidados* [Internet]. 2013 [citado 15 Abr 2018]; 6 (12). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n12/et9187.php>
9. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHEM. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev. esc. enferm USP* [Internet]. 2011 [citado 10 Abr 2018]; 45 (3): 557-65. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=en).
10. Harbour R, Miller J, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* [Internet] 2001 [citado 7 Abril 2018]; 323: 334-6. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/323/7308/334>
11. Knappe N, Mayer H, Schnepf W, Zu Sayn-Wittgenstein F. The association between attendance of midwives and workload of midwives with the mode of birth: secondary analyses in the German healthcare system. *BMC pregnancy and childbirth* [Internet]. 2014 [citado 30 Marzo 2018]; 14 (1): 300. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/300>
12. Funai E, Norwitz E. Management of normal labor and delivery. *UpToDate* [Internet]. 2014 [citado 23 Abr 2018]. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?source=search\\_result&search=parto+normal&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery?source=search_result&search=parto+normal&selectedTitle=1%7E150)
13. Lothian J. Preparation for labor and childbirth. *UpToDate* [Internet]. 2013 [citado 25 Abr 2018]. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/preparation-for-labor-and-childbirth?source=search\\_result&search=Preparation+for+labor+and+childbirth&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/preparation-for-labor-and-childbirth?source=search_result&search=Preparation+for+labor+and+childbirth&selectedTitle=1%7E150)
14. Tejero-Lainez C. Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España. *Medicina Naturista* [Internet]. 2013 [citado 9 Abr 2018]; 7 (1): 7-12. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4128547>.
15. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Feb 16;(2):CD003766. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub3/full>
16. Simkin P, Klein MC. Nonpharmacological approaches to management of labor pain. *UpToDate* [Internet]. 2011. [citado 6 Abr 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-approaches-to-management-of-labor-pain>.
17. Blas Robledo M, Cediel Altares C. Prácticas Clínicas pendientes de mejora en la atención obstétrica de los hospitales del País Vasco. *Evidentia* [Internet]. 2011 [citado 9 Abr 2018]; 8 (35). Disponible en: [www.index-f.com/evidentia/n35/ev7450.php](http://www.index-f.com/evidentia/n35/ev7450.php)
18. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España 2007. [Citado 9 Abr 2018]. pp.55- 62. Disponible en: [https://urbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn\\_libro.pdf](https://urbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf)
19. Fernández Medina IM. Analgesic alternatives for labour pain. *Enferm Glob* [Internet] 2014 Ene [citado 2 Abr 2018]; 13 (33): 400-6. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100020](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100020).
20. Davim RM, Torres G de V, Melo ES. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. *Rev Lat am Enfermagem* [Internet]. 2007 Nov- Dec [citado 9 Abr 2018]; 15 (6): 1150-6. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000600015&lng=en&nr=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600015&lng=en&nr=iso&tlng=en)
21. Martínez-Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas Prof* [Internet]. 2009 [citado 9 Abr 2018]; 10 (4): 20-6. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/voll0n4pag20-26.pdf>.