



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA
PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

**TEMA: EL PARTO HUMANIZADO COMO INSTRUMENTO DE
MEJORA Y BIENESTAR DE LA MUJER Y SU PRODUCTO**

Autores:

Sra. Camino Cedeño Kermia Ruth

Sra. Duchimaza Acosta Génesis Herlinda

Acompañante:

Phd. Vera Lorenti Fanny Elsa

**Milagro, Mayo 2020
ECUADOR**

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Presente.

Yo, **Camino Cedeño Kermia Ruth** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta práctica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral – Componente 3; con el tema El parto Humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 28 de mayo de 2020

Autor 1: Camino Cedeño Kermia Ruth

C.I: 0942128851

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Presente.

Yo, **Duchimaza Acosta Génesis Herlinda** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta práctica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral- componente 3, con el tema El parto Humanizado como instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 28 de mayo de 2020

Autor 2: Duchimaza Acosta Génesis Herlinda

C.I: 0941154932

APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Yo, **Vera Lorenti Fanny Elsa** en mi calidad de tutor de la Investigación Documental como Propuesta práctica del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo), elaborado por las estudiantes **Camino Cedeño Kermia Ruth** y **Duchimaza Acosta Génesis Ruth** cuyo tema de trabajo de Titulación es : **El Parto Humanizado como Instrumento de mejora y bienestar de la mujer y su producto** , que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral previo a la obtención del Grado **LICENCIADA EN ENFERMERIA**; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 28 de mayo de 2020

Tutor: PhD. Vera Lorenti Fanny Elsa
C.I: 1200496196

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Phd. Vera Lorenti Fanny Elsa

Mgtr. LLIMAICO NORIEGA MARIANA DE JESUS (Secretario/a)

Mgtr. SALDARRIAGA JIMENEZ DOLORES GUADALUPE (integrante)

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA presentado por la estudiante CAMINO CEDEÑO KERMIA RUTH

Con el tema de trabajo de Titulación: PARTO HUMANIZADO COMO INSTRUMENTO DE MEJORA Y BIENESTAR DE LA MUJER Y SU PRODUCTO.

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[]
Defensa oral	[]
Total	[]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) _____

Fecha: 28 de mayo de 2020

Para constancia de lo actuado firman:

	Apellidos y Nombres	Firma
Presidente	VERA LORENTI FANNY ELSA	_____
Secretario (a)	LLIMAICO NORIEGA MAIANA DE JESUS	_____
Integrante	SALDARRIAGA JIMENEZ DOLORES GUADALUPE	_____

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Phd. Vera Lorenti Fanny Elsa

Mgtr. LLIMAICO NORIEGA MARIANA DE JESUS (Secretario/a)

Mgtr. SALDARRIAGA JIMENEZ DOLORES GUADALUPE (integrante)

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA presentado por la estudiante DUCHIMAZA ACOSTA GENESIS HERLINDA

Con el tema de trabajo de Titulación: PARTO HUMANIZADO COMO INSTRUMENTO DE MEJORA Y BIENESTAR DE LA MUJER Y SU PRODUCTO.

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

Investigación documental	[]
Defensa oral	[]
Total	[]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) _____

Fecha: 28 de mayo de 2020

Para constancia de lo actuado firman:

	Apellidos y Nombres	Firma
Presidente	VERA LORENTI FANNY ELSA	_____
Secretario (a)	LLIMAICO NORIEGA MAIANA DE JESUS	_____
Integrante	SALDARRIAGA JIMENEZ DOLORES GUADALUPE	_____

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primer lugar a Dios, quien ha sido mi guiador en este gran camino y me ha permitido culminar con mi carrera profesional. A mis padres Vidal Duchimaza y Rosa Acosta que me han inculcado valores y siempre me han apoyado incondicionalmente ante cualquier circunstancia. A mis hermanos Vivian Cristhoper y Emperatriz por estar siempre conmigo y motivarme a seguir adelante. A mi esposo Tito Macías por su amor, paciencia y apoyo incondicional durante todo este proceso. A mi hija Alessia que con su llegada se convirtió en mi fuerza y motivación, para finalizar esta hermosa experiencia. A toda mi familia por sus consejos y buenos deseos, especialmente a mi tía Verónica por apoyarme en momentos cruciales para la culminación de mi carrera, y A mis amigos por estar presente cuando los necesite, por extender su mano en momentos de dificultad y por el cariño brindado día a día. Este es el fin y el comienzo de una etapa en mi vida.

Génesis Herlinda Duchimaza Acosta

DEDICATORIA

Dedico esta tesina:

A Dios por ser mi guía, mi refugio, mi compañía y su amor y bendición me han acompañado durante todos estos años de estudio hasta el día de hoy. A mis padres Kleber Camino y Ruth Cedeño que con su esfuerzo y amor me han acompañado a cumplir esta meta, gracias a ellos por inculcar en mí el esfuerzo y la confianza para cumplir mis sueños. A mi esposo, Pablo Torres por su amor y apoyo incondicional durante todos estos años, gracias por sus sabias palabras en momentos difíciles y por motivarme en cada paso dado. A mi hija, Miley Torres, ella es realmente lo mejor de mi vida, la inspiración que me ha llevado a seguir adelante y por quien lucho día a día. Es ella, quien ha soportado mis ausencias pero aquellas, se han visto reflejadas en todo lo que he logrado y es por ella. Finalmente va dedicado a mi familia por su apoyo moral, sus consejos y palabras de aliento que hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañaron en esta meta.

Kermia Ruth Camino Cedeño

AGRADECIMIENTO

Gracias en primer lugar a Dios por bendecirnos, guiarnos y darnos la valentía para alcanzar esta meta en nuestras vidas, además agradecer a UNEMI, abriarnos las puertas de esta institución para poder llevar a cabo nuestra formación profesional. A la facultad de Ciencias de la Salud y Servicios Sociales por brindarnos apoyo y protección así como gestionar con diferentes entidades hospitalarias para la realización de nuestras prácticas pre profesional para nuestra formación y experiencia.

Agradecemos a nuestra tutora de tesis Msc. Elsa Vera por su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos, paciencia y orientación que han sido una pieza fundamental en la realización de este trabajo. Gracias master por todo el tiempo dedicado y por inculcar en nosotros seriedad y responsabilidad.

De la misma manera agradecemos a nuestros docentes por todos los valores y conocimientos que nos han transmitido a lo largo de la formación profesional, amoldando al profesional con los valores humanísticos y éticos que caracterizan esta profesión tan noble como lo es la enfermería.

Génesis Herlinda Duchimaza Acosta

Kermia Ruth Camino Cedeño

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR.....	ii
DERECHOS DE AUTOR.....	iii
APROBACIÓN DEL TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	v
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR.....	vi
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	ix
ÍNDICE GENERAL	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	5
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	5
1.2 Objetivos	7
1.3. Justificación.....	8
CAPÍTULO II.....	10
2.1 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	10
2.1.1 Marco Teórico	10
Violencia Obstétrica	10
¿Por qué es importante el Parto Humanizado?	10
Parto Humanizado	11
Tipos de Parto Humanizado.....	13
Teorías y modelos de enfermería aplicables al parto humanizado.....	14
2.1.2. Marco Conceptual.....	15

Embarazo	15
Tipos de embarazo.....	16
Parto.....	17
Tipos de Parto	18
Posiciones que facilitan el parto.....	21
CAPÍTULO III	24
3.1 METODOLOGÍA	24
CAPÍTULO IV	25
4.1 DESARROLLO DEL TEMA.....	25
CAPÍTULO V.....	32
5.1 CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Episiotomía.....	18
Figura 2. Posición de Litotomía	21
Figura 3. Posición de pie	22
Figura 4. Posición de SIMS.....	22
Figura 5. Sedestación	23
Figura 6. Posición Cuadrúpeda.....	23
Figura 7. Modelo de Cuidados Durante el Parto	26

EL PARTO HUMANIZADO COMO INSTRUMENTO DE MEJORA Y BIENESTAR DE LA MUJER Y SU PRODUCTO

RESUMEN

A nivel mundial, se estima que nacen aproximadamente 140 millones de niños/as cada año, mediante partos normales. En ocasiones se ha normalizado el uso de instrumentos en el manejo del parto, los cuales en esos mismos casos pueden ser fisiológicamente innecesarios y cuyo único fin pretende ser el facilitar el trabajo del personal de salud y en su camino pasar por alto la experiencia de la parturienta en cuanto al parto, violentándose así su derecho a una atención digna, entre otros. El parto humanizado se concibe una respuesta a problemas como ese, a la vez que busca otorgarle a la mujer el poder de decidir sobre su cuerpo y como desea llevar a cabo el mismo, además busca disminuir el sufrimiento fetal, ocasionado muchas veces por acciones u omisiones por parte del personal de salud. Brindarle a la mujer la oportunidad de cambiar su concepto de lo que es un parto normal y permitirle una experiencia distinta a lo usualmente conocido es el fin en el parto humanizado, teniendo como **Objetivo**: Determinar los beneficios del parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar en la mujer y su producto; este estudio es de tipo descriptivo, por lo que se aplicó una **Metodología** basada en la revisión bibliográfica de contenidos científicos, disponibles en plataformas digitales como Scielo, Web-Science, Google Académico, entre otros. **Conclusiones**: Los beneficios que se obtienen a partir de la implementación del parto humanizado pueden ser englobados en 2 subtipos, los psicosociales, dentro de los cuales destacan el nivel de satisfacción de la madre hacia su rol en el momento del parto y la experiencia positiva que se genera en ella, y los fisiológicos, de los cuales pueden mencionarse la disminución del sufrimiento fetal, el desuso de medidas instrumentales como la episiotomía y el alivio del dolor por medidas no farmacológicas.

PALABRAS CLAVE: Parto Humanizado, Bienestar de la mujer, Producto

HUMANIZED DELIVERY AS AN INSTRUMENT FOR THE IMPROVEMENT AND WELL-BEING OF WOMEN AND THEIR PRODUCT

ABSTRACT

Globally, it is estimated that approximately 140 million children are born each year, through normal births. Sometimes the use of instruments in childbirth management has been standardized, which in those same cases may be physiologically unnecessary and whose sole purpose is to facilitate the work of health personnel and, on their way, overlook the experience of labor in labor, thus violating their right to dignified care, among others. Humanized childbirth is conceived as an answer to problems like this, while it seeks to give women the power to decide on their body and how they want to carry it out, it also seeks to reduce fetal suffering, often caused by actions or omissions by health personnel. Giving women the opportunity to change their concept of what a normal childbirth is and allowing her a different experience than what is usually known is the end of humanized childbirth. **Objective:** To determine the benefits of humanized childbirth as an instrument of improvement and well-being in women and their product. **Methodology:** it is based on the bibliographic review of content available on digital platforms such as Scielo, Scencedirect, Google Scholar, among others. **Conclusions:** The benefits obtained from the implementation of humanized childbirth can be included in 2 subtypes, the psychosocial ones, among which the level of satisfaction of the mother towards her role at the time of delivery and the positive experience that It is generated in it, and the physiological ones, of which the decrease in fetal suffering, the disuse of instrumental measures such as episiotomy and pain relief by non-pharmacological measures can be mentioned.

KEY WORDS: Humanized childbirth , Women's well-being , Product

INTRODUCCIÓN

Con este trabajo investigativo documental bibliográfico, se busca indagar y obtener datos e información de investigaciones realizadas sobre el trabajo de parto desde otra perspectiva de atención sanitaria, como la sensibilización del equipo de salud basado en el manejo de las experiencias de las gestantes de una manera sensible y centrada en su esfera emocional durante el parto, además la de brindar un ambiente de tranquilidad y seguridad basado en el rol del personal de salud, principalmente el talento humano de enfermería como ente capacitado para tener una escucha activa centrada en el manejo de las emociones de la gestante.

En la actualidad el parto humanizado ha surgido como una respuesta fundamental en la lucha por la recuperación del rol protagónico de la mujer en un momento tan maravilloso como lo es el parto, más que una medida sanitaria, el parto humanizado se presenta como una reivindicación de los derechos de las mujeres que se dirige si, al sistema de salud.

La detección de problemas como la violencia obstétrica en los establecimientos de salud, donde el personal de salud llega a asumir el rol de la gestante, relegando su papel protagónico durante el parto a un plano secundario, así como el aumento en las tasas de cesáreas y morbilidad materna y de los recién nacidos, han sido los detonantes principales para el surgimiento de corrientes en las que es la mujer quien marca las pautas a seguir al momento del parto.

El parto humanizado, intercultural o culturalmente respetado consta con una larga lista de beneficios, por lo que estudiarlos y socializarlos puede considerarse como lo más apropiado, el presente trabajo de investigación pretende, entre otras cosas, principalmente aquello, ser un medio de socialización de algo que, si bien no es nuevo, es muy necesario frente a las problemáticas actuales en las salas de parto.

En algunos países de América Latina se ha evidenciado disminución de la mortalidad materna desde el periodo de 2.000 a 2.020, donde la implementación de diferentes estrategias de atención del parto, y entre estas el del parto humanizado es lograr dar

cumplimiento a los objetivos del milenio e inclusive proteger y satisfacer a la gestante al momento del nacimiento.

La perspectiva respecto a este modelo de atención de parto humanizado, se pretende lograr a través de la aseveración de los beneficios que puede tener la gestante al momento del alumbramiento con esta alternativa, e inclusive mostrar el rendimiento y calidad que puede tener la atención del parto con la participación de un equipo de salud aplique el rol y cada una de sus competencias en este proceso.

Para ello, el presente estudio se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I, trata sobre el Planteamiento del Problema de investigación; en esta sección se detallará las diferentes problemáticas que motivaron la realización del trabajo investigativo, así como los objetivos que se pretende alcanzar a través del mismo.

Capítulo II; Es el Marco Teórico-Conceptual: se exponen las definiciones de términos usuales en la investigación y que se presentan como vitales para la comprensión del mismo.

Capítulo III; se indica el tipo de investigación y la Metodología que se aplicó para recabar los datos e información de las diferentes fuentes documentales científicas de alto impacto y relevancia de las cuales se nutrió el trabajo de investigación.

Capítulo IV; es el Desarrollo del Tema: en este se detallaron los estudios e investigaciones científicas que relacionándose al tema de investigación, otorgaron respuestas a las preguntas planteadas en el capítulo I.

Capítulo V, tenemos las Conclusiones: en esta sección finalmente se expondrán los resultados obtenidos en base al desarrollo de los capítulos anteriores.

CAPÍTULO I

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Planteamiento del Problema

A nivel mundial, se estima que nacen aproximadamente 140 millones de niños/as cada año, mediante partos normales. Sin embargo, pese al desarrollo y surgimiento de nuevos conocimientos en lo que a nacimientos se refiere, el concepto de normalidad que se ha ido desarrollando en torno al parto, no es universal y mucho menos estandarizado. En los últimos 20 años se ha dado un notable desarrollo de nuevas técnicas aplicables al parto, las cuales permiten el inicio, la aceleración, el terminar o vigilar el proceso fisiológico del parto, acciones que si bien tiene como fin mejorar el resultado del parto en las mujeres y bebés por otra parte inducen una medicalización creciente en este proceso, lo que a su vez conlleva a debilitar la capacidad de una madre de dar a luz y así afectar de forma negativa su experiencia personal del parto (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En respuesta a dicha problemática surgió el denominado “parto humanizado”, este tipo de parto, se entiende como aquel en el que priman las creencias y elecciones sobre el tipo de nacimiento que una madre desea para su bebé, a su vez basa su implementación en dos perspectivas, aquella que viene desde la madre y aquella que está ligada al bienestar del bebé, es decir que posiblemente en ocasiones el cuadro clínico del bebé no permita un parto normal. Fuera de ello y una vez constatado el bienestar del feto y la viabilidad de un parto normal, la madre tendrá la libre elección del tipo del parto que ella prefiera conforme a su ideología (Johannsen, 2016). Adicional a ello, interviene el actuar de los profesionales de la salud, mismos que basaran su atención en principios más humanísticos, sirviendo así de soporte emocional, y no solo clínico, para la madre durante el parto (Fray, 2018).

Estudios han determinado, entre otras cosas, que la aplicación de un parto humanizado, dan como resultado una mejor experiencia al momento del parto, así como la identificación de otras variables, como el hecho de que el acompañamiento al momento del parto afecta positivamente al desarrollo normal del mismo, también se ha demostrado que no solo el acompañamiento físico, sino que también el emocional (aplicado en el parto

humanizado), pueden llegar a tener un efecto analgésico en la parturienta, disminuyendo en ella la percepción del dolor y aumentando su nivel de satisfacción (Hernández, 2015), además de que la instauración del contacto temprano entre la madre y su bebe, promovido en el parto humanizado, facilita una la producción de leche materna y respectivamente una buena alimentación en el recién nacido (Macías, Haro, Piloso, Galarza, & Triviño, 2018).

A su vez, y en contraste a lo mencionado, se ha identificado que en grupos de estudios en los que las parturientas no accedieron a un parto humanizado o que este se aplicó de forma ineficaz, problemas como la deficiente o nula información que recibió la parturienta sobre el parto o los procedimientos a realizar en este conllevaron a una disminución en la participación de la futura madre en el transcurso del parto, lo que al mismo tiempo, aumento el riesgo de la presencia de una complicación, también se encontraron casos en los que, la poca comunicación entre el personal de salud y las parturientas, desembocaron en la interrupción del cuidado humanizado puesto que la paciente no confiaba o sentía vergüenza al momento de manifestar sus necesidades (León, 2015). Por ende, se plantea que la aplicación correcta del parto humanizado depende en gran medida del personal de salud.

Con base en lo mencionado, resulta necesaria la elaboración de estudios que identifiquen aspectos positivos que giran en torno al parto humanizado, y que por otra parte identifiquen factores que suponen un riesgo o una limitación en la aplicación del mismo, los cuales resulten perjudiciales o contradictorios al objetivo primario del parto humanizado, es necesario el desarrollo de una investigación que responda a preguntas como:

¿Cuáles son los beneficios del parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar en la mujer y su producto?

¿Cuáles son los roles del personal de salud que participa en la atención de un parto humanizado?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar los beneficios del parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar en la mujer y su producto

1.2.2 Objetivos Específicos

1.2.2.1 Determinar los roles del personal de salud que participa en la atención de un parto humanizado.

1.2.2.2 Describir los tipos de parto humanizado.

1.2.2.3 Determinar los beneficios e importancia del parto humanizado en la mujer y su producto

1.2.2.4 Analizar que estrategias, instrumentos o protocolos existen para la atención de un parto humanizado.

1.3. Justificación

La presente investigación argumenta su justificación “en la alarmante y elevada cifra de partos medicados o cesáreas registradas en la región, donde las cifras señalan que 1 de cada 4 nacimientos suceden mediante partos medicados, sobre medicados o cesáreas (Organización Panamericana de la Salud, 2016), mientras que a nivel nacional, se registra un porcentaje aproximado del 36 al 37% de cesáreas del total de nacimientos, cuyas cifras pueden ascender hasta el 82% en clínicas privadas (INEC, 2019), siendo estos datos claves al momento de entender la necesidad de elaborar trabajos investigativos que aborden medidas suplementarias o alternativas, las cuales procuren principalmente el bienestar de dos seres que emprenden etapas nuevas, la del nacimiento y comienzo de la vida así como la de convertirse en madre”.

El parto humanizado o parto culturalmente respetado, nace como la “solución a la necesidad de implementar medidas que conserven aquello que corre peligro de deteriorarse ante el surgimiento de nuevas corrientes dentro de las ciencias de la salud, y es justamente la atención humanizada, algo tan vital y necesario dentro de un proceso tan importante como es el nacimiento de un ser humano, así como la experiencia que esta significa para la madre y su entorno cercano (Macías, Haro, Piloso, Galarza, & Triviño, 2018). La justificación de la creación de conocimiento científico no puede fundamentarse solo en la necesidad del conocimiento, sino que mediante el apelar a mantener el lado humano del profesional”.

El trabajo investigativo pretende sentar precedente a futuros estudios que busquen dar solución a problemas relacionados directa o indirectamente con el tema a tratar dentro de la actual investigación. Además, las investigadoras en compañía de su tutora apuntan a la creación de un estudio cuyo contenido científico sea fidedigno y confiable, que dé certeza y validez a las respuestas que mediante de él se obtengan y cuyos postulados finales puedan aportar en algo a la búsqueda de una solución a un problema como el previamente mencionado”.

En algunos países de América Latina se ha evidenciado disminución de la mortalidad materna desde el periodo de 2.000 a 2.020, donde la implementación de diferentes

estrategias de atención del parto, y entre estas el del parto humanizado es lograr dar cumplimiento a los objetivos del milenio e inclusive proteger y satisfacer a la gestante al momento del nacimiento.

Por lo tanto se puede indicar que ante esta perspectiva respecto a este modelo de atención de parto humanizado, “se pretende lograr a través de la aseveración de los beneficios que puede tener la gestante al momento del alumbramiento con esta alternativa, e inclusive mostrar el rendimiento y calidad que puede tener la atención del parto con la participación de un equipo de salud aplique el rol y cada una de sus competencias en este proceso”.

En nuestra profesión es importante la aplicación de la “humanización, pues esto contribuye al mejoramiento de la atención sanitaria en los diferentes sistemas de salud a nivel Nacional, y por ende favorece a todos los grupos sociales a partir de las prácticas igualitarias de atención a la población en general”.

Además con este tipo de investigaciones y como futuros profesionales, nos permite obtener información científica, para en el campo laboral crear prácticas de atención de enfermería y programas que van a permitir a las madres participar activamente en su atención del parto, proporcionándoles estrategias o alternativas que le favorezcan de algún modo en este proceso natural, integrando además a las familias, las cuales tienen la responsabilidad compartida con el estado de ser formadoras del individuo desde su nacimiento.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Marco Teórico

Violencia Obstétrica

La violencia obstétrica se presenta, según el artículo **“La Violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer”**, como la violencia que es ejercida principalmente por el personal de salud sobre el cuerpo de una mujer, así como sobre sus procesos reproductivos. Esta se expresa como un trato que va en sentido contrario al que se plantea en normas éticas y legales respecto al que se debería dar a una embarazada, así como una corriente que va en crecimiento y es aquella que considera un proceso reproductivo normal como algo patológico en el contexto de la atención en salud sexual y reproductiva. Este tipo de violencia puede, en algunos casos, ampliarse incluso hasta afectar el proceso de duelo y pérdida en la maternidad debido a un excesivo intervencionismo del personal de salud (Al Adib, Ibáñez, Casado, & Santos, 2017).

Adicional a ello, estudios como **“Violencia obstétrica: percepción de las usuarias”** postula este tipo de violencia como aquella en la que el profesional de salud actúa de modo, específicamente en el parto, en el que se apropia del cuerpo de la gestante. Este problema se expresa en la práctica como un trato que carece de sentido humano, así como en el abuso del uso de medicamentos, adicionalmente se evidencia la utilización de una perspectiva que ve a procesos naturales como algo patológico, lo que se traduce en la pérdida casi total de la autonomía de la gestante así como de su capacidad para tomar decisiones de forma libre tanto de su cuerpo como en su sexualidad, todo esto llega a impactar de una forma negativa aspectos tales como: la calidad de vida de una mujer, su experiencia en cuanto al parto y su perspectiva sobre el personal de salud (Terán, Castellanos, González, & Ramos, 2015).

¿Por qué es importante el Parto Humanizado?

El parto humanizado, nace como una solución a un problema global, que afecta tanto a la madre como a su bebe, el aumento en las tasas de violencia obstétrica y de

cesáreas, según **“El Parto Humanizado como respuesta a la violencia obstétrica”**, ambos problemas suceden usualmente en consecuencia a indicaciones o acciones médicas que limitan la participación de la gestante y el poder de decisión sobre su embarazo y parto, también se menciona que, la aplicación de cesáreas en casos que no lo ameritan, provocan, en gestaciones posteriores, un aumento en las tasas de muerte fetal y de problemas obstétricos (placenta previa, ruptura uterina, etc.). mientras que la aplicación del parto humanizado provoca un efecto opuesto, así como disminución de gasto público en materiales y aumento de satisfacción en las madres (González, 2016).

En paralelo a ello, el trabajo investigativo denominado **“Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en atención del embarazo, parto y puerperio”** manifiesta que, la violencia obstétrica, es una expresión palpable en la deshumanización del trato y cuidado que recibe la gestante, lo cual se percibe en el momento del parto como un trato irrespetuoso, además de ofensivo y negligente, lo cual no solo atenta contra los derechos de un paciente a una atención digna y respetuosa sino que amenaza directamente el derecho tanto a la vida como a la salud, comprometiendo la integridad física de 2 seres humanos en el transcurso, lo cual el parto humanizado busca corregir a través de la mejora en el acompañamiento que recibe la parturienta (Maldonado, 2018).

Y finalmente, según **“La Gineco-obstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica”** se reconoce que, la violencia obstétrica, así como el aumento de cesaras, a nivel regional, está asociado a la percepción negativa que tiene no solo la gestante sino que su entorno hacia el sistema de salud, lo que supone un riesgo para ella y el feto, quien por temor a repetir una experiencia negativa acude a centros clandestinos en busca de un trato más humano, para llevar a cabo su parto, y esto supone un riesgo potencial, puesto que existe la posibilidad que el personal que la atiende no cuente con las herramientas y conocimientos necesarios para abordar una complicación en el transcurso del parto y eso conlleve a un desenlace fatal para la madre y el bebé, el parto humanizado, por ende, busca recuperar esa confianza de la gestante en el sistema de salud (Pozzio, 2016).

Parto Humanizado

El parto humanizado o culturalmente respetado, según Cáceres Flor y Nieves Giselly en su artículo **“Atención Humanizada del parto. Diferencial según condición**

clínica y social de la materna”, es aquel que abarca el cuidado de la embarazada desde la observación de un conjunto de atributos, lo que tiene por finalidad el brindarle una experiencia satisfactoria tanto del trabajo del parto como el parto en sí mismo. Entre los atributos mencionados, constan: el respetar la fisiología del proceso de parto; la intervención del personal de salud, solo en lo básico; la identificación, así como la comprensión y el respeto sobre los aspectos culturales y sociales de la embarazada; el brindar el apoyo emocional necesario durante el proceso del parto y finalmente, otorgar y garantizarle, a la gestante, el poder de decisión, así como su autonomía y privacidad durante el parto (Cáceres & Nieves, 2017).

De igual forma, Lidy Jacobo en su investigación titulada “**Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica**” menciona que, el parto humanizado es una nueva modalidad que, aunque se basa en principios culturales antiguos, tiene como fin el generar en la parturienta un momento significativamente especial y placentero, el cual debe darse en condiciones que aseguren la dignidad humana, otorgándole a la gestante protagonismo y libertad en la toma de decisiones respecto a las condiciones en las que desea, suceda el parto. Destaca, entre las características de este tipo de partos, la oportunidad de que la gestante cuente con la compañía de un familiar o su pareja al momento el parto, lo se complementa con la atención médica, y a su vez mejora significativamente aspectos psicoafectivos y los culturales (Lidy, 2018).

Otros estudios, como “**Una concepción integral del parto humanizado en Cuba**”, expresa que, puede definirse al parto humanizado como la atención que goza de enfoque integral, la cual es brindada tanto a la gestante como a su familia en el transcurso del parto, este tipo de parto tiene por objetivo primordial el valorar a la parturienta como sujeto de cuidado, dando lugar a la satisfacción de necesidades así como a su participación activa antes, durante y después del parto, concediéndole además la libertad en la toma de decisiones que combinen equitativamente el conocimiento científico con la visión humanista, esto con la finalidad de generar en el personal de salud una percepción del parto que le permita concebir al mismo como un acontecimiento fisiológico y natural (Borges, Sánchez, Domínguez, & Sixto, 2018).

Finalmente, el estudio llevado a cabo por Viracucha Nathalie, el cual lleva por nombre “**Embarazo y parto humanizado: Implicaciones en el desarrollo del niño**”, postula que, el humanizar el nacimiento o el parto implica, entre otras cosas, que se debe corregir la visión que históricamente se ha usado para valorar a las personas desde la medicina, ampliar una visión que lo único que observa son un feto y un útero sometidos a estrés, así como la necesidad de medidas quirúrgicas. Es necesario, para cumplir la humanización del parto, cumplir con varios aspectos, entre los que destacan: la disponibilidad de un espacio que garantice en lo mínimo, comodidad, confortabilidad e intimidad; un ambiente que sea seguro y que genere en la gestante, satisfacción psicológica, así como emocional (Viracucha, 2016).

Tipos de Parto Humanizado

El parto humanizado engloba a su vez un subconjunto de tipos, los cuales tienden a ser clasificados tanto en la forma en la que estos se dan, así como aquellos que cumplen tanto las necesidades como las preferencias de la gestante, entre estos podemos mencionar:

El Parto Respetado

En este tipo de parto, el objetivo principal consiste en la recuperación del protagonismo de la gestante al momento del nacimiento, así como el recobrar la subjetividad y la libertad de las mujeres sobre ellas mismas para la toma de elecciones al momento de parir (Lidy, 2018).

Parto Psico-profiláctico.

Este tipo basa su metodología en un entrenamiento durante las semanas previas a la fecha en la que se presume nacerá el bebé, la idea principal es educar de forma racional, así como física y psicológica a la gestante en cuanto al proceso natural del parto, alcanzando así la pérdida de la actitud pasiva que generalmente desarrollan las mujeres al momento del parto, ya que al saber qué es lo que va a pasar, estas aprenden a adaptarse así como controlar los cambios que suceden en el cuerpo en el transcurso del parto y el alumbramiento (Chable & Garcia, 2015).

Parto Vertical o Intercultural:

En esta clase de parto humanizado, la paciente ubicada en posición vertical debe ubicar su torso, así como su canal pelviana en un ángulo de al menos 45° hasta los 90° en relación al plano horizontal, para ello puede estar parada, en cuclillas, parada de pies y manos, semisentada o sentada y de rodillas y de igual forma puede encontrarse apoyada en rodillas, glúteos o pies. Entre los beneficios de este tipo de parto se puede mencionar: un mejor equilibrio acido-base en el feto, una acción positiva en ventilación pulmonar de la parturienta, el proceso de parto se acorta significativamente, proporciona efectos psicoafectivos derivados de un mayor protagonismo al momento de elegir como parir, así como una mayor participación durante el nacimiento (Calderón, y otros, 2018).

Teorías y modelos de enfermería aplicables al parto humanizado.

Las teorías de enfermería pretenden, principalmente, la descripción, así como el establecimiento y la examinación de los fenómenos que se encuentran presentes en la práctica general de la profesión. Su desarrollo, conocimiento y aplicación se identifica como relevante en la práctica enfermera, puesto que estas permiten orientar el actuar profesional en líneas que facilitan y facultan; la identificación del rol que desempeña un enfermero/a en la sociedad, así como en el ambiente hospitalario; promueven la autonomía del enfermero; la creación de un lenguaje exclusivo de la profesión el cual permite una comunicación en igualdad de términos entre profesionales de la misma rama (Naranjo, Jiménez, & González, 2018).

El parto humanizado no está exento de la práctica enfermera, sino todo lo contrario, por ello, estudios como “**Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural**”, destacan como la aplicación de la teoría de “Adopción del rol maternal” postulada por Ramona Mercer, mejora, al tiempo que orienta, significativamente la práctica enfermera en el manejo del parto intercultural, lo que da como resultado un aumento en los conocimientos de manejo del parto con una perspectiva intercultural, de igual forma, la teoría en mención posibilita la educación y preparación de la futura madre a través de intervenciones enfermeras con un amplio espectro humanista, finalmente, la aplicación de dicha teoría logra aumentar el nivel de satisfacción y genera en las pacientes, la confianza imprescindible y necesaria en su participación durante el parto (Vasquez & Cardenas, 2016).

Otra de las teorías enfermeras aplicables al parto humanizado, según **“El Proceso de parto cultural, una necesidad”**, es la postulada por Madeleine Leininger, denominada **“Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales”**, la cual, aplicada al contexto del parto humanizado, permite al profesional de enfermería aplicar cuidados con un enfoque integral, permitiéndole un reconocimiento minucioso y diverso sobre las creencias, así como de las prácticas culturales en la gestante. Además de la ampliación de la ampliación del conocimiento enfermero en el ámbito intercultural, esta teoría permite al profesional el formular, modelos de atención generales y específicos de un parto en base a las características culturales de la comunidad, sin dejar de lado la aplicación de procesos e intervenciones individualizadas (Torres, Poveda, & Margarita, 2018).

Finalmente, en **“Relación entre el personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo del parto”**, se menciona la relevancia en la aplicación de la teoría propuesta por Hildegard Peplau, **“Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería”** en la explica que, la enfermería se trata de una relación entre una persona que precisa de cuidados en salud y una que con formación profesional, los puede proveer, lo que, enmarcada en la atención del parto, dentro de la profesión de enfermería, promueve el acompañamiento integral del profesional a la paciente en el transcurso del parto, lo cual supone para el enfermero el entender que la parturienta es quien desenvuelve el papel protagónico en el momento del parto y que quien está junto a ella es quien debe adaptarse tanto a sus necesidades como a sus prioridades y demandas y no lo contrario (Henao, Osorio, & Salazar, 2020).

2.1.2. Marco Conceptual

Embarazo

El embarazo sucede como resultado de una serie de acontecimientos previos a este; la maduración de los órganos sexuales tanto masculinos como femeninos, la copulación o el mantener relaciones sexuales y finalmente la concepción, que es el momento en el que un espermatozoide fecundo al ovulo para posterior a ello implantarse en el endometrio del útero, en ese momento iniciara el embarazo, el cual se define como el proceso de desarrollo por el que atraviesa un ovulo fecundado desde el momento de la concepción hasta el parto, este proceso generalmente tiene una duración de 9 meses, salvo determinados casos.

Tipos de embarazo

Embarazo intrauterino:

Es aquel que sucede cuando el ovulo fecundado se implanta y se desarrolla con total normalidad, es decir que, el embarazo intrauterino es igual a un embarazo normal. Su duración generalmente oscila entre las 40 y 42 semanas, estas se cuentan desde el primer día a partir de la última fecha de menstruación. Este tipo de embarazo, en ocasiones, puede estar condicionado por factores que influyen en el estado de salud de la madre y el desarrollo normal del feto, lo que da lugar a dos subtipos, estos son: el embarazo de bajo riesgo, que es aquel embarazo adecuadamente controlado y en el que no presenta ningún problema hasta el parto y el embarazo de alto riesgo, donde la salud de la madre puede afectar el desarrollo del feto por causas como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, enfermedades nefróticas, embarazo gemelar, etc.

Embarazo ectópico:

Este tipo de embarazo es aquel que se da como resultado de la implantación del ovulo fecundado en zonas circundantes a la cavidad uterina, que es donde normalmente se implanta. Epidemiológicamente, del total de casos de embarazos ectópicos, aproximadamente en el 95% de los casos, el ovulo fecundado se implanta en la trompa de Falopio, a estos se les denomina ambiente como una forma tubárica de embarazo ectópico. Por otra parte, las formas no tubáricas de este tipo de embarazo pueden presentarse en regiones como el cérvix, así como en el ovario, también constan en este tipo los embarazos intraligamentario, el embarazo en cuerno uterino rudimentario y finalmente el embarazo corneal.

Embarazo molar:

También denominado como “mola hidatiforme”, más que un tipo embarazo, suele tratárselo como una complicación del mismo, este tipo se caracteriza principalmente por un crecimiento exponencialmente anormal de células trofoblásticas, las cuales en un embarazo normal forman la placenta. Este tipo de embarazo generalmente se subdividen en dos, el primero es el embarazo molar completo que son los casos donde el tejido placentario ha crecido tanto que no ha permitido el desarrollo del embrión y a una valoración de este tejido se observan quistes que pareciesen contener liquido en su interior y el segundo, el embarazo molar incompleto o parcial donde pese al crecimiento anormal del tejido

placentario, puede desarrollarse el embrión pero generalmente este no sobrevive, produciéndose un aborto al inicio del embarazo.

Parto

Se entiende por parto al conjunto de fenómenos tanto activos como pasivos originados en la anatomía femenina y que tienen por principio y finalidad la expulsión del bebé, producto o feto, así como la placenta y sus respectivos anexos (cordón umbilical, saco amniótico, etc.), generalmente este se da por vía vaginal y tiene por condicionamiento el que el feto tenga más de 500 gramos o que este tenga una edad gestacional mayor a 22 semanas, vivo o muerto.

El parto normal comprende de 3 fases que son:

Fase de dilatación:

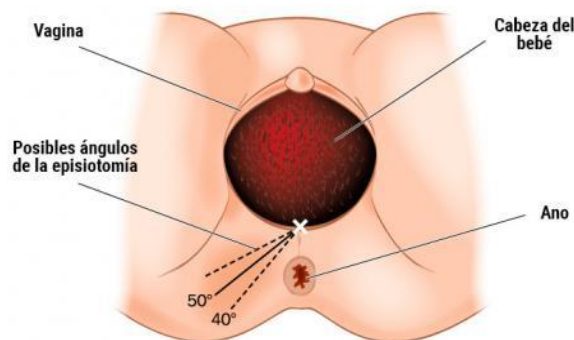
Esta es la primera fase, también llamada “de dilatación y borramiento”, en esta el cuello uterino empieza a expandirse (dilatarse) a la vez que se contrae (borrar), lo que permite principalmente que el producto pueda moverse hacia el canal de parto, en esta fase se toman en consideración tres aspectos, que aunque subjetivos en cierta parte, permiten hacer un diagnóstico diferencial acertado sobre si es el inicio del trabajo de parto o el causal es otro padecimiento, estos 3 aspectos son: contracciones en intervalos de al menos 2 por cada 10 minutos; la dilatación del cuello uterino en al menos 3cm y el borramiento del cuello uterino en al menos 50% de su longitud normal. Esta etapa también se presenta como la más larga en el proceso del parto, en primigestas o madres primerizas, esta puede extenderse de entre 8 hasta 12 horas.

Fase de expulsión:

Una vez se ha alcanzado la dilatación completa del cuello uterino, es cuando inicia esta fase, en esta la parturienta siente una necesidad por apretar, similar a la de hacer de vientre, esto, sumado a los pujos, es una ayuda vital en la expulsión del bebé. Generalmente el bebé, en un parto normal, es expulsado con su mirada hacia la espalda de la parturienta. En esta fase es muy importante que la cabeza del bebé sea expulsada lentamente, esto con la finalidad de evitar una descompresión demasiado brusca, así como para evitar un daño en la zona perineal, de ser el caso en donde el periné no está distendido de forma adecuada se realizara un corte en esta área denominado “episiotomía” (Figura 1). Una vez se hayan

expulsado tanto la cabeza como los hombros, la salida del resto del cuerpo (el torso y extremidades inferiores) sucederá sin complicación alguna.

Figura 1. Episiotomía



Fuente: (Gonzales A. , 2018)

Fase de alumbramiento:

Aunque coloquialmente el termino alumbramiento se lo usa como sinónimo a parto, en terminología obstétrica, este término hace referencia a la salida de la placenta, puesto que técnicamente el parto no finaliza hasta su salida, así como la de las membranas ovulares. Fisiológicamente, una vez han salido tanto la placenta y sus anexos, el útero emprende un conjunto de procesos inmediatos, debido a la alta vascularización de la placenta, de no llevarse a cabo dichos procesos la madre moriría por hemorragia, para evitarlo el útero se contrae con gran fuerza, dicha acción produce una contracción en los vasos sanguíneos que irrigaban la placenta y con ello disminuye el sangrado.

Tipos de Parto

Los tipos de parto pueden ser clasificados acorde al tiempo de duración del embarazo, así como por las preferencias de la madre y el criterio médico. Según el tiempo de duración del embarazo el parto puede ser:

Parto a término:

Este tipo de parto se caracteriza por ser de comienzo espontaneo, el riesgo que representa a la salud de la madre y él bebe es bajo, desde el inicio de la primera fase del parto hasta el

alumbramiento de la placenta. Él bebe que nace en este tipo de parto generalmente es expulsado en posición podálica y su edad gestacional oscila entre las 37 hasta las 42 semanas completas. También es denominado como parto eutócico o espontaneo.

Parto Inmaduro:

Este tipo de parto presenta un riesgo significativamente alto para él bebe, generalmente puede presentarse, cuando el embarazo cursa los 20 hasta las 28 semanas de gestación.

Parto Pre-término:

Se entiende por parto pre-término a aquel que generalmente sucede entre las semanas de gestación 28 y 36, igual que en el inmaduro, él bebe presenta un elevado riesgo en su condición para su salud, este puede suceder de manera espontánea, así como ser desencadenado por una patología presente en la madre o inducido por criterio medico frente a una valoración que identifica un riesgo para la vida de la madre o el feto.

Parto Pos-término:

Este tipo de parto ocurre cuando el periodo gestacional se alarga, y tiene a ser mayor o igual a las 42 semanas. En estos casos es recomendable el iniciar una vigilancia prenatal a partir de las 41 semanas, de igual forma, una vez alcanzado este periodo es sugerible la inducción del parto y se considera oportuna su aplicación al alcanzar las 42 semanas de gestación.

Por otra parte, la clasificación del parto según las necesidades de la madre y el criterio medico pueden abarcar tipos de parto como:

Parto inducido:

Este es el tipo de parto en el que el personal de salud da inicio, o estimula el mismo, a través de la aplicación de medios farmacológicos (oxitocina) o maniobras que estimulen el inicio de las contracciones, al mismo tiempo que valora y controla su evolución, siendo así que, el comienzo de dicho parto se da de forma artificial y generalmente este tipo de parto termina en la aplicación de un parto quirúrgico o instrumental. Usualmente la aplicación de este tipo de parto se da debido a un potencial riesgo en la salud de la madre o el feto. Uno de los aspectos que determina la probabilidad de éxito de este tipo de parto es la identificación de cuan blando y distendido se presenta el cuello uterino.

Parto instrumental:

Este tipo de partos, representan aproximadamente entre 15 al 20% del total de partos que se dan por vía vaginal. Suceden cuando en la segunda fase del parto, se identifica un problema en la expulsión del bebe, por lo que personal médico recurre a la utilización de un instrumento (ventosa, fórceps o espátula), el cual es aplicado sobre la cabeza del feto y mediante este se amplía el canal de parto a la vez que se obtiene al producto mediante la tracción. La aplicación de medidas complementarias a esta, permite el mejorar los resultados en el proceso del parto, entre esas constan: utilizar oxitocina frente a una progresión lenta del parto, utilizar, en diferentes posiciones, la rotación manual y finalmente, de observar progresión en el parto, se debe ser flexible respecto al límite de tiempo en el expulsivo.

Parto quirúrgico o cesárea:

Se trata de una intervención de tipo quirúrgica la cual tiene por propósito, la finalización del embarazo o el parto, cuando por causas maternas o fetales, la aplicación del parto por vía vaginal se desaconseja. Esta intervención consiste básicamente en realizar una incisión abdominal para luego realizar la apertura del útero y con ello el vaciado de su contenido, es decir, la extracción del bebe. Esta intervención requiere, entre otras cosas, la utilización de anestesia, generalmente epidural, y dependiendo el caso se administrarán transfusiones sanguíneas, así como de hemoderivados.

Parto vaginal/normal/humanizado:

Este parto, también conocido actualmente como parto intercultural, parto culturalmente respetado o parto humanizado, es aquel en el que la parturienta inicia su trabajo de parto sin ningún estímulo farmacológico, ni la utilización de analgésicos o instrumentos, el desarrollo de este es totalmente fisiológico y promueve una participación activa de la gestante como la de su familia, promoviendo la presencia de un acompañante en el proceso del parto puesto que se ha demostrado que aquello mejora la respuesta de la mujer en el parto así como aliviar sus niveles de estrés y dolor, este tipo de parto fomenta el respeto por parte del personal de salud hacia las decisiones de la gestante en cuanto a cómo desea llevar a cabo su parto, brindando además, medidas de soporte tanto asistenciales como emocionales.

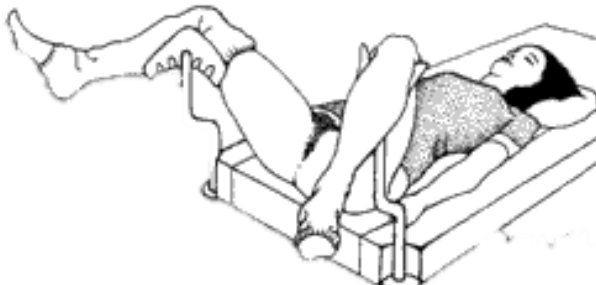
Posiciones que facilitan el parto

Entre las medidas y acciones que pueden tomarse en el transcurso del parto y las cuales facilitan su desarrollo, así como alivian ciertos síntomas como el dolor o acortan el tiempo, destacan principalmente las posiciones activas de parto, entre las cuales se encuentran:

De cubito supino:

En esta posición la parturienta puede estar con sus caderas flexionándolas al máximo, lo que a su vez conlleva a una retroversión de la pelvis y una contranutación, dichos movimientos resultan beneficiosos puesto que aumentan el diámetro superior de la pelvis. Los beneficios de esta posición se presentan principalmente en la fase 2 del parto. Una de las posiciones más usadas dentro de este tipo es la posición de litotomía (Figura 2), esta consiste en ubicar el cuerpo de la paciente, sobre una mesa ginecológica, en posición supina, la cabeza deberá estar apoyada en una almohadilla y estar alineada con el tronco, las extremidades superiores deberán tener una agarradera cerca, las piernas, por otra parte, estarán apoyadas sobre perneras, estas permitirán la elevación y separación de las mismas.

Figura 2. Posición de Litotomía

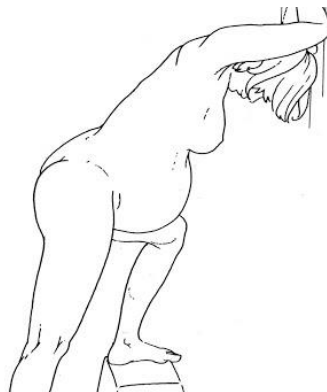


Fuente: (Elsevier Connect, 2017)

De pie:

Esta posición consiste básicamente en la inclinación del tronco en sentido anterior, para luego de ello realizar una semiflexión de caderas, para mediante ello, la parturienta pueda realizar con libertad, movimientos que faciliten la etapa del expulsivo (Figura 3). Este tipo de posiciones favorecen principalmente el equilibrio ácido-base del feto, a la vez que muestran una mejoría significativa respecto a la eficacia de las contracciones del útero, esto debido al aumento en la intensidad de las mismas, la disminución notable en el dolor y aumentando el confort, acorta el tiempo del proceso del parto.

Figura 3. Posición de pie



Fuente: (Garcia & Jimenez, 2017)

De cubito lateral:

Esta posición le permite a la parturienta una amplia libertad para moverse, principalmente en movimiento de anteversión, así como los de retroversión, esto lo obtiene simplemente variando el grado en el que se encuentre flexionada la cadera en sentido contrario al lado del que está apoyada. Dentro de este tipo, la que más destaca es la posición de SIMS, en esta, la gestante se apoya en su costado izquierdo, mientras mantiene flexionado y levantado la pierna derecha (Figura 4). Esta posición logra principalmente la relajación del periné, así como la ampliación de los estrechos en el canal de parto lo que posibilita y facilita la salida del bebe.

Figura 4. Posición de SIMS



Fuente: (Pérez E. , 2015)

Sedestación:

Este tipo de posición puede tener algunas variantes, acorde al grado de flexión en el que se encuentra la cadera, puede ser que estas estén semiflexionadas debido a que la gestante se encuentra en una silla de parto, esto dará la posibilidad de que la parturienta realice

movimientos pélvicos según la fase del parto en la que se encuentre. Por otra parte, las caderas pueden estar hiperflexionadas debido a que se encuentra sentada en el suelo sobre una colchoneta, esto permitirá principalmente el aumento del tamaño del estrecho inferior. En este tipo de posición, es recomendable el uso de sillas de parto ya que sus ventajas son mayores, teniendo presente que el diseño de esta debe permitir la libre movilidad pélvica de la mujer.

Figura 5. Sedestación

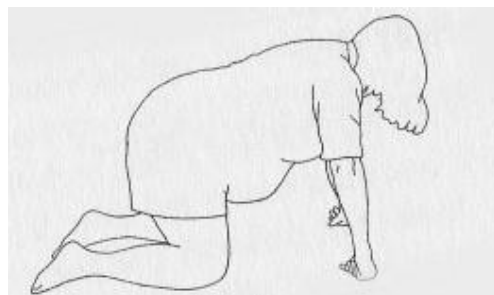


Fuente: (Lugones & Ramirez, 2015)

Cuadrúpeda:

En esta posición la parturienta ubica su espalda en sentido horizontal a la vez que se apoya en el suelo con sus brazos extendidos y sus rodillas, esto dará como resultado una flexión moderada en su pelvis lo que a su vez le permitirá realizar todo tipo de movimientos. Lo más sobresaliente dentro de esta postura es que parece favorecer el encajamiento del feto, principalmente cuando este se presenta de forma posterior. Adicional a ello, esta posición provoca una menor incidencia de traumas a nivel perineal debido a que la gravedad aleja el peso, así como la presión del suelo pélvico facilitando así el descenso del feto.

Figura 6. Posición Cuadrúpeda



Fuente: (Romero, Carizosa, & Jimeno, 2018)

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

La actual investigación puede presentarse como una que cumple con los parámetros de un estudio documental, la cual ha tomado en cuenta los lineamientos y directrices dispuestos por el ente rector del proceso de titulación, este trabajo cuenta con información científica disponible en los diferentes recursos bibliográficos, así como los diferentes portales electrónicos disponibles en internet. Los repositorios y bibliotecas electrónicas, así como buscadores de contenido científico en la web que fueron utilizados son: Scielo, Web-Science, Google Académico, Medigraphic, la Red de Repositorios de Acceso Abierto del Ecuador, en los cuales se utilizaron palabras claves como: Parto, Humanizado, Embarazo, Intercultural, Respetado.

Adicional a ello se utilizó la información disponible en las páginas o sitios web de instituciones como la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Organización Panamericana de la Salud.

CAPÍTULO IV

4.1 DESARROLLO DEL TEMA

En el contexto mundial actual, el desarrollo de tecnologías que apuntan a una intervención más sofisticada del parto ha relegado el manejo cultural del mismo a un nivel donde la visión de gran parte del personal de salud había aprendido a tratarlo como una patología en lugar de proceso fisiológico natural, a la vez que se despojaba a las gestantes del derecho sobre su cuerpo y el trato interpersonal apuntaba hacia ella como la culpable de un evento desagradable, haciéndola víctima de una visión inhumana del parto y el embarazo, convirtiéndola en una víctima de violencia, frente a eventos que se empezaban a replicar a nivel mundial y cuyos efectos pasaban del plano emocional y asistencial a el aumento de cifras de muertes maternas y neonatales, surgieron corrientes que buscan reivindicar la humanización en algo tan valioso como lo es el parto.

Para lograr aquello, tanto organizaciones internacionales como investigadores particulares han llevado a cabo estudios que resalten los beneficios que otorga a la madre como a su bebe, la aplicación del parto humanizado, entre esos estudios constan:

La investigación llevada a cabo por la (Organización Mundial de la Salud, 2018). en los países miembros que la integran y donde se aplica el parto humanizado. En esta se destaca que:

“Los riesgos para la salud pública, que se desprenden del aumento en la tasa de cesáreas a nivel mundial, así como el aumento en los partos medicados y sobremedicados, entre dichos riesgos destacan el sufrimiento fetal, la violencia obstétrica y mayor probabilidad de desarrollar una complicación en cualquiera de las fases del parto. Al mismo tiempo plantea 9 recomendaciones, las que se incluyen en un modelo destinado al abordaje del parto con la finalidad que este resulte positivo para la madre y su bebe (Figura 7). Finalmente menciona que la obtención de una experiencia de parto positiva en la mujer y su producto se traduce en una mejora significativa en la salud emocional y psicológica de la madre, aumentando principalmente su nivel de satisfacción” (págs. 1-3).

De igual modo, el “Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia” también conocido como (Unicef, 2019) en su “**Manual de Estándares de Calidad y Humanización de la Atención Materna y Neonatal**” establece como necesaria:

“la aplicación estándares, necesarios para catalogar un parto como humanizado, los que deben abordar el mismo desde la atención perinatal hasta los cuidados neonatales. Se menciona que el cumplimiento de dichos estándares en la aplicación de un parto humanizado implica el cambio en tendencias que existen tanto en tasas de mortalidad materna como neonatal reduciéndolas de manera significativa, a la vez que se recupera la confianza de la madre en los sistemas de salud y el personal, además, destaca la garantía de un contacto temprano entre la madre y su hijo, lo cual permite en el niño un desarrollo y apego positivo hacia su madre” (págs. 29-34).

Figura 7. Modelo de Cuidados Durante el Parto



Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Adicionalmente, el estudio llevado a cabo por la “Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico” o por sus siglas OCDE (Pueyo, Espiga, Colls, Sanders, & Roberts, 2015), en sus países miembros, 37 en total, cuyo propósito era el describir lo diferentes modelos de atención al parto en estos, se destaca que:

“En países como Dinamarca, Irlanda y Australia, las gestantes que no presentan algún tipo de riesgo en su embarazo pueden acceder, al momento del

parto, a la atención por personal de salud como obstetras o algún médico familiar, aunque también gozan de la opción de escoger si ser atendida por matronas en casa, lo que disminuye la exposición a ambientes hospitalarios y dándole la oportunidad de llevar a cabo el nacimiento del bebe en un ambiente cómodo y conocido para la madre, a la vez que se disminuye el costo en el rubro de gastos de salud de los diferentes estados” (págs. 62-70).

Por otra parte, consta el estudio **“La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol”** realizado por (Garrido, 2017) en Barcelona - España en el que se menciona que:

“La importancia que conlleva la aplicación del parto humanizado, abordando beneficios más allá de los fisiológicos para la madre y el bebe, establece que la aplicación de este tipo de parto permite principalmente la generación de una experiencia positiva sobre el mismo por parte de la madre, la idea crucial es el empoderamiento de la madre sobre sí misma, promoviendo el respeto de sus decisiones así como sus sentimientos, valores y creencia, reduciendo a niveles mínimos la medicalización a través de la adopción de técnicas, modelos y medidas prácticas que se encuentren fundamentadas científicamente y estén basadas en la evidencia” (págs. 1; 65-70; 181-182).

En España, la implementación de la **“Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”** llevada a cabo por el (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2015) permitió:

“La visualización de los problemas derivados de la atención de los partos basados en medidas instrumentales o en la medicalización del parto, con el cambio en el paradigma el abordaje del parto, los resultados empezaron a variar y notarse eventualmente, llevado a obtener datos certeros como que la aplicación de partos humanizados en los sistemas de salud permite; el aumento en los niveles de satisfacción por parte de la madre cuando se encuentra acompañada, la disminución en el uso de episiotomías no afecta en la mayoría de casos el normal desenvolvimiento del parto siendo este un resultado positivo, el contacto temprano de piel con piel entre madre e hijo produce efectos positivos como el reconocimiento del olor materno, el establecimiento

del vínculo y la lactancia mater y facilita la adaptación del bebe a la vida extrauterina” (págs. 12-34).

En Murcia, en un estudio realizado por (Marín, 2015) y aplicado a 175 parturientas, se evaluaron los beneficios de la aplicación del parto humanizado o normal, entre los resultados que se obtuvieron destacan que:

“La implementación de este tipo de parto en el sistema de salud permite; primero, el empoderamiento, esto ubicado en el contexto de la autonomía que tiene la mujer para llevar a cabo el desarrollo de un proceso fisiológico como lo es el parto; segundo, el parto humanizado beneficia directamente al neonato, en aspectos cruciales como el desarrollo cognitivo así como un pronto apego y formación del vínculo materno y paterno; y tercero, se disminuye o evita el intervencionismo quirúrgico o instrumental innecesario, que usualmente puede conllevar a un efecto cascada el cual puede terminar en el aumento de la morbimortalidad materna y fetal” (págs. 187-275).

Por otra parte, América Latina no está exenta de esta corriente, siendo un ejemplo, México, en donde un estudio elaborado por (Almaguer, Garcia, & Vargas, 2017), demuestra que:

“La aplicación de este tipo de partos obtiene resultados obtenidos casi en su totalidad, dando, por ejemplo; el aumento del nivel de satisfacción relacionado al acompañamiento psicoafectivo en el transcurso del parto, la reducción en el nivel de dolor mediante el uso de técnicas de relajación, la disminución de desgarros en el periné con el uso de procedimiento no instrumentales, dejando en desuso la episiotomía, el acorte en el tiempo del tiempo del trabajo de parto en partos verticales, así como la implementación del apego inmediato que permiten la formación de un vínculo temprano entre la madre y su hijo” (págs. 52-57).

Igualmente, en la **“Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”** elaborada por (Uranga, Urman, Lomuto, Martinez, & Oscar, 2016) en Argentina, se menciona que:

“La aplicación de medidas como el monitoreo electrónico en madres cuyos embarazos a término no presentan riesgo alguno solo retrasan el proceso

normal del parto y aumentan los costos del mismo. Mientras que la aplicación del parto respetado produce efectos opuestos, la aplicación de las medidas que se ven involucradas en este tipo de parto dan como resultado generalmente, en compañía de un familiar, el acortamiento del tiempo de parto, reducción en la necesidad de aplicar medios analgésicos farmacológicos, reducción en la tasa de niños con vitalidad disminuida y en el número de cesáreas o partos instrumentales, adicionalmente, la implementación del inicio temprano de lactancia materna permite mejores niveles en el estado nutricional del neonato” (págs. 23-53).

Mientras que, en Cuba, un estudio realizado por (Borges, Sixto, & Sánchez, 2018) determinó que:

“El personal de enfermería es uno de los integrantes del equipo interdisciplinario que más contacto tiene con la parturienta, involucrándose con ella desde su llegada al área o sitio de parto hasta el brindar los primeros cuidados neonatales, por ende, consideró vital el destacar cuales son las acciones básicas y el enfoque de estas por parte del personal de enfermería, entre las que constan; la adquisición de competencias que se basen en un pensamiento crítico y fundamentadas en la práctica clínica, así como la toma de decisiones con responsabilidad y el uso, con una visión ética, de la tecnología, la búsqueda de la satisfacción de las gestantes así como el respeto de la dignidad del ser humano y su diversidad cultural y étnica, destaca además el papel que desempeña el enfermero en el apoyo así como la promoción de la autonomía en la toma de decisiones de las parturientas, finalmente establece que la enfermera deberá tener un enfoque en sus acciones las cuales deberán ser convenientes para la gestante y a su vez, estos deberán centrarse en la familia” (pág. 1).

En el Ecuador, la implementación de la normativa ESAMyN o “Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y el Niño” en el Sistema de Salud Pública se originó como una respuesta frente a los niveles de mortalidad y morbilidad tanto en la madre como en el recién nacido, esta norma está integrada por acciones tales como: aplicación adecuada de los controles prenatales, el parto humanizado, así como el fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna. Por lo que su implementación abarca todo el proceso y fases de parto,

promoviendo principalmente la humanización del mismo, a su vez que se toma en cuenta el estado pluricultural que integra al país, por lo que la aplicación de esta normativa es general y conduce a su vez a la participación de todos los sectores, no solo el de salud (Ministerio de Salud Pública, 2017).

A nivel nacional, estudios como “**Importancia y beneficios del parto humanizado**”, llevado a cabo por (Macias, Haro, Pilosos, Galarza, & Quishpe, 2018) destaca primordialmente que:

“Para que un parto sea considerado humanizado este debe contar ante todo con: el conocimiento de la madre sobre los riesgos y los beneficios que abarcan los diferentes tipos de parto, incluyendo el humanizado, teniendo presente a su vez lo que esta desea como lo que no en el transcurso del mismo, solo en ese caso, el parto puede ser llamado humanizado y una vez llevado a cabo, el personal de salud deberá respetar en todo momento el abordaje emocional de la paciente sobre su cuerpo y el proceso del parto, conservando el humanismo y abordando profesionalmente sus miedos y sus angustias, dando respuesta a eventos que esta no entienda o desconozca” (pág. 411-413).

Otro estudio llevado a cabo por (Calderon, Cujilan, & Salazar, 2018), en el Hospital “Dr. José Cevallos Ruiz” del cantón Yaguachi, reveló que es:

“Preocupante el desconocimiento que presentaron las encuestadas en cuanto al parto humanizado y sus beneficios; siendo esto un factor de riesgo ante el propósito de la reducción en el número de cesáreas a nivel nacional. Por ende, recae la responsabilidad sobre el personal de salud quien debería aumentar sus actividades de promoción, aprovechando circunstancias o momentos claves como los controles prenatales o la aplicación de vacunas, circunstancias en las que el contacto con la paciente es directo y permite un paso de información fluida y clara, teniendo presente que esta población es considerada principalmente una de riesgo” (págs. 724-733).

A nivel local, un estudio desarrollado en el Hospital “León Becerra Camacho”, aplicado a mujeres en etapa postparto, sobre el nivel de conocimiento en relación al parto humanizado por (Borja & Velecela, 2018), dio por resultado datos poco alentadores en que se:

“Evidenció un nivel de desconocimiento palpable en cuanto al significado de este tipo de parto, así como en los beneficios que este otorga, al ser evaluadas sobre las posiciones que facilitan el trabajo de parto y sus beneficios, estas dijeron desconocer dicha información, lo que denota un evidente incumplimiento del personal de salud en sus funciones tanto en la atención primaria como en los establecimientos de salud más especializados. En determinados casos se les permitió ingresar con un familiar a la sala de parto, manifestando haber mejorado su nivel de comodidad, así como el manejo del dolor. Finalmente, los resultados demostraron que su experiencia en la atención del parto, de manera general, fue negativa, asociándolo principalmente hacia la actitud de personal de salud” (págs. 59-63).

Otro estudio local, en cuanto al rol del personal de salud, específicamente enfermería, en la atención del parto humanizado por (Flores & Llerena, 2019) menciona que:

“La importancia que se desprende a partir de la actuación del profesional de la salud en el abordaje del parto respetado o humanizado se enfoca principalmente en 2 aspectos; el primero se basa en, mediante la aplicación del rol educativo, proveer la información básica y necesaria para que la gestante recupere su autonomía en la participación del parto y segundo, la asistencia del personal enfermero deberá enfocarse en ámbitos psicológicos, sociales y biológicos, es decir que la atención deberá ser integral y el objetivo de la misma será la adquisición de autosuficiencia por parte de la parturienta. Para lograr aquello, el personal de enfermería debe tener la capacidad de reconocer las necesidades en la paciente para que los cuidados que se brinde puedan lograr la satisfacción óptima de las mismas” (págs. 27-28).

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

Los beneficios del parto humanizado como instrumento de mejora y bienestar en la mujer y su producto se engloban en dos grupos, los beneficios psicosociales, como la recuperación del empoderamiento de la mujer en su capacidad para tomar decisiones sobre el tipo de parto que prefiere y como desea que este se desenvuelva, segundo, los beneficios fisiológicos, como el alivio del dolor por el acompañamiento, el desuso de medidas instrumentales como la episiotomía, el acortamiento del tiempo en proceso del parto por el acceso a posiciones anatómicamente convenientes a la expulsión del feto, mismos que disminuyen principalmente el sufrimiento fetal.

Los roles que desempeñan el personal de salud que participa en la atención de un parto humanizado, principalmente el del personal de enfermería, son el de un educador, facilitándole el acceso a la información necesaria para un conocimiento amplio sobre el parto humanizado, no solo a la gestante sino a la familia, además garantizar el cumplimiento de las normas y protocolos del parto humanizado, como el respeto de los derechos a una atención digna, evitando relegar su papel y desmerecer sus decisiones.

El parto humanizado puede ser clasificado en 3 subtipos, el parto respetado, donde priman las decisiones de la gestante, siempre que no afecten la salud materno-fetal, el parto Psicoprofiláctico, donde se otorga una educación minuciosa para la madre se adapte correctamente al proceso del parto convirtiéndose en una facilitadora del mismo y el parto vertical o intercultural, donde figuran las preferencias culturales de la parturienta.

La importancia del parto humanizado yace en la necesidad solucionar la elevada tasa de cesáreas y partos medicados, derivados generalmente por indicaciones médicas y que consecuentemente incurren en violencia obstétrica, así mismo, este busca reivindicar los derechos de la mujer sobre de su cuerpo, así como el reconocimiento de las diferentes variables culturales, religiosas, etc. que influyen en el parto directa e indirectamente.

La existencia de protocolos, manuales y estrategias varían según la región o el país, aunque su propósito confluye en un mismo fin, devolverle a la mujer su rol protagónico en el parto, específicamente en el Ecuador, se ha implementado la normativa ESAMyN o “Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y el Niño”, la cual se ajusta a las corrientes actuales, estableciendo legalmente la aplicación del parto humanizado e intercultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henao, C., Osorio, S., & Salazar, D. (2020). Relación entre el personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo del parto. *Rev. cienc. ciudad*, 71-84. Obtenido de http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1051726/9-relacion_entre_personal.pdf
2. Inatal. (2020). *Fundación Medicina Fetal Barcelona*. Obtenido de <https://inatal.org/el-parto/37-parto-normal-paso-a-paso/128-las-fases-del-parto.html>
3. Bombí, I. (2019). Obtenido de canalSALUD: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/el-parto/definicion-de-parto/>
4. Carabaño, T. (2019). *Revista sobre buenos hábitos y cuidados para tu salud*. Obtenido de Mejor con Salud: <https://mejorconsalud.com/tipos-de-embarazo/>
5. Flores, J., & Llerena, E. (2019). *Rol de enfermería en la aplicación del protocolo de atención del parto humanizado en mujeres primigrávidas del Ecuador*. Milagro: Universidad Estatal de Milagro.
6. INEC. (2019). *Registro Estadístico de Nacidos Vivos 2018*. Quito: INEC. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2018/Principales_resultados_nac_y_def_2018.pdf
7. Unicef. (2019). *Manual de Estándares de Calidad y Humanización de la Atención Materna y Neonatal*. República Dominicana: Tony Núñez y Asociados.
8. Borges, L., Sánchez, R., Domínguez, R., & Sixto, A. (2018). Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1-12. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v44n3/gin05318.pdf>
9. Borges, L., Sixto, A., & Sánchez, R. (2018). Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. *Revista Cubana de Enfermería*. Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1426/357>
10. Borja, K., & Velecela, J. (2018). *Significados para las madres del parto humanizado área post parto Hospital León Becerra Camacho Milagro 2018*. Guaranda: Universidad Estatal de Bolívar.

11. Calderón, J., Bravo, J., Albinagorta, R., Rafael, P., Laura, A., & Flores, C. (2018). Parto Vertical: Retornando A Una Costumbre Ancestral. *Rev Per Ginecol Obstet*, 49-57.
12. Calderon, L., Cujilan, M., & Salazar, J. (2018). Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi “Dr. José Cevallos Ruíz”. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 716-736.
13. Fray, E. (2018). *Accionar de enfermería en la atención del parto culturalmente adecuado*. Abril-agosto 2018. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
14. Gonzales, A. (2018). *WebConsultas Healthcare, S.A.* Obtenido de WebConsultas: <https://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/que-es-la-episiotomia>
15. Hospital Clínic. (2018). *Parto Instrumentado*. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/parto%20instrumentado.pdf>
16. Huertas, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev. Peru. ginecol.*, 399-404.
17. Lidy, J. (2018). *Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoaméric*. Bogotá: UDCA. Obtenido de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/926/1/Monograf%C3%ADa%20Atencion%20del%20parto%20Humanizado.pdf>
18. Macias, M., Haro, J., Pilosos, F., Galarza, G., & Quishpe, M. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 392-415.
19. Macías, M., Haro, J., Piloso, F., Galarza, G., & Triviño, B. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de la Ciencia*, 392-415. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/335998268_Importancia_y_beneficios_de_l_parto_humanizado
20. Maldonado, M. (2018). *Humanización del Parto e incidencia de violencia obstétrica en atención del embarazo, parto y puerperio*. Managua: Facultad Regional

- Multidisciplinaria Estelí Obtenido de
<https://repositorio.unan.edu.ni/9287/1/18752.pdf>
21. Mayo Clinic. (2018). *Mayo Foundation for Medical Education and Research*. Obtenido de Mayo Clinic Healthy Living: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/labor-induction/about/pac-20385141>
 22. Mayo Clinic. (2018). *Mayo Foundation for Medical Education and Research*. Obtenido de Mayo Clinic Healthy Living: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/molar-pregnancy/symptoms-causes/syc-20375175>
 23. Moldenhauer, J. (2018). *Merck Sharp & Dohme Corp*. Obtenido de MSD y los Manuales MSD: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/embarazo-post%C3%A9rmino>
 24. Naranjo, Y., Jiménez, N., & González, L. (2018). Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. *Rev. Arch Med Camagüey*, 231-243. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v22n2/amc130218.pdf>
 25. Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra: OMS. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
 26. Pérez, A. (2018). *Latinoamérica presenta la mayor tasa de cesáreas en el mundo*. Francia: Radio Francia Internacional. Obtenido de <http://www.rfi.fr/es/americas/20181015-latinoamerica-presenta-la-mayor-tasa-de-cesareas-en-el-mundo>
 27. Romero, M., Carizosa, A., & Jimeno, J. (2018). Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, 23-30.
 28. Sociedad Española de Fertilidad. (2018). *Embarazo ectópico*. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad.

29. Torres, J., Poveda, J., & Margarita, A. (2018). El Proceso de parto cultural, una necesidad. *Revista Cultura del Cuidado*, 23-37.
30. Al Adib, M., Ibáñez, M., Casado, M., & Santos, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Med. leg. Costa Rica*, 104-111. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152017000100104&script=sci_arttext&tlng=en
31. Almaguer, J., Garcia, H., & Vargas, V. (2017). *Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio*. Mexico.
32. Cáceres, F., & Nieves, G. (2017). Atención Humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 128-134. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/v68n2a05.pdf>
33. Cifuentes, R., Hernandez, M., Toro, A., Franco, V., & Cubides, A. (2017). A propósito de una nueva clasificación del embarazo a término. Resultados neonatales en una clínica de tercer nivel de Atención En Cali, Colombia. Un estudio de corte transversal, 2013. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 271-277.
34. Contreras, M., & Guaymás, M. (2017). Cuidados de Enfermería para un trabajo de parto humanizado. *Notas de Enfermería*, 9-15.
35. Elsevier Connect. (2017). Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/tipos-de-posicionamientos-quirurgicos-y-sus-intervenciones-parte-2>
36. Garcia, M., & Jimenez, C. (2017). *Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
37. Garrido, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol*. Barcelona: Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil.

38. Gonzales, F. (2017). Obtenido de Clínica Las Condes: <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/parto-tipos-y-formas-de-dar-a-luz>
39. Ministerio de Salud Pública. (2017). *Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño*. 10: MSP. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
40. Gonzáles, A. (2016). El Parto Humanizado como respuesta a la violencia obstétrica. *Revista de Estudios Críticos del Derecho*, 77-93. Obtenido de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r37539.pdf>
41. Johannsen, J. (2016). *Parto humanizado, la información es poder*. Quito: GenteSaludable. Obtenido de <https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/>
42. Organización Panamericana de la Salud. (2016). *La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamento necesaria*. Washington, DC: OPS. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
43. Pozzio, M. (2016). La Gineco-obstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica. *Rev. Estud. Fem.*, 101-117. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/ref/v24n1/1805-9584-ref-24-01-00101.pdf>
44. Reina, A., Romero, L., & Rodriguez, M. (2016). Influencia de la modalidad de alumbramiento (espontáneo vs dirigido) en la donación de cordón. *Biblioteca Lascasas*, 11.
45. Uranga, A., Urman, J., Lomuto, C., Martinez, I., & Oscar, G. (2016). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Argentina: Ministerio de Salud.
46. Vasquez, C., & Cardenas, F. (2016). Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. *Rev Cubana Enfermer*, 1-7. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v24n3-4/enf09308.pdf>

47. Viracucha, N. (2016). *Embarazo y parto humanizado: Implicaciones en el desarrollo del niño*. Latacunga: Resultados de búsqueda. Obtenido de <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/3815/1/T-UTC-0147.pdf>
48. Chable, G., & Garcia, K. (2015). Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. *Rev Sanid Milit Mex*, 106-114. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2013/sm133c.pdf>
49. Hernández, A. (2015). *Efectos del manejo fisioterapéutico y acompañamiento emocional en la labor de parto en mujeres del Área General de Tocoquirúrgico del Hospital Ginecobstétrico Enrique C. Sotomayor*. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
50. León, V. (2015). *Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional De Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. Enero-Febrero 2015*. Quetzaltenango.
51. Lugones, M., & Ramirez, M. (2015). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 134-145.
52. Marín, P. (2015). *Aspectos Bioéticos del Parto Natural*. Universidad de Murcia.
53. Menendez, G., Navas, I., Hidalgo, J., & Esper, J. (2015). El embarazo y sus complicaciones en la madre. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 333-342.
54. Ministerio de Salud Publica. (2015). *Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica*. Quito: MSP. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
55. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2015). *Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. España.
56. Pérez, E. (2015). *Las diferentes posiciones maternas en el parto*. Jaén: Universidad de Jaén.

57. Pueyo, M., Espiga, I., Colls, C., Sanders, M., & Roberts, M. (2015). La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Profesion*, 62-70.
58. Ruiz, J., Espino, S., Vallejos, A., & Duran, L. (2015). Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatología Y Reproducción Humana*, 33-40. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip141f.pdf>
59. Terán, P., Castellanos, C., González, M., & Ramos, D. (2015). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 171-180. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/ddbc/5d8791367664054a12092c858d4981d552d4.pdf>
60. Castellanos, M., & Rocha, M. (2015). *Técnicas de empuje durante la segunda fase del parto*. Villanueva de la Cañada: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.