

Volvamos al parto humanizado

 Judybeth Colmenares,¹  Betty Ramírez.²

RESUMEN

Actualmente, en la mayoría de los países, el parto se ha transformado en una práctica patológica requiriendo un seguimiento institucionalizado y conllevando acciones de violencia obstétrica sobre la mujer. El parto humanizado es un modelo de atención que considera las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio. En el presente se describe el parto humanizado, historia, importancia, recomendaciones y beneficios para la familia gestante, así como la violencia obstétrica, priorizando la humanización y creando condiciones para que se cumplan las dimensiones espirituales, psicológicas y biológicas del ser humano. Se seleccionaron 12 artículos de investigación, siendo el español el idioma de mayor publicación. El modelo de parto humanizado incluye todo el proceso, desde el embarazo hasta el puerperio tardío, genera un impacto muy importante en el recién nacido y su desarrollo futuro.

Palabras clave: Parto humanizado, respetado, doula, plan de trabajo, violencia obstétrica.

Let's go back to humanized childbirth.

SUMMARY

Currently, in most countries, childbirth has become a pathological practice, requiring institutionalized follow-up and leading to actions of obstetric violence against women. Humanized childbirth is a model of care that considers the opinions, needs and emotional evaluations of women and their families in the processes of pregnancy, childbirth and puerperium care. This paper describes humanized childbirth, history, importance, recommendations and benefits for the pregnant family, as well as obstetric violence, prioritizing humanization and creating conditions for the spiritual, psychological and biological dimensions of the human being to be fulfilled. 12 research articles were selected, with Spanish being the language with the most publications. The humanized birth model includes the entire process, from pregnancy to the late puerperium, it generates a very important impact on the newborn and its future development.

Keywords: humanized or respected birth, doula, labor plan, obstetric violence.

INTRODUCCIÓN

La medicina ha avanzado de un modelo paternalista a uno más participativo, basado en los derechos y deberes de las pacientes y usuarias de los sistemas de salud, destacando los principios de beneficencia,

no maleficencia, autonomía y justicia. En cuanto al parto, es un proceso fisiológico de la mujer, el cual se ha complejizado, hasta el punto de que es extraño que en países como Chile actualmente un parto no reciba atención profesional, pudiendo manejar cifras hasta el 99,75 % para el año 2017 (1).

El objetivo de este artículo de revisión, es describir el parto humanizado o parto respetado, historia, importancia, recomendaciones y beneficios para la familia gestante, así como el significado de violencia obstétrica, pudiendo enmarcarlo en la realidad venezolana, para que sea implementado en los centros

¹Especialista en Ginecología y Obstetricia; Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. ²MSc. en Ingeniería Sanitaria opción Ingeniería Ambiental; Universidad Nacional Experimental del Táchira. Departamento de Ingeniería Ambiental. Correo para correspondencia: judycolmenares2710@gmail.com

Forma de citar este artículo: Colmenarez J, Ramírez B. Volvamos al parto humanizado. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(3): 316-328. DOI: 10.51288/00840313

maternos nacionales. Así mismo, se identifican las recomendaciones consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) para el manejo del trabajo de parto, que son de importancia para las mujeres y familiares logrando obtener un parto respetado, dado que muchas de las intervenciones comúnmente ejecutadas hasta ahora se consideran violencia obstétrica, y por tanto son riesgosas e innecesarias, tanto para la madre como para el neonato, generando unas conclusiones y recomendaciones de esta práctica para el sistema de salud venezolano,

De la misma forma, se pretende lograr una medicina más participativa, e incorporar a la mujer y su pareja en la toma de decisiones en un modelo de embarazo y parto basado en la continuidad de la atención, con múltiples instancias educativas, desde la etapa preconcepcional y prenatal hasta el parto mismo.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica dirigida a los principales puntos descritos en la literatura y la evidencia que los respalda, destacando las bases de datos SciELO y Dialnet y libros de texto para realizar un estudio descriptivo. Luego se identificaron las recomendaciones de la guía de la OMS (2) y se realizó una búsqueda dirigida en las mismas bases de datos para cada una de sus recomendaciones.

GENERALIDADES

El trabajo de parto se inicia con la presencia de contracciones uterinas que conducen al borramiento y a la dilatación del cérvix uterino, como resultado de complejas interacciones hormonales entre madre, hijo y placenta, resultando parto normal aquel que

se inicia de forma espontánea, y tras una evolución fisiológica de la dilatación termina con el nacimiento de un recién nacido que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina, con una edad gestacional entre las semanas 37 y 42, tomando en cuenta que el alumbramiento y el puerperio inmediato evolucionan también de forma fisiológica, donde las necesidades emocionales, culturales y sociales de cada mujer son tan importantes como su salud física (3).

Es por ello que traer un nuevo ser al mundo es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer y, sin duda, una experiencia que marca el resto de sus días. Sin embargo, también es un momento de ansiedad y temor, no solo porque inicia una nueva etapa, sino que también es una experiencia dolorosa y traumática para muchas mujeres (4).

El parto humanizado es un modelo de atención que pretende considerar de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia (5).

El papel del personal de salud que labora en los centros maternos y los recursos materiales con los que se dispone en los procesos de atención del parto, debe limitarse a ser los medios e instrumentos para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas basado en evidencias con intervenciones técnico-medicalizadas, solo en respuesta de riesgos y complicaciones (5).

Aunque el concepto parto humanizado se ha prestado a controversias, a lo anterior, se agrega, que el mismo obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la OMS (2).

Durante los últimos años se está produciendo en muchos países un cambio conceptual en la asistencia al parto, cuyo objetivo es brindar una atención calificada, adecuada, eficiente y oportuna, según los valores, emociones, costumbres, creencias, dignidad y la autonomía de cada mujer, cuyo eje fundamental sea que la gestante se convierta en el centro de la atención recibida, considerando que la atención al parto debe basarse en los principios de humanización, control fetal y alivio del dolor.

Por lo anterior, el parto humanizado reconoce que todas las mujeres tienen el derecho a tener una vivencia de este proceso fisiológico, como experiencia de vida personal significativa y, además, recordada con agrado. De allí, que las maternidades y centros maternos de algunos países, vienen implementando la práctica del parto humanizado, al punto de ser parte de leyes o proyectos de leyes, relacionadas con los derechos de la mujer durante la atención digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido, para que este modelo de atención sea normalizado en todos los centros hospitalarios del mundo.

De acuerdo, a la experiencia de los investigadores, puede afirmarse que, aun cuando Venezuela posee legislación que defiende este asunto de salud, no se aplican políticas claras ni existen suficientes profesionales capacitados sobre la humanización del parto; sin embargo, hay médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, que están incentivando

en las mujeres embarazadas la práctica del parto humanizado al iniciarse el control obstétrico, con el propósito de evitar intervenciones innecesarias y capacitar continuamente al equipo de salud que le acompaña, así como a las *doulas* o matronas que asisten a la gestante durante el embarazo y el proceso de parto. De igual forma, no hay instalaciones hospitalarias aptas para este proceso, tanto en el sistema de salud público como privado.

HISTORIA

El parto que ahora se conoce como humanizado, era considerado un proceso natural, atendido generalmente en el ámbito familiar por mujeres que entendían y conocían el cuerpo femenino. Se destaca que, en las áreas rurales venezolanas, estas mujeres recibían el nombre de comadronas o parteras, hoy matronas o *doulas*. Hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), los colegios de médicos, generalmente integrados por varones – salvo excepciones-, se apropiaron de la atención del parto y, desde su enfoque médico, lo abordaron y atendieron como una enfermedad. Acostaban a la mujer para comodidad de ellos mismos durante la atención e inventaron diferentes herramientas, como el fórceps, para facilitar su práctica médica. De la misma forma, se desarrolló un procedimiento para resolver complicaciones, el cual se ha venido perfeccionando, pero descuidando, sobretecnificando y sobremedicalizando la atención de los partos normales (6).

Ya en el siglo XX, en 1930, el obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia ni intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, un grupo de médicos comenzó a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Ivan Pavlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo

como una experiencia traumática; por eso había que limpiar la mente con ese reacondicionamiento conocido después como psicoprofilaxis (5).

Es entonces, como a mediados del siglo XX se procedió a medicalizar de manera sistemática la acción del parto -incluso del parto normal y de bajo riesgo- hasta el punto de llegar a tener más en cuenta las necesidades de los profesionales de la salud que las de las propias parturientas. El parto entonces pasó de ser un acontecimiento fisiológico íntimo, familiar y con control de su propio cuerpo, a ser un proceso tecnificado en el que la mujer deja de ser protagonista para adoptar un rol pasivo. Al medicalizarse este proceso, las parturientas pasan a ser consideradas y tratadas como enfermas, y no como personas sanas realizando un proceso fisiológico natural (6), lo que se ha denominado violencia obstétrica (7).

Como fecha importante, hay que destacar que en 1985 se emitió la Declaración de Fortaleza en Brasil, denominada: “El Embarazo y el Parto no es una Enfermedad”, con el auspicio de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 1997, la OMS publicó la Guía práctica para la atención del parto normal, y en el 2001 se publicaron las recomendaciones acerca del cuidado perinatal (5). También en el 2018 se publicó la última guía de recomendaciones para un parto.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica, es aquella violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer (7). Además, es un tipo de violencia basada en género, en la que se infringe el derecho humano de la mujer a la no discriminación, la libertad y la seguridad como persona, su salud reproductiva y autonomía, y ser sometida a un tratamiento cruel, inhumano y degradante (1). Es,

en suma, un ataque a la dignidad humana y consiste en lo contrario a un parto respetado, donde se ve a la mujer como sexo frágil, que necesita someterse a una autoridad (en este caso el médico obstetra) para decidir qué es lo mejor para ella (1).

Dentro de las acciones constitutivas de violencia obstétrica, se pueden mencionar: cesáreas sin pertinencia médica, inducciones no justificadas del parto, utilización de fórceps, tactos vaginales muy frecuentes, pujos dirigidos por el personal de salud, exploración manual del útero, rasurado perineal, rotura artificial de membranas, canalización intravenosa de rutina, episiotomías o amniotomía sin justificación clínica, la presión fúndica (maniobra de Kristeller) y la instrumentalización del parto injustificada, entre otras, las cuales se han hecho habituales y han terminado naturalizándose en nuestra sociedad.

De todas las prácticas mencionadas anteriormente, se destaca que la cesárea injustificada e innecesaria, es solo una de las expresiones que se puede entender como un parto deshumanizado, ya que, en muchos casos, la decisión de la cesárea es tomada por el médico, y si bien la pareja debe dar su consentimiento, este no es informado como lo exige el Código de Helsinki de 1964. En otros casos, la mujer solicita la cesárea, a veces, desconociendo los riesgos, así como las alternativas para enfrentar el miedo al dolor. Por otra parte, las cesáreas programadas que no resultan de una emergencia obstétrica durante el parto o una condición médica severa detectada previamente, en su gran mayoría son innecesarias porque carecen de una justificación médica estricta (8).

Otras prácticas llevadas a cabo en los hospitales que pueden ser consideradas violencia obstétrica y que han sido señalada como dañinas por la OMS son: prohibición del acompañamiento, restricción de líquidos y comida, exámenes vaginales frecuentes, restricción de la posición materna durante el trabajo de

parto, uso rutinario de sedantes y tranquilizantes, uso rutinario del monitor fetal, la separación prolongada de madre y del recién nacido, corte temprano del cordón umbilical, obstáculos para la lactancia, suministro sin consentimiento de sucedáneos de la leche, entre otras (7).

Como toda cirugía, la experiencia permite afirmar que las cesáreas pueden tener complicaciones quirúrgicas (hemorragias) y posquirúrgicas (infecciones), además de prolongar el tiempo de hospitalización e incluso ocasionar problemas de cicatrización, además de aumentar la probabilidad de cesáreas en los siguientes nacimientos, así como la disminución de la satisfacción de las mujeres embarazadas y familiares, quienes pueden sentir que sus preferencias no se respetan durante el proceso del parto (7).

Todo lo anterior, es considerado como violencia basada en género, específicamente violencia obstétrica, en el informe, titulado: Clínica Jurídica de la Universidad Católica Andrés Bello al definirla como: aquella violencia que se realiza cuando un profesional del área de la salud mantiene un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, resultando la pérdida de la autonomía de la mujer (9).

Como consecuencia de la violencia obstétrica generada en el siglo XX, se puede acotar que en lo que va del siglo XXI, se está recurriendo al parto humanizado o respetado, como la forma más saludable y de mayor bienestar para la familia, al fomentar la confianza de la mujer en sí misma, lo que constituye un proceso de empoderamiento y autogestión, en donde se da una atención individual e integral, al prevalecer la vigilancia hacia la mujer desde un punto de vista holístico para la consecución de un parto natural e íntimo. Lo contrario a la violencia obstétrica es la humanización obstétrica, la cual se fundamenta en tres pilares importantes: 1) la autonomía de la mujer, 2) los

cuidados efectuados por el equipo obstétrico y, 3) la asistencia basada en evidencia científica (6).

Entre las prácticas que deben fomentarse para que se dé un parto humanizado, se pueden destacar: la adopción de una posición vertical de la mujer durante el parto, lo que favorece la gravedad y con ello el flujo de oxígeno y nutrientes hacia la placenta y, por lo tanto, hacia el feto, evitando el sufrimiento fetal. Otro ejemplo, son las contracciones del trabajo de parto que, cuando el feto está bien, ayudan a que se produzca la sustancia surfactante en los pulmones, la cual permite que el recién nacido tenga una respiración normal. Por eso, todas las cesáreas programadas sin razón médica aumentan el riesgo de problemas respiratorios del niño (8).

Es por ello, que un trato considerado, siguiendo los lineamientos de la OMS, respetando los principios bioéticos fundamentales y poniendo a la mujer en el centro de la atención, contribuirá a erradicar la violencia obstétrica. En este entorno, una atención participativa, humana y respetuosa del parto requiere un esfuerzo adicional por parte de las embarazadas en términos de información, tiempo, costo y valor, pero se reafirma el derecho de libertad de las mujeres o parejas para tomar decisiones sobre donde, como y con quien parir (7).

IMPORTANCIA

La OMS patrocina desde hace varios años mejorar el proceso del parto y el nacimiento, destacando que la importancia radica en que en este proceso se respeta la autonomía de la mujer y se incorpora en la toma de decisiones. Así mismo, debe haber acompañamiento por parte de la familia de la gestante, lo que genera mayor seguridad (1). Este tipo de parto, pretende dar a la madre y a su hijo la atención más personalizada

considerando sus derechos y necesidades, dejando de ver al parto sólo como una experiencia clínica, y dándole un nuevo significado de una experiencia de vida en el que la mamá tiene voz y voto.

Por consiguiente, la intención del parto humanizado es tener un parto natural de la forma más cómoda posible, brindando a la mamá y a su hijo los cuidados necesarios en un ambiente seguro, consiguiendo una “experiencia de parto positiva”; es decir, aquella que supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas (2). Es un espacio en el cual se reconoce la fuerza y sabiduría del cuerpo humano, con alegría y acompañamiento. Este modelo toma en cuenta las opiniones, necesidades y valorizaciones de las mujeres y sus familias durante la gestación, el parto y el puerperio (7).

En el parto humanizado el personal de salud crea un entorno de respeto y tranquilidad, permite que la mujer se sienta empoderada como protagonista, e incentiva a la mujer a confiar en su cuerpo y su capacidad natural de dar a luz, evitar medicaciones contra el dolor y adoptar la posición en la cual ella se sienta más cómoda durante el trabajo y para que la madre viva una experiencia grata y pueda decidir sobre su cuerpo y la llegada al mundo de su hijo. Para que la experiencia de parto positiva pueda ser parte de ese día tan especial para la familia se necesita que la gestante y sus familiares, se informen al respecto del parto humanizado (8).

La evidencia muestra que un parto respetado aumenta la satisfacción de las mujeres, mientras que una mala experiencia en el parto la disminuye, lo que las lleva a buscar otros equipos médicos u hospitales en el próximo embarazo, y aumenta la ansiedad y el miedo, siendo recuerdos indelebles (1).

En otro orden de ideas, el rol de la doula o matrona es imprescindible en esta práctica, debido a que garantiza

un cuidado holístico que refuerza el papel de la mujer en el proceso del parto. Son profesionales de la salud y forman parte de un equipo multidisciplinario integrado por obstetras, anestesiólogo, pediatra, y enfermeras, profesionales, que consideran el parto como un modelo centralizado en la fémina gestante, reconoce la unidad entre cuerpo y mente y la no separación de los procesos entre madre e hijo, laborando en conjunto con la mujer parturienta, incluyendo un monitoreo no invasivo del progreso del embarazo, parto, nacimiento y periodo postparto. La doula es la única que se encuentra todo el tiempo vigilando a la madre y su hijo y son las que proveen apoyo físico y emocional continuo a la madre antes, durante y después del parto (7).

PLAN DE PARTO

Otro elemento a considerar en el parto humanizado, es el “plan de parto”, descrito por Sheila Kitzinger en Estados Unidos en 1980, y constituye la base de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y el equipo obstétrico. Es un documento, el cual constituye el soporte legal donde la mujer expresa sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento, incluyendo quienes deben estar presentes, donde debe ocurrir, como le gustaría que sea el ambiente, que posición(es) prefiere, que métodos de alivio del dolor desea usar (o no), que quisiera que se haga o deje de hacer a su recién nacido (corte del cordón umbilical tardío, baño), entre otros (6).

Este documento debería entregarse antes del día probable del parto en varias copias al médico, la doula o matrona y el personal de turno (10). La experiencia indica que las embarazadas tienen menos opciones reales en el sector público que en el privado de tener un parto humanizado, debido a que las pacientes del sector privado pueden seleccionar su obstetra de confianza que atiende de la manera que prefieren

y quien está presente en el momento de dar a luz; mientras que, en el sector público, la dinámica de la atención es menos personalizada y no se cuenta con la posibilidad de la libre elección. Con este plan se busca lograr una experiencia especial durante el nacimiento, permitiendo a la mujer disfrutar este momento de su vida, y comprendiendo que pueden tomar decisiones sobre el dónde, cómo y con quién parir (11).

Este plan de parto debe garantizar la recepción de una información adecuada y de calidad, fundamentales para lograr un parto humanizado que consiga reducir la tasa de intervenciones médicas, disminuir la morbimortalidad materno-infantil y conseguir una mejor puntuación de Apgar al primer minuto de vida del neonato, en los valores de pH de sangre del cordón umbilical y en reanimación neonatal (6).

RECOMENDACIONES PARA EL PARTO HUMANIZADO

En el modelo de atención que predomina hoy en día, la mujer llega a pasar varias horas acostada durante el trabajo de parto. En el momento del nacimiento, es llevada a una sala en donde debe adoptar una posición llamada “ginecológica” que, a pesar de ser conveniente para los médicos, es incómoda para la mujer y puede aumentar el riesgo de contracturas musculares y desgarros de tejidos (8).

Por esta y otras prácticas, la OMS, en 2018, señala que las recomendaciones son importantes para mantener la dignidad, confidencialidad y privacidad de la madre (2). También se necesita una buena línea de comunicación no solamente entre la madre y el médico, sino con el personal de salud para brindar apoyo durante el trabajo de parto y en el parto mismo (10).

A través de estas recomendaciones, la OMS resalta el concepto “experiencia de la atención” como

un aspecto crítico para garantizar la calidad en la atención del trabajo de parto y el parto y así obtener mejores resultados centrados en la mujer, incluidos dar a luz a un bebé saludable en un ambiente clínico y psicológico seguro, con el acompañamiento emocional de un compañero y de personal clínico amable y técnicamente competente. Este concepto se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto fisiológico con un sentido de logro y control a través de la participación en la toma de decisiones, incluso cuando se necesitan o se desean intervenciones médicas (2, 12).

Estas recomendaciones que generan beneficios a la madre y al neonato logran humanizar el parto, al darle a la mujer un mayor poder de decisión durante el trabajo de parto. Las 56 recomendaciones están divididas en seis etapas, a saber: 1) atención durante todo el trabajo de parto y nacimiento, 2) periodo de dilatación, 3) periodo expulsivo, 4) alumbramiento, 5) atención al recién nacido, 6) atención de la mujer tras el nacimiento. A continuación, se presentan las recomendaciones más sobresalientes (2, 12).

- Atender respetuosamente a la madre, manteniendo su dignidad, confidencialidad y privacidad, preferiblemente en las salas de labor, parto y recuperación (LPR), debido a que estos espacios han sido desarrollados con una visión más humana sobre los derechos de las mujeres para que cuenten con todas las opciones dentro del hospital y decidir cómo se realizará el nacimiento del neonato. Además, por ser estas salas conjuntas, significa que la mamá puede estar todo el tiempo con su hijo permitiendo la lactancia, así como un constante contacto con el bebé para que comience a generarse su vínculo.
- Establecer una buena línea de comunicación entre el personal de salud y las embarazadas y brindar apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.

- Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el trabajo de parto, la posición de nacimiento del bebé y la necesidad de pujar, entre otras.
- Informar a la paciente que la etapa latente del parto varía de una mujer a otra, aunque la etapa activa (dilatación cervical > 5 cm y mayor borramiento) por lo general no dura > 12 horas en primerizas y > 10 h en multíparas.
- Para reducir las intervenciones médicas innecesarias, no se recomienda establecer el punto de referencia para la dilatación cervical a 1 cm/h, por considerarlo inexacto al identificar mujeres en riesgo de resultados adversos.
- No se aconseja la utilización de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el parto (como la oxitocina o la cesárea) antes de tener una dilatación cervical de 5 cm, siempre que no existan complicaciones.
- No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina para mujeres embarazadas sanas en trabajo de parto.
- Para evaluar el bienestar fetal se indica la auscultación a través de ultrasonido Doppler. En mujeres sanas no se recomienda la cardiotocografía de rutina durante el trabajo de parto espontáneo.
- No se aconseja el rasurado perineal/púbico, la limpieza con clorhexidina, ni la utilización de enemas de rutina antes del parto vaginal.
- En embarazadas de bajo riesgo se debe hacer tacto vaginal cada 4 horas.
- El alivio del dolor depende de la preferencia de cada mujer, quien puede elegir la analgesia epidural durante el trabajo de parto, los opioides parenterales —como fentanilo, dimorfina y petidina— o no utilizar ningún método.
- Según los deseos de la mujer, se recomiendan técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, música, meditación, etc.) o técnicas manuales (masajes, compresas de agua caliente, etc.).
- Se sugiere que las mujeres con bajo riesgo coman o tomen líquido durante el trabajo de parto.
- La amniotomía sola o con oxitocina, la oxitocina (en mujeres que recibieron anestesia peridural), los fármacos antiespasmódicos o la administración de líquidos intravenosos (con la finalidad de disminuir la duración del trabajo de parto), no se recomiendan como intervenciones para prevenir el retraso en la labor de parto.
- Se aconseja mantener la movilidad y la posición vertical en mujeres con bajo riesgo durante la primera fase del parto. La mujer tiene derecho a elegir la postura en la que quiere dar a luz (incluida la posición de pie), haya recibido o no anestesia peridural.
- Las mujeres en la fase expulsiva deben ser animadas y apoyadas para seguir su propio impulso de pujar. No deben ser presionadas.
- En las embarazadas con analgesia epidural, en la segunda etapa del trabajo de parto, se recomienda retrasar el pujo durante una o dos horas después de la dilatación completa o hasta que la mujer recupere el deseo de pujar, siempre que se cuente con los recursos para tratar una posible hipoxia perinatal.

- La episiotomía de rutina y la presión manual uterina no se aconsejan en pacientes con parto vaginal espontáneo.
- La paciente puede elegir técnicas para disminuir el trauma perineal, como el uso de compresas calientes o el masaje perineal, entre otros.
- La administración de uterotónicos (oxitocina) se debe hacer en todas las mujeres que han dado a luz para prevenir la hemorragia posparto.
- Esperar al menos un minuto para cortar el cordón umbilical.
- No se debe succionar la nariz y la boca del recién nacido si éste respiró por sí solo y el líquido amniótico es claro.
- El contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido debe ocurrir durante la primera hora, para estrechar los vínculos afectivos, disminuir el riesgo de hipotermia y estimular la lactancia.
- Es ideal esperar 24 horas antes de bañar al recién nacido.

Estas recomendaciones resaltan la importancia de que la madre y su hijo reciban una atención holística basada en los derechos humanos, considerando etnia, religión o nacionalidad, con el fin de reducir el estrés del recién nacido al pasar de un mundo acuático, oscuro y tranquilo al mundo aeróbico, luminoso y ruidoso, como por ejemplo: bajar las luces y las voces en la sala de parto, poner el bebé piel a piel con su madre inmediatamente después de nacer, cortar el cordón umbilical después de unos minutos para permitir una transición paulatina de la respiración umbilical a la pulmonar, y ofrecer un masaje cariñoso o un baño caliente y relajante al recién nacido (12).

Desde el punto de vista de la madre, un parto humanizado, sea por parto natural o incluso por cesárea en caso de una indicación médica justificada significa, sobre todo, respeto a su cuerpo, intimidad, posibles miedos, voluntad y necesidad de ser informada de los riesgos y beneficios, y sus deseos y expectativas para concluir el embarazo, es decir, hacerla protagonista de las decisiones acerca de su parto (11).

BENEFICIOS PARA LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

Como ya se ha indicado, el parto humanizado genera tranquilidad para la gestante, pareja y familia, así como confianza con los profesionales que les están atendiendo, consiguiendo un mayor grado de satisfacción y aumentando la facilidad de llegar al fin último de todo este proceso, es decir, que evolucione a un parto eutócico o natural, intentando que se asemeje a lo que la embarazada tenía pensado de su parto y tenga un gran recuerdo de ese día, permitiendo a la mujer disfrutar este momento de su vida y comprendiendo que pueden tomar decisiones sobre el dónde, cómo y con quién parir (10).

La OMS enfatiza que esta práctica genera múltiples beneficios entre madre, padre y neonato, es el contacto piel con piel, lo cual consiste en colocar al recién nacido desnudo en el pecho libre de ropa de la madre o el padre, y se cubre bien con una manta caliente para evitar la pérdida de calor. El neonato debe estar solamente vestido con el pañal y con un gorro para evitar la pérdida de calor por la cabeza, además destaca que los recién nacidos - que no requieran cuidados especiales - deben entrar en contacto inmediato, piel con piel, con sus madres durante la primera hora después del nacimiento. Es lo que se conoce como la “hora sagrada” (8).

Es un momento emotivo, sensible y único de encuentro y reconocimiento, en el que el contacto piel con piel, tiene efectos positivos tanto en el corto como en el largo plazo, son beneficios emocionales difíciles de cuantificar. Representa el inicio del vínculo materno-infantil en la vida extrauterina, cuyas repercusiones en el desarrollo psicológico, emocional y cognitivo del bebé, son difíciles de medir y que a veces sólo se manifiestan en una etapa posterior del desarrollo. En síntesis, es una respuesta al modelo convencional, donde las necesidades emocionales, culturales y sociales son tan importantes como su salud física (2).

Además, este vínculo es un detonante importante de la lactancia materna, lo que representa un contacto y genera además los siguientes beneficios, tanto para la madre como para el recién nacido:

1) Previene la hipotermia del bebé, 2) Estabiliza la respiración y la oxigenación del bebé, 3) La madre experimenta una descarga de oxitocina que favorece la instauración de la lactancia materna, ya que el bebé se encuentra especialmente receptivo, buscando una contención parecida a la que tenía dentro del útero generando calma y seguridad, 4) Ayuda a la relajación del recién nacido, 5) Contribuye a la estabilidad fisiológica del recién nacido, 6) Reduce el estrés causado por el parto, 7) Se disminuyen los niveles de cortisol, 8) Favorece tanto la termorregulación como la estimulación del interés del bebé por comer, 9) Ayuda a la mejora del desarrollo físico del recién nacido, 10) Se crean conexiones afectivas más intensas entre los padres y su hijo, 11) Mantiene los niveles de glicemia del recién nacido, 12) Estabiliza la presión arterial de ambos, 13) Disminuye el llanto e incrementa el estado de alerta tranquila, y 14) Disminuye la presencia de síntomas depresivos post parto y fortalece la autoestima de la madre (2).

En el mismo orden de ideas, los primeros sesenta a noventa minutos después del parto son trascendentales

para la vida del bebé y la madre. Todas las prácticas, procedimientos, intervenciones de rutina pueden postergarse hasta después de ese momento. Si el parto no tuvo complicaciones, no es necesario bañar, medir, pesar, tomar la temperatura ni vacunar al recién nacido durante esos primeros minutos.

Es importante también postergar el corte del cordón umbilical hasta que deje de latir, ya que el pasaje de flujo sanguíneo que se produce en ese momento es beneficioso para el sistema inmunológico del recién nacido (2).

Otro beneficio, es el asesoramiento a la lactancia materna realizada desde antes del nacimiento, facilitando la información solicitada por parte de la gestante, en la consulta obstétrica y el día del parto, la cual debe ser continuada en el momento del nacimiento al poner al neonato piel con piel y colocarlo en el pecho para el inicio de la succión en el propio paritorio, ayudando a la madre desde el segundo 1 tras el parto, colocándolo correctamente e identificando cualquier dificultad que pueda surgir sobre lactancia materna, posición y agarre del pecho (2).

Finalmente, con el parto humanizado se garantiza un menor intervencionismo, se aumenta el empoderamiento y satisfacción de la mujer, se reduce la utilización de técnicas invasivas para facilitar una mejor recuperación física del parto, se disminuyen las tasas de morbimortalidad perinatal y se aumenta la tasa de lactancia materna. En la madre los beneficios son, que reduce la ansiedad y el estrés. Disminuye el dolor y permite que los tiempos en las fases del parto sean menores. Al adoptar la libre posición mejora el diámetro del canal de parto y esto disminuye el dolor en el tiempo de la atención del parto (2).

A los beneficios físicos expuestos de un parto humanizado, se suma el bienestar emocional para la pareja cuando se crea un entorno de tranquilidad y

respeto antes, durante y después del parto por parte de los profesionales y se permite la presencia y participación del padre. ¡Qué emoción para un padre poder cortar el cordón umbilical de su bebé, si desea hacerlo! (11).

Al nacer, en caso que el recién nacido salga repentinamente y que se le separe de su madre, el neonato ya pierde el contacto con la madre en los primeros momentos de vida en este medio ambiente tan diferente. El ser humano, como todos los mamíferos, apenas nace debe ser colocado junto a su madre. A diferencia de las consecuencias físicas, los riesgos emocionales de no hacerlo son difíciles de describir y cuantificar científicamente, aunque se sabe que el ser humano no es solo una suma de órganos, sino también una combinación de sentimientos y energía, con un montón de procesos que aún no se entienden al cien por ciento (8).

Así mismo, los beneficios del parto humanizado para el padre están relacionados con el hecho de mejorar el vínculo tanto con su pareja, como con el hijo que va a nacer. Esto se da, porque al ser partícipe de este proceso, se le involucra en todos los aspectos que se van desarrollando desde el embarazo y en ese momento tan importante del nacimiento del neonato (11).

Para el neonato le permite nacer en un ambiente más armónico y cordial, con menos estrés. Si la madre tiene menos estrés, las hormonas que pasan por la placenta harán que el neonato nazca más relajado. Es más fácil para iniciar la lactancia inmediata, porque una madre que no sufre violencia obstétrica está lista para empezar la lactancia, al no estar medicada innecesariamente. Y algo que es muy importante y básico, es que mejora el vínculo entre la madre y el neonato, porque en el momento expulsivo existe el pico de oxitocina en la mamá y el bebé. Esta hormona del vínculo y del amor, es la que interviene en esa sensación de enamoramiento que sienten las madres

al mirar a su hijo recién nacido. También disminuye el riesgo de la depresión posparto (11).

Aunado a lo anterior, se debe poner en práctica las medidas escritas en el plan de parto establecido por el profesional de salud, gestante, pareja y familiares, con el propósito de lograr la satisfacción de los involucrados en el proceso, que debe ser gratificante tanto para la mujer como para el grupo de profesionales involucrados.

Se concluye que el parto es la forma natural en que los hijos nacen, y el cuerpo de las mujeres tiene mecanismos naturales para desencadenarlo y llevarlo a cabo. En el parto humanizado el personal de salud crea un entorno de respeto y tranquilidad, permite que la mujer se sienta empoderada como protagonista y la incentiva a confiar en su cuerpo y su capacidad natural de dar a luz, evita medicaciones contra el dolor y adopta la posición en la cual ella se sienta más cómoda durante el trabajo de parto. Todo esto beneficia a la mujer, al neonato, al padre y a todo el entorno familiar. Los beneficios del parto humanizado a nivel físico y psicológico para la pareja y el hijo son muy importantes, debido a que hace que la mujer se empodere de este momento y se vuelva la protagonista, al darse cuenta de lo que es capaz.

Adicionalmente esta experiencia del parto no es traumática y permite a la mujer que en las siguientes etapas de la crianza de su hijo esté fortalecida. Para ello es necesario, durante la atención del equipo médico, empatizar con la gestante en algo tan importante como es el nacimiento de un hijo.

En Venezuela, no existe legislación que contemple el uso del parto humanizado, y existe deficiencia de salas de parto especializados para llevar a cabo esta práctica. Así mismo, no existe legislación en contra de la violencia obstétrica.

RECOMENDACIONES PARA EL SISTEMA DE SALUD DE VENEZUELA

A continuación, se comentan algunas recomendaciones que permiten mejorar la atención en salud, disminuir la desigualdad y aumentar la satisfacción de las pacientes:

Que el Ministerio para el Poder Popular para la Salud (MPPS) incremente el interés por emitir políticas relacionadas con el parto humanizado y con la disminución de la violencia obstétrica.

Lograr que los centros maternos establezcan los protocolos respectivos para el fomento de esta práctica, de acuerdo a lo emanado por el MPPS.

Adecuar las salas de parto en las maternidades y centros maternos para cumplir y garantizar las necesidades que tiene la mujer en relación a la atención del parto humanizado, entendiendo que cada parto es único y que cada mujer, cada neonato y cada pareja son diferentes.

Capacitar al personal de salud (médicos ginecoobstetras, estudiantes de medicina, enfermeros, *doulas* o matronas) para que puedan fomentar la práctica del parto humanizado,

Los directores o dueños de las instituciones de salud deben garantizar los derechos a la mujer, tales como el derecho a que esté acompañada y a que se respeten sus necesidades, a que esté informada de todas las decisiones que se van a realizar durante el parto y que se le solicite la autorización respectiva para realizarlas. Es decir, que durante todo el proceso del parto la mujer no esté expuesta a sufrir ningún tipo de violencia obstétrica. Así mismo, las del neonato y las de la familia.

Que cada vez más mujeres, parejas y familiares conozcan los beneficios físicos y emocionales de un parto humanizado, lo que sería un paso importante para reducir la asimetría de información entre médicos y pacientes, reducir la tasa de cesáreas innecesarias, aumentar la demanda por partos naturales y que sean respetuosos con las necesidades de la pareja y el recién nacido.

Sin conflictos de interés. Este trabajo no obtuvo financiamiento por parte de organismos públicos ni privados.

REFERENCIAS

1. Lavanderos S, Díaz-Castillo C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2021;86(6):563-572. DOI: 10.24875/rechog.m21000034.
2. Organización Mundial de la Salud: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington: OPS; 2018 [consultado 25 de febrero de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Usandizaga J, De La Fuente P. *Obstetricia.* Madrid: España; 2016.
4. Palma-Espinoza M. Parto humanizado. *Acta Méd Costarric [Internet].* 2020 [consultado 28 de febrero de 2024];62(2):52-53. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200052&lng=en.
5. Almaguer J, García H, Vargas V. Nacimiento Humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Gén Salud Cifras [Internet].* 2012 [consultado 6 de marzo de 2024]; 10(2-3):44-59. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
6. Echevarrieta P. Beneficios de un parto humanizado para la mujer y el recién nacido [tesis en Internet]. San Sebastián: Universidad del País Vasco; 2022 [consultado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/56978>
7. González A. El parto humanizado como respuesta a la violencia obstétrica. *Rev Est Crit Derecho [Internet].* 2015

- [consultado 12 de marzo de 2024]; 11:77-93. Disponible en: https://issuu.com/cepiadetaductores/docs/el_parto_humanizado_como_respuesta
8. Johannsen J. El cómo y porqué del parto humanizado [Internet]. Gente Saludable/ Banco Interamericano de Desarrollo; 2017 [consultado 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado-2/>
 9. UCAB Extensión Social [Internet]. Caracas: 21 tipos de violencia contra la mujer; 2022 [consultado 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://extensionesocial.ucab.edu.ve/21-tipos-de-violencia-contra-la-mujer/>
 10. Banco Interamericano de Desarrollo [Internet]. Washington DC: Parto Humanizado, la información es poder; 2016 [consultado 16 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/\(2016\)](https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/(2016)).
 11. Centro Médico ABC [Internet]. Ciudad de México: Descubre los beneficios de un parto humanizado; 2023 [consultado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://centromedicoabc.com/revista-digital/descubre-los-beneficios-de-un-parto-humanizado/>
 12. Andrómaco [Internet]. Buenos Aires: Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para un parto humanizado. Sociedad Iberoamericana de Información Científica; 2018 [consultado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.andromaco.com/publicaciones/revista-conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado>

Recibido 17 de abril de 2024

Aprobado 30 de junio de 2024