



Guía de actuación para la atención al **parto respetuoso**



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES

Guía de actuación
para la atención
al **parto respetuoso**





Guía de actuación para la atención al **parto respetuoso**



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES

La Habana • 2022

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública.

Guía de actuación para la atención al parto respetuoso. —La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022.

114 p.: il., tab. — (Colección Publicaciones Institucionales).

-

-

Parto Humanizado, Guía de Práctica Clínica, Parto, Enfermería Obstétrica, Servicio de Ginecología y Obstetricia en Hospital, Cuba

WQ 300

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública (CUB). Guía de actuación para la atención al parto respetuoso; [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guia-de-actuacion-para-la-atencion-al-parto-respetuoso>

Edición: Lic. Patricia L. George de Armas

Diseño y maquetación: D.I. José Manuel Oubiña González

Ilustraciones: Tec. Marcos Rubén Ramos Mesa

Sobre la presente edición:

© Ministerio de Salud Pública, Cuba, 2022

© Editorial Ciencias Médicas, 2022

ISBN 978-959-313-982-3 (obra impresa)

ISBN 978-959-313-983-0 (PDF)

ISBN 978-959-313-984-7 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, C. P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu



Ministerio
de Salud Pública



SOCIEDAD CUBANA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



SOCUENF
SOCIEDAD CUBANA DE ENFERMERÍA



Esta publicación es resultado del Proyecto de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas en Cuba. Los puntos de vista, opiniones, conceptualizaciones y terminología utilizados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no implican la expresión de ninguna opinión por parte del UNFPA. Los autores declaran no tener conflictos de interés respecto a esta obra.



Autoría

Roberto Tomás Álvarez Fumero

Doctor en Ciencias Médicas

Máster en Atención Integral al Niño

Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud

Profesor Auxiliar

Investigador Auxiliar

Ministerio de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

<https://orcid.org/0000-0002-6692-0673>

Micelys Torres Sánchez

Máster en Antropología Sociocultural

Licenciada en Bioquímica

Asistente

Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Cuba

Universidad de La Habana

<https://orcid.org/0000-0003-2288-1155>

Elba M. Padrón Vera

Máster en Educación Médica Superior

Licenciada en Enfermería

Asistente

<https://orcid.org/0000-0002-2019-2578>

Lareisy Borges Damas

*Doctor en Ciencias de la Enfermería
Máster en Atención Integral a la Mujer
Licenciada en Enfermería
Profesor Titular
Investigador Agregado*

*Hospital General Docente Comandante Ciro Redondo García
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0001-5764-5713>*

Mercedes Piloto Padrón

*Máster en Atención Integral a la Mujer
Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia
Profesor Auxiliar
Ministerio de Salud Pública*

*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0002-3386-0627>*

Andrés Breto García

*Máster en Atención Integral a la Mujer
Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia
Profesor Auxiliar
Ministerio de Salud Pública*

*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0002-6758-2733>*

María del Pilar Hernández Pérez

*Máster en Educación Médica Superior
Licenciada en Enfermería
Profesor Auxiliar*

*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0001-7288-2565>*

Anahy Velázquez Aznar

*Máster en Administración de Salud Pública
Licenciada en Enfermería
Profesor Auxiliar*

*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0003-0270-6851>*

Idalmis Infantes Ochoa

*Máster en Ciencias de Enfermería
Licenciada en Enfermería
Profesor Auxiliar
Investigador Auxiliar*

*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0003-0120-0218>*

Norma Corrales Fernández
Máster en Salud de los Trabajadores
Licenciada en Enfermería
Profesor Auxiliar
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0002-3302-6157>

Adyeren Ruiz Reyes
Licenciada en Enfermería
Instructor
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0002-2524-7742>

Osmaida Pedroso Valdés
Máster en Ciencias de Enfermería
Licenciada en Enfermería
Especialista en Enfermería Materno Infantil
Profesor Auxiliar
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
<https://orcid.org/0000-0003-0873-9216>





Índice de contenidos

Introducción/ 1

Objetivos y alcance de la presente guía/ 2

Experiencias en Cuba/ 5

Situación del parto en Cuba/ 6

Vínculo de apego inmediato y lactancia materna asociados a la medicalización del parto/ 10

Papel del personal de enfermería durante el parto en Cuba/ 14

Fundamentos teóricos/ 16

Apoyo psicoemocional durante el trabajo de parto/ 16

El cuidado en el enfoque respetuoso del parto/ 17

El cuidado a través de la información y el consentimiento/ 19

Plan de parto y nacimiento/ 19

La posición materna durante el trabajo de parto/ 21

Contacto piel con piel y lactancia materna inmediata/ 24

El antagonismo oxitocina-adrenalina/ 27

Condiciones operativas para la implantación del parto respetuoso/ 30

Recepción de la gestante/ 32

Recomendaciones durante el trabajo de parto/ 34

Periodo de dilatación/ 34

Periodo expulsivo/ 38

Atención del recién nacido en el posparto inmediato/ 40

Periodo de alumbramiento/ 43

Atención a la mujer tras el parto/ 45

Acompañamiento no medicalizado del dolor/ 45

Referencias bibliográficas/ 51

Bibliografía/ 65

Bibliografía general/ 65

Bibliografía temática/ 69

Sobre el parto vertical/ 78

Sobre la dicotomía adrenalina y oxitocina/ 79

Sobre barreras a la iniciación de la lactancia/ 79

Sobre el parto después de cesárea/ 80

Anexos/ 82

Anexo 1. Batas de lactancia/ 82

Anexo 2. Plan de parto/ 85

Anexo 3. Posiciones maternas/ 88

Posiciones durante la dilatación/ 88

Posiciones durante el periodo expulsivo/ 90

Anexo 4. Fotos de partos en Cuba/ 95

Anexo 5. Equipamiento y camas obstétricas/ 97

Anexo 6. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud/ 100

Anexo 7. Condiciones mínimas para la atención en preparto y parto/ 111

Anexo 8. Fotos que ejemplifican la preparación para el parto en Cuba/ 113



Introducción

En los últimos años, a nivel mundial se enfatiza en la atención médica al embarazo, el parto y el puerperio desde un enfoque que respeta y prioriza las necesidades, tanto físicas como emocionales, de las mujeres y sus familias. En ese sentido, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han pronunciado por la defensa y el respeto de los derechos de las mujeres y los recién nacidos durante esas etapas fundamentales de la vida de ambos. En su documento *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* la OMS declara: “*Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación*”.⁽¹⁾

Ante la importancia a nivel mundial de establecer un modelo de atención y acompañamiento al embarazo, el parto-nacimiento y el puerperio, que se enfoque en la salud física, psicológica y emocional de las gestantes y puérperas, a la vez que privilegie los derechos de estas y su descendencia, surge el concepto de *parto humanizado* o *parto respetuoso*. El modelo de atención respetuosa es una alternativa al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales.⁽²⁾ A la vez que, desde el modelo medicalizado, se pasan por alto la perspectiva de género, las recomendaciones basadas en evidencia⁽³⁾ y los principios que rigen al parto propuestos por la OMS.⁽⁴⁾

El enfoque respetuoso del parto intenta valorar de manera directa y explícita las necesidades de las mujeres y sus familias en la atención al embarazo, el parto y el puerperio, con la intención de que la experiencia sea vivida como una experiencia positiva en la cual se potencie la dignidad humana y se ponga énfasis en que la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, que tenga libertad de tomar decisiones acerca de cómo y con quién desea parir y que estas decisiones se valoren y respeten durante el parto.⁽⁵⁾

Es fundamental en este enfoque de parto y nacimiento el acompañamiento empático y respetuoso del personal de salud que debe considerar a la madre y su bebé como sujetos protagonistas durante el parto y el posparto inmediato y que a su vez el parto sea visto como un proceso fisiológico y natural, el que solo en situaciones puntuales cursa como un problema de salud que requiere de atención especializada y de intervenciones médicas. Aun cuando dentro del personal de salud, es el de obstetricia y enfermería quien permanece por más tiempo cerca de la mujer durante el trabajo de parto, es esencial comprometer y formar a todo el personal sanitario involucrado con un desempeño basado en cuidados respetuosos y empáticos para lograr este enfoque de acompañamiento.

En Cuba, como parte de las acciones para minimizar las intervenciones y la medicalización durante el parto, se potencia la atención y el seguimiento del parto por el personal de enfermería. Desde finales del 2007 se cuenta con un marco legal y normativo que garantiza que el personal de enfermería reciba la formación requerida en obstetricia para la atención y acompañamiento al parto vaginal sin complicaciones, a partir de lo legislado en la Resolución Ministerial 396,⁽⁶⁾ que entró en vigor en enero de 2008.

La participación del personal de enfermería en el apoyo al parto contribuye a la atención centrada en el respeto a la fisiología del proceso y en la expectación de las señales materno-fetales, debido a que este personal cuenta con la capacitación necesaria para la detección temprana de las señales que pueden requerir intervenciones médicas más especializadas, pero que se enfoca en una atención que minimiza dichas intervenciones.

Los esfuerzos en Cuba para incorporar los cuidados maternos respetuosos en los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio son promovidos desde el Ministerio de Salud Pública e impulsados por el Programa de Atención Materno Infantil, el Departamento de Enfermería, la Sociedad Cubana de Enfermería y la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, los que se han implicado y han promovido su implementación. Desde el 2017 cuentan además con el acompañamiento de la Oficina en Cuba del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y un sistemático apoyo de la Oficina Regional de UNFPA para América Latina y el Caribe (LACRO), y a través de esta del Departamento de promoción de la salud de la mujer y el recién nacido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Entre las acciones que se han venido desarrollando destacan la sensibilización de las personas encargadas de la toma de decisiones sobre el tema, las capacitaciones teóricas y vivenciales al personal de salud de instituciones en varias provincias cubanas para incentivar una atención respetuosa del parto, el apoyo a la preparación de programas de capacitación, así como un taller para intercambiar sobre la preparación de una guía para el parto respetuoso en el país.

Objetivos y alcance de la presente guía

La elaboración de esta guía surge de la necesidad existente en Cuba de introducir actualizaciones y modificaciones al modelo, principalmente medicalizado, de atención durante

la gestación, el parto y el puerperio. Hasta el momento no existe en Cuba una guía⁽⁷⁾ para la atención al parto respetuoso como se promueve desde la OMS y otras organizaciones internacionales para el acompañamiento materno-infantil. Referencias que fueron consultadas para la elaboración de la presente guía.

Entre las razones de su confección se encuentra la necesidad de mejorar la calidad de la atención al parto que reciben las gestantes a partir de un enfoque basado en evidencias científicas, desde el que se prioriza el respeto a la fisiología del propio proceso y se limita la intervención solo para situaciones en que sea realmente requerida o para solucionar emergencias reales que se presenten. Con esta guía se promueve además un cambio en el enfoque de atención al parto-nacimiento, que prioriza la atención expectante y de seguimiento a la labor de parto por encima de la atención preventiva que se asocia a la medicalización del parto.

La necesidad existente en Cuba de crear condiciones en torno al parto que favorezcan el respeto a la fisiología del proceso y que conviertan a la gestante en protagonista de la vivencia, justifica la pertinencia de esta guía. El enfoque respetuoso del parto propicia una baja mortalidad materno-infantil dado que previene y minimiza complicaciones causadas por la propia medicalización e intervencionismo excesivo, a la vez que propicia bajas tasas de cesáreas,⁽⁸⁻¹¹⁾ con lo cual se minimizan no solo los costos de la atención, sino también los riesgos en relación con la mortalidad materno-fetal. Desde 1985 se consideró por parte del personal de salud de todo el mundo que las tasas normales de cesárea necesarias oscilaban entre el 10 y el 15 % de los nacimientos. Un incremento de estas cifras refleja un abuso en su elección, la realización de un gran número de cesáreas innecesarias o como consecuencia de intervenciones que generan complicaciones.

Ante este inquietante aumento exponencial de las tasas de cesáreas, y con las investigaciones sobre las morbilidades asociadas a su uso innecesario, se activó un esfuerzo coordinado a nivel mundial para revisar estos datos y evitar las cesáreas innecesarias. Como parte de las acciones en el año 2015, la OMS emite una declaración sobre las tasas de cesáreas en la cual se reconoce su eficacia cuando son necesarias por motivos médicos y se enfatiza en que las tasas superiores al 10 % no se asocian con una disminución de la mortalidad materna y neonatal. Este enfoque de atención al parto genera un aumento de la morbilidad materna que aparece asociada a la medicalización, la manipulación de rutina y a la deficiencia en los cuidados emocionales y psicológicos que reciben las mujeres en los partos medicalizados de forma rutinaria.⁽¹²⁾

El objetivo de esta guía consiste en ofrecer al personal de salud en Cuba herramientas actualizadas y basadas en evidencia que lo ayuden a implementar la asistencia al parto respetuoso desde un modelo asistencial que integra los derechos en salud sexual y reproductiva de la mujer. Este objetivo tiene la finalidad de disminuir complicaciones, la morbilidad y la mortalidad materno-perinatal al priorizar el avance natural del parto y la no intervención salvo en circunstancias estrictamente necesarias; a la vez que potencia el papel activo que la mujer juega en este momento fundamental de su salud sexual y reproductiva.

En el ámbito asistencial esta guía va dirigida a los centros de atención secundaria, debido a que en Cuba más del 99 % de los partos transcurren en hospitales especializados en

ginecoobstetricia o en hospitales generales con áreas de especialización en obstetricia. Las personas usuarias de esta guía son el personal de salud involucrado en la atención al parto: personal de enfermería, obstetricia, pediatría, neonatología, anestesiología, y el personal de apoyo en las áreas materno-infantiles. Las personas beneficiarias de la aplicación de esta guía son las gestantes en trabajo de parto, con o sin cesáreas previas, sus bebés y sus acompañantes, procurando proveer a cada uno de ellos lo necesario para alcanzar una experiencia positiva de parto-nacimiento.

En la implementación de esta guía debe estar involucrado todo el personal de salud que participa en la atención al parto, el que ya fue mencionado antes, y todo el personal de apoyo que interactúa de manera directa con las gestantes mientras están en las instalaciones de salud, desde su ingreso en trabajo de parto hasta que son dadas de alta.

Con la presente guía, basada en la evidencia científica más reciente, se pretende orientar la atención que provee el personal de salud que atiende a la gestante en trabajo de parto para implementar una atención al parto respetuoso como modelo de atención que reporta importantes beneficios a la salud materno-infantil. Se pretende aplicar a todas las mujeres gestantes en trabajo de parto independientemente de su edad, de la cantidad de partos o de si tuvieron cesáreas previas. La atención respetada del parto es posible adaptarla tanto a embarazos de riesgo como a aquellos casos en los cuales el nacimiento termina en cesárea, en estos últimos solo es necesario el ajuste y la adaptación de ciertos aspectos de la guía. En relación con la cesárea el objetivo sería disminuir sus altas tasas a partir de definir criterios adaptados a las recomendaciones de la OMS relacionados con su uso en circunstancias de necesidad.⁽⁹⁾ El parto respetuoso es posible incluso después de varias cesáreas previas sin riesgos para la madre.^a

En la guía se incluyen las competencias mínimas necesarias para la atención a la mujer durante el parto, bajo un modelo respetuoso de atención y siguiendo las recomendaciones vigentes de la OMS, la evidencia científica más actualizada en estos temas y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.⁽¹³⁾ Estas competencias aplican para todo el personal que atiende el parto en Cuba, ya sea con formación en medicina general, obstetricia, neonatología, pediatría, enfermería, anestesiología, medicina interna o algún otro personal de salud del área materno-infantil.

Con esta guía de práctica clínica se proyecta responder a la siguiente pregunta: ¿La atención respetuosa del parto, en comparación con el parto medicalizado, existente hasta el momento en Cuba, sería una práctica que incida positivamente en la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna, mejore la experiencia de la mujer y la vivencia durante el parto, a la vez que favorezca el vínculo de apego inmediato, la lactancia materna inmediata y la calidad de la experiencia y vivencia del nacimiento para el recién nacido?

^a Al final de este documento es posible encontrar amplia bibliografía respecto al parto después de cesáreas previas.



Experiencias en Cuba

El sistema de salud en Cuba ha tenido aciertos extraordinarios durante los últimos 60 años, con énfasis especial en el programa materno-infantil, enfocado a contribuir a la disminución de la mortalidad infantil y materna en el país desde 1959. La tasa de mortalidad infantil en 1959 alcanzaba niveles de 34,8 por cada 100 000 nacidos vivos.⁽¹⁴⁾ En tanto, la mortalidad materna superaba las 138 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos,⁽¹⁵⁾ asociado principalmente a las limitaciones de acceso a la atención especializada y a la escasa cobertura de salud existente en el país en esa etapa.

Una estrategia fundamental para mejorar la atención materno-infantil aparece con la implementación del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (PAMI) que se inicia en 1983.⁽¹⁶⁾ Constituye una plataforma que permite establecer y controlar las acciones centralizadas desde el MINSAP para favorecer la salud sexual y reproductiva. En el PAMI se acopiaron las mejores experiencias desde los primeros años de la revolución y hasta la actualidad.

Un enorme avance como parte del programa materno-infantil en Cuba es la disminución de la tasa de mortalidad infantil y de los menores de 5 años. La primera, en los últimos 12 años, se ha mantenido con valores iguales o inferiores a 5. Alcanzó su nivel más bajo en los años 2017 y 2018 en que se registraron 4 defunciones por cada 1000 nacidos vivos. En el año 2019 ocurrieron 5 defunciones de menores de un año por cada 1000 nacidos vivos. En tanto la tasa de menores de 5 años fue de 6,6 por cada 1000 nacidos vivos al cierre de 2019.⁽¹⁷⁾ Estas cifras colocan a Cuba entre los países con tasa de mortalidad infantil más bajas de la región de América. La razón de mortalidad materna también disminuyó notablemente a partir de 1959 hasta alcanzar entre 1990 y 1999 la cifra promedio de 30,8 por cada 100 000 nacidos vivos. Estas cifras

han permanecido oscilando y entre el 2000 y el 2016 alcanzaron un promedio de 43,3 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos.^(17, 18) En tanto, para el año 2019, el valor fue de 37,4 por cada 100 000 nacidos vivos.⁽¹⁷⁾

Continuar trabajando en la disminución de la mortalidad materna prevenible sigue siendo un objetivo clave del PAMI. Las principales causas directas de la mortalidad materna son las hemorragias graves en el posparto o embarazos ectópicos, las complicaciones tromboembólicas, la sepsis, los abortos espontáneos y la preeclampsia. En tanto las causas indirectas asociadas a la mortalidad materna se relacionan con el aparato circulatorio y respiratorio.⁽¹⁷⁾

Situación del parto en Cuba

Todos los partos en Cuba son atendidos en instalaciones hospitalarias de segundo nivel con atención especializada por parte del personal formados en obstetricia y ginecología en las diferentes universidades de Ciencias Médicas cubanas. La cobertura de salud prenatal que se brinda es elevada y responde a más de 10 controles prenatales, a la vez que el parto está totalmente centralizado y regido por el enfoque medicalizado de atención que ha predominado a nivel mundial desde hace más de 60 años. Este enfoque prioriza la intervención durante el parto y el control médico exhaustivo de todo el proceso, lo cual ha conllevado a un abuso de la tecnología. Se interviene y medicaliza un proceso que es enteramente fisiológico y que, en la mayoría de los casos, entre el 85 y el 90 %, de acuerdo a los reportes de la OMS,⁽¹²⁾ transcurre sin complicaciones.

El enfoque medicalizado del parto ha permitido alcanzar muy bajas tasas de mortalidad infantil, que son una realidad en el caso de Cuba, pero se asocia a nivel mundial con complicaciones debidas al intervencionismo durante el parto y como consecuencias de la cascada de intervenciones, que atentan contra la salud y la morbilidad materno-infantil.⁽¹⁹⁾ Las historias contadas por las mujeres y sus vivencias de parto en Cuba, registradas en investigaciones antropológicas, muestran como la atención que reciben está basada en considerarla como objeto de atención, y al parto como un proceso que debe ser controlado, apurado y guiado.⁽²⁰⁾ En los partos intervenidos que se realizan en Cuba es el personal de salud a cargo quien asume el control del parto y toma las decisiones, por ser considerados los expertos con formación y conocimiento y cuyo papel es hacerlo posible. Este enfoque asume que el parto necesita ser guiado y controlado para que pueda terminar de manera rápida y favorable, con lo cual se niega la fisiología del proceso, que es intrínseca a todos los mamíferos. Se desestima el parto como proceso natural que transcurre por sí solo con intervención y mediación de las hormonas endógenas y el control de los centros neuronales involucrados y se niega la única necesidad existente, que es la de proteger ese proceso en lugar de intervenirlo y medicalizarlo.⁽²¹⁾

La evidencia antropológica recogida en un estudio cualitativo realizado en el país entre el 2007 y el 2010 muestra que se practican intervenciones de rutina durante el parto que la ciencia basada en evidencia y las prácticas en torno al parto promovidas por la OMS no solo las definen como innecesarias, sino que se les atribuyen complicaciones y se considera que activan una cascada de nuevas intervenciones. En el estudio se hace evidente que la mayoría

de las mujeres carecen de una perspectiva crítica que les permita discernir entre lo que es o no necesario en términos de intervenciones, ceden el poder a la figura médica, asumen que necesitan ser “bien portadas” durante el parto y viven la manipulación e intervención como una condición necesaria para tener con ellas a sus bebés y estar ambos sanos.⁽²⁰⁾

El mencionado estudio mostró que la vivencia de las mujeres en este tipo de partos es ambivalente.⁽²²⁾ Los aspectos negativos reflejados por ellas están asociados a la representación social y médica de la desconfianza en el cuerpo gestante y el poco conocimiento y autonomía que las mujeres tienen durante el parto,⁽²⁰⁾ con lo cual se justifica y valida la necesidad de intervenciones de rutina y de actitudes de imposición por quienes ejercen la autoridad médica. El aspecto positivo referido por las madres recién paridas se asocia a la posibilidad de conocer al recién nacido y de que ambos estuvieran vivos y sanos. Las gestantes en su mayoría estuvieron solas en sus partos y debieron seguir las indicaciones del personal de salud en lugar de guiarse por las sensaciones de sus cuerpos durante el trabajo de parto.

No en todos los partos incluidos en el estudio antropológico del 2013 se priorizaba el contacto inmediato y continuo piel con piel entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del parto.⁽²²⁾ Estos resultados de la investigación mencionada se reflejan en las cifras que reporta la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) realizadas en Cuba en el 2006, 2010, 2014 y 2019, sobre el inicio de la lactancia materna inmediata (1 h) y en las primeras 24 h después del parto.^(23, 24, 25, 26)

Con relación a la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento se reportaron valores correspondientes al 70 % y al 77 % en el año 2006 y 2010 respectivamente.^(23, 24) Aunque estas cifras variaron por regiones, en los infantes nacidos en la capital fue del 61 %, en las provincias orientales la cifra fue relativamente mayor, el 73 % durante el 2006.⁽²³⁾ En la capital fue del 71 % en el 2010.⁽²⁴⁾ En la MICS del 2014 las cifras en relación con el apego inmediato e inicio de la lactancia materna durante la primera hora muestran que el 48 % de los bebés lactaron por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento. Este porcentaje difiere ligeramente por regiones, del país. La región occidental (55 %) y la oriental muestran mejores resultados en relación con la región central. Esta última muestra que solo el 42 % de los bebés son amamantados en ese plazo de tiempo.⁽²⁵⁾ Las MICS 2019, recientemente publicadas, en enero del 2021, muestran que en el 64,1 % de los nacimientos fue posible iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida.⁽²⁶⁾

Esta misma fuente, con relación al inicio de la lactancia materna en el primer día de vida después del parto, muestra que se alcanzó en el 87 % de los casos incluidos en el estudio del 2006; ese porcentaje fue relativamente menor para los nacidos en la capital o de madres de más edad.⁽²³⁾ Las estadísticas de las MICS 2010 muestran que el 90 % de los recién nacidos en Cuba comienzan a amamantarse dentro del primer día. Aun cuando los resultados obtenidos son similares en zonas rurales y urbanas del país, la capital mostró el porcentaje más bajo de inicio de la lactancia materna en la primera hora (71 %).⁽²⁴⁾ En 2014, el 85 % de los recién nacidos en Cuba iniciaron la lactancia materna dentro de las primeras 24 h de vida⁽²⁵⁾ y el inicio de la lactancia materna durante las primeras 24 h en el 2019 fue del 92,5 % de los nacimientos, no se reportaron diferencias significativas entre las zonas rurales y urbanas.⁽²⁶⁾

Los resultados que se han recogido en las encuestas MICS^b realizadas alertan sobre la necesidad de continuar implementando acciones que propicien y fomenten el apego inmediato y el inicio de la lactancia materna durante la primera hora, además del compromiso existente desde el programa materno infantil para potenciar la lactancia materna en el país.

La inclusión de Cuba desde 1992 en la iniciativa Hospital amigo del niño y la niña (IHAN), que desde el 2011 promueve la OMS y UNICEF⁽²⁷⁾ para favorecer el apego inmediato y el inicio de la lactancia materna desde la primera hora de vida y en las primeras 24 h representa una oportunidad para continuar potenciando estos temas fundamentales para la infancia en el país. En Cuba todos los hospitales materno-infantiles cuentan con la certificación de Hospital amigo del niño y de la madre, estos fueron recertificados durante el 2016 y 2017, lo cual muestra el esfuerzo continuo que se realiza en el país para lograr una mayor cobertura de lactancia materna por el bienestar de la infancia. Las recomendaciones de esta guía para implementar el enfoque respetuoso del parto serán también una contribución clave para perfeccionar la cobertura de atención al parto y el puerperio inmediato en beneficio de la experiencia de las madres y el inicio y duración de la lactancia materna.

En cuanto a la cesárea, como sucede a nivel mundial desde hace varias décadas, se ha abusado de su empleo como parte del enfoque medicalizado de atención al parto. Cuba no queda exenta de este aumento exponencial de las cesáreas que se reporta a nivel mundial, a lo cual contribuye en gran medida el aumento de cesáreas iteradas bajo el criterio de Edwind B. Cragin (1916) de: *cesárea una vez, cesárea siempre*,^(28, 29, 30) y que obliga a cesáreas subsecuentes a aquella mujer sin ningún factor de riesgo, solo por haber tenido cesáreas previas. Criterio que deberá ser revalorizado a la luz del parto respetuoso y la nueva evidencia respecto al parto después de cesárea.

Un estudio realizado en el país encontró un aumento en las tasas de cesáreas primitivas del 3,7 % en 1970 hasta el 30,4 % en el 2011, lo que representa un incremento de las cesáreas que se realizaban en el país ^(28, 29) en 10 veces. En 1990 se reportaban tasas de cesáreas del 19,45 %, que ascendieron al 34,5 % en 2004.⁽³¹⁾

El estudio, mencionado en medios oficiales cubanos, encontró que entre el 2012 y el 2016 el porcentaje de cesáreas primitivas se mantuvo en 30,5 % hasta el 2016, mientras que en el 2017 ocurrió una considerable reducción de las tasas al 18,3 %. ^(29, 31) A partir de 2017 las tasas de cesáreas primitivas permanecen en valores entre 18 y 19 %, según reportan informes del PAMI. Estas tasas de operaciones cesáreas y en especial de cesáreas primitivas tiene un efecto negativo sobre la morbilidad y la mortalidad materna, que asociado a la práctica de cesáreas iteradas incrementa notablemente las cifras totales a valores muy por encima del 10 y el 15 %, reconocido por la OMS como el porcentaje que puede garantizar el bienestar materno-fetal.

Desde hace algunos años se comienza a hablar en Cuba de la humanización del nacimiento desde las propias instituciones de salud y se dan pequeños primeros pasos en ese sentido, como los que se reportan en el informe de la Sociedad Cubana de Obstetricia del 2013,⁽³²⁾ en el

^b Estos resultados pueden ser revisados en las diferentes encuestas MICS coordinadas y realizadas en conjunto por MINSAP y UNICEF en Cuba.

que se reporta la necesidad de acompañamiento a la mujer durante el parto por la persona de su elección. En el propio informe se menciona la necesidad de cursos básicos de preparación para familiares y personal de salud que faciliten este acompañamiento.

En los nuevos artículos publicados en revistas y medios cubanos de salud comienza a proponerse, por parte del propio personal de salud, la necesidad de introducir el modelo de humanización del nacimiento en la práctica médica cubana. Se identifica la necesidad de que el personal sanitario que atienden el parto reciban actualización en relación con el manejo del dolor durante el parto, en cómo influye el estrés y la tensión materna durante el parto y en la necesidad de potenciar la psicoprofilaxis durante el embarazo.⁽³³⁾

En algunas de las publicaciones queda evidenciado que existe un vacío cognitivo relacionado con la vivencia de las mujeres durante la experiencia del parto en Cuba, pues no se han hecho estudios cualitativos profundos que permitan una comprensión de la manera en que esta experiencia del parto y el nacimiento es vivida por las mujeres y sus familiares, y cómo el personal de salud entiende y asume el proceso; así como demuestra la necesidad de realizar estudios al respecto. Salvo el estudio antropológico realizado por García Jordá en 2010 y la publicación de la misma autora en 2013, no se han encontrado otras investigaciones cualitativas en las que se registre cómo las mujeres viven la atención del embarazo y el parto en Cuba.⁽³⁴⁾

En el esfuerzo por parte del MINSAP y sus profesionales de transformar las prácticas en torno al embarazo y el parto en el país e introducir un enfoque respetuoso de atención, surge la iniciativa de actualizar y reactivar el programa de psicoprofilaxis cubano para acompañar el enfoque respetuoso del parto.⁽³⁵⁾ En 1970 se escribe el primer libro cubano sobre psicoprofilaxis del profesor Rafael Parúa Tol.⁽³⁶⁾ A partir de 1992, por iniciativa de la Federación de Mujeres Cubanas de conjunto con el MINSAP se promueve, como parte del Programa nacional maternidad y paternidad responsables, el diseño y aplicación de un curso de 6 clases teóricas para la embarazada y su acompañante. Se plantea el inicio del curso a partir de la semana 34 de gestación con la finalidad de instruir y ejercitar a la embarazada acerca de la conducta a seguir durante el parto.^(37, 38)

El esfuerzo más reciente en el país para la introducción del enfoque respetuoso y humanizado del parto aparece con la publicación, en septiembre de 2020, del libro *Psicoprofilaxis obstétrica desde la perspectiva del parto humanizado*, como una propuesta para la atención integral a la mujer embarazada en Cuba y con la finalidad de prepararlas en todos los niveles de atención y que lleguen al parto con información y elementos que faciliten la experiencia de la madre y su acompañante. El objetivo planteado por su colectivo de autores es el de enseñar a las gestantes cubanas a desarrollar sus partos de manera natural y en un ambiente hospitalario de respeto, entrega y comprensión. Deberá desecharse la concepción del parto como sinónimo de enfermedad y no transformarlo en un acto médico quirúrgico que diluye su esencia original.⁽³⁹⁾

La realidad que actualmente existe en el país en torno al parto muestra los grandes esfuerzos y los valiosos resultados obtenidos en términos de atención materno-infantil en los últimos 60 años; a la vez que repercute en la salud de la madre y su descendencia de la medicalización del embarazo, el parto y el puerperio inmediato. Igualmente se evidencia la huella

que la manipulación, la violencia, el estrés, la falta de acompañamiento emocional a la mujer, la soledad y la separación mamá-recién nacido tienen en la salud mental de ambos, y cómo marca negativamente la salud sexual y reproductiva de la mujer y su progenie, se afecta el inicio de la lactancia materna y la maternidad en su conjunto. De ahí la importancia de seguir creando condiciones para un entorno cada vez más respetuoso de acompañamiento materno-infantil.

Vínculo de apego inmediato y lactancia materna asociados a la medicalización del parto

En la actualidad existe abundante evidencia acerca de cómo la experiencia del parto influye en el inicio de la lactancia materna y en la vivencia tanto de la madre como del recién nacido en esa primera etapa de la vida.⁽⁴⁰⁾ Se sabe que muchas intervenciones que ocurren en el parto pueden tener efectos secundarios y obstaculizar la instalación de la lactancia o incluso ser causantes de su fracaso. El uso frecuente de antibióticos durante el parto puede alterar la flora bacteriana normal de las madres y generar mayor predisposición a padecer obstrucciones, mastitis y abscesos mamarios con posterioridad durante la lactancia.^(41, 42, 43) Existen investigaciones que han encontrado relación entre los antibióticos durante el parto y los problemas en el desarrollo de la microbiota intestinal de los recién nacidos.^(44, 45)

La utilización de oxitocina sintética y de anestesia epidural durante el parto restringe la movilidad materna y genera dificultades para la rotación y el acomodamiento de los fetos.⁽⁴⁶⁾ El uso de anestesia epidural no es una práctica frecuente en Cuba como medida para el alivio del dolor del parto, pero sí se realiza la conducción del parto con oxitocina como una estrategia de atención guiada por criterios predefinidos en la práctica obstétrica del país. Se recurre a la inducción con oxitocina, bajo criterios médicos establecidos,^(22, 34, 47, 48) para iniciar el trabajo de parto en ciertas circunstancias. El enfoque respetuoso del parto promueve una revisión de estos criterios para minimizar su uso, a la vez que promueve potenciar el inicio y avance espontáneo del parto como recurso para minimizar las intervenciones.^(49, 50) Investigaciones y estudios realizados a nivel mundial reportan asociación entre el uso de oxitocina sintética para la inducción o conducción del parto y algunas enfermedades como el autismo,^(51, 52) así como dificultades asociadas al inicio y duración de la lactancia, sobre la que se abunda más adelante.

La inducción del parto, aunque se trate de fetos a término, puede hacer que los recién nacidos nazcan aún inmaduros y que no estén totalmente listos para mamar. La inducción interrumpe la maduración del feto, incluso a veces por semanas, lo que trae como consecuencia que al nacer carezcan de la fuerza suficiente para realizar succiones efectivas o que presenten un patrón de succión desordenado que atenta contra el inicio de la lactancia.⁽⁵³⁾ Por su parte el uso de oxitocina durante el trabajo de parto genera contracciones más intensas y continuas en las madres y aumenta las probabilidades de sufrimiento fetal, lo que podría afectar el inicio de la lactancia materna durante la primera hora y el apego inmediato, todo asociado a la iatrogenia del parto.^(53, 54, 55)

Se describe una asociación negativa entre el inicio temprano de la lactancia materna y su duración con la inducción o conducción con oxitocina durante el trabajo de parto.⁽⁵⁴⁾

Los partos inducidos o conducidos con oxitocina con más frecuencia se convierten en partos distócicos y quirúrgicos, los cuales no solo generan incomodidad y molestias en las madres, sino que aumentan la probabilidad de separación temprana y secuelas emocionales que pueden afectar el vínculo de apego mamá-recién nacido.^(56, 57) En aquellas madres a las que les fue realizada cesárea a causa del dolor y las molestias del posparto inmediato, el inicio de la lactancia suele verse más afectado, pues se les complica acomodarse para amamantar. Las complicaciones y violencias vividas durante el parto son, además, una causa importante de trastornos emocionales, traumáticos y depresivos⁽⁵⁶⁾ en las madres, quienes pueden ver dañada su autoestima, la confianza en su cuerpo, en su capacidad de parir y, por ende, en su capacidad de amamantar y criar. El dolor emocional y físico vivido por estas madres influye notablemente en su experiencia de lactancia y en su disposición para enfrentar y sobreponerse a las dificultades. La propia recuperación de la cesárea, por ser más dolorosa y difícil, afecta la disposición de las madres para amamantar. Es notorio como la mayoría de las madres que han vivido experiencias traumáticas en sus partos viven una desconexión inicial en relación con su experiencia de lactancia y en relación con sus bebés durante las primeras semanas y meses del posparto. Es recurrente entre las madres comentarios que muestran esa desconexión e incapacidad para disfrutar de la experiencia inicial de la maternidad y para estar aptas emocionalmente para atender la alta demanda de un bebé recién nacido.⁽⁵⁸⁾

En relación con los recién nacidos, estas manipulaciones e intervenciones durante el parto intervenido o cesárea generan un estado biológico que puede atentar contra sus respuestas innatas para ser alimentados. El uso de anestesia general o epidural en la madre genera en los neonatos un estado de letargo e inactividad en el periodo crítico inicial en el cual su reflejo de succión y disposición innata para mamar es más fuerte. Al desaprovecharse ese periodo crítico se hace más difícil después el inicio de la lactancia.^(59, 60, 61)

Una práctica frecuente a nivel mundial y que carece de evidencia científica respecto a sus beneficios⁽⁶²⁾ es la separación inicial, durante las primeras horas o días, de la mamá y su bebé, o en caso de permanecer juntos no se propicia o permite el contacto piel con piel. Esta práctica de separación por lo general va acompañada de una alimentación con otras leches, que se introduzca biberón o incluso el “tete”, lo cual afecta el momento crítico de inicio de la lactancia. Como consecuencia de la separación y la introducción de otras leches está ampliamente documentado que se afecta la succión al seno, la producción materna de leche, se ve afectada la colonización bacteriana del recién nacido y el desarrollo de su microbiota. Se pierde a su vez el beneficio de permanecer piel con piel con su madre.^(44, 63) Probablemente la entrada de los padres y madres en la unidad neonatal y la recuperación de su papel como cuidadores no deba justificarse desde la evidencia científica y sí enfocarse desde una perspectiva de derechos ciudadanos y de lo que ha sido natural en la especie humana. De todas formas, hay algunos estudios que han abordado los beneficios de la implicación de los progenitores en el cuidado infantil durante el ingreso hospitalario.⁽⁶²⁾

Aunque no existen demasiados estudios que caractericen el inicio de la lactancia materna en el país y que describan las prácticas más frecuentes durante el parto, el posparto inmediato y los cuidados neonatales en alojamiento conjunto, existen algunas investigaciones e

información que puede ser esclarecedora en ese sentido. Las tasas de cesáreas existentes en Cuba que se describieron en el acápite anterior y que superan las recomendadas por la OMS afectan a un gran número de mujeres, en especial en aquellos casos de cesáreas iteradas por cesárea previa, sin que exista una justificación médica o científica que sustente la nueva cesárea. La cesárea impacta negativamente en el contacto inmediato en la primera hora y el inicio de la lactancia materna ya referido.

Entre los estudios encontrados en Cuba que evalúan el comportamiento de la lactancia materna, una encuesta realizada en Pinar del Río⁽⁶⁴⁾ mostró que el 83 % de las mujeres encuestadas, que iniciaron la lactancia materna al momento del parto, se mantenían amamantando a sus bebés a los 4 meses de vida, sin mostrar diferencias cuando el inicio de la lactancia era en los primeros 10 o en los primeros 30 min de vida. Pero sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa de menor prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los 4 meses cuando la primera tetada ocurrió pasada la primera hora de vida. Los resultados reflejados en este pequeño estudio confirman los resultados internacionales existentes respecto al efecto positivo del inicio de la lactancia materna durante la primera hora para el establecimiento y la duración de esta, a la vez que evidencia cómo las tasas de lactancia exclusiva hasta los 4 meses disminuyen cuando ese contacto inmediato ocurre transcurrida la primera hora.⁽⁶⁴⁾

Las estadísticas de los diferentes MICS, analizadas previamente, muestran los retos y el esfuerzo que se está realizando para lograr una cobertura que permita el inicio de la lactancia materna al momento del nacimiento y el contacto piel con piel con la madre durante la primera hora de vida. Como fue mencionado antes, todos los hospitales materno-infantiles cubanos poseen la categoría de Hospital amigo del niño y de la madre, y en ellos se promueven el alojamiento conjunto inmediato y la lactancia materna. Aunque existen protocolos favorables para la lactancia materna y el apego inmediato en nuestro país, la evidencia encontrada en la literatura que describe las prácticas cubanas de atención al parto y el puerperio inmediato⁽²⁰⁾ muestra la necesidad de seguir perfeccionando el cumplimiento de los requisitos establecidos para este tipo de hospitales.⁽⁶⁵⁾ De igual forma, el inicio inmediato de la lactancia materna y el contacto piel con piel durante la primera hora se realiza en la mayoría de los nacimientos de acuerdo a las referencias mencionadas,^(20, 23-26) pero aun es necesario avanzar en nuevas acciones para que se extienda a todos los nacimientos.

En algunos de los manuales de práctica obstétrica existentes en el país si se promueve la práctica del contacto piel con piel pero como una técnica asociada principalmente al recién nacido con bajo peso al nacer y a los que nacen por cesárea.⁽⁴⁷⁾ El alojamiento conjunto inmediato es una práctica extendida en Cuba a todos los nacimientos durante las primeras 4 a 6 h, antes de que la madre y su bebé sean trasladados a la sala de puerperio, pero no aplica para aquellos catalogados como de riesgo, aunque sean sanos en el momento del nacimiento.^(47, 62)

Actualmente, en los cuidados de neonatología se ingresan para observación al nacer los neonatos que tienen peso por debajo de 2,2 kg, aunque sean nacidos a término y sean asintomáticos; los prematuros tardíos, aunque tengan peso por encima de 2,5 kg, los bebés macrosómicos (que pesan más de 4 kg); cuando las madres padecen diabetes, son hipertensas

o existe alguna condición materna que se considere de riesgo para el bebé; los neonatos con ictericia para estudio o tratamiento, además de otras condiciones que a juicio médico necesiten un periodo de observación durante el cual se impone la separación. Estos criterios, a la luz de las nuevas evidencias relacionadas con la atención de los recién nacidos considerados de riesgo, podrían ser evaluados puntualmente para limitar el ingreso a cuidados neonatales solo de aquellos recién nacidos donde la sintomatología lo amerite y en los cuales los riesgos superan los beneficios del contacto piel con piel y la no separación materna.⁽⁶²⁾

La separación de los neonatos catalogados como de riesgo ocurre aun cuando su estado de salud no implique la necesidad de cuidados especiales y su estancia en cuidados neonatales solo tenga una finalidad de observación y prevención. El vínculo de apego inmediato y el reconocimiento del bebé como propio se ve afectado por la separación biológica, pues son las hormonas que liberan la mamá y su bebé en el puerperio inmediato quienes garantizan el reconocimiento mutuo. Al hecho de que nazcan enfermos y que puedan tener comprometida su vida o que estén en riesgo de desarrollar alguna patología se suma la separación como un obstáculo mayor, pues dificulta la posibilidad de madres y padres de encontrar consuelo y de sentir que están haciendo algo por su bebé en el contacto y el intercambio directo. Se sugiere revisar la bibliografía sobre contacto piel con piel referida en este guía.⁽⁶⁶⁾

Cuando la separación se suma al momento estresante y difícil que enfrenta la familia y en especial la madre, se complica y dificulta en su conjunto el inicio de la maternidad y la paternidad. Con la separación los sentimientos de miedo, culpa, incompetencia, vulnerabilidad, pérdida de control e incapacidad se refuerzan en las madres y los padres, a la vez que influye negativamente en el estado de salud del recién nacido.^(58, 61-63) La separación materna^(58, 61, 62) preventiva, incluso la de aquellos casos donde realmente sean necesarios los cuidados neonatales especiales, deberá ser valorada por la práctica neonatológica a la luz de la nueva evidencia y del enfoque respetuoso del nacimiento, puesto que toda la evidencia arroja que los riesgos superan los beneficios de dicha práctica.^(62, 66, 67, 68, 69, 70, 71)

En los recién nacidos que son separados y llevados a cuidados neonatales se dificulta la lactancia materna, pues los horarios fijos y limitados para amamantarlos atentan contra la lactancia materna a libre demanda. Esto se refleja tanto en la producción de leche materna como en la insatisfacción de las necesidades no nutricionales del neonato, los que lloran sin compañía por largos periodos de tiempo. Al ser separados de sus madres, lactar exclusivamente es casi imposible para los recién nacidos que están recibiendo atención diferenciada; la alimentación está supeditada al alimento que se les suministre en las unidades de cuidados especiales. Los cuidados neonatales que recurren a la técnica madre canguro para atender al bebé que nace con prematuridad muestran una mayor efectividad para la satisfacción de la necesidad biológica de apego inmediato presente en todos los mamíferos, y propicia la recuperación más rápida de quienes reciben este tipo de cuidados permanentes o de manera intermitente. Ante la amplia evidencia de esta técnica para la atención de los recién nacidos prematuros o con complicaciones, la técnica madre canguro es una práctica cada vez más extendida a nivel mundial en los cuidados especiales de neonatología^(72, 73) y deberá ser valorada su generalización en nuestro país.

Papel del personal de enfermería durante el parto en Cuba

La enfermería como profesión surge en Cuba con la creación de las primeras escuelas a partir de 1899. La primera escuela preparatoria de enfermería fue fundada en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes en La Habana bajo la dirección de la enfermera norteamericana Mss. Agnes O`Donnell apoyada desde el departamento de beneficencia pública por el Dr. Raimundo García Menocal, los doctores C. L. Furbush y Emiliano Núñez de Villavicencio.⁽⁷⁴⁾ Luego Miss O`Donnell fue nombrada decana de los centros de escuelas preparatorias de enfermería en Cuba, cuya creación continúa durante 1900 en los hospitales públicos de las ciudades de Cienfuegos, La Habana, Matanzas, Puerto Príncipe y Remedios; y en todos los casos dirigidos por enfermeras superintendentes que formaban parte del cuerpo de enfermeras técnicas de las diferentes escuelas de Estados Unidos.⁽⁷⁵⁾ El objetivo de este esfuerzo era estimular la profesión al brindar instrucción, tanto teórica como práctica, para la asistencia a enfermos y otorgarles un título de graduadas que les permitiera ejercer como enfermeras.

Fue en 1902 cuando se graduaron las primeras enfermeras cubanas, ceremonia que estuvo presidida por personalidades de la época, incluidas el presidente de la república y el Dr. Carlos J. Finlay, quien pronunció el discurso de graduación.⁽⁷²⁾ A partir de este momento y con la constitución de estas escuelas se profesionaliza en Cuba el ejercicio de la enfermería, aunque la atención al parto en particular sigue estando a cargo de mujeres que de manera autodidacta ejercían esos roles.

Las parteras o comadronas de manera totalmente empírica y basada en la tradición oral de transmisión del conocimiento monopolizan la asistencia al parto hasta el siglo XVIII.^(76,77) Por lo general eran madres o mujeres con experiencia en partos quienes se encargaban de acompañar a las nuevas madres desde la época de la antigua Roma.⁽⁷⁸⁾ En el caso cubano también existieron las parteras o comadronas, tanto en zonas rurales como urbanas, como principales acompañantes al parto, y se mantuvieron en las zonas montañosas hasta 1959. En 1960 y con la creación del sistema nacional de salud en Cuba desaparecieron los partos domiciliarios atendidos por comadronas.⁽⁷⁸⁾

Es a partir de 1961 que se gradúan las primeras personas como auxiliares de enfermería general, pediátrica y obstétrica en un curso rápido de 6 meses; luego de ese momento tienen la oportunidad de estudiar en escuelas de enfermería para formarse profesionalmente en enfermería general, pediátrica y obstétrica. Esta profesionalización es aún mayor a partir de 1976 con la creación, en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, de la carrera de Licenciatura en Enfermería.⁽⁷⁹⁾

En el 2004 aparece la especialidad de enfermería materno-infantil destinada a lograr un mayor efecto en los indicadores de la calidad de la atención del programa materno-infantil.⁽⁸⁰⁾ A finales del 2007° se aprueba la Resolución Ministerial 396, la que se puso en vigor a partir del

° La mencionada resolución puede ser descargada y consultada en la página oficial del Portal de Enfermería Cubana creada por el Departamento Nacional de Enfermería y la Sociedad Cubana de Enfermería en la siguiente dirección web: <http://www.enfermeriacubana.sld.cu/regulaciones-de-la-practica>

3 de enero de 2008 y que establece las regulaciones de la práctica de enfermería a todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud Pública y las diferencias entre los perfiles de formación. En dicha regulación se incluyen las funciones de enfermería, tanto de nivel técnico como de licenciatura, para la atención al parto. En el caso de la licenciatura en enfermería sus funciones de atención incluyen realizar el seguimiento de la gestante en trabajo de parto y la atención del parto en condiciones fisiológicas.⁽⁶⁾ Como fue mencionado antes, existen en Cuba condiciones legales y formativas desde el 2008 para que el personal de enfermería con formación en obstetricia pueda estar a cargo del seguimiento y la atención al parto en gestantes sin riesgo y propiciar así una atención respetuosa de la fisiología del parto.

Contar con profesionales de la enfermería obstétrica que asuman un papel más protagónico en la atención al parto en el país puede redundar en importantes ventajas para la atención materno-infantil desde el enfoque respetuoso. Con su participación es posible una atención que priorice los partos totalmente fisiológicos en los que no se recurre a la medicación salvo en situaciones justificadas; además de asegurar buenos resultados maternos y neonatales y una experiencia más positiva por parte de la embarazada en trabajo de parto.

Cuando el personal de enfermería está dispuesto a disipar los miedos y las dudas de la gestante y su acompañante, transmitir seguridad emocional, mostrar comprensión y cuidar la intimidad durante el trabajo de parto,⁽⁸¹⁾ contribuyen de manera decisiva a mejorar notablemente la experiencia del parto de las mujeres y su satisfacción.⁽⁸²⁾

La elevada formación científica y técnica con la que cuenta el personal de enfermería en Cuba es un elemento a favor de la participación de estos en la atención directa al embarazo y el parto. El enfoque humanista en enfermería, que considera a la persona enferma como sujeto de atención y le otorga un papel activo, responsable y capaz, aplica en especial en la atención de la embarazada, que no es una enferma que requiere de cuidados especiales, sino una mujer sana que requiere acompañamiento, tanto emocional como físico para transitar por la vivencia del parto,⁽⁸²⁾ en especial cuando vive la experiencia por primera vez. El que el personal de enfermería también cuente con conocimientos y técnicas en áreas afines a la enfermería, como la psicología, las relaciones interpersonales y la comunicación, facilita que la enfermería obstétrica pueda velar por la integridad no solo biológica, sino también psicológica y cultural de las mujeres en trabajo de parto y parto.⁽⁸³⁾ Lo cual es totalmente compatible y necesario en un enfoque de atención al parto que pone el centro de atención en la gestante y su bebé y les otorga un rol protagónico en el proceso.

Fundamentos teóricos

Como parte de las bases teóricas que se promueven en el enfoque del parto respetuoso por parte de la OMS aparecen algunos aspectos que son esenciales y que están fundamentados en la sólida evidencia científica encontrada. El objetivo de estas prácticas es reducir los efectos adversos de la medicalización sobre las madres y sus bebés en relación con este momento trascendente en sus vidas, que es el parto.

A nivel neurobiológico el parto es un evento único en la vida de una mujer y de un recién nacido, en unas pocas horas tienen lugar en el cuerpo materno y en el feto eventos hormonales y bioquímicos que marcan profundamente la neurología y la psicología de los dos.⁽⁸⁴⁾ La fisiología del parto crea, tanto en la madre como en el feto, un estado hormonal especial definido como periodo crítico o sensible, que marca la memoria afectiva y el temperamento de ambos.⁽⁸⁵⁾

Como parte de la evidencia más reciente se ha encontrado que ciertos eventos durante el trabajo de parto marcan favorablemente la experiencia de la madre y tienen un efecto positivo en la duración y el desenlace del propio parto.

Entre estos eventos pueden mencionarse:

- Apoyo psicoemocional durante el trabajo de parto.
- Cuidado en el enfoque respetuoso.
- Cuidado a través de la información y el consentimiento.
- La posición materna durante el trabajo de parto.

Apoyo psicoemocional durante el trabajo de parto

Uno de los aspectos que cambia radicalmente la experiencia para la madre y favorece el desenlace del parto es la posibilidad de contar con apoyo continuo y personalizado durante todo el trabajo de parto.⁽⁸⁶⁾ Existe abundante evidencia científica que muestra que las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de mostrarse insatisfechas durante la experiencia

del parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal y disminuye la duración de este, a la vez que reduce la necesidad de usar analgesia durante el parto.⁽⁸⁷⁾ Estos mismos estudios confirman que los efectos del apoyo son mejores cuando este inicia desde los primeros momentos del trabajo de parto, cuando no se usó anestesia epidural y cuando el apoyo psicoafectivo es brindado por una persona que no era empleada del hospital. De ahí que se resalta la importancia de la presencia de un acompañante significativo ^(88, 89, 90, 91) para la madre, que la provea de apoyo y contención emocional durante esta etapa.

El acompañamiento de la mujer en el parto es un tema ampliamente estudiado por la ciencia contemporánea, aparece como recomendación de la OMS y reflejada su necesidad en muchas guías de práctica clínica de atención al parto y al nacimiento, como se evidencia entre la bibliografía consultada para la elaboración de esta guía. Incluso, desde hace algunos años, se ha profesionalizado el acompañamiento a la gestante en trabajo de parto con la presencia de la figura de la doula. Se llama así a la persona “entrenada y adiestrada profesionalmente para proveer apoyo durante el trabajo de parto. Ella no desempeña trabajos clínicos.⁽⁸⁸⁾

Los estudios consultados no muestran efectos negativos durante el parto asociados a la presencia de estas personas de apoyo que permanecen con la mujer en todo momento.^(1, 90, 92, 93, 94, 95, 96) Otro elemento importante aportado por estas investigaciones es que no se requiere que la persona que brinda apoyo permanente tenga una formación especializada en relación con el parto, es suficiente con nociones básicas acerca del manejo del dolor o, en muchos casos, que cuente al menos con la experiencia previa de haber parido.⁽⁹⁷⁾ El papel de la persona de apoyo no es asistir en el parto, ni colaborar con el personal de salud, sino acompañar, apoyar y contener a la gestante durante el trabajo de parto y, si fuese necesario en algún momento, facilitar el diálogo con el personal de salud en beneficio del avance del trabajo de parto y para contribuir a una experiencia positiva para la embarazada en trabajo de parto.

El cuidado en el enfoque respetuoso del parto

El reto actual del personal de salud es valorar a la persona no como objeto de cuidado sino como sujeto de cuidado, cuyas necesidades se expresan durante todo el ciclo de la vida: nacimiento, crecimiento, reproducción, envejecimiento e incluso en el proceso de la muerte.

El cuidado incluye dos significados íntimamente ligados. El primero es la actitud de solicitud y atención hacia el otro; el segundo lo constituye la preocupación, la inquietud, el involucrarse, porque supone una implicación afectiva con el otro cuya condición conmueve la actitud y moviliza la acción. El cuidado pasa ante todo por el respeto al otro y a sus necesidades particulares en cada momento, lo que adquiere un valor fundamental para promover el respeto a la fisiología del parto, pues cada mujer es única y por ende cada parto también lo es.

Los principios en la actitud de cuidado con enfoque respetuoso son necesarios y se basan en la calidez de la comunicación, íntimamente relacionada con el respeto hacia la integridad física y moral de la persona. Este cuidado inicia con el contacto físico y verbal entre el personal de salud y la embarazada, en el que se produce la valoración entre ambos. El personal de salud evalúa el estado de salud, las respuestas biológicas, físicas y psicológicas de la gestante. A la

vez, las mujeres valoran las actitudes, el deseo de ayudar, los gestos y la disposición del personal de salud que las atienden y, por ende, despliegan su confianza en la disposición de estos para apoyarles en la satisfacción de sus necesidades.

La comunicación inicial que se entabla con las grávidas y sus familiares sienta las bases para la atención y el acompañamiento en este enfoque respetuoso de atención al parto. La familiaridad expresada en la presentación, el conocimiento, el respeto y la empatía mostrados a la mujer es parte del acercamiento que pauta el inicio de las interacciones del cuidado. La mirada, como parte del uso del sentido de la visión, principalmente cuando aplica la comunicación no verbal, expresa también pensamientos o sentimientos del interlocutor. El tono de voz y las palabras del profesional de salud pueden contribuir a la tranquilidad y confianza de la embarazada o, por el contrario, ser fuente de temor, inseguridad y malestar.

El enfoque respetuoso del parto implica transformaciones radicales de la perspectiva medicalizada, en la cual la gestante es un ente pasivo y objeto de atención y cuidados y no se asume como un sujeto con miedos, expectativas y capaz de informarse y tomar sus propias decisiones. Los cambios y transformaciones más que de infraestructura son ante todo de mentalidad y acción y pasan por la comunicación, pues implica eliminar la atención que infantiliza y minimiza a la mujer en trabajo de parto. Debe construirse, además, un enfoque de comunicación asertiva que potencie la escucha activa de las necesidades de las gestantes, una comunicación en la que se brinden respuestas respetuosas que reconozcan el sentir y la percepción que la gestante tiene de su momento de vida. Colocar a las gestantes como protagonistas de sus partos implica escuchar sus voces y reconocer sus necesidades, brindar información oportuna cuando sea necesaria la intervención médica o la gestante carezca de elementos para tomar una decisión, pero sin presionar o forzar las decisiones maternas haciendo uso del miedo a lo que podría pasarle a ella o a su bebé como estrategia de control y ejercicio de autoridad.

La comunicación asertiva es una forma de transmitir compañía y debe estar presente en las intervenciones terapéuticas a la embarazada durante toda la gestación, el parto y el puerperio. La comunicación, como se comentó antes, no solo transcurre por vías verbales, también la expresión corporal es importante, además de otros aspectos como gestos, sonidos y contacto visual, que adquieren significado particular de acuerdo con cada cultura. De modo que conocer la gestualidad propia del contexto en el que se brinda el acompañamiento y contribuir a la comunicación mediante un uso apropiado de la gestualidad y de las expresiones que favorezcan la empatía y el acercamiento propios de cada cultura, favorece una proximidad respetuosa del personal de salud hacia las madres y sus familias.

En el acompañamiento humanizado es importante lograr una comunicación efectiva, respetuosa y empática, de tal forma que se genere una verdadera relación de atención y apoyo con las gestantes, y que contribuya a su recuperación y bienestar y en la que la gestante y sus necesidades sean tomadas en cuenta. Potenciar dentro del personal de salud el desarrollo de habilidades de comunicación que pongan énfasis en la escucha activa de las necesidades de las gestantes y de sus familias para entender sus miedos, sus puntos de partida y expectativas en relación con el parto y el nacimiento de sus bebés, es fundamental para brindar

una atención respetada del parto y el nacimiento. Como parte del proceso de entrenamiento en el enfoque respetuoso del parto podrían impartirse talleres o cursos al personal de salud para el desarrollo de habilidades de comunicación que faciliten este enfoque de comunicación asertiva con las embarazadas y sus familias.

El cuidado a través de la información y el consentimiento

Como parte del enfoque que coloca a la mujer como protagonista del parto y al parto como un proceso fisiológico que no requiere de intervenciones, a menos que se presenten complicaciones o se vea afectado su avance, es fundamental brindarle información a la embarazada en relación con los procedimientos e intervenciones que se le realizan. Se promueve a su vez que la embarazada se prepare para su parto y tome decisiones informadas respecto al tipo de parto y a las condiciones en las que espera y desea que este pueda transcurrir.

Plan de parto y nacimiento

El plan de parto y nacimiento aparece como una herramienta efectiva y respetuosa del consentimiento informado en el cual es posible organizar el proceso de atención de la gestante, la púérpera y el recién nacido. Es un documento que se elabora durante la gestación. La gestante y su acompañante dialogan con el personal sanitario que les dan seguimiento desde el área de salud para pautar ciertos acuerdos respecto al actuar médico durante el parto y el nacimiento, a la vez que aprenden y se preparan para el momento. En el documento quedan reflejadas las preferencias de la gestante y su acompañante en cuando a ciertas intervenciones o protocolos, lo que les permite valorar los diferentes posibles escenarios en conjunto y con el apoyo del personal de salud. Incluye la explicación y los detalles de las maniobras, rutinas o prácticas que la gestante y su familia no desean que le sean realizadas a ella o a su bebé, las prácticas que esperan sean respetadas en la atención de ambos. El documento debe constituir una referencia para la actuación del personal de salud durante el trabajo de parto y se utiliza como referencia para el actuar médico en diferentes instituciones y centros de salud a nivel mundial.⁽⁹⁸⁾

En los anexos del presente texto es posible encontrar una guía general para la elaboración de este tipo de plan, siguiendo recomendaciones de documentos destinados a este fin a nivel internacional (véase el anexo 2).

Los criterios del cuidado respetuoso durante el trabajo de parto y el parto apoyados en las recomendaciones de la OMS⁽⁵⁾ se centran en:

- Reconocer a la madre, el padre o pareja y su bebé como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural. Solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho de la mujer y su pareja o acompañante a la educación para el embarazo y el parto.
- Promover una relación armónica y personalizada entre la pareja o acompañante y el equipo de asistencia profesional.

- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja/acompañante y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Brindar atención continua y respetuosa de las particularidades de cada mujer en el embarazo, parto y puerperio. La mujer en trabajo de parto debe ser atendida de forma personalizada desde su ingreso hospitalario y hasta su alta médica.^{d (99, 100)}
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto, incluido el momento expulsivo. Debe permitirse la movilización y adopción de diferentes posiciones durante el trabajo de parto. Se debe alentar el movimiento, incluso en aquellas gestantes que utilizan analgesia peridural; estimular a que la embarazada adopte posiciones cómodas para ella a lo largo del periodo de dilatación y que tenga la posibilidad de caminar o moverse como lo desee.
- Propiciar una posición al parir que responda a las necesidades de la mujer y no a la comodidad del facultativo: posición sentada, en cuatro puntos, reclinada, en cuclillas, de pie. La posición litotómica dificulta la mecánica del parto, puesto que se ve limitada la movilidad de la pelvis. Esta limitación condiciona la necesidad de realizar maniobras o instrumentar el momento expulsivo y, por ende, aumentan las probabilidades de comorbilidades asociadas a la etapa.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades). Debe facilitarse el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, el periodo expulsivo y el posparto inmediato por la persona de su elección, la que le brinda a la gestante la contención y el cuidado emocional necesario para sentirse segura durante el trabajo de parto y se favorece una evolución de la neurofisiología del parto.
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su bebé mediante el contacto inmediato piel con piel y evitar exámenes o maniobras de resucitación que sean innecesarias.
- Realizar la valoración integral del neonato sobre el cuerpo de la madre.

Cuidados de profesionales y acompañantes. Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. El personal sanitario deberá establecer una relación empática con las mujeres y realizar un correcto empleo del consentimiento informado a través de la creación del plan de parto de cada embarazada.

Dolor, analgesia y satisfacción materna durante el parto. Deberán satisfacerse las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Se deben priorizar métodos no farmacológicos y no invasivos para el alivio del dolor, como pelotas, masajes, acupuntura, digitopresión, musicoterapia, movilidad de posturas, técnicas de respiración y relajación.

^d Existen lineamientos internos establecidos en el Reglamento General Hospitalario del MINSAP y en manuales de atención de obstetricia y ginecología en el país. A partir de esas bases generales cada unidad asistencial elabora sus protocolos de atención específicos ajustados a las particularidades de cada institución.

El parto como vivencia neurobiológica y psicológica trascendental en la vida de una mujer y un feto deja una huella en ambos que los marca profundamente en la vida. Evitar los traumas, la violencia y el estrés negativo asociados a la experiencia del parto/nacimiento y no solo salvar vidas, es el reto actual de la obstetricia contemporánea, el que no puede ser obviado por más tiempo ante la abrumadora evidencia científica que reconoce el daño a la salud mental y física de una experiencia traumática en ese momento cumbre de la vida.

Este enfoque de acompañamiento y atención centrado en la mujer y su bebé y en el respeto a la fisiología del parto hace evidente las carencias presentes en el modelo intervencionista de atención al parto.

La posición materna durante el trabajo de parto

La posición horizontal o litotómica durante el nacimiento ha sido la posición más usada en el parto desde el renacimiento, momento a partir del cual los colegios médicos encabezados por hombres comienzan a tomar el control del parto; el parto empieza a dejar de ser atendido por parteras o comadronas. Hasta esa época la persona que atendía el parto y recibía al bebé "(...) debía arrodillarse delante de la mujer; no era una posición cómoda para introducir las técnicas que los médicos proponían ni resultaba psicológicamente aceptable estar arrodillado a los pies de una mujer que está pariendo".⁽²⁾ La posición horizontal brinda sin dudas importantes ventajas y comodidad a las personas que atienden el parto, en especial cuando tienen que permanecer de rodillas o en cuclillas en caso de partos verticales para recibir al recién nacido, a la vez que facilita la revisión y la visibilidad médica. Son varias las posiciones verticales que han sido utilizadas en diferentes culturas y momentos históricos.^(49, 101)

Aun cuando las desventajas de la posición horizontal son muchas y más significativas, el criterio predominante siguió siendo una cuestión de autoridad y enfoque asociado a la necesidad de intervenir el parto y "sacar al bebé" por parte del médico a cargo. Entre las desventajas conocidas de la posición horizontal se pueden mencionar las dificultades respiratorias maternas, puesto que se reduce la capacidad pulmonar materna que puede causar hipoxia en la madre y la consecuente hipoxia en el feto y el recién nacido. El efecto Poseiro que se presenta en dicha posición y limita la circulación placentaria, puede ser causante de la acumulación de CO₂ y favorecer el sufrimiento fetal, que puede incluso complicarse y terminar en muerte fetal a partir de episodios de bajada del pH, aumento de iones de hidrógeno, alteración del funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno y, finalmente, falla miocárdica y muerte. Las limitantes mecánicas que impone el parto horizontal son muchas. En primer lugar, la ausencia del apoyo de la fuerza de gravedad para favorecer la salida del feto. En posición horizontal, por la curvatura de la columna, el feto primero necesita subir y luego descender para poder atravesar el canal vaginal. Esa posición disminuye los diámetros de la pelvis materna, limita su movilidad y evita la presión que la cabeza del feto ejerce sobre el periné y que facilita su distensión sostenida y lenta.^(49, 101)

Desde el punto de vista psicológico, al permanecer acostada, la gestante es colocada en una situación totalmente vulnerable y desprovista de control de lo que sucede. La visibilidad

del entorno queda totalmente limitada en esa posición y la mujer no puede estar atenta al nacimiento ni tener un rol activo durante el momento expulsivo. Esto genera en muchas mujeres la sensación de que su bebé fue sacado de su cuerpo y de que la ayudaron a parir, lo que se refuerza con toda la manipulación que rodea al parto horizontal. Todas estas limitantes que impone la posición horizontal durante el parto en la práctica se reflejan en un aumento del número de cesáreas y de morbilidad materna asociada a este tipo de partos.

El parto en posición vertical⁽¹⁰²⁾ es aquel en el cual el torso de la mujer y su canal pélvico se ubican en un ángulo entre los 45° y los 90° con relación al plano horizontal y va acompañada del apoyo de los glúteos, pies o rodillas. Desde el punto de vista fisiológico aporta grandes ventajas para la madre y el feto durante el periodo expulsivo.^(103, 104)

Posición sentada o semisentada. Es posible usar silla o baqueta obstétrica o ubicarse en la orilla de la cama o camilla.^(104, 105, 106) La persona acompañante puede estar sentada con las piernas separadas, o arrodillada por detrás de la embarazada para la posición semisentada. La gestante podrá apoyarse sobre un respaldo o sobre la persona acompañante, puede mantenerse sentada derecha o doblada hacia adelante. Darle esta facilidad de movimiento a la gestante facilita la apertura de la pelvis guiada por las sensaciones de su cuerpo y el dolor.

Posición parada. La embarazada está sostenida por otra persona o se sostiene de algún implemento como una barra, rebozo o cuerda. Estos partos tienen un porcentaje menor de uso de instrumentales, las mujeres reportan menos dolor, más intensidad de las contracciones y un menor porcentaje de episiotomías; aunque está asociada a más desgarros perineales que afectan principalmente a las nulíparas. En estos partos el propio peso del feto, ayudado por la fuerza de la gravedad, favorece su descenso suave y calmado por el canal de parto, aunque en ocasiones el reflejo de eyección del feto al momento del nacimiento puede ser fuerte. El personal que asiste el parto podría colocarse en un banquito bajo frente o por detrás de la embarazada para sostener al recién nacido en el momento del nacimiento.

En cuclillas. Ya sea sostenida por sus propias piernas o apoyada sobre un banco o silla de parto, cojín o cama obstétrica móvil, esta posición puede incluir la variante de pegar los talones a los glúteos, también se puede sostener mejor a la embarazada con ayuda de un cojín de parto o de otra persona que sostenga su espalda. A la vez, pueden permanecer los talones levantados y los glúteos más arriba mientras la embarazada se sostiene de una barra o cuerda. Esta posición facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, ocurre la nutación del sacro y aumenta el diámetro del estrecho inferior de la pelvis, con lo cual se favorece el descenso del feto por el canal de parto cuando previamente ya está ubicado en tercer o cuarto plano de Hodge.

El personal que asiste el parto, ya sea de enfermería obstétrica u obstetricia, podría adoptar una posición cómoda frente a la embarazada al sentarse en un banquito bajo y verificar la abducción de ambas piernas para mejorar la amplitud del diámetro transversal de la pelvis y del estrecho inferior. La persona acompañante de la mujer puede actuar como soporte de su espalda abrazándola por atrás para darle sostén a su cuerpo y favorecer el descenso del feto hacia la vertical.

Posición semidecúbito o reclinada. El tronco queda reclinado hacia atrás y en un ángulo de 45° respecto a la vertical, la espalda apoyada sobre otra persona o respaldo y las piernas al

mismo nivel de la cadera o flexionadas las rodillas y en abducción. En esta posición ocurre una nutación de la base del sacro que reduce la apertura del diámetro anteroposterior del estrecho superior pélvico en comparación con la posición clásica de litotomía, pero aumenta el diámetro anteroposterior del estrecho inferior de la pelvis, con lo que se favorece el descenso del feto luego del encajamiento en la pelvis. A su vez esta posición reclinada o semidecúbito se puede combinar con flexión de rodilla y abducción de las piernas, con lo cual ocurre una apertura mayor del estrecho pélvico inferior que favorece el descenso por el canal de parto.

Es una posición cómoda para el personal de salud acostumbrado a la atención del parto horizontal y resulta adecuada cuando se utiliza anestesia epidural para el dolor de parto.⁽¹⁰¹⁾ Le brinda a su vez más libertad de movimiento a la gestante durante el periodo expulsivo que la posición litotómica.

De rodillas y a gatas. Ya sea directo sobre el piso o encima de una camilla obstétrica, se ha reportado que esta posición cuadrúpeda favorece la rotación fetal cuando se encuentra en presentaciones posteriores, favorece el descenso y muestra menores traumas perineales. Quien acompaña a la gestante podrá estar sentando o parado frente a la embarazada y abrazar a la mujer por la región torácica, le permitirá a la gestante apoyarse en sus muslos si así lo desea. La recepción del neonato se realizará por detrás de la mujer.⁽¹⁰⁵⁾

De cubito lateral. La embarazada está de lado en la mesa de parto y en posición reclinada. Esta posición presenta las mayores tasas de periné intactos (66 %) y mejores resultados perineales, previene la compresión de la vena cava y brinda libertad de movimiento de anteversión/retroversión y de nutación/contranutación de la cadera, al variar el grado de flexión contrario al lado de apoyo. En el caso de partos en posición de cúbito sería la opción más favorable. En ella la embarazada descansa apoyada del lado izquierdo con la rodilla y el muslo derecho flexionados y levantados. Al adoptar esta posición el periné se relaja y el sacro se puede desplazar, lo que permite un aumento del tamaño de los estrechos.

Durante la fase de encajamiento, al hacer contranutación, aumenta el tamaño del estrecho superior y, al hacer nutación, aumenta el tamaño del estrecho medio durante el descenso y desprendimiento; lo que se consigue solo con el movimiento de la pierna superior para facilitar el paso del feto por los distintos estrechos. Dicha posición favorece además la actividad uterina al propiciar que el útero se contraiga con mayor intensidad y menor frecuencia que en litotomía y los efectos se mantienen mientras dura dicha posición.^(101, 107, 108, 109)

Son varios los beneficios que esta posición tiene en relación con la mecánica del parto. El efecto de la gravedad favorece el descenso y el acomodamiento del feto, el encajamiento y, la propia gravedad, aumenta la presión intrauterina ayudada por el peso del feto. En estas posiciones aumenta el diámetro de la pelvis en 2 cm anteroposteriores y 1 cm transverso. El ángulo de encaje es menos agudo y se hace aún más eficiente con el balanceo que permite la posición vertical, por lo cual se facilita el acomodo del feto, su descenso y el encaje en el canal de parto.^(102, 107) En posición vertical los miembros inferiores maternos constituyen un importante punto de apoyo y, de manera indirecta, ayudan a realizar la prensa abdominal para la eyección del feto y disminuye la frecuencia de calambres. Se suma que los músculos abductores, gracias al apoyo de las piernas se tensan y contribuyen a la apertura de la musculatura del canal vaginal y del periné.⁽¹⁰²⁾

La propia posición vertical evita la compresión pulmonar y de los grandes vasos por el peso del útero sobre la zona gracias al acomodamiento de los órganos abdominales, con lo cual no se afecta la capacidad respiratoria de la madre y se logra una mejor ventilación pulmonar materna y placentaria^(104, 110) y se genera un mayor equilibrio ácido-básico fetal.^(111, 112) El riesgo de prolapso del cordón disminuye durante el parto vertical porque el feto, que ya está encajado en el canal de parto, no puede retroceder. Muchas mujeres reportan la experiencia del parto vertical como menos dolorosa⁽¹¹³⁾ y es una posición en la que se sienten más en control y como protagonistas durante el nacimiento, por ende, aporta también beneficios psicoafectivos para las madres y sus bebés.^(105, 114)

En investigaciones realizadas para evaluar las posiciones verticales durante el periodo expulsivo se ha encontrado una duración ligeramente menor en partos verticales,⁽¹¹⁵⁾ una tasa menor de partos vaginales asistidos y menos necesidad de episiotomía. A la vez que se asoció con una disminución del dolor severo durante dicha fase y menos frecuencia de patrones fetales cardiacos anormales. El momento expulsivo vertical se asoció también a un aumento de la frecuencia del sangrado mayor a 500 mL, pero la variación reportada es realmente poco significativa, y a un ligero aumento de la frecuencia de desgarros perineales de segundo grado, aunque predominan los desgarros de poca profundidad.^(104, 116, 117)

Ante los elementos que muestran las ventajas para las madres y sus bebés de la posición vertical, es prioritario promover y estimular el parto vertical dentro del enfoque del parto respetuoso. Resulta fundamental acomodar al personal de salud a cargo del parto para asistirlo en posiciones verticales, de modo que sea posible conciliar las necesidades de las gestantes con las de sus proveedores de salud.

Contacto piel con piel y lactancia materna inmediata

Desde los años 70 comenzaron a nivel mundial algunos pronunciamientos en favor de humanizar la atención neonatal al momento del parto. Las prácticas de intervención comunes hasta esos años partían del supuesto de que el recién nacido carecía de conciencia y de sensibilidad al momento del nacimiento. Razón por la cual la atención inmediata era poco sensible e incluía prácticas violentas para provocar el llanto al momento de nacer y una atención bastante despersonalizada. La voz del obstetra francés Frederick Leboyer⁽¹¹⁸⁾ fue de las primeras en alzarse para llamar la atención acerca de las consecuencias de estas prácticas en el periodo neonatal y la necesidad de un nacimiento sin violencia. Entre las propuestas de Leboyer se incluían minimizar la estimulación al recién nacido en el momento del nacimiento, una luz tenue y una temperatura cálida y el contacto inmediato con la madre. Posteriores investigaciones y evidencias se sumaron a este primer llamado. Durante los años 80 se profundizaron las investigaciones acerca de la importancia del apego que ya había sido enunciado por el psicoanalista Jonh Bowlby^(119, 120) en los años 60. Las publicaciones e investigaciones de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell,⁽¹²¹⁾ del obstetra, también francés, Michel Odent⁽¹²²⁾ y del médico David Chamberlain⁽¹²³⁾ comenzaron a mostrar el resultado del apego en la salud física y emocional de la díada mamá-bebé. Salieron a la luz descubrimientos acerca del efecto

de la atención durante el parto en la personalidad y el comportamiento de los recién nacidos, y la repercusión en su salud de la separación materna. Las investigaciones mostraban con evidencia sólida el papel del cuerpo materno en la adaptación del recién nacido a la vida aerobia y cómo el contacto piel con piel favorecía la estabilidad respiratoria, la regulación de su temperatura y su ritmo cardiaco. Además de que le permite experimentar un estado de confort y relajación que garantiza un menor costo energético en la transición a la vida fuera del útero^(68, 69) Al colocar al neonato inmediatamente sobre el torso desnudo de la madre (piel con piel) se ha demostrado que se reduce el llanto, mejora la interacción y el vínculo entre ambos, facilita las conductas maternas y la estabilización y recuperación de este.^(124, 125) Es en el contacto a través del tacto, el olor y el calor de los cuerpos de mamá-bebé y gracias a la neurobiología propia del apego inicial, que tiene lugar la estabilización de las emociones de ambos; este apego garantiza a su vez la preferencia materna hacia su bebé y la disponibilidad para dedicarle los cuidados y atención necesarios para garantizar su supervivencia. En ese mismo contacto la mamá encuentra la recompensa hormonal necesaria para la entrega incondicional que caracteriza a la maternidad.⁽¹²⁶⁾

En las investigaciones se profundizó en la comprensión de la importancia del reconocimiento mutuo entre la mamá y su bebé en el periodo crítico del posparto inmediato. Este periodo se asocia a la neurobiología propia del final del periodo expulsivo y perdura en ellos un poco más allá de la primera hora después del nacimiento, momento en el cual ambos permanecen en un estado de alerta tranquila que los predispone hacia la vinculación y el inicio de la lactancia materna.⁽¹²⁷⁾

En el contacto piel con piel se favorece el inicio espontáneo de la lactancia materna por parte del neonato, se reduce la necesidad de suplementación artificial y disminuyen las probabilidades de ingresos hospitalarios por ictericia, deshidratación y otras complicaciones que prolongan o complejizan la hospitalización de la díada.

La oxitocina endógena en su función de neurotransmisor actúa sobre el sistema límbico de la díada mamá-bebé para propiciar la construcción del vínculo que se da mediante el intercambio de miradas y el contacto piel con piel inmediato. Esta hormona endógena juega un papel fundamental en el comportamiento innato de búsqueda y succión neonatal y el reconocimiento del seno materno como su ecosistema natural. Lamentablemente, estas condiciones neurohormonales óptimas no son alcanzables cuando los niveles plasmáticos de oxitocina exógena son elevados, como sucede cuando ocurre inducción y conducción del trabajo de parto. Los niveles de oxitocina endógena en el posparto se han visto disminuidos con el empleo de oxitocina exógena⁽¹²⁸⁾ durante el parto y se ha relacionado su uso con niveles elevados de prolactina, con lo que se descompensa el equilibrio hormonal puerperal e impacta negativamente en la lactancia materna y en la construcción del vínculo.

Existe evidencia que relaciona el uso de oxitocina exógena con menores tasas de lactancia materna, en especial en primíparas a las 48 h del parto.^(129, 130, 131) La oxitocina exógena se relaciona también con una disminución del reflejo innato de succión del recién nacido, el cual es esencial para el establecimiento del arco reflejo materno de secreción de oxitocina endógena y mediante el cual se garantiza la perduración de la lactancia materna.⁽¹³²⁾ Los elevados nive-

les de oxitocina exógena se asocian a mayores tasas de hiperbilirrubinemia neonatal,⁽¹³³⁾ uno de los factores etiopatogénicos de riesgo.⁽¹³⁴⁾ En algunos estudios se reportan complicaciones neonatales asociadas a altas dosis de oxitocina exógena, como el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética neonatal.⁽¹³⁵⁾ Además, la difusión de la oxitocina exógena desde la madre al cerebro inmaduro del feto y su acción a nivel molecular se asocia con la aparición de trastornos del espectro autista.⁽¹³⁶⁾

La evidencia acerca de los beneficios de la lactancia materna para la supervivencia del neonato, para su crecimiento y desarrollo y para la salud y bienestar materno son cada vez más abrumadoras,⁽¹³⁷⁾ y en especial cuando la lactancia materna inicia en la primera hora de vida después del parto. La recomendación vigente de la OMS y de muchas otras organizaciones internacionales en favor de la salud infantil promueve el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida para potenciar las características innatas que el contacto piel con piel y la neurobiología del parto determinan en el recién nacido y lo impulsan a lactar y aprovechar los grandes beneficios de la lactancia inmediata. La información encontrada refiere que se podrían salvar más de un millón de recién nacidos por año si la lactancia materna se iniciara en la primera hora de vida. En países de escasos recursos el inicio temprano de la lactancia materna salvaría 1,45 millones de vidas por año al disminuir la cantidad de infantes que mueren por trastornos diarreicos e infecciones del aparato respiratorio inferior.⁽¹³⁸⁾

Esta etapa inicial luego del nacimiento, cuando el recién nacido ha vivido la estimulación del trabajo de parto y se encuentra bajo los efectos de las hormonas maternas y sus propias hormonas, constituye un momento ideal para amamantarlo. Sin ropa, piel con piel sobre el cuerpo de la madre, invitado por los olores, el calor y el tacto se activan los reflejos innatos de arrastre, búsqueda y succión para comenzar por sí mismo y sin ayuda a lactar. Cuando se privilegia este momento único e irrepetible en la vida de la mamá y su bebé en el cual ambos alcanzan el pico más alto de oxitocina⁽²¹⁾ registrado en los humanos se facilita el inicio de la lactancia materna, pues es el neonato con su información innata quien guía a la madre en el arte de amamantar. Existe evidencia de que son el tacto, el olor y la temperatura que experimenta el recién nacido en el contacto piel con piel los que favorecen su disposición a la lactancia materna⁽¹³⁹⁾ y los que, por ende, contribuyen a garantizar el mejor inicio de la vida. No se ha encontrado ningún efecto negativo asociado a la permanencia piel con piel tras el parto y por el mayor tiempo posible, en tanto sí se ha registrado un efecto negativo asociado a la separación madre y recién nacido que afecta tanto la salud física como la mental de ambos.

En diversos estudios se han descrito los efectos significativos y positivos del contacto piel con piel temprano, inmediatamente después del nacimiento, sobre la duración de la lactancia materna.⁽⁶⁸⁾ Los estímulos sensoriales que reciben la mamá y su bebé durante el contacto piel con piel (tacto, calor, olor) constituyen un potente estimulador vagal de la oxitocina y la prolactina materna que son estimulantes de la producción y eyección de la leche.⁽¹⁴⁰⁾ Es ese contacto inmediato piel con piel con la madre el que desencadena en los recién nacidos sanos y a término las conductas innatas de la especie,^(141,142) al potenciar el inicio inmediato de la lactancia materna y el vínculo con la madre que son la base de la supervivencia mamífera.

En este periodo de reconocimiento sensible los recién nacidos presentan una mayor respuesta olfativa al olor materno y una visión enfocada al reconocimiento y localización del pezón.⁽¹⁴³⁾ Son justamente esas primeras horas del posparto inmediato las que preparan a la madre y a los recién nacidos para desarrollar pautas de interacción sincrónicas y recíprocas, siempre y cuando permanezcan juntos y se minimicen las interacciones para propiciar la intimidad y el reconocimiento mutuos. Lamentablemente, con relativa facilidad estos comportamientos tempranos enfocados en garantizar la supervivencia del recién nacido y la responsabilidad materna hacia sus necesidades pueden verse fácilmente perturbadas con las rutinas hospitalarias del posparto inmediato.⁽¹⁴⁴⁾ En estudios comparativos realizados por diferentes autores se evidenció que los recién nacidos presentaban 8 veces más posibilidades de mamar espontáneamente si pasaban más de 50 min piel con piel con la madre inmediatamente después del nacimiento. De ahí que se concluyera que el contacto piel con piel podría llegar a ser un elemento crítico para el éxito de la lactancia materna.⁽¹⁴⁵⁾ Se encontró, además, que la temperatura corporal de los recién nacidos permanecía en un rango termoneutral, lo que confirmaba que las madres poseen la capacidad de regular la temperatura de sus bebés al permanecer piel con piel.^(63, 146) El ritmo cardiaco y la respiración en los recién nacidos a término que permanecieron piel con piel con la madre se mantuvo ligeramente mejor regulado, y fue notoria la mejoría cuando se trataba de prematuros.⁽⁶⁸⁾

El contacto piel con piel inmediato y por largo tiempo durante el posparto debería establecerse como una práctica de rutina en la atención al parto y estimulada por el personal de salud a cargo de la asistencia a la díada mamá-bebé.

El antagonismo oxitocina-adrenalina

Existen abundantes investigaciones que han estudiado la neurobiología del parto y en especial el papel de las hormonas en el progreso y el avance del trabajo de parto. El papel de la oxitocina endógena en el parto es fundamental para garantizar las contracciones uterinas, la consiguiente apertura y dilatación del cuello del útero y el reflejo de eyección del feto. La oxitocina es una hormona relacionada con todos los procesos involucrados en la sexualidad: el parto, la lactancia materna, las relaciones sexuales, además de otras situaciones en las que experimentamos bienestar. Se produce en el hipotálamo y es liberada por la hipófisis posterior al torrente sanguíneo. En el caso del parto actúa sobre receptores presentes en las fibras longitudinales de la musculatura lisa uterina, favoreciendo la contracción para permitir la apertura del útero.

Está bien documentado en la literatura científica más reciente el efecto inhibitorio que la adrenalina y la noradrenalina ejercen sobre la liberación y la acción de la oxitocina en todos los mamíferos. Ambas son hormonas contrapuestas a nivel biológico pues desencadenan respuestas extremas: en un caso orientadas hacia el acercamiento, la conexión, la relajación y el bienestar; en el otro orientadas hacia la exaltación, la huida y la agresividad.

Las enzimas adrenérgicas son liberadas por las glándulas suprarrenales al torrente sanguíneo ante situaciones consideradas como estresantes por el organismo y que comprometan

su supervivencia como especie, con la finalidad de desencadenar una respuesta de huida o de enfrentamiento que le permita a la persona ponerse a salvo a partir de la activación de sistemas de órganos que facilitan la conservación.

En relación con el parto, la dicotomía entre adrenalina y oxitocina se hace evidente, puesto que, ante las situaciones que generan estrés en la mujer y que ella percibe como amenazantes, el parto se detiene para priorizar las respuestas de agresividad y huida.⁽¹⁴⁷⁾

La liberación de hormonas adrenérgicas en el caso de las mujeres en trabajo de parto puede verse desencadenada por la sensación de sentirse observada, de no tener intimidad o por la sensación de frío. Los ambientes demasiado iluminados o ruidosos, la sensación de soledad, el estar rodeada de personas extrañas y en un entorno desconocido son fuente de nerviosismo e inseguridad y por ende de estrés para la mujer en trabajo de parto. Incluso, el uso continuado del pensamiento lógico y del lenguaje pueden llegar a ser elementos inhibidores de la oxitocina y limitar su producción endógena y por consiguiente verse detenido el avance del parto. También el uso de oxitocina sintética y de anestesia epidural constituyen mecanismos inhibidores de la producción y liberación de oxitocina endógena.⁽¹⁴⁸⁾ Como las hormonas son volátiles e inhalables la presencia en el mismo espacio físico de personas estresadas que liberan grandes cantidades de adrenalina puede ser un factor inhibidor para el avance del parto.

El antagonismo no solo se presenta entre la oxitocina y la adrenalina, como se comentó en el acápite anterior, también se afecta la neurobiología del parto con el uso de oxitocina exógena, que atentan contra la lactancia materna y el vínculo innato entre la madre y el recién nacido. Conocer todos estos detalles acerca de la neurobiología y la fisiología del parto, gracias a las evidencias más recientes en torno al parto, permite entender la necesidad de proteger y cuidar a la mujer en trabajo de parto para garantizar su desempeño, en lugar de pretender acelerar y controlar el proceso externamente. El obstetra francés Michel Odent,^e se refiere a eso cuando afirma: “Los fisiólogos modernos nos dicen y nos permiten entender que el trabajo de parto es un proceso involuntario al que no podemos ayudar, pero sí podemos protegerlo contra todo lo que pudiera perturbarlo e inhibirlo, eso es lo que nos dicen los fisiólogos. Lo importante es proteger ese proceso involuntario (...)”.⁽¹⁴⁹⁾

Son estas evidencias científicas, encontradas y validadas en la propia práctica médica que ya ha adoptado un enfoque respetuoso del parto, las que propugnan crear desde bases científicas un ambiente cálido, confortable, de intimidad, con paz, silencio o música relajante, sin demasiada iluminación; un ambiente en el que no se incomode a la mujer con demasiadas instrucciones, preguntas y regaños, con pocas figuras masculinas salvo las que brinden paz, seguridad y amor y del cual sean excluidas las personas nerviosas o estresadas.

^e Obstetra francés y uno de los grandes defensores y promotores de este enfoque respetuoso de nacimiento desde los años sesenta, quien acompañó partos y estudió su fisiología por 23 años en el hospital público de Pithiviers, en el cual logró muy baja razón de mortalidad y morbilidad materno-infantil conjuntamente con las más bajas tasas de cesáreas.

El momento del parto constituye además un periodo crítico en la vida de cada madre y su descendencia,⁽¹⁵⁰⁾ en el cual se construyen experiencias que dejan una marca profunda en la fisiología, la salud física, emocional y mental de ambos y que determinan la experiencia de la maternidad y el vínculo entre ambos. Cuando la vivencia de la mujer en trabajo de parto está mediada por el acompañamiento y el respeto, la madre puede realizar una elaboración positiva de la experiencia, la que le permite reafirmarse en su identidad y le brinda herramientas para confiar en su capacidad de amamantar, de atender y de cuidar a su bebé.^(1, 151) Es cuantiosa la evidencia que muestra la relación estrecha entre la depresión, el trauma posparto, las complicaciones en la lactancia materna, la desconexión y desvinculación mamá-bebé asociada a partos en los cuales la madre ha sido violentada, maltratada o mamá y bebé han vivido separaciones durante el posparto inmediato. Poner énfasis en crear condiciones para una experiencia de parto que tome en cuenta las necesidades de la fisiología no solo contribuye a defender los derechos de las mujeres y sus recién nacidos, sino que crea condiciones para una mejor salud integral de ambos.





Condiciones operativas para la implantación del parto respetuoso

La implementación del modelo del parto respetuoso como enfoque de acompañamiento a la gestante en trabajo de parto y a su acompañante, requiere ante todo de un cambio en la mentalidad relacionada con el modo de atención por parte del personal de salud a cargo. Es indispensable en el modelo respetuoso aprender la fisiología del parto y entender cómo, mediado por las hormonas endógenas y controlado por el cerebro primitivo y el cerebro límbico, transcurre el parto en la mayoría de las mujeres sin necesidad de intervención, medicalización o ser acelerado. Ello es indispensable en el modelo respetuoso. Este cambio de mentalidad implica entender el parto como proceso de salud en el cual se debe actuar de manera expectante en lugar del actuar de la manera preventiva que caracteriza al actual modelo hegemónico medicalizado. A la vez, implica colocar a la mujer como protagonista y respetar las necesidades fisiológicas asociadas al propio proceso natural de parir y que son comunes a todos los mamíferos. Es imprescindible un cambio de mentalidad en la cual las necesidades y la comodidad de la gestante sean prioritarias y se puedan vencer las resistencias, miedos y esquemas de poder que caracterizan al actual enfoque intervencionista.

Este prioritario cambio deberá ir acompañado con la incorporación en las instalaciones de atención al parto de ciertas condiciones y mecanismos concretos que hagan posible una atención de respeto y protección al trabajo de parto. Entre las condiciones mínimas necesarias para propiciar el avance de la dilatación durante el trabajo de parto se requiere que la gestante cuente con un entorno tranquilo, sin interrupciones ni demasiadas personas, que conozca previamente al equipo médico que va a atenderla y que pueda ser acompañada por la persona de su elección. Lograr un ambiente físico con baja iluminación,

temperatura agradable y en condiciones de intimidad es fundamental para minimizar el estrés que la gestante siente durante el parto. El estrés va acompañado de la liberación de hormonas adrenérgicas que resultan inhibitorias de la oxitocina endógena y activadoras de fibras musculares uterinas encargadas de impedir la dilatación.⁽¹⁴⁷⁾ De modo que, para favorecer el avance fisiológico del parto es imprescindible minimizar el estrés y la tensión en torno a la embarazada y hacerla sentir confiada y segura durante la labor de parto.

Debido a esta característica intrínseca de la fisiología del parto es que en muchos esquemas de atención respetada se prioriza la creación de áreas de baja intervención, separadas de las salas tradicionales de parto, o se limita la intervención en las salas ya establecidas, con la finalidad de asegurar la libertad e intimidad de la mujer. Una mujer en trabajo de parto necesita que se busquen alternativas para garantizar el respeto al pudor y la intimidad durante el parto, que se creen algunas condiciones en los hospitales obstétricos que permitan cierto aislamiento y privacidad y propiciar que el personal sanitario que interviene en cada parto sea el mínimo necesario. En el anexo 7 de este texto es posible encontrar algunas imágenes y sugerencias para la adecuación de los actuales espacios existentes y así brindar mejores condiciones para la asistencia. Deberán cumplirse, además, con las siguientes condiciones:

- Que, con preferencia, la dilatación y el momento expulsivo puedan transcurrir en lugares muy próximos entre sí para que se facilite y minimice el estrés materno en la transición de un lugar a otro.
- Que el espacio tenga un ambiente agradable más parecido a un hogar que a una institución hospitalaria, una luz tenue, una temperatura preferentemente cálida y sin demasiados elementos que puedan distraer.
- Que la institución cuente con opciones que le brinden libertad de movimiento a la gestante o que le sea permitido traerlas a la institución, como pelotas quínicas, telas o rebozos para colgarse o recibir masajes, kit de masaje, agua caliente disponible; todas constituyen alternativas para facilitar el alivio del dolor.
- Deberían estar presentes en las salas habilitadas para el periodo expulsivo camillas, sillas o bancos para permitir el parto vertical y que no sea obligatoria la posición de litotomía (véase el anexo 5). En ausencia de estas herramientas se debe permitir que la mujer tenga la libertad de incorporarse con ayuda de su acompañante y no limitarla o forzarla a estar acostada para parir si no es su deseo.
- Que las batas que use la gestante durante el expulsivo permitan el contacto piel con piel mamá-recién nacido inmediatamente después del nacimiento sin necesidad de desnudar a la embarazada.

Con esta finalidad, en diferentes instituciones de atención respetuosa al parto se le permite a la madre hacer uso de batas abiertas por delante que permiten una abertura total del pecho y el tronco para colocar al bebé piel con piel sobre su cuerpo y favorecer el inicio espontáneo de la lactancia materna. Incluso en algunas instituciones de salud existen las llamadas batas hospitalarias de apego, como se muestran en el anexo 1, las que brindan la posibilidad de descubrir el torso materno sin necesidad de desnudar a la madre en su totalidad.

Con estas modificaciones estructurales y logísticas, ajustadas a las condiciones de partida de cada lugar (véase el anexo 7) y los cambios trascendentales en la manera de entender el parto, se crean condiciones favorables para atender partos respetuosos en las instalaciones hospitalarias ya existentes. Vencer las resistencias del personal de salud que atiende los partos para desprenderse de prácticas rutinarias que la evidencia científica ha confirmado su ineficacia o las asocia con otras complicaciones, es sin dudas el mayor reto en cuanto a la práctica concreta del parto respetuoso.

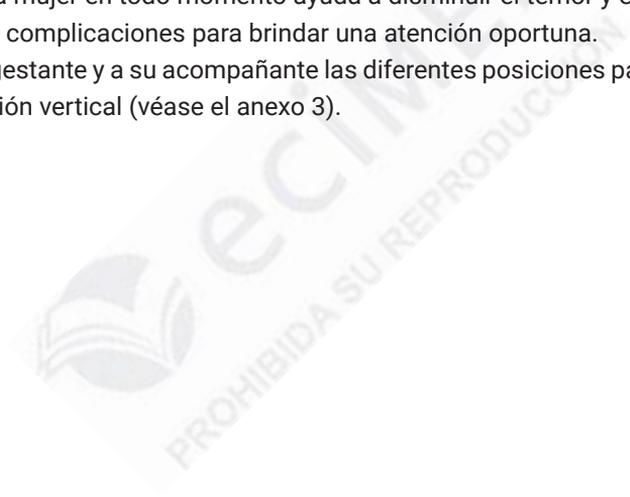
La experiencia de acompañar el parto desde el enfoque respetuoso implica un desaprender prácticas muy arraigadas dentro de la obstetricia y que retan la posición de autoridad que el personal médico ocupa durante el parto. Posiblemente darle un rol más activo al personal de enfermería con formación en obstetricia para acompañar y atender a la parturienta durante la dilatación y destinar las funciones del personal médico de obstetricia para momentos particulares del parto o para atender aquellos que por razones particulares se han complicado y requieran de intervención más especializadas o de una cesárea, podría ser una manera de establecer nuevos roles en la atención al parto.

Recepción de la gestante

Cuando una embarazada y su acompañante llegan al centro de salud en el que recibirán atención durante el parto, deberá priorizarse su atención individualizada, según cada caso. La atención será ajustada a las características propias de cada gestante y, según la situación, se seguirán las siguientes indicaciones:

- Si la embarazada llega con contracciones activas y frecuentes debe minimizarse la interacción directa con ella y favorecer el intercambio con quienes la acompañan. Propiciar que las madres se sientan seguras, acompañadas, y minimizar su actividad racional evitando preguntas innecesarias o situaciones que la hagan sentir insegura, favorece que el avance natural del trabajo de parto sea más fácil y que la parturienta transite con más facilidad y con contracciones más efectivas.
- Previo al momento del parto debe ser una prioridad dar a conocer a la gestante el equipo médico y el lugar donde tendrá lugar; de ese modo la embarazada se sentirá más segura y confiada en un entorno conocido.
- Brindar una bienvenida atenta y respetuosa, identificándose y llamándola por su nombre. El mismo trato se le brindará a la persona que la acompaña, resaltando su participación.
- Ofrecer a la gestante y a la persona acompañante la ropa adaptada y cómoda para la atención respetuosa del parto/nacimiento que esté disponible en la institución.
- Controlar la temperatura del espacio donde transcurrirá el trabajo de parto y evitar corrientes de aire. Priorizar un espacio cálido, en especial durante el momento expulsivo.
- Revisar y confirmar con la persona acompañante o de apoyo, si la gestante ya está con contracciones y si cuenta con el plan de parto en el que especificó sus preferencias en relación con el parto y el posparto inmediato.

- Hacer uso del plan de parto como herramienta para el consentimiento informado de la gestante (véase el anexo 2).
- Respetar las prácticas relacionadas con la atención del parto (creencias y costumbres de su cultura y religión) que no sean nocivas para su salud.
- Establecer una comunicación empática y respetuosa con la parturienta y su acompañante. Escuchar y responder atentamente sus preguntas e inquietudes, usando términos fáciles de entender.
- Explicar de forma clara a la gestante y a su acompañante los procedimientos a realizar en cada caso.
- Favorecer la limpieza e higiene en todo momento, tanto del personal médico como de la gestante y su acompañante.
- Permitir a la persona acompañante estar presente en todo el proceso del trabajo de parto y en las revisiones médicas que se le realicen a la embarazada durante el trabajo de parto.
- Controlar los signos vitales, incluyendo temperatura, pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria, para identificar cambios que pudieran afectar el bienestar materno-fetal.
- Brindar y asegurar el acompañamiento psicoemocional durante todo el trabajo de parto. Acompañar a la mujer en todo momento ayuda a disminuir el temor y el dolor e identificar la presencia de complicaciones para brindar una atención oportuna.
- Explicarle a la gestante y a su acompañante las diferentes posiciones para el parto, promoviendo la posición vertical (véase el anexo 3).



Recomendaciones durante el trabajo de parto

Resulta imprescindible el esfuerzo por actualizar los protocolos de cuidado al parto para priorizar la atención expectante por encima de la preventiva y de este modo minimizar las intervenciones. Estas deben quedar limitadas solo a situaciones en las que los beneficios superen los riesgos. Conocer y profundizar en la fisiología del proceso y respetar las etapas y momentos es fundamental para la aplicación del nuevo modelo que se recoge en esta guía.

A continuación, se detallan las propuestas de cuidados respetuosos en las diferentes etapas del trabajo de parto, los periodos de dilatación, de expulsión y de alumbramiento.

Periodo de dilatación

En este enfoque de atención al parto se parte de la definición que promueve la OMS en relación con el periodo de dilatación. Dichas recomendaciones se pueden consultar para más detalles en el documento *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*, que se encuentra en forma de resumen en el anexo 6 de la presente guía.

En dicho documento se define que la *fase latente* inicia con las contracciones uterinas y sensación de dolor que van acompañadas de modificaciones en el cuello del útero hasta alcanzar los 5 cm de dilatación. En tanto la *fase activa* de la dilatación inicia a partir de los 5 cm y se caracteriza por contracciones más dolorosas y frecuentes, a la vez que por un avance más rápido de la dilatación hasta la apertura total del útero.

Como personal de salud que acompaña al parto es importante conocer que la evidencia reciente confirma que no se ha establecido un periodo de duración estándar para la fase latente y que este puede ser muy variable de una gestante a otra. En tanto la fase activa (de 5 cm a dilatación completa) por lo

general no excede de las 12 h en los primeros partos y de 10 h en los partos siguientes. Es fundamental tener presente que en el parto de inicio espontáneo y sin inducción la velocidad de avance de la dilatación en fase activa difiere de la que está definida en el partograma de 1 cm de dilatación por hora.⁽¹⁾ No debe usarse ese criterio como referencia para identificar a aquellas mujeres que tienen riesgos de sufrir resultados adversos durante el trabajo de parto y a partir de eso iniciar inducciones para acelerar el avance del parto. Una velocidad de dilatación mínima de 1 cm por hora en la fase activa de la dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.⁽¹⁾

Es esencial que un enfoque respetuoso del parto priorice una atención que proteja la fisiología de parto/nacimiento como garantía para que la experiencia sea positiva para la mujer.

Se recomienda:

- Identificar el inicio y la etapa del parto evaluando los síntomas y el comportamiento de la embarazada, se diagnostica la ruptura de membranas, la expulsión del tapón, la frecuencia y duración de las contracciones, la posición y presentación del feto, la dilatación y descenso. Se observa y anota el comportamiento de la gestante en el partograma. Se prioriza la observación de las señales de la gestante o la información aportada por la persona que acompaña para minimizar la interacción con la embarazada y no interferir en la fisiología del parto.
- Mantener en todo momento y en cada maniobra la privacidad y un entorno confortable que haga a la mujer sentirse segura y acompañada durante el parto.^(152, 153)
- En gestantes sin riesgo, con inicio espontáneo del trabajo de parto, se recomienda el ingreso a la sala de partos iniciada la fase de dilatación activa (más de 5 cm de dilatación).
- Para gestantes sin riesgo en trabajo de parto se recomienda el uso de auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, ya sea mediante el uso de ecografía Doppler o de un estetoscopio de Pinard. La frecuencia fetal normal está entre 110 y 160 lat/min.⁽¹⁵⁴⁾ Se localiza el foco fetal en posición sentada o decúbito lateral izquierdo para evitar el síndrome de vena cava y el efecto Poseiro,⁽¹⁵⁵⁾ y preferentemente después de la actividad uterina.
- En gestantes sin riesgo, debe fomentarse la participación de la persona acompañante y el uso de técnicas alternativas para alivio del dolor, como relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación, masajes, digitopresión, uso de frío o calor, uso del agua durante el parto y otras técnicas que puedan funcionar, dependiendo de las particularidades de cada mujer. Pueden verse otros detalles en el acápite final de esta guía.
- Como parte de las recomendaciones de la OMS para que las mujeres vivan una experiencia de parto positiva se considera la opción de administración parenteral de anestesia peridural o de opioides para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Como en la actualidad no se dispone en Cuba de las condiciones necesarias para implementar esta recomendación, no se está incluyendo la información específica para el uso de la analgesia intraparto en la actual versión de la guía. Existe disposición por parte del PAMI en Cuba de introducir

en el país la opción de medicación para el alivio del dolor en el parto y se crearán condiciones en ese sentido para que próximamente pueda ser una opción de la que dispongan las mujeres cubanas en sus partos.

- Permitir libertad de movimiento de la gestante favoreciendo que adopte las posiciones que le funcionen para el manejo del dolor y que a su vez agilizan la progresión del parto. ^(1, 50, 156, 157)
- Estimular a la gestante para la deambulaci3n, el penduleo, el uso de pelota quinésica, si se cuenta con ella, y la realizaci3n de los ejercicios de respiraci3n y relajaci3n que se impartieron en el curso de preparaci3n psicofísica o psicoprofilaxis para el parto (véase el acápite del libro dedicado al acompa1amiento no medicalizado del dolor) para el manejo del dolor del parto. Se evita canalizar una vía periférica profiláctica rutinaria y obligatoria, para con ello facilitar la deambulaci3n y movilidad de la embarazada. Se aplicará la venoclisis solo cuando se identifiquen factores de riesgo. Se ha encontrado evidencia que muestra que el uso de soluciones glucosadas o libres de sales durante el parto se asocia con hipoglucemia neonatal y aumento de los niveles de lactato en sangre. A la vez que el uso de soluciones endovenosas libres de sales puede generar hiponatremia en la madre y el recién nacido. ^(50, 157, 158)
- Permitir a la gestante sana la ingesta de alimentos ligeros y líquidos durante el trabajo de parto.
- Favorecer la participaci3n activa de quien acompa1a hasta el momento del nacimiento.
- Estimular y vigilar que la mujer orine al menos cada 2 h; se recurre a una sonda uretral en caso de que la embarazada se mantenga ingiriendo líquidos, pero no pueda orinar.
- Se propicia que la embarazada descanse entre las contracciones, en especial si el trabajo de parto es durante la noche y la fase latente es de larga duraci3n, de ese modo la gestante repone fuerzas.
- Evaluar el avance del parto activo mediante la dilataci3n cervical y el descenso del feto no antes de cada 4 h. Se sugiere realizar el mínimo de tactos vaginales posibles, siempre con respeto de la privacidad materna. Deben ser realizados, con preferencia, por la misma persona, explicándole a la mujer el procedimiento a realizar para evitar tensi3n emocional y con previa evacuaci3n de la vejiga antes de dicha maniobra.
- El personal de salud a cargo del parto debe mantener una actitud expectante para detectar de manera oportuna aquellas se1ales reales que puedan indicar complicaciones o patrones anormales de la fisiología del parto. En esos casos iniciar con las intervenciones requeridas o proceder a la derivaci3n oportuna. No se debe recurrir a intervenciones con finalidad preventiva.
- Mantener informados sobre la evoluci3n, progreso y avance del parto a los familiares que se encuentran en la sala de espera de la instituci3n hospitalaria, según lo establecido en el Reglamento General de Hospitales y las normas del servicio.
- Medir e interpretar la tensi3n arterial, pulso, temperatura, frecuencia cardiaca y actuar corrigiendo las alteraciones encontradas. Si la cifra de la tensi3n arterial es igual o superior a 140/90 mm Hg, medida en 2 ocasiones con un intervalo de 4 a 6 h, se considera que existe hipertensi3n arterial en el embarazo.

No se recomienda:⁽¹⁾

- El uso de la cardiocografía (CTG) continua para evaluar el bienestar fetal en gestantes con bajo riesgo en trabajo de parto espontáneo.^(160, 161, 162)
- La irrigación vaginal con clorhexidina o algún antiséptico durante el trabajo de parto para prevenir infecciones neonatales.
- Solo se recomienda la conducción del parto para acelerar el avance, cuando exista una clara indicación médica y los beneficios esperados superen los posibles riesgos. De acuerdo a la evidencia registrada en las recomendaciones de la OMS 2015 no se debe realizar conducción del parto en mujeres con cicatrices en el útero o con bebés en presentaciones diferentes a la cefálica. A la vez que se recomienda tener cautela con su uso por el riesgo de hiperestimulación uterina con las consecuencias asociadas de sufrimiento fetal o rupturas uterinas. Tampoco se recomienda por parte de la OMS la combinación del uso temprano de amniotomía con la conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto, ni se recomienda el uso de oxitocina para su prevención en aquellas mujeres sometidas a analgesia epidural, ni la realización solo de amniotomía para prevenir la prolongación del trabajo de parto. La definición de prolongación de la primera etapa del trabajo de parto al considerar como retraso del avance una velocidad menor a 1 cm de dilatación por hora, definida en la *Guía de conducción del trabajo de parto* de la OMS 2015, ha sido cuestionada y rechazada con posterioridad por la propia OMS en sus recomendaciones para los cuidados del parto de 2018, como se reflejan en esta guía.^(1, 163)
- Hay que valorar la necesidad de inducción en caso de gestación de más de 41 semanas con factores de riesgo, ruptura prematura prolongada de membranas en embarazos a término, previa valoración clínica, o en aquellos casos de muerte fetal intrauterina. La inducción debe tener lugar con una justificación por escrito y contar con el consentimiento informado de la gestante. Se recomienda la revisión de la actual evidencia en relación con la inducción del parto en embarazos de más de 41 semanas o en casos de ruptura prematura de membrana (RPM). La decisión de inducir el trabajo de parto o de realizar manejo expectante debe ser valorada siguiendo la evidencia existente, la edad gestacional en la que ocurre la RPM y partiendo de una valoración en cada caso de los riesgos/beneficios y el bienestar materno-fetal asociado a cada uno.^(164, 165, 166)
- Como posiblemente el trabajo de parto no se acelere de manera natural hasta pasados los 5 cm de dilatación uterina, no se recomienda acelerarlo (uso de oxitocina o cesárea) antes de este umbral, siempre que mamá y feto se mantengan en óptima condición de salud.
- No se recomienda el manejo activo del trabajo de parto para prevenir un retraso en la dilatación.
- No se recomienda la realización de amniotomía por separado o de amniotomía con conducción con oxitocina ^(1, 2, 49) para prevenir un supuesto retraso en la dilatación.
- No se recomienda usar oxitocina para prevenir un retraso en el trabajo de parto en mujeres que han recibido anestesia epidural.
- No se recomienda el uso de antiespasmódicos para abreviar la duración del trabajo de parto.^(1, 2, 50)

- No se recomienda el uso de líquidos intravenosos de manera preventiva o para abreviar la duración del trabajo de parto.
- Se debe evitar la dilatación cervical manual ya que es muy molesta y dolorosa para la mujer y favorece la edematización predisponiendo a desgarros.
- Se deben evitar comentarios, expresiones o frases que infantilicen a la mujer en trabajo de parto, que cuestionen su capacidad de parir o que la minimicen, la regañen, comparen con otras mujeres o critiquen su manejo del dolor. No se debe recurrir a regañones, frases humillantes, maltrato, intimidación, ni ningún tipo de violencia verbal o física.

Periodo expulsivo

La definición y duración del periodo expulsivo en este enfoque de parto toma como referencia la definición de la OMS que lo considera como la etapa comprendida entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.⁽¹⁾ De acuerdo con esta misma definición se considera que su duración, que culmina con el nacimiento, puede llegar a ser de 3 h en primeros partos y de alrededor de 2 h en partos posteriores. El enfoque respetuoso del parto prioriza una atención que confía y reconoce la fisiología del proceso y que se esfuerza porque para la mujer sea una experiencia positiva.

Se recomienda:

- Acondicionar la sala de parto, previo al nacimiento, con una temperatura cálida y en un ambiente tranquilo y silencioso para el momento expulsivo.
- Informar en todo momento a la mujer y a su acompañante sobre el progreso de su trabajo de parto.
- Mantener medidas básicas de asepsia durante el parto, sin que esto sea limitante para la movilidad y el acomodamiento de la mujer durante el periodo expulsivo y se respete la microbiota del canal vaginal.^(45, 167, 168, 169)
- Registrar el pulso, la tensión arterial y la temperatura de la madre considerando la evolución clínica, a la vez que se ausculta el latido cardiaco fetal en posición semisentada o decúbito del lado izquierdo y se asienta en el partograma.
- Permitir a la gestante la ingesta de líquidos durante el periodo expulsivo y el vaciamiento frecuente de la vejiga.
- Observar detenidamente los movimientos, expresiones y el comportamiento de la mujer, como deseos de evacuar, pujar, dolor más intenso, intranquilidad, aparición de sonidos guturales, color y expresión del rostro, los cuales pueden ser señales que indiquen que el feto está a punto de nacer.
- Tanto en mujeres con anestesia epidural como sin ella se recomienda alentarla a adoptar la posición que sea de su elección, incluso posiciones erguidas si fuese el caso. Haciendo uso para esto de mesas, sillas o bancos de parto que puedan estar en posición vertical.

(101, 102, 104, 105)

- El profesional de la salud que atiende el parto debe estar convenientemente ubicado en una posición que le permita tener estabilidad, comodidad y celeridad de movimientos, según la posición seleccionada por la mujer.
- Para las posiciones sentada y semisentada durante el periodo expulsivo, mientras la cabeza fetal corona, se debe proteger el periné con la mano dominante de manera firme y sostenida (con gasa o apósito estéril) y con la otra mano se presiona muy suavemente la cabeza fetal para controlar la velocidad de salida del feto (maniobra de Ritgen).^(170, 171, 172, 173)
- Esperar una nueva contracción a fin de que la gestante recupere sus fuerzas y facilite la salida del resto del cuerpo del recién nacido. Una técnica que motiva a pujar a la mujer en trabajo de parto es invitarla a que haga contacto táctil con la cabeza del feto mientras transita por el canal de parto.
- Evitar maniobras de estimulación en la horquilla vaginal, ya que puede desgarrar la mucosa vaginal y el periné, ocasionando edema y sangrado durante el parto.
- Evitar guiar a la mujer con órdenes innecesarias e irrespetuosas del tipo “puja de una vez”, “tu bebé puede morir”, “de una vez saca a tu bebé porque está sufriendo”, “no grites, concéntrate”, “respira bien” entre otras. Este es un momento en el que la mujer en trabajo de parto se encuentra en un estado especial de conciencia en el cual es más provechoso estar concentrada en su propio cuerpo y en las sensaciones que pretender, desde fuera, darle órdenes y guiar la eyección del feto. Se suma que ese tipo de comentarios pueden resultar ofensivos y frustrantes para la gestante.
- En caso de mujeres con anestesia epidural en el periodo expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar 1 o 2 h después de la dilatación completa o hasta que la mujer por sí misma sienta deseos de pujar; en aquellos contextos en los que se cuenten con recursos disponibles para prolongar el periodo expulsivo y evaluar la hipoxia perinatal.⁽¹⁾
- Verificar la presencia de circular de cordón e indicar a la mujer que se reclina para lograr mayor visibilidad dependiendo de la postura del parto. En caso de que el cordón este flojo hay que deslizarlo por encima de la cabeza del neonato o evitar intervenir hasta que el hombro anterior se deslice por debajo del hueso púbico. Algunos autores recomiendan la maniobra de Somersault para gestionar circulares del cordón apretadas o cordones cortos.⁽¹⁷¹⁾
- Permitir la rotación del feto durante la salida de la vagina y solo intervenir en caso de que aparezca alguna señal que pueda indicar que sea necesaria la ayuda; de lo contrario confiar en la capacidad innata de girarse y rotar que tienen los fetos en el momento de nacer.
- Especialmente en posiciones verticales, se recomienda realizar técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo del feto. Entre estas técnicas se encuentran los masajes perineales, aplicar compresas tibias, protección del periné y ejerciendo presión firme sobre la zona durante la salida de la cabeza del feto.
- Valorar la realización selectiva de episiotomía,^(1, 2 49) asociada solo al 10 o 15 % de los partos, como aquellos casos con el perineo demasiado corto o sujeto a demasiada tensión con riesgo de desgarrar severo, o en caso de distocias de hombros que requieran

maniobras internas de liberación. Se debe aplicar anestesia local al realizar la episiotomía o si se requiere de una reparación perineal.

- Dependiendo de la posición en la que se encuentra la gestante, solicitar que se recline con ayuda de su acompañante y colocar al recién nacido sobre su abdomen descubierto.

No se recomienda:

- El uso de rutina de la episiotomía en mujeres con parto vaginal espontáneo, se recomienda una valoración de su necesidad durante el periodo expulsivo.^(1, 2, 50, 98)
- La aplicación de presión del fondo uterino o maniobra de Kristeller^(1, 2, 98) para facilitar el parto durante el expulsivo. Se puede recurrir a crear prensa abdominal con la propia postura de la gestante para impulsar al feto hacia la vulva, sin los riesgos que conlleva la presión del fondo uterino.

Atención del recién nacido en el posparto inmediato

La evidencia es cada vez más abrumadora sobre el efecto de la experiencia del nacimiento en la salud primal y mental del recién nacido y el daño a nivel de sistema nervioso, de sistema endocrino y sistema inmune asociado a las experiencias traumáticas que vive este en el posparto inmediato. Brindarle al neonato una experiencia que respete la dependencia biológica de la madre para garantizar la transición óptima de la vida intrauterina a la extrauterina es responsabilidad del personal de salud que acompaña al parto y se garantiza desde el mayor respeto posible a la fisiología del momento. Para ello es necesario:

- Brindarle los cuidados inmediatos al neonato sobre el vientre de su madre, a menos que se requieran realizar maniobras de reanimación. Los procedimientos que requieren separación podrán esperar a ser realizados pasadas 1 o 2 h de apego inmediato y bajo la supervisión de algún familiar.^(1, 98, 174, 175) Este procedimiento se lleva a cabo en la sala de partos.
- En el momento del parto se recibe al recién nacido con paños estériles, tibios, y se coloca sobre el pecho descubierto de la madre donde se seca y se limpia inmediatamente; se mantiene caliente usando paños secos colocados por encima de su cuerpo, mientras permanece piel con piel con su madre.
- Todos los recién nacidos, incluso con bajo peso al nacer (BPN), que puedan lactar, deben colocarse inmediatamente después del nacimiento sobre el pecho materno para facilitar el apego inmediato y el inicio temprano de la lactancia materna, y desde ahí valorar su bienestar.
- Mantener a los neonato sin complicaciones piel con piel encima de la madre durante al menos la primera hora después del parto para regular la temperatura.
- Realizar controles encima de la madre e iniciar la lactancia materna inmediata. Estos procedimientos aplican si la madre y su bebé están en buen estado de salud y en recién nacidos que no tuvieron necesidad de ser reanimados, independientemente del tipo de nacimiento.⁽¹⁵⁸⁾

- Todas las intervenciones inmediatas al recién nacido sin complicaciones deberán ser realizadas sobre el cuerpo de la madre (apego precoz) y, cuando sea posible, pasadas 1 o 2 h de la etapa inicial de apego inmediato. Existe abundante evidencia que muestra que la manipulación, separación, cuidados excesivos, luz intensa y demasiados ruidos, a los cuales es sometido el recién nacido inmediatamente después del parto, atentan contra el momento clave de interacción y formación del vínculo con su madre.^(126, 176)
- Se pinza y corta el cordón umbilical sin prisa (de acuerdo a las recomendaciones de la OMS,⁽¹⁾ no menos de 1 min después del nacimiento) mientras el neonato se encuentra encima de su madre. La evidencia existente muestra que desde el punto de vista fisiológico el momento óptimo para el pinzamiento y corte referido en la literatura se asocia a cuando cesan las pulsaciones en el cordón o hasta que se regularice la respiración del recién nacido, lo cual suele ocurrir pasados los 3 min o en el lapso entre 1 y 3 min^(1, 99, 158, 177, 178, 179, 180, 181) después del nacimiento. Hay que considerar, además, que, si el recién nacido está pálido o no respira, es mejor mantenerlo al nivel del perineo y permitir el flujo de sangre oxigenada. Incluso se sugiere, en caso de que se requiera, realizar mientras tanto las maniobras de reanimación cardiopulmonar sin pinzamiento del cordón. A nivel fisiológico se ha encontrado que el mayor flujo de sangre por la arteria umbilical que une al recién nacido y la placenta ocurre durante los primeros 20 a 30 s después de nacer, pero que con posterioridad a los 40 s ese flujo es prácticamente insignificante. En tanto, en el caso de la vena umbilical, el flujo de sangre de la placenta al recién nacido se mantiene por más tiempo; y es después de los 3 min que el flujo se hace casi insignificante. Estos tiempos permiten calcular que ocurre transfusión de alrededor de 40 mL/kg de sangre placentaria pasados los 3 min del pinzamiento, con lo cual se aumenta el volumen de sangre en el neonato en el 50 %.^(1, 177-178)
- Luego de ese tiempo se pinza el cordón y se realiza el corte con material estéril. Se aplica cura antiséptica posterior al corte para minimizar infecciones. Se propicia el contacto del neonato con el pecho de su madre para el inicio temprano de la lactancia materna.
- Se reconoce el estado de salud neonatal revisando sus cambios de coloración en la piel, manos, pies y uñas, a la vez que se identifican anomalías en su cuerpo que serán comunicadas a la madre con el debido tacto y acompañamiento emocional.
- Administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento y mientras permanece piel con piel en el cuerpo de la madre.
- Valorar el tono muscular, los reflejos, estados de actividad y color del cuerpo (rosado) con el sistema de puntuación Apgar, tanto al primer minuto como a los 5 min mientras permanece sobre el cuerpo de su madre. A la vez, realizar las mediciones antropométricas del recién nacido (peso, talla, perímetro cefálico y torácico, temperatura normal: 36,5 a 37,5 °C) cuando sea posible, sobre el vientre materno o pasada la primera hora de apego inmediato; además de la identificación sobre el cuerpo de su madre y de la profilaxis oftálmica con tetraciclina.

- Trasladar al neonato piel a piel con su madre al *alojamiento conjunto*^(1, 181, 182) inmediato y propiciar un ambiente tranquilo y en intimidad para establecer los lazos afectivos y el apego necesario con la madre.
- En caso de alguna emergencia del recién nacido se deben realizar las correspondientes maniobras de reanimación, a la vez que la atención a la hipotermia o hipoglucemia, priorizando la atención sobre el cuerpo materno en aquellos casos donde sea posible.
- Identificar aquellas complicaciones propias del momento expulsivo que pueden presentarse tanto en el recién nacido como en la madre y actuar en consonancia con ellas y no de manera preventiva. En aquellos casos con complicaciones reales, el recién nacido deberá ser llevado de inmediato a una unidad de cuidados neonatales.
- En los casos que se requiera atención especializada en cuidados neonatales, deberán aplicarse protocolos que prioricen la lactancia materna exclusiva y la técnica madre canguro durante la atención y los cuidados neonatales. Existe sobrada evidencia científica acerca de cómo la técnica madre canguro, aplicada a tiempo completo o parcialmente en cuidados neonatales, contribuye a la recuperación más rápida y completa del recién nacido pretérmino o con complicaciones neonatales en el momento del nacimiento. De modo que debería priorizarse la permanencia piel con piel mamá-bebé, como una estrategia biológica de cuidados neonatales.^(1, 72)
- Respetar las expresiones emocionales de la mujer, a la vez que se facilita el proceso del nacimiento, manteniendo una postura segura y humana y apoyando a la puérpera para establecer el primer contacto con el recién nacido.
- Fomentar el inicio inmediato de la lactancia materna para garantizar que el recién nacido reciba exclusivamente el calostro durante los primeros días de vida. En caso de que el bebé no muestre señales de mamar se le debe colocar cerca del seno materno y piel con piel con la madre para propiciar la aparición de los reflejos innatos de búsqueda y succión y crear condiciones para el agarre espontáneo. No es recomendable forzar esa primera toma.^(41, 98, 137, 139)
- Garantizar que al alta de la instalación hospitalaria la madre confíe, tenga herramientas para amamantar y cuente con información básica sobre el agarre y la mejor postura, además de las señales de una adecuada ingesta de leche. El personal de enfermería, neonatología y pediatría que asiste a la puérpera debe contar con capacitación, conocimientos y herramientas para facilitar y apoyar la lactancia materna.⁽¹³⁷⁾

Promover y fomentar la lactancia materna implica que el personal que atiende a la recién parida no solo insista en la importancia de amamantar, sino que sepa solucionar las dificultades que la madre enfrenta en el inicio de la lactancia materna. Algunas de las competencias indispensables del personal de enfermería, pediatría, neonatología y obstetricia que atienden a la puérpera en el posparto inmediato son ayudarla con una correcta postura y un buen agarre del bebé al seno para evitar grietas y dolor durante las tomas, a la vez que asegurar una óptima transferencia de leche; informar acerca de cómo manejar la plétora sin recurrir a masajes fuertes y dolorosos que lastiman el tejido mamario y complican que baje la leche; además de informar a las madres acerca de las señales que debe tener en cuenta para constatar que su

bebé está recibiendo alimento suficiente directo del seno. Calificar en lactancia materna al personal de salud que asiste en el puerperio inmediato, además de ser un requisito para obtener la acreditación de los hospitales y centros de salud como parte de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) que promueve la OMS y UNICEF, es una necesidad en este enfoque del parto respetuoso, para brindar la atención necesaria a la madre y al bebé en el posparto inmediato.

No se recomienda:

- En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.
- No separar a la madre y al recién nacido para realizar control de temperatura, ni llevar a la unidad de cuidados especiales de manera preventiva a recién nacidos sanos y asintomáticos^(68, 98, 175, 181) solo por ser prematuros tardíos o nacidos a término con bajo peso,^(72, 182) pero superior a 2 kg, ni por ser macrotetos o nacidos de madres hipertensas⁽¹⁸³⁾ o diabéticas,⁽¹⁸⁴⁾ en tanto se mantengan asintomáticos. En estos casos se potencia el alojamiento conjunto, el contacto piel con piel, la aplicación de la técnica madre canguro y la lactancia materna inmediata, y se da seguimiento frecuente al neonato en alojamiento conjunto.
- No debe darse leches, suero glucosado u otros líquidos al recién nacido bajo el supuesto de que a la madre aún no le baja la leche o que el calostro no es alimento suficiente para el bebé. En caso de que el estado de salud materna no permita la lactancia materna inmediata se deberá priorizar la alimentación con leche materna del banco de leche humana.

Periodo de alumbramiento

La expulsión de la placenta es un momento crítico durante el parto, pues son las hemorragias maternas asociadas a este momento una de las principales causas de morbilidad materna grave o de muertes maternas asociadas al parto. El desprendimiento y liberación de la placenta de las paredes uterinas ocurre mediado por el efecto de la oxitocina endógena que la hipófisis materna libera inmediatamente después del nacimiento. La investigación acerca de la fisiología del parto ha encontrado que el mayor pico fisiológico de oxitocina que experimentan los humanos durante la vida está asociado al alumbramiento de la placenta.⁽¹⁸⁵⁾ La liberación de oxitocina endógena en este momento crítico del parto se ve potenciada por el contacto estrecho mamá-bebé que se materializa durante el contacto piel con piel a través del tacto, el olor y el intercambio de miradas mamá-bebé. Lograr la intimidad, minimizar las distracciones y los estímulos que recibe la madre mientras se desprende la placenta favorecen la fisiología del momento.

Se recomienda:

- Un manejo activo del alumbramiento mediante el uso de uterotónicos, en particular 10 U intramusculares o intravenosas de oxitocina inmediatamente después del nacimiento, para así prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. Es importante señalar que el uterotónico más efectivo es la oxitocina endógena que libera la madre al permanecer piel con piel y durante la succión al pecho o la manipulación del pezón por parte del recién nacido. Se recomienda revisar el documento de la OMS para ver las

diferentes opciones de uterotónicos propuestos (véase el anexo 6). Los uterotónicos artificiales no deben sustituir el contacto piel con piel, la succión inmediata al seno como herramienta natural para reducir hemorragias y como el mejor inicio posible para la lactancia materna ^(2, 5, 151, 166). En el caso cubano es la oxitocina sintética el uterotónico de elección para la prevención de hemorragias posparto, tanto para nacimientos por cesárea como vaginales, como se refleja en el documento cubano *Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes 2017*.⁽⁹⁹⁾ Colocar al recién nacido en el pecho de la madre de inmediato y permitir la lactancia materna contribuye a disminuir las hemorragias del posparto.

Se recomienda

- La tracción suave y controlada del cordón (TCC), tanto para los partos como para las cesáreas.
- Observar la cuantía del sangramiento después de que se produzca el alumbramiento para determinar, si fuese necesaria, alguna intervención posterior. En casos de hemorragias se aplican los protocolos establecidos para su tratamiento.
- Revisar la placenta para asegurar su integridad y la de las membranas que la forman y la ausencia de patologías.
- En caso de retención placentaria se realiza la revisión de la cavidad uterina, siempre bajo anestesia y no como revisión de rutina. Solo en caso de complicaciones se realiza la extracción manual de la placenta bajo anestesia. Debe existir consentimiento informado de este procedimiento.
- Revisar el conducto vaginal y el periné para determinar la existencia de hematomas, laceraciones o desgarros y su grado, tanto en el periné como en el canal del parto de la mujer. Se identifican aquellas laceraciones o cortes menores que no requieren sutura y se realiza la sutura (episiorrafia) en aquellas lesiones que son de primer o segundo grado, con el consentimiento de la recién parida se procede a suturarlos. Aplica lo mismo si fue necesaria realizar la episiotomía.
- Atender o referir a mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado, verificando que no permanezcan con sangrado activo mediante maniobras de compresión.
- Reconocer el estado general de la mujer durante y después de la expulsión de la placenta, verificando que el útero se contraiga apropiadamente para evitar sangrados y la presencia de hemorragias.
- Determinar el estado general de la mujer identificando las señales y síntomas que manifiesta (palidez, mareos, sudoraciones, somnolencia, convulsiones) y se confirman cifra de presión arterial y temperatura en caso de síntomas inquietantes. El personal a cargo es capaz de identificar aquellas señales de complicaciones en esta etapa del parto y sabe cómo actuar ante ellas con aplomo para prevenir complicaciones maternas.
- Mantener informada a la mujer y a su acompañante sobre los signos y síntomas propios del periodo y se le explican los procedimientos y acciones que se están realizando o que se le van a realizar.
- Mantener la continuidad de cuidados con enfoque respetuoso hasta la salida de la mujer y del recién nacido de la sala de alojamiento conjunto inmediato.

No se recomienda:

- El masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.
- La revisión manual de la cavidad endouterina si los cotiledones y membranas de la placenta están completas. Esta revisión es fuente de endometritis posparto, laceraciones del canal de parto, además de ser una manipulación dolorosa e incómoda para la mujer.^(1, 2, 50, 101, 105)

Atención a la mujer tras el parto

Los cuidados a la mujer en el posparto inmediato son fundamentales para garantizar una óptima recuperación materna y la identificación oportuna de señales que indiquen riesgos o que afecten el vínculo de apego con el recién nacido y la lactancia materna. Una atención desde el respeto y el reconocimiento de las necesidades emocionales de la madre en este momento es prioritaria para facilitar la recuperación y la disponibilidad de la madre para el cuidado de su bebé. De ahí la importancia de poner énfasis en las siguientes recomendaciones para garantizar el bienestar materno asociado a la experiencia del parto.

Se recomienda:

- Evaluación abdominal posparto del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.
- Realizar seguimiento de rutina para detectar signos precoces de *shock*, sensorio o estado de conciencia, perfusión, pulso o frecuencia cardíaca, tensión arterial, sangramiento genital, estado de contracción uterina con una frecuencia de 15 min por las primeras 2 h y 30 min durante las siguientes de 2 a 4 h, dependiendo del tipo de nacimiento. Pasado ese tiempo inicial, se le da seguimiento al estado de la púérpera cada 8 h hasta la salida del hospital.⁽⁹⁹⁾
- Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 72 h después del nacimiento.

No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones, ni con episiotomía.^(1, 2, 50, 101, 105, 106)

Acompañamiento no medicalizado del dolor

Existe amplia evidencia científica acerca del efecto positivo en la vivencia del dolor que experimentan las gestantes con el uso de ciertas técnicas naturales. Las cuales, sin generar efectos colaterales o negativos en el bienestar de la díada mamá-bebé, favorecen el avance de la dilatación y la transición de la gestante por las diferentes etapas de la dilatación. A la vez que refuerzan la acción natural de las hormonas maternas para generar adaptabilidad a los cambios propios de la etapa y permiten la liberación de las endorfinas endógenas que facilitan la experiencia materna.

Entre las técnicas alternativas para el tratamiento natural del dolor se pueden mencionar:

- Apoyo continuo.
- Masajes y contacto suave.
- Uso de pelotas.
- Libertad de movimiento.
- Técnicas de respiración y relajación.
- Agua (fomentos).
- Inyección subcutánea.
- Uso del rebozo.

Apoyo continuo. Se ha documentado en la presente guía el papel del apoyo continuo para que la mujer en trabajo de parto tenga una experiencia de parto positiva y su papel en el alivio y tratamiento del dolor; en especial cuando quien acompaña y apoya es una persona conocida por esta y no es parte del personal de hospital.^(86, 88, 89, 91, 166, 186, 187)

Una revisión sistémica de Cochrane de 51 estudios, realizados en su mayoría en países de altos ingresos, incluye la perspectiva de las mujeres acerca del acompañamiento durante el parto desde 4 maneras diferentes. Estos estudios prestaron apoyo informativo y facilitaron la comunicación con el personal de salud; facilitaron el alivio no farmacológico del dolor; fueron defensores de los deseos y perspectiva de las gestantes; a la vez que les brindaron apoyo práctico y emocional.⁽¹⁸⁸⁾ Todos los estudios encontrados hasta ese momento fueron anteriores al 9 de septiembre de 2018, en los cuales se confirma una alta significación del acompañamiento durante el parto para las mujeres con una confianza alta o moderada. Los autores del metaanálisis plantean la necesidad, por parte de los proveedores, de considerar la estructura de las instalaciones, los roles de quienes acompañan, su integración al equipo de salud y su capacitación para lograr sacar el mayor provecho al acompañamiento.⁽¹⁸⁸⁾

Por otra parte, el protocolo de analgesia de la Sociedad Española de Ginecología incluye el apoyo continuo y el acompañamiento de la parturienta por la persona de su elección como una recomendación de primer nivel por su eficacia para el alivio del dolor.⁽¹⁸⁹⁾ Una revisión sistémica de Cochrane del 2006 considera como efectivo el acompañamiento continuo para el alivio del dolor. La revisión encontró que la gran mayoría de las mujeres que pudieron contar con apoyo continuo intraparto necesitaron de menos analgesia, tuvieron menos partos instrumentales y se mostraron más satisfechas en relación con la experiencia. La revisión reflejó, además, que la efectividad del apoyo es mayor cuando no es una persona del hospital quien acompaña a la embarazada y en aquellas instituciones de salud que no disponen de servicios de anestésicos de rutina durante el parto.⁽¹⁸⁶⁾

El apoyo continuo durante el parto ha demostrado que disminuye del 10 al 15 % la necesidad de analgesia farmacológica durante el parto, disminuye la percepción negativa de las mujeres y la incidencia de partos instrumentales.⁽¹⁸⁶⁾

Recomendaciones. Se recomienda crear condiciones en las instalaciones hospitalarias para favorecer el acompañamiento ininterrumpido de las gestantes por la persona de su preferencia, como regla y no como excepción para algunas mujeres. A la vez que propiciar la

colaboración de la persona que acompaña con el equipo médico para, de conjunto, facilitar la experiencia de la gestante.

Masajes y contacto suave. Se ha encontrado que el masaje y el contacto tranquilizador durante el trabajo de parto pueden ayudar a las gestantes a relajarse, desviar la atención sobre el dolor y producir alivio durante las contracciones en las mujeres en trabajo de parto que lo experimentan. A la vez que constituyen un mecanismo para transmitir comprensión y consuelo, el cual es altamente valorado por la mujer, en especial durante el avance de la dilatación.^(187, 190)

Existe evidencia de que el contacto en ciertas zonas del cuerpo asociadas al dolor reduce la ansiedad de la madre y le brinda bienestar, sin embargo, no existe evidencia que lo relacione con los resultados del parto, a la vez que reduce el dolor y mejora el estado de ánimo de la madre, las ayuda a relajarse y sentir menos estrés y temor.^(187, 190, 191) La acción le otorga un rol más activo y de apoyo a quien acompaña que tiene la oportunidad de mostrar su interés, comprensión y sentir que participa y facilita la experiencia dolorosa a la gestante. Fortalece la relación y el vínculo cuando la persona acompañante es la propia pareja o una persona cercana a la embarazada. El masaje y el contacto tranquilizador no se asocian con efectos indeseables durante el parto, estimula al cuerpo materno a aliviar el dolor de manera natural y crea una sensación de bienestar. Los masajes, principalmente en la zona lumbar y los hombros, favorecen el alivio del dolor, en especial cuando provienen de quien acompaña.^(98, 188)

En revisión sistémica de Cochrane y durante un ensayo clínico controlado se evidenció que, aunque el masaje no cambia las características del dolor de parto, disminuye la intensidad de este, en especial durante la etapa de dilatación. La intervención evaluada en el ensayo consistió en un masaje suave, en presión sacra y masaje firme del hombro y la espalda durante media hora en las 3 etapas del parto durante las contracciones. Los masajes eran realizados por una persona acompañante de la gestante, previamente entrenada.^(192, 193, 194)

El masaje perineal realizado durante el embarazo se considera como un factor protector, pues reduce la incidencia de desgarros perineales de segundo o tercer grado durante el parto cuando el parto es horizontal y el pujo no es dirigido. A la vez que reduce la necesidad de practicar episiotomía y los partos instrumentales. Se han encontrado también referencias sobre la reducción significativa del dolor perineal posparto^(101, 105, 195). Sin embargo, la aplicación del masaje durante el expulsivo no ha mostrado efectividad para aumentar las tasas de periné intactos, disminuir desgarros de primer o segundo grado, ni episiotomías. A la vez que tampoco influye en la percepción del dolor posparto y el momento de reanudación de las relaciones sexuales.⁽¹⁹⁵⁾ No es efectivo ni se recomienda su uso para la reducción del dolor, incluso aumenta la incidencia de traumatismo perineal y desgarros de segundo y tercer grado.⁽¹⁶⁶⁾

Recomendaciones. Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto. Aun cuando la evidencia es insuficiente en relación con el efecto favorable del masaje, no existe evidencia de daño⁽¹⁹³⁾. Es más efectivo este método si son las personas acompañantes quienes realizan el masaje, en especial cuando han sido previamente informadas al respecto.⁽¹⁵⁴⁾

Uso de pelotas. Se ha generalizado en los últimos años el uso de pelotas para parto entre las medidas no farmacológicas para tratar el dolor durante el trabajo de parto. El permanecer

sentadas en las pelotas de parto durante la dilatación mejora la movilidad de la pelvis, masajea la zona del periné y relaja la musculatura de la pelvis, con lo cual se favorece el descenso del bebé y la apertura del periné.^(191, 196, 197) Brindan a la vez disímiles opciones en cuanto al movimiento y la acomodación de las mujeres en labor de parto, pues le permiten inclinarse sobre ellas mientras apoyan las rodillas y el vientre queda sin apoyo, lo cual favorece la movilidad y el acomodamiento del bebé.⁽¹⁵⁴⁾ Debido a ello se ha encontrado que disminuye la ansiedad y el dolor de las gestantes y, por ende, aumenta el índice de partos eutócicos.⁽¹⁹⁷⁾

Recomendaciones. Aun cuando no existen estudios que relacionen el uso de las pelotas para parto con el alivio del dolor durante el parto se recomienda su uso, pues la evidencia práctica muestra que contribuye a mejorar la experiencia de las mujeres y favorece acomodarse durante el parto para relajarse y aliviar el dolor.

Libertad de movimiento. La libertad de movimiento constituye una recomendación promovida desde la OMS y expertos internacionales para favorecer el avance de la labor de parto y el alivio del dolor. La movilidad de la embarazada, la posibilidad de deambulación y las posiciones verticales se han asociado con la posibilidad de acortar la fase inicial del trabajo de parto y la experiencia en relación con el dolor de las gestantes. A la vez que crean una sensación de bienestar y de control de la mujer durante la labor de parto.

No existe una evidencia científica consistente y concluyente en relación a que se acorte la duración de la primera etapa del trabajo de parto o al confort materno a partir de la adopción de diferentes posturas, pero la percepción de la experiencia es más favorable para las mujeres.^(156, 198, 199)

Recomendaciones. Aun en ausencia de esta evidencia se debe alentar a las mujeres a que adopten posiciones donde se sientan cómodas a lo largo de la dilatación, permitirles movilizarse y acomodar su cuerpo en función de las necesidades del momento para facilitar su experiencia.

Técnicas de respiración y relajación. Es frecuente que durante la gestación, en los cursos de preparación para el parto, a las gestantes se les enseñen técnicas de respiración y relajación bajo el supuesto de que durante el parto facilitarán el alivio del dolor.⁽²⁰⁰⁾ La regulación involuntaria de la respiración cuando es forzada e impuesta podría constituir un distractor para la mujer en labor de parto que le impida conectarse con su cuerpo, atentar contra la relajación y producir hiperventilación.

No existe evidencia científica concluyente en relación con la efectividad de las técnicas de relajación y respiración en cuanto a la reducción del dolor durante la labor de parto y su repercusión en otros aspectos del parto. Aun así, en varios ensayos controlados, evaluados como de evidencia baja o dudosa, las mujeres encuentran que técnicas de relajación y el yoga las ayudan a tratar el dolor y a vivir experiencias de parto más positivas. No existe evidencia acerca del efecto de estas técnicas en la duración del trabajo de parto y la cesárea, pero se correlacionan con una experiencia más positiva para las mujeres en labor de parto.⁽²⁰⁰⁾

Recomendación. Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación deberán ser apoyadas en su elección.^(154, 201)

El agua (duchas o fomentos). La utilización del agua para el alivio del dolor y generar una experiencia de parto positiva en la mujer fue documentada científicamente por primera vez por Michel Odent a partir de la introducción de piscinas de partos en la maternidad de la que estaba a cargo en Pithiviers, Francia.⁽²⁰²⁾

El agua caliente como método para el alivio del dolor se ha usado con frecuencia. Es a partir de la experiencia de Phitivier que se incorpora al trabajo de parto como método para generar alivio del dolor, aumentar la relajación y favorecer la movilidad y el confort de la embarazada dentro del agua. Este efecto favorable en la experiencia se vio reflejado en un aumento en el progreso de la dilatación y una disminución de la percepción de dolor atribuida a la liberación de oxitocina y endorfinas que se produce asociada a la experiencia relajante del agua.⁽²⁰³⁾

El enfoque predominante consiste en usar una ducha o piscina de partos durante la fase de dilatación para el alivio del dolor. En el caso de la piscina se recomienda su uso pasado los 5 cm de dilatación, con temperatura del agua de 36 a 37 °C para evitar hipertermia materno-fetal, a la vez que sin exceder un lapso de 2 h dentro del agua, pues pasado cierto tiempo las contracciones comienzan a disminuir.⁽²⁰⁴⁾ En el caso de las duchas calientes o los fomentos calientes pueden ser usados en cualquier momento del parto en tanto las mujeres se sientan cómodas y sientan alivio.

Un metaanálisis de Cochrane publicado en 2018, y como parte de una actualización de una revisión del 2012, incluyó todos los ensayos publicados entre 1990 y 2015 acerca de la inmersión en agua en diferentes etapas del trabajo de parto. Los autores de la revisión de 5 ensayos encontraron que existe evidencia de calidad moderada respecto a la inmersión del agua durante la dilatación, aunque tiene poco efecto en el modo de parto (vaginal, cesárea) y en el trauma perineal reduce el riesgo de analgesia. Aun cuando las evidencias son limitadas en relación con el uso del agua en el periodo expulsivo, no se muestran evidencias de efectos adversos para la madre o el feto. Los autores afirman que la evidencia está limitada y supeditada a la variabilidad y heterogeneidad clínica de los ensayos, todos realizados en ambientes hospitalarios con un mayor o menor grado de intervención.⁽²⁰⁵⁾

La evidencia existente se inclina a señalar que el agua caliente durante la primera etapa del parto reduce el dolor y disminuye el uso de analgesia. Aunque cuando la inmersión es demasiado temprana puede aumentar el riesgo de requerir anestesia epidural y oxitocina.^(205, 206)

Recomendación. Se recomienda el uso del agua para disminuir la sensación de dolor durante el periodo de la dilatación. La inmersión se recomienda en la fase tardía de la primera etapa del parto, pasados los 5 cm de dilatación.

Inyección subcutánea. Se ha encontrado evidencia acerca del uso del agua estéril a través de una inyección subdérmica de 0,05 a 0,1 mL aplicados en la región sacra (de 2 a 3 cm por debajo y de 1 a 2 cm medial con respecto a la espina iliaca posterosuperior), que produce alivio del dolor lumbar luego de 30 s de picor. La técnica puede ser repetida tras 1 h de la primera aplicación y se ha encontrado que produce alivio del dolor lumbar en las primeras fases del trabajo de parto, con una duración variable de 60 a 90 min.

Esta técnica aparece recomendada en varias guías de atención al parto natural como un método no farmacológico para el alivio del dolor luego de informar previamente a la mujer acerca del escozor y el dolor intenso inicial y momentáneo que produce la inyección intradérmica.^(189, 197) En ensayos controlados y aleatorizados publicados durante el 2002 se encontró coincidencia acerca de su eficacia, aunque la muestra total de los ensayos era poco significativa (254 mujeres), de ahí que exista un bajo intervalo de confianza para su uso. En tanto, un metaanálisis realizado por Cochrane library durante el 2012⁽²⁰⁷⁾ incluyó 7 estudios con una muestra de 766 participantes encontró mayor eficacia del agua estéril en relación con la solución salina y otras técnicas de relajación, aunque el intervalo de confianza seguía siendo bajo por la poca cantidad de estudios controles realizados y la poca eficacia de estos en cuanto a los métodos para cuantificación de la percepción de dolor. Los autores del metaanálisis coinciden en la recomendación de realizar nuevos estudios que permitan confirmar la eficacia de esta técnica para la disminución del dolor de parto.

Recomendación. A pesar de la poca evidencia existente se sigue considerando como una técnica eficaz para el alivio del dolor lumbar en las primeras etapas del trabajo de parto, y como una opción alternativa para evitar el uso de analgesia. A la vez que es un procedimiento fácil de realizar, con bajo costo y sin riesgos, con el único efecto colateral reportado del dolor y escozor en la zona de la punción.

Uso del rebozo. El rebozo es una pieza tradicional femenina de vestir, y con muchos otros usos dentro de la cultura mexicana, centroamericana y de algunas zonas de América del Sur. En el caso de México el rebozo es ampliamente usado entre las parteras tradicionales para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y en el momento expulsivo. En relación con el parto se sugiere usar el rebozo para realizar contrapresión en la zona lumbar y la espalda baja durante las contracciones, lo cual estimula sensorialmente la zona y disminuye la percepción del dolor para la embarazada. A la vez que al sostener el cuerpo de la embarazada por la zona de la cadera mientras mueve su cuerpo lateralmente se genera la posibilidad de relajación y de alivio del dolor durante las contracciones, favorece además, la libertad de movimiento de la gestante guiada por el propio dolor.^(208, 209, 210)

El rebozo se usa también durante el avance de la dilatación para brindarle a la embarazada un soporte firme para colgarse, hacer cuclillas o flexiones de su cuerpo mientras cuenta con apoyo. El rebozo, usado en esta modalidad, favorece el descenso del feto, la dilatación y la apertura del periné, puesto que las gestantes, guiadas por las propias contracciones y los movimientos del feto, pueden acomodar su cadera, flexionar sus piernas y hacer cuclillas que favorecen el avance del parto y el momento expulsivo.

Recomendaciones. No existe evidencia concluyente relacionada con el uso del rebozo como método para el alivio del dolor a través de masajes y contrapresión, pero la experiencia de las mujeres que lo han utilizado, sumado a la poca evidencia existente, sugiere su uso como alternativa para el alivio del dolor. No existen contraindicaciones referidas en relación con su uso. La sugerencia de uso se limita a destinarlo para la realización de masajes y presión en la zona lumbar, la espalda, y como aditamento para sostener el cuerpo de la mujer durante el trabajo de parto.



Referencias bibliográficas

1. OMS, Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, 2018.
2. Secretaría de Salud, Guía de Implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. México: 2018.
3. Vega-de Céniga M., Allegue-Allegue N., Bellmunt-Montoya S, López-Espada C, Riera-Vázquez R, Solanich-Valdaura T, Pardo-Pardo J. Medicina basada en evidencia: concepto y aplicación. *Angiología*, enero 2009; 61 (1): 29-34.
4. Referencia del documento de la OMS. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Who Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS*. 2002 feb; (14):15. Disponible en: www.clap.ops-oms.org
5. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, *Género y Salud en cifras*, 2012: 10 (2/3).
6. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 396/07. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2007.
7. Colectivo de autores. Manual metodológico. Desarrollo de guías de práctica clínica. Ministerio de Salud de Chile, Departamento Secretaría AUGÉ y de Coordinación de evidencia metodológica. Santiago de Chile. 2014.
8. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesáreas, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, (2015).
9. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicenter trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000; 356 (9239):1375-83.

10. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesáreas, 2015: 1.
11. Secretaría de Salud. Guía de Práctica para la Realización de Operación Cesárea, México, 2010.
12. ONU, Noticias ONU, ¿Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos?, 18 de febrero 2018. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>
13. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2018. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/
14. Riverón Corteguera R, & Azcuy Henríquez P. Mortalidad infantil en Cuba 1959-1999. Rev Cub Pediat. 2001; 73(3):143-157. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000300001&lng=es&tlng=es
15. Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcanzar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubian MC, Cintra Cala D, et al. Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos, Rev Panam Sal Púb, 2018; 42:e27. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34900>
16. Cuba, Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional de Salud Materno Infantil. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: MINSAP; 1983.
17. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, Cuba, 2019. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/disponible-edicion-48-del-anuario-estadistico-de-salud/>
18. Vázquez Padilla M. Mortalidad materna en Cuba. Rev Nov en Pobl. 2019. 15(30), 123-129, La Habana, Epub 15 de abril de 2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782019000200123&lng=es&tlng=es
19. Chávez Courtois ML, & Sánchez Maya NA. Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. Rev de El Colegio de San Luis, 2018; [Epub 14 de agosto de 2020]; (16):103-119. Disponible en: <https://doi.org/10.21696/rcsl9162018769>
20. García Jordá, D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. [Tesis doctoral inédita]. 2011, Universidad de La Habana, Cuba.
21. Odent M. El granjero y el Obstetra. Editorial Creavida, Argentina, 2003.
22. García Jordá D, Díaz Bernal Z., Acosta Álamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica, Rev Cub Sal Públ. 2013. 39(4).
23. MINSAP y UNICEF, Cuba. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) 2006. Dirección Nacional de Estadísticas MINSAP, UNICEF CUBA, diciembre 2007.
24. MINSAP y UNICEF, Cuba. Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 2010/2011, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP-UNICEF, enero 2012.
25. MINSAP y UNICEF, Cuba. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014 Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud-MINSAP. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. Julio, 2015.
26. MINSAP y UNICEF, Cuba/MICS. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2019. Informe de resultados de la Encuesta UNICEF, diciembre 2020.
27. República de Cuba, Misión permanente ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y los Organismos Internacionales con sede en Suiza, Nota de fecha 18 de junio de 2012 de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra 2 de octubre de 2012.

28. Piloto PM, Nápoles MD. Consideraciones sobre el índice de cesáreas primitiva. *Rev Cub Obst y Ginec*, 2014; 40(1): 35-47.
29. Fariñas Acosta, L. La cesárea, una cirugía para realizar solo cuando sea necesaria, Granma, 9 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-09-09/la-cesarea-una-cirurgia-para-realizar-solo-cuando-sea-necesaria-09-09-2018-20-09-33>
30. Foster, Sarah, "Conservatism in Obstetrics" (1916), by Edwin B. Cragin". Embryo Project Encyclopedia. Arizona State University. School of Life Sciences. Center for Biology and Society. 11 de abril de 2017 <https://embryo.asu.edu/handle/10776/11473>
31. Sarduy Nápoles MR, Molina Peñate L, Tapia Llody G, Medina Arencibia C, Chiong Hernández, DC. La operación cesárea en Cuba. *Rev Cub Obst y Ginec*, 2018; 44, (33): Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/378>
32. Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia (SCGO). Contribución. Informe examen periódico Universal (EPU) de Cuba, Contribuciones Escritas y Derechos Humanos SCGO, abril-mayo 2013.
33. Pujadas Ríos X, Oviedo Rodríguez R, Montero Torres F, Pineda JF. Humanización del parto en la medicina de excelencia. *MediSur*, 2011; 9 (5):55-57.
34. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Rev Cub Obst y Ginec*. 2018; 44 (3).
35. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Peñalver Sinclay AG, González Portales A, Sixto Pérez A. Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba, *Rev Cub Obst y Ginec*. 2020; 46(3):e607.
36. Martínez Fortún JA. Algunos datos relativos a la medicina contemporánea. *Cuad Hist Sal Púb* [Internet]. 2005, (98): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782005000200009
37. Colectivo de autores. Curso básico de preparación psicofísica para el parto, dirigido a la gestante, padre del bebé y familia. La Habana: MINSAP, CENESEX, SOCUDEF, FMC; 2003.
38. Colectivo de autores. La Preparación Psicofísica. Un beneficio social. [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos41/preparacion-psicofisica-embarazo/preparacion-psicofisica-embarazo.shtml>
39. Borges Damas, L. et al. Psicoprofilaxis obstétrica desde la perspectiva del parto humanizado. Editorial de Ciencias Médicas, 2020: 85.
40. Smith Linda J, Kroeger M. Impact of Birthing Practices on Breastfeeding. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc. 2009.
41. Maldonado A, Romero J, Escós D, Hernández A. Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. *Evid en Ped*, 2011; 7:2.
42. Iglesias-Casas S, Montenegro-Alonso S, Barro-Rochela E, Varela-Varela L, Castillo-Lluva N, Blanco-Nieves MI, et al. Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna. *Matronas Profesionales*. 2019; 20(3): 96-104.
43. Marcos I. La influencia del parto en la lactancia. Conferencia por la comadrona independiente Inma Marcos, del ciclo de conferencias X Aniversario de Lactaria. 11-05-2012, Zaragoza. Vídeo de la conferencia, publicado el 21 de mayo del 2012 en YouTube. Última consulta: 22 de mayo 2020). Disponible en: https://m.youtube.com/watch?v=Tt_KOyNXz-4

44. Arbolea S, Sánchez B, Milani C, Ventura M, Margolles A, Gueimonde M. Intestinal Microbiota Development in Preterm Neonates and Effect of Perinatal Antibiotics, *J of Ped*, 66, 3:538-544, 1 marzo de 2015. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.09.041>
45. Uberos J. Microbiota perinatal: Revisión de su importancia en la salud del recién nacido. *Arch, Argent Pediatr*. 2020. 118(13):e265-e.270.
46. Crowell Kathryn D, Hill P, Sharron S, Humenick. Relationship between obstetric analgesia and time of effective breast feeding, *Journal of Nurse-Midwifq*. 1994, 39(3). May/June. Disponible en: https://www.academia.edu/22156124/Relationship_between_obstetric_analgesia_and_time_of_effective_breast_feeding
47. Stalina Santiesteban, A. et al. (Editor Científico). *Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento*. Editorial de Ciencias Médicas, 2012.
48. de las Mercedes Peña M., Hernández Roque C., Llobany González U. Comportamiento de la inducción del parto. *Rev. Ciencias Médicas*. 2006; 10(3):71-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942006000300008
49. Carvajal JA, Carolina P, Martinovic C P, Fernández CA. Parto Natural. ¿Qué nos dice la evidencia? *ARS MEDICA. Rev Ciencias Médicas*. 2017; 42(1). Dirección de Extensión y Educación Continua, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://arsmedica.cl>
50. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. Actualización 2019.
51. Olza Fernández I, Marín Gabriel MA, López Sánchez F, Malalana Martínez AM. Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Rev Psiq y Sal Mental*, 2011; 4(1): 38-41.
52. Wahl RU. Could oxytocin administration during labor contribute to autism and related behavioral disorders? A look at the literature. *Med Hypotheses*. 2004; 63(3):456-60.
53. Odent M. Synthetic oxytocin and breastfeeding: reasons for testing and hypothesis. *Med Hypotheses*. 2013. Nov; 81(5):889-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030698771300368X?via%3Dihub>.
54. Gomes M, Trocadero V, Carlos-Alves M, Arteiro D, Pinheiro P. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study. *J Obstet Gynaecol*. 2018 Aug;38(6):745-749. doi: 10.1080/01443615.2017.1405924. Epub 2018 Mar 9. PMID: 29523035.
55. Fernández-Cañadas Morillo A, Marín Gabriel MA, Olza Fernández I, Martínez Rodríguez B, Durán Duque M, Malalana Martínez AM, et al. The Relationship of the Administration of Intrapartum Synthetic Oxytocin and Breast feeding Initiation and Duration Rates. *Breastfeed Med*. 2017 Mar; 12:98-102. doi: 10.1089/bfm.2016.0185.
56. Tatano Beck Ch. The Anniversary of Birth Trauma: A Metaphor Analysis, *The Journal of Perinatal Education*, 2017; 26(4), 219-228. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.26.4.219>
57. Crowell Kathryn D, Hill Pamela, Sharron S. Humenick. Relationship between obstetric analgesia and time of effective breast feeding, *Journal of Nurse-Midwifq*. 1994; 39(3). May/June. Disponible en: https://www.academia.edu/22156124/Relationship_between_obstetric_analgesia_and_time_of_effective_breast_feeding.

58. Olza Fernandez I. El síndrome de estrés postraumático de la atención al parto. Información para profesionales de la atención al parto. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. 2010. Disponible en: https://www.academia.edu/22156124/Relationship_between_obstetric_analgesia_and_time_of_effective_breast_feeding
59. Martin E, Vickers B, Landau R, Reece-Stremtan S. y la Academy of Breast feeding Medicine. Protocolo clínico ABM No.28: Analgesia y anestesia periparto de la madre lactante, Breastfeeding Medicine, 2018, 13 (3).
60. Torvaldsen S, Roberts C L, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. International Breastfeeding Journal. 2006, 1:24.
61. Amy I, Lee MD, Robert J, McCarthy Pharm D, Mary Jane Jones RN, et al. Epidural Labor Analgesia-Fentanyl Dose and Breastfeeding Success a Randomized Clinical Trial, Anesthesiology. 2017; 127(4).
62. Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social, Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas, Sanidad. España. 2010.
63. Smita Srivastava AG, Anjoo Bhatnagar SD. Effect of Very Early Skin to Skin Contact on Success at Breastfeeding and Preventing Early Hypothermia in Neonates. Indian Journal of Public Health. 2014; 58 (1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261762403_Effect_of_very_early_skin_to_skin_contact_on_success_at_breastfeeding_and_preventing_early_hypothermia_in_neonates
64. Veliz Gutiérrez JA. Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia. [Tesis para optar por el título de master en Salud Pública], Escuela Nacional de Salud Pública, Sectorial Provincial de Salud Pinar del Río, abril 2006.
65. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Ministerio de Salud Ambiente de la Nación. Iniciativa. Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño. Lineamientos para su implementación. Argentina. Diciembre de 2004.
66. Flacking R, Ewald U, Hedberg Nyqvist K, Starrin B. Trustful bonds: a key to "becoming mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at neonatal unit. Soc Sci Med. 2006; 62:70-80.
67. Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S. Fathers 'experience in the neonatal intensive care unit: a search for control. Pediatrics. 2008; e215-e222.
68. Gabriel Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. Revisión Cochrane traducida, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
69. Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
70. Gallegos Martínez J, Monti Fonseca LM, Silvan Scochi CG. Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: Significados atribuidos por el equipo de Salud. Rev Latinoam Enfermagem, 2007; 15(2). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

71. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, Asociación Española de Pediatría, 2008.
72. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Atención de madre canguro para reducir la morbilidad y la mortalidad en recién nacidos de bajo peso al nacer. Biblioteca Cochrane. Grupo de Revisión principal Neonatal Group, 23 agosto 2016. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub4/full/es>
73. OMS. Método madre canguro: guía práctica, Departamento de Salud reproductiva e Investigaciones, 2003. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/es/
74. Amaro Cano MC. Historia de la enfermería. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2004.
75. Castro Torres AM. y colectivo de autores. Manual de Procedimiento de Enfermería, Editorial de Ciencias Médicas, La Habana, 2002.
76. Amaya Luaiza E. Las Comadronas que se fueron. La Habana: Editorial S.A.; 2003.
77. Asís Orozco Sáenz F. La Matrona a Través de la Historia. H.R.U Carlos Haya. Universidad de Málaga. España: Hospital Materno Infantil; 2010.
78. Le Roy J. Hospitales de San Francisco de Paula (para mujeres). Rev Med y Círg. Habana. 1921; 26:564-73.
79. Amaro Cano MC. La formación humanística de las enfermeras: una necesidad insoslayable. Rev Cub Enf. 2002; 18(1):55-62.
80. Mur Villar N, Iglesias León M, Aguilar Cordero MJ. Valoración de la formación docente desde los problemas asistenciales en el especialista de Enfermería Materno Infantil. MediSur. 2010; 8(5):311-4.
81. Madrigal Forero M, Constanza Escobar C. La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. Redalyc. 2013. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803004.pdf>. 0124-2059
82. Borges Damas L, Sixto Pérez A. Sánchez Machado R. Historia de las enfermeras obstétricas: importancia de sus cuidados en la atención al parto. Rev Cub Enferm. 2018; 34(3):696-706.
83. Agramonte del Sol A, Farres Vázquez R. Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente. Rev Cub Enferm. 2011; 27(1):8-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100003&lng=es
84. Olza Fernández I., Marín Gabriel MA. Neurobiología del vínculo maternofilial: aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. En AEPad ed. Curso de Actualización Pediatría, 2014, Madrid Exlibris Ediciones, 2014. P 29-39.
85. Odent M. La cientifización del amor. Editorial Creavida, 2001.
86. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html
87. Davies BL, Hodnett E. Labor Support: Nurses' Self-Efficacy and Views About Factors Influencing Implementation. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002; 31:48-56. Disponible en: [10.1111/j.1552-6909.2002.tb00022](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00022). Medline.
88. Colunga Alva, IE. El significado psicológico de la experiencia del parto con el apoyo continuo de Doula: un estudio comparativo con redes semánticas naturales. [Tesis para obtener el grado de maestra en ciencias]. Asesor: Hernández Torres Jorge. Colima, Col. 2005. Disponible en http://digeset.ucof.mx/tesis_posgrado/Pdf/IRMA_ELISA_ALVA_COLUNGA.pdf

89. Rodríguez B., Durán K. (2016). Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en Costa Rica. *Rev Enferm Actual Costa Rica*, 2016; 30, 1-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22112>
90. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019, Issue 3. Art. No.: CD012449. DOI: [10.1002/14651858.CD012449.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2)
91. Verónica Valdés L, Ximena Morlans H. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Rev Chil Obst y Ginecol*; 2015, 70(2): 108-112.
92. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, William AR, Stevens B, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. *JAMA*. 2002; 288:1373-81.
93. Alcántara SM, Fugaza AL, Márquez V. y colaboradores. Estudio del acompañante en el parto. Vínculo padre-madre-hijo. Departamento Materno-Infantil, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo, 2007.
94. Cantero A, Fiuri L, Furfaro K, Jankovic, MP, Llompert V, San Martín, ME. Acompañamiento en la sala de partos: regla o excepción. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 2010; 29(3):108-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91214812003>
95. Rámila Gómez M, Gil Vázquez L, Rodríguez Santana M. Importancia del acompañamiento continuo en cesáreas programadas: ansiedad materna. *Biblioteca Lascasas*, 2016; 12(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0919.php>
96. Muñoz-Serrano M, Uribe-Torres C, Hoga L. Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto. *Aquichan*. 2018; 18(4): 415-425. DOI: [10.5294/aqui.2018.18.4.4](https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.4)
97. Rosen P. Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. *J Midwifery Women Health*. 2004; 49:24-31. Disponible en: [10.1016/j.jmwh.2003.10.013](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2003.10.013). Medline
98. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Proceso asistencial integrado de atención al parto normal y el puerperio. 2019: 27.
99. Colectivo de autores. Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes, ECIMED (Editorial Ciencias Médicas), La Habana, 2017: 86 y 87.
100. Ministerio de Salud Pública, Reglamento general de Hospitales, MINSAP, Cuba, 2007. Es posible descargar este documento en la página web oficial del MINSAP.
101. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de Salud. México. (s/f referida). citado 20 de enero de 2021 Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://docs.bvsalud.org/biolioref/2019/05/995199/la-atencion-intercultural-del-trabajo-de-parto-en-posicion-vert_UtuDest.pdf
102. Cuerva A, Márquez S. Consejería de Salud -Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Fase Expulsiva del Parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a la horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Informe 13-2006.
103. Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz Rodríguez C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. *Matronas Profesión* 2005; 6(4): 9-12.
104. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical retomando una costumbre ancestral. *Rev Peruana Ginec y Obst*. 2008; 54:49-57.

105. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima. 2005.
106. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015. 64.
107. Arroyo J. y col. La posición de pie durante el trabajo de parto espontáneo I. Efectos sobre la contractibilidad uterina. Dolor y duración del parto. Clínica de Investigaciones Obstétricas y Ginecológicas. 1994; 1:221.
108. Silvestri Silvia N. Análisis de la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el periodo de noviembre-diciembre de 2016, Tesis Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario, 2016.
109. Benito González E, Rocha Ortiz M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Biociencias. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2005; Vol. 3.
110. Bieniarz J, Crottogini JJ, Curuchet E, Romero Salinas G, Yoshida T, Poseiro JJ, et al. Aortocaval compression by the uterus in the late human pregnancy. II. An arteriographic study. Am J Obstet Gynecol. 100:203-17. 1968.
111. Caldeyro-Barcia R. Physiological and psychological bases for the modern and humanized management of normal labor. Lecture presented at the Symposium on "Recent Progress in Perinatal Medicine", sponsored by the Ministry of Health and Welfare of Japan, Tokio, Japan, October 21 and 22, 1979. Scientific Publication No.858 of The Latin American Center of Perinatology and Human Development. PAHO WHO, 1979.
112. Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E, Poseyro JJ, et al. The bearing-down efforts and their effects on fetal heart rate, oxygenation and acid-base balance. J Perinat Med. 1981; 9:63-7.
113. García Hernández M, Jiménez Sánchez C. Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Curso 2016/2017.
114. Saavedra. Servicios de Salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Chile 1996.
115. Page L. The humanization of birth. Intern J Gynaecol Obstet. 2001; 75:S55-S58.
116. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. The Cochrane database of systematic reviews. 2004, CD002006.
117. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. The Cochrane database of systematic reviews, 2012; CD002006.
118. Frederick Leboyer. Por un nacimiento sin violencia. Editorial Mandala, España, 2008.
119. Bowlby J. El apego y la pérdida. Ediciones Paidós, 1993.
120. Bowlby J. Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida, Ediciones Marata, 2006.
121. Klaus M, Kennell J. Apego: El inicio de la relación padres-hijos. Buenos Aires, Ed. Panamericana; 1983.
122. Odent M. Nacimiento Renacido. Buenos Aires, Ed. Creavida; 1984.

123. Chamberlain DB. *The mind of your newborn baby*. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1988.
124. Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. *Early Hum Dev*. 2011; 87: 151-7.
125. Marín Gabriel MA, Llana Martín I, López Escobar A, Fernández Villalba E, Romero Blanco I, Touza Pol P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr*. 2010; 99:16304. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01597>
126. Botero CH. Relaciones madre-hijo. El amor en el desarrollo del cerebro del bebé. Separación temprana. Patrón de relaciones y salud mental. *Revista Psicoanálisis XXIV* (2); 133-175, 2012.
127. Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. *Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia, Informes estudios e investigación*. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e Igualdad, Madrid, 2012.
128. De la Cal Sabater, P. Efectos de la oxitocina exógena en el inicio y establecimiento de la lactancia materna. *Revista de Enfermería de Castilla y León*. 2015; 7(2): 11-20.
129. Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother–infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact*. 2010; 26: 130-7.
130. Jonas K, Johansson LM, Nissen E, Ejdebäck M, Ransjö-Arvidson AB, Uvnäs-Moberg K. Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. *Breastfeed Med*. 2009, Jun 4(2):71-82. doi: 10.1089/bfm.2008.0002
131. Jordan S, Emery S, Watkins A, Evans J, Storey M, Morgan G. Associations of drugs routinely given in labor with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG*. 2009; 116:1622-1632.
132. Brown A, Jordan S. Active management of the third stage of labor may reduce breastfeeding duration due to pain and physical complications. *Breastfeed Med*. 2014 Dec; 9 (10):494-502.
133. Syntocinon® 10 U.I./ml Solución inyectable. Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite, S. P. A. Prospecto, 2004.
134. Xin D, Guo-Ping C. Analysis on pathogenesis and risk factors of hyperbilirubinemia in neonates. *Clinical Journal of Medical Officers*. 2011. Vol. 5.
135. Aldana-Valenzuela C, Prieto-Pantoja JA, Hernández-Acevedo A. Oxytocin and syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic neonatal hormone. Case report of early severe hyponatremia and literature review. *Ginecol Obstet Mex*. 2010 Dec; 78(12):692-6.
136. Wahl RU. Could oxytocin administration during labor contribute to autism and related behavioral disorders? -A look at the literature. 2004. *Med Hypotheses*. 2004; 63(3):456-60.
137. OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural, División de Salud y Desarrollo del Niño, Ginebra, 1998. 04 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591544/en/
138. Lauer JA, Betran AP, Barros AJ, de Onis M. Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. *Public Health Nutrition* 2006; 9:673-685.

139. Jana AK. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/>
140. Uvnas-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*. 1998; 23:819-35.
141. Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants: effects on circulation and developing feeding behavior. *Acta Paediatrica Scandinavica*. 1987; 76:566-72.
142. Varendi H, Christensson K, Porter RH, Winberg J. Soothing effect of amniotic fluid smell in newborn infants. *Early Human Development*. 1998; 51:47-55.
143. Varendi H, Porter RH, Winberg J. Natural odor preferences of newborn infants change over time. *Acta Paediatrica*. 1997; 86:985-90.
144. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development* 1990; 21:153-63.
145. Gómez P, Baiges Nogues MT, Batiste Fernandez MT, Marca Gutierrez MM, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. Kangaroo method in delivery room for full-term babies [Metodo canguero en sala de partos en recién nacidos a término]. *Anales Espanoles De Pediatria*. 1998; 48(6):631-3.
146. Chiu SH, Anderson GC, Burkhammer MD. Newborn temperature during skin-to-skin breastfeeding in couples having breastfeeding difficulties. *Birth*. 2005; 32(2):115-21.
147. Lederman RP , Lederman E , Trabajo B , McCann DS (1978) La relación de la ansiedad materna, las catecolaminas plasmáticas, y el cortisol en plasma para el progreso en el trabajo . *Am J Obstet Gynecol* 132 (5) : 495 -500.
148. Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labour: relationship to duration of labour and fetal heart rate pattern. *Am J Obstet Gynecol*. 1985; 153: 870-7.
149. Odent M. Las intervenciones en el parto. Entrevista realizada a Michel Odent en su visita a Chile como parte del Diplomado de Salud Primal de la Universidad de Concepción de Chile, enero 2014. Disponible en: <https://m.youtube.com/watch?v=tUZsuOhAVTI>
150. Odent M. New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2001; 75:S39-S45.
151. Vera Cruz LS, Ardila Puyana MC, Gómez Rueda CP. Revisión sistemática del aspecto emocional en el parto humanizado. Universidad Cooperativa de Colombia (UCC). Proyecto Análisis Sistemático de Literatura. Facultad de Psicología. Bucaramanga, 2015.
152. Fernández del Castillo, I. La oscuridad es una aliada del parto: sobre la relación entre melatonina y oxitocina. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 16 de diciembre 2018. Recuperado el 29 de noviembre. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/2018/12/16/la-oscuridad-es-aliada-del-parto-sobre-la-relacion-entre-melatonina-y-oxitocina/>
153. Odent Michel. El nacimiento de los mamíferos humanos. Extractado del libro *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Trad. Liliana Lammers. Ed. Obstare. 2014. Disponible en: <http://www.wombecology.com>

154. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, octubre 2010.
155. Uranga Imaz F. Obstetricia Práctica. 4ta. edición. Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1977; cap. 18:515-525.
156. Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJN eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press; 1989: 883-892.
157. Ministerio de Salud Argentina. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. 2004.
158. Dirección General de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Ministerio de Salud Pública. Uruguay, 2018.
159. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016. OMS a través del sitio web de la Organización. Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
160. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic fetal heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002.
161. Alfírevic Z, Gyte GML, Cuthbert A, Devane D, Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. Biblioteca Cochrane. Grupo de Revisión principal Pregnancy and Childbirth Group. Publicado 3 febrero 2017. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/full/es>
162. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Comparación de la monitorización electrónica del latido fetal en el ingreso de las mujeres a la sala de partos mediante el uso de cardiotocografía (CTG) versus monitorización intermitente. Biblioteca Cochrane. Grupo de Revisión principal Pregnancy and Childbirth Group. Publicado el 26 enero 2017. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005122.pub5/full/es>
163. OMS, Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, 2015. Recuperado el 25 de noviembre 2020
164. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o más allá del término. Biblioteca Cochrane. 2018. [23 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub4>
165. Bond Philippa DM, Middleton KM, Levett DP, van der Ham C, Crowther S, Buchanan J. Parto temprano programado versus conducta expectante para mujeres con rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación para mejorar el resultado del embarazo. Biblioteca Cochrane. 2017 [18 de octubre de 2020] Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD004735/PREG_parto-temprano-programado-versus-conducta-expectante-para-mujeres-con-rotura-prematura-de-membranas
166. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETES). Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias, Colombia 2013.
167. Zamudio-Vázquez VP, Ramírez-Mayans JA, Toro-Mondragón EM, Cervantes-Bustamantes R, Zarate-Mondragón F, Montijo-Barrios E, et al. Importancia de la microbiota gastrointestinal en pediatría. Acta Pediatr Mex. 2017; 38(1):49-62.

168. Castro D, Díaz D, Lozano C, Martínez D. Microbiota, cesárea y alergias. *Revista Ciencia y Salud Virtual*. 2014; 6(1): 54-64. Disponible en: <https://doi.org/10.22519/21455333.414>
169. Dominguez-Bello MG, De Jesus-Laboy K, Clemente JC. Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. *Nature Medicine*. 2016. 22:250-253. Recuperado 27 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nm.4039>
170. Ferreira-Couto, Cristina Manuela, "Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura", Revisiones, Revista electrónica trimestral de Enfermería Global, No 47, Julio 2017. www.um.es/eglobal/ <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>
171. Ramos-Rincón, A, Cruz-Utrilla Ana. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. *Revisión Bibliográfica. Matronas Profesionales*. 2015; 16(3): 103-107.
172. Aasheim V, Nilsen A, Reinar L, Lukasse M, "Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issues 6. Art No: CD006672, 2017. DOI:10.1002/14651858.CD006672.pub3 <http://cochrane.org/es/CD006672/PREG-tenicas-perineales-durante-el-periodo-expulsivo-del-trabajo-de-parto-para-reducir-el-traumatismo>
173. Baylón Canales, Andrea del Rosario y Montoya Céspedes, Jackeline Mercedes, Efecto de la Maniobra Ritgen Modificado en el Expulsivo con Episiotomía Restrictiva de Primiparas, Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis-Huánuco, Tesis de grado, Universidad Nacional Hermilio Valdizán (UNHEVAL), 2016. Fecha de publicación 2018. <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/4329>
174. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Observatorios de Salud de las Mujeres. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. México, diciembre 2012.
175. Centro Nacional de Investigaciones en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETS). Guía de Práctica Clínica. Del recién nacido sano. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias, Colombia, 2013.
176. Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas Moberg K, Winberg, J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica* 1995; 84(5):468-73.
177. Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Womens Health*. 2001; 46: 402-14.
178. Rangel-Calvillo, Martín Noé. Monitoreo sobre el tiempo de pinzado y corte de cordón umbilical: Vigilancia de nuevas estrategias para la atención del parto. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 2013, 28(3): 134-138.
179. Lainez Villabonaa B, Bergel Ayllonb E, Cafferata Thompsonc M.ªL, Belizán Chiesa JM. ¿Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica, *Anales de Pediatría Barcelona*. 2015; 63(1): 14-21.
180. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Ministerio de Salud Pública. Manual de Estándares de Calidad y Humanización de la Atención Materna y Neonatal. República Dominicana, diciembre 2019
181. Reyes Mera MK, Casanova Castillo MM, Guallpa Lema DF, Aguirre Mendoza JG, Santos Briones MA, Ponce Quijije LE. Cuidados del bebe recién nacido sano RECIMUNDO (Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento), Editorial Saberes del Conocimiento, Ecuador, enero 2020: 390-402.
182. Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de Atención del Bajo Peso al Nacer. Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 10 de marzo. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9\1.pdf>

183. Gómez Gómez M, Danglot Banc C. El neonato de madre con preeclampsia-eclampsia. Trabajo de Revisión. *Rev Méx Pediatr*. 2006; 73(2):82-88.
184. Salvia MD, Alvarez E, Cerqueira MJ. Hijo de madre diabética. *Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP. Neonatología*. Protocolo actualizado 2008.
185. Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg, M, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19:285. Recuperado 14 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>
186. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. (Revisión Cochrane traducida) En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; 1. Oxford: Update software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008. Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
187. Moreno Sánchez V, González Cintora M, Serna García C. Revisión sobre métodos de analgesia no farmacológica durante el parto, *OCRONOS Revista Médica y de Enfermería*. 22 mayo 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/metodos-analgesia-no-farmacologica-parto/>
188. Meghan A Bohren, Blair O Berger, Heather Munthe-Kaas, Özge Tunçalp. Percepciones y experiencias del acompañamiento durante el trabajo de parto: síntesis de evidencia cualitativa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Versión publicada el 18 de marzo de 2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
189. SEGO. Analgesia del parto. Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. 2010.
190. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 191(1):36-44.
191. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5 Suppl):S131-S159.
192. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 3.
193. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD009290.
194. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *J Nurs Res*. 2006 Sep;14(3):190-7.
195. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001;322(7297):1227-80.
196. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Guía de parto de baja intervención. Área Norte de Almería. Unidad de gestión clínica de tocoginecología. Huércal-Overa. 2009.
197. Caballero V, Santos PJ, Polonio ML. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. *Nure inv*. 2016; 13(85).
198. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. *Appl Nurs Res* 1990;31:7-13.
199. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: A systematic review. *Reproductive Health*. 2006;310.

200. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Versión publicada 28 de marzo de 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2> y <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/es#>
201. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NICE UK). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Published: 3 December 2014, Revisada en 2019. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg190
202. Odent M. Lo que aprendí del primer hospital con piscina para partos. En: Vida fetal enyefdlh, editor. Obsare S.L. 2007.
203. Mosquera Pan L, Onandia Garate M, Luces Lago AM, Tizón Bouza E. Inmersión en agua caliente. Un ayudante natural en el proceso de parto. *Rev Enferm*. 2016;39 (1):25-30. Spanish. PMID: 26996040.
204. Odent M. El agua como medio en el parto. *Naruta MedicaTrix*. No 55, Oct 1999.
205. Cluett ER, Ethel Burns, AC. Inmersión en agua para el trabajo de parto y el parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Versión publicada 16 de mayo de 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>
206. Eiksson M, Mattsson L. Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery* 1997;13(3):146-8.
207. Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Versión publicada 18 de enero del 2012. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009107.pub2> y en <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009107.pub2/#>
208. Langeland Iversen M, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard Hanne K. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017; 11:79-85.
209. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Care practices in normal-risk births assisted by obstetric nurses. *Acta Paul Enferm*. 2020; 33:1-8.
210. Kirby G. Comfort and Strength in Labor Using the Rebozo. Manufactured by Feed Fabric. July 13, 2011.

Bibliografía

Bibliografía general

- Abad A, López C, Montejo M, Juárez I, Canet N. Obtenido de efectividad del masaje perineal con aceite de rosa durante el embarazo [Internet]. 2015 Feb. Disponible en: www.bardagym.com
- Águila Setién S, Breto García A, Cabezas Cruz E, Delgado Calzado JJ, Santisteban Alba E. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-perinatologia-diagnostico-y-tratamiento/>
- Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. 2017 [citado 25 de septiembre 2019]; 34(1):104-111. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&lng=es
- Alligood Raile M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 7^{ma} ed. España: Mosby; 2011. Disponible en: www.medilibros.com
- Álvarez Fumero R, Piloto Padrón M, Cabezas Cruz E, Santisteban Alba E, et al. Manual de procedimientos de hogares maternos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2015. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-de-procedimientos-de-hogares-maternos/>
- American Academy of Pediatrics. Cuidados esenciales para cada bebé. Guía para proveedores. USA: American Academy of Pediatrics (APP). 2014.
- Annika Lindholm, IH. Preferencias de las mujeres y alivio del dolor en el parto - un estudio longitudinal prospectivo en una región del norte de Suecia. Atención médica sexual y reproductiva. 2015; 6(2).

- Beltran K, Diaz M, Vargas L. Uso de balón kinésico en el trabajo de parto de primigestas y multiparas asistidas en la maternidad del Hospital de Paillaco. Valdivia: Universidad Austral de Chile. 2012.
- Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019, Issue 3. Art. No.: CD012449. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Borges Damas L. Modelo de cuidados respetuosos a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. [Tesis doctoral]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Enfermería "Lidia Doce". La Habana. 2017.
- Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. J Hum Lact. 2010; 26: 130-7.
- Cantero A, Fiuri L, Furfaro K, Jankovic MP, Llompart V, San Martín ME. Acompañamiento en la sala de partos: regla o excepción. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. [Internet]. 2010; 29(3):108-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91214812003>
- Carl Bose MD. Cuidados Esenciales para cada Bebé. Un programa educativo simplificado para proveedores de cuidados esenciales del recién nacido. Universidad de Carolina del Norte y la AAP. Seminario Regional por Internet. [Citado 2019 Sep. 25]. Disponible en: www.maternoinfantil.org/archivos/CEB_Presentacion_en_espanol
- Catedra L. Efectos de la inmersión en el agua durante el proceso de parto: caso clínico. Universidad de Jaen. CCM Salud. 2015 [1 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/8000-contracciones-embarazo-definicion>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Reducción de la frecuencia de operación cesárea. Guía de Referencia Rápida. México, 2013.
- Colectivo de autores. Curso básico de preparación psicofísica para el parto, dirigido a la gestante, padre del bebé y familia. La Habana: MINSAP, CENESEX, SOCUDEF, FMC. 2003.
- Colectivo de autores. Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/guias-de-actuacion-en-las-afecciones-obstetricas-frecuentes/>
- Colunga Alva, IE. El significado psicológico de la experiencia del parto con el apoyo continuo de Doula: un estudio comparativo con redes semánticas naturales. [Tesis para obtener el grado de maestra en ciencias]. Asesor: Hernández Torres Jorge. Colima, Col. [Citado noviembre 2005]. Disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/IRMA_ELISA_ALVA_COLUNGA.pdf
- Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria No. 5, de 10 de abril del 2019. Disponible en: https://www.ecured.cu/Constituci%C3%B3n_de_Ja_Rep%C3%BAblica_de_Cuba
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.mx/index.php/ambito-internacional/cedaw>
- Coutaux A. Tratamientos no farmacológicos para el alivio del dolor: tens y acupuntura. 2017; Epub 20 de febrero; 84 (6): 657-661. Disponible en: <https://doi.org/10.1016>
- De León López VA. Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. [Tesis inédita de Grado]. Universidad Rafael Landívar, Guatemala. 2015.

- De Vaan MDT, ten Eikelder MLG, Jozwiak M, Palmer KR, Davies-Tuck M, Bloemenkamp KWM, Mol BJ, Bouvain M. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issues 10. Art. No.: CD001233. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001233.pub3>
- Declaración de Ceará. Humanización del parto. Fortaleza, Brasil. 2002. Disponible en: <https://www.relacahupan.com/caminos01>
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Díaz García LI, Fernández MY. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de Derecho (Valparaíso). 2018; (51):123-143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. Enfermería Global. 2014; 33:400.
- Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Rev Colomb de Obstet y Ginecol. 2017; 68(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/resumen.oa?id=195251837001>
- García Eva M. La violencia obstétrica como violencia de género. [Tesis doctoral]. Universidad autónoma de Madrid. España. 2018. Disponible en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1
- García Jordá D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. Ciudad de La Habana, 2007-2010. [Tesis doctoral inédita]. Universidad de La Habana, Cuba. 2011.
- Giraldo Motoya DI, Gonzalez Mazuelo EM, Heneo López CP. Experiencia de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Av. Enfer [internet], mayo 2015. [Consultado 10 de diciembre de 2021]; 33(2): 271-281. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42279/60894>
- Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di Giulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. Nurs Res. 2010; 59:78-84.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicenter trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000; 356(9239):1375-83.
- Lainez Villabona B, Bergel Ayllonb E, Cafferata Thompsonc ML, Belizán Chiesa JM. ¿Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica. Anales de Pediatría Barcelona. 2015; 63(1): 14-21.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N°. 38.668; 2007 abril 23.
- Marín Gabriel MA, Llana Martín I, López Escobar A, Fernández Villalba E, Romero Blanco I, Touza Pol P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. Acta Paediatr. 2010; 99:1630-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01597>
- Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Normatización-MSP; Quito, Ecuador, 2015. p. 64.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección general de salud de las personas. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Resolución Ministerial No. 828, La Habana; 2013.

- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno-Infantil para el establecimiento del Programa Amigo de la madre y del niño. Ministerio de Salud Pública. La Habana. Cuba. 1996, 1: 5-10.
- Ministerio de Salud Pública. Reglamento General de Hospitales. Acuerdo No. 288. Gaceta Oficial de la República de Cuba. 2017; N°. 45.
- Ministerio de Salud Pública. Reglamento General de Hospitales. Minsap, Cuba, 2007. 2013.
- Ministerio de Salud. Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el periodo inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología. Identificación del recién nacido. [Internet]. Lima, Perú. 2013; [citado 2019 Sep.25]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sit-es/default/files/files/PROCEDIMIENTOS>
- Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. Lima. Perú. 2013.
- Muñoz-Serrano M, Uribe-Torres C, Hoga L. Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto. Aquichan. 2018; 18(4): 415-425. Disponible en: <http://doi.org/10.5294/aquí.2018.18.4.4>
- Murcia González VH. Bioética sinfonológica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Elsevier. 7ª. ed. Madrid, España; 2011.
- Neftalí Vásquez BF (coordinador editorial). Protocolo de actuación para la reducción de cesáreas innecesarias. Ministerio de Salud Pública, República Dominicana, 2020.
- Núñez Uribe WE. Valoración del estado general y cuidados inmediatos al recién nacido que realiza la enfermera en el área de neonatología hospital Santa María del Socorro. [Tesis]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista. 2014.
- Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud y Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Conferencia tecnológica apropiada para el parto. Brasil. 1985.
- Olmedillas H, Vicente-Rodríguez G, Guarnizo-Tole M. Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2017, 25 september 2019; 44(2):381-397. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v44n2/1561-3127-rcsp-44-02-381.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesáreas, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, OMS; 2015.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 1985. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Education material for teachers of midwifery. Midwifery education modules. Second edition. Managing postpartum haemorrhage. Ginebra. 2008.
- Organización Mundial de la Salud. Informe de la Secretaria: Calidad de la Atención: seguridad del Paciente. (Consultado el 20 de abril de 2017). Disponible en: <http://www.who.int/publications/es>
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
- Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la seguridad del parto. Guía de aplicación para mejorar la calidad de la atención prestada a la madre y al recién nacido en instituciones sanitarias. 2015. Disponible en: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra. OMS: 2015. Disponible en: www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016 Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Raile Alligood M, Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier. 2011.
- Rámila Gómez M, Gil Vázquez L, Rodríguez Santana M. Importancia del acompañamiento continuo en cesáreas programadas: ansiedad materna. Biblioteca Las Casas. 2016; 12(3). Disponible en <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0919.php>
- Ramos-Rincón A, Cruz-Utrilla A. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo, Revisión Bibliográfica. Matronas Profesionales. 2015; 16(3): 103-107.
- Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz Rodríguez C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. Matronas Profesionales. 2005; 6(4): 9-12.
- Santos Sánchez MC. Adaptación Neurosensorial del recién nacido desde el vínculo materno filial. [Tesis]. Universidad de Córdoba: Facultad de Enfermería. 2015.
- Sens Maristela M, Stamm AM, Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2019; 23, e180487. Epub July 10, 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180487>
- Smith J, Plaat F, Fisk NM. The natural caesarean: a womancentred technique. BJOG. 2008; 115:1037-42.
- Takahashi Y, Tamakoshi K, Matsushima M, Kawabe T. Comparison of salivary cortisol, heart rate, and oxygen saturation between early skin-to-skin contact with different initiation and duration times in healthy, full-term infants. Early Hum Dev. 2011; 87: 151-7.
- UNFPA/Ministerio de Salud Pública. Talleres de Parto respetuoso. 2017-2019.
- UNICEF. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): conceptualización e implementación del modelo. Argentina. 2011. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf
- UNICEF. Padre desde el principio. Cuba. 2018; [Citado 2019 sep.25]. Disponible en: https://www.unicef.org/cuba/cu_resources_PadreDesdeElPrincipio_MINED_UNICEF.pdf
- UNICEF/OMS. Los 10 derechos del nacimiento. [Citado 2019 sep. 25]. Disponible en: <http://www.guiadelnino.com/parto/los-10-derechos-del-nacimiento>
- Wahl RU. Could oxytocin administration during labor contribute to autism and related behavioral disorders? A look at the literature. Med Hypotheses. 2004; 63(3):456-60.

Bibliografía temática

- Águila Setién S, Breto García A, Cabezas Cruz E, Delgado Calzado JJ, Santisteban Alba E. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
- Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. Maternidad y Salud. Ciencia, conciencia y experiencia, Informes estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2012.
- Alfirevic Z, Gyte GML, Cuthbert A, Devane D. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. Biblioteca Cochrane.

- Grupo de Revisión principal. Pregnancy and Childbirth Group. [Internet]. 2017. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3/full/es Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/>
- Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vicente Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en cifras. 2012; 10(2/3).
- Amaro Cano MC. Historia de la enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/historia-de-la-enfermeria/>
- Amaro Cano MC. La formación humanística de las enfermeras: una necesidad insoslayable. Rev Cub Enf. 2002; 18(1):55-62.
- Amaya Luaiza E. Las Comadronas que se fueron. La Habana: Editorial S.A. 2003.
- Amy I, Lee MD, Robert J, McCarthy Pharm D, Paloma Toledo MD, M.P.H, et al. Epidural Labor Analgesia-Fentanyl Dose and Breastfeeding Success A Randomized Clinical Trial. Anesthesiology. 2017; 127(4).
- Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Librería Cochane. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el alivio del dolor en el trabajo de parto. Biblioteca Cochrane Grupo de Revisión principal: Pregnancy and Childbirth Group. 2018. [Internet]. 2018 [16 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub4/full/es>
- Arbolea S., Sánchez B., Milani C., Ventura M., Margolles A. Gueimonde M. Intestinal Microbiota Development in Preterm Neonates and Effect of Perinatal Antibiotics. Journal of Pediatric. 2015; 166(3):538-544. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.09.041>
- Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Guía de parto de baja intervención. Área Norte de Almería. Unidad de gestión clínica de tocoginecología. Huércal-Overa. 2009.
- Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S. Fathers' experience in the neonatal intensive care unit: a search for control. Pediatrics. 2008; e-215-e222.
- Asís Orozco Sáenz F. La Matrona a través de la historia. H.R.U Carlos Haya. Universidad de Málaga. España: Hospital Materno Infantil; 2010.
- Bieniarz J, Crottogini JJ, Curuchet E, Romero Salinas G, Yoshida T, Poseiro JJ, et al. Aortocaval compression by the uterus in the late human pregnancy. II. An arteriographic study. Am J Obstet Gynecol. 1968; 100:203-17.
- Blázquez MI. Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid [Tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2009.
- Bond Philippa DM, Middleton KM, Levett DP, van der Ham C, Crowther S, Buchanan J. Parto temprano programado versus conducta expectante para mujeres con rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación para mejorar el resultado del embarazo. Biblioteca Cochrane. 2017 [18 de octubre de 2020] Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD004735/PREG_parto-temprano-programado-versus-conducta-expectante-para-mujeres-con-rotura-prematura-de-membranas
- Borges Damas L, et al. Psicoprofilaxis obstétrica desde la perspectiva del parto humanizado. Editorial Ciencias Médicas, 2020. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/psicoprofilaxis-obstetrica-desde-la-perspectiva-del-parto-humanizado/>

- Borges Damas L, Sánchez Machado R, Peñalver Sinclay AG, González Portales A, Sixto Pérez A. Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba. *Rev Cub Obst Ginecol.* 2020; 46(3):e607. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/607>
- Borges Damas L, Sixto Pérez A, Sánchez Machado R. Historia de las enfermeras obstétricas: importancia de sus cuidados en la atención al parto. *Revista Cubana de Enfermería.* 2018; 34(3):696-706. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1427>
- Botero C Hilda. Relaciones madre-hijo. El amor en el desarrollo del cerebro del bebé. Separación temprana. Patrón de relaciones y salud mental. *Revista Psicoanálisis.* 2012; XXIV(2):133-175.
- Bowlby J. El apego y la pérdida. Ediciones Paidós, 1993.
- Brown A, Jordan S. Active management of the third stage of labor may reduce breastfeeding duration due to pain and physical complications. *Breastfeed Med.* 2014; Dec; 9 (10):494-502.
- Caballero V, Santos PJ, Polonio ML. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. *Nure inv.* 2016; 13(85).
- Cadwell K, Brimdyr K. Intrapartum Administration of Synthetic Oxytocin and Downstream Effects on Breastfeeding: Elucidating Physiologic Pathways. Healthy Children Project, Inc., The Center for Breastfeeding, USA. *Annals of Nursing Research and Practice*, 2017.
- Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical retomando una costumbre ancestral. *Rev Peruana Ginecol Obstet.* 2008; 54:49-57.
- Caldeyro-Barcia R, Giussi G, Storch E, Poseyro JJ, et al. The bearing-down efforts and their effects on fetal heart rate, oxygenation and acid-base balance. *J Perinat Med.* 1981; 9:63-7.
- Caldeyro-Barcia R. Physiological and psychological bases for the modern and humanized management of normal labor. Lecture presented at the Symposium on "Recent Progress in Perinatal Medicine", sponsored by the Ministry of Health and Welfare of Japan. Tokio, Japan, October 21 and 22, 1979. Scientific Publication n° 858 of The Latin American Center of Perinatology and Human Development. PAHO WHO, 1979.
- Carvajal JA., Carolina P, Martinovic CP, Fernández CA. Parto Natural. ¿Qué nos dice la evidencia?" *ARS MEDICA. Revista de Ciencias Médicas.* 2017;42(1). Dirección de Extensión y Educación Continua, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://arsmedica.cl>
- Castro D, Díaz D, Lozano C, Martínez D. Microbiota, cesárea y alergias. *Revista Ciencia y Salud Virtual.* 2014; 6(1): 54-64. Disponible en: <https://doi.org/10.22519/21455333.414>
- Castro Torres AM, et al. Manual de procedimientos de enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-de-procedimientos-de-enfermeria/>
- Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Sanidad. España. 2010.
- Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETS). Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Colombia, 2013.
- Centro Nacional de Investigaciones en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETS). Guía de Práctica Clínica. Del recién nacido sano. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Colombia, 2013.

- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS. 2002; (14):15. Disponible en: www.clap.ops-oms.org
- Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. J Nurs Res. 2006; 14(3):190-7.
- Chávez Courtois ML, Sánchez Maya NA. Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. Revista de El Colegio de San Luis. 2018; 8(16): 103-119. Epub 14 de agosto de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.21696/rcsl9162018769>
- Chiu SH, Anderson GC, Burkhammer MD. Newborn temperature during skin-to-skin breastfeeding in couples having breastfeeding difficulties. Birth. 2005; 32(2):115-21.
- Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. Acta Paediatrica. 1995; 84(5):468-73.
- Colectivo de autores. Curso básico de preparación psicofísica para el parto, dirigido a la gestante, padre del bebé y familia. La Habana: MINSAP, CENESEX, SOCUDEF, FMC; 2003.
- Colectivo de autores. La preparación psicofísica. Un beneficio social. [Internet]. 2004 [citado 18 agosto 2017]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos41/preparacion-psicofisica-embarazo/preparacion-psicofisica-embarazo.shtml>
- Colectivo de autores. Manual metodológico. Desarrollo de guías de práctica clínica. Ministerio de Salud, Departamento Secretaría AUGE y de Coordinación de evidencia metodológica, Santiago de Chile, 2014.
- Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Atención de madre canguro para reducir la morbilidad y la mortalidad en recién nacidos de bajo peso al nacer. Biblioteca Cochrane. Grupo de Revisión principal Neonatal Group. 2016. [Recuperado el 1 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub4/full/es>
- Cuba, Ministerio de Salud Pública, Departamento Nacional de Salud Materno Infantil. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: MINSAP; 1983.
- Cuerva A, Márquez S. Consejería de Salud Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Fase Expulsiva del Parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a la horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Informe 13-2006.
- Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Comparación de la monitorización electrónica del latido fetal en el ingreso de las mujeres a la sala de partos mediante el uso de cardiotocografía (CTG) versus monitorización intermitente. Biblioteca Cochrane. Grupo de Revisión principal. Pregnancy and Childbirth Group. Publicado el 26 enero 2017. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005122.pub5/full/es>
- Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de Salud. México. Sin Fecha Referida. Recuperado el 20 de enero de 2021. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://docs.bv-salud.org/biblioref/2019/05/995199/la-atencion-intercultural-del-trabajo-de-parto-en-posicion-vert_UtuDest.pdf&ved=2ahUKEwiS6Pf6veDwAhULVa0KHqYqMDhUQFjAAegQIAxAC&usq=AOvVaw0XliHnAxZU4S7E06kNFqgX
- Dirección General de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Ministerio de Salud Pública. Uruguay, 2018.
- Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de atención del bajo peso al nacer. Ministerio de Salud Pública, Sin Fecha Referida. Recuperado el 10 de marzo. Disponible en: <https://www.google.com/>

com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9\1.pdf&ved=2ahUKEwin6b-n7-DwAhXSUt8KHSEoC7EQFjAUegQIDxAC&usq=AOvVaw1moR4VbflyRvmm-mJeC5PZj&cshid=1621810005300

- Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J. Cuidados generales del recién nacido sano. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría, 2008.
- Dominguez-Bello MG, De Jesus-Laboy K, Clemente JC. Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. *Nature Medicine*. 2016; 22:2503. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nm.4039>
- Fariñas Acosta L. La cesárea, una cirugía para realizar solo cuando sea necesaria. *Granma*, 9 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-09-09/la-cesarea-una-cirugia-para-realizar-solo-cuando-sea-necesaria-09-09-2018-20-09-33>
- Fernández del Castillo I. La oscuridad es una aliada del parto: sobre la relación entre melatonina y oxitocina. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2018. Recuperado el 29 de noviembre. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/2018/12/16/la-oscuridad-es-aliada-del-parto-sobre-la-relacion-entre-melatonina-y-oxitocina/>
- Flacking R, Ewald U, Hedberg Nyqvist K, Starrin B. Trustful bonds: a key to “becoming mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at neonatal unit. *Soc Sci Med*. 2006; 62:70-80.
- Foster S. Conservatism in Obstetrics. 1916. En Edwin B. Cragin. *Embryo Project Encyclopedia*. Arizona State University. School of Life Sciences. Center for Biology and Society. 11 de abril de 2017. Disponible en: <https://embryo.asu.edu/handle/10776/11473>.
- Gallegos Martínez J, Monti Fonseca LM, Silvan Scochi CG. Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: Significados atribuidos por el equipo de Salud. *Revista Latinoamericana Enfermagem*. Universidad de Sao Paulo. 2007; 15(2). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
- García Hernández M, Jiménez Sánchez C. Las posiciones maternas durante el parto: una visión diferente desde la enfermería. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Curso 2016/2017.
- García Jordá D, Díaz Bernal Z, Acosta Álamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana Salud Pública*. 2013; 39 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400009
- García Jordá D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. Ciudad de La Habana, 2007-2010. [Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud]. Universidad de La Habana, Facultad de Biología y Museo Antropológico Montané, La Habana, 2010.
- Gomes M, Trocado V, Carlos-Alves M, Arteiro D, Pinheiro P. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study. *J Obstet Gynaecol*. 2018; 38(6):745-749. Epub 2018 Mar 9. PMID: 29523035. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1405924>
- Gómez Gómez M, Danglot Banc C. El neonato de madre con preeclampsia-eclampsia. Trabajo de Revisión. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2006; 73(2):82-88.
- Gomez P, Baiges Nogues MT, Batiste Fernandez MT, Marca Gutierrez MM, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. Kangaroo method in delivery room for full-term babies [Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término]. *Anales Espanoles de Pediatría*. 1998; 48(6):631-3.

- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. The Cochrane database of systematic reviews, 2012. CD002006.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. The Cochrane database of systematic reviews, 2004. CD002006.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008; 1. Oxford: Update software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, William AR, Stevens B, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. JAMA. 2002; 288:1373-81.
- Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191(1):36-44.
- Iglesias-Casas S, Montenegro-Alonso S, Barro-Rochela E, Varela-Varela L, Castillo-Lluva N, Blanco-Nieves MI, et al. Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna. Matronas Profesionales. 2019; 20(3): 96-104.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Actualización 2019.
- Jordan S, Emery S, Watkins A, Evans J, Storey M, Morgan G. Associations of drugs routinely given in labor with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. BJOG. 2009; 116:1622-1632.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Proceso asistencial integrado de atención al parto normal y el puerperio. Enero 2019.
- Langeland Iversen M, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard Hanne K. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. Sexual & Reproductive Healthcare. 2017, 11:79-85.
- Le Roy J. Hospitales de San Francisco de Paula (para mujeres). Rev Med y Cirg. 1921; 26:564-73.
- Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labour: relationship to duration of labour and fetal heart rate pattern. Am J Obstet Gynecol. 1985; 153: 870-77.
- Madrigal Forero M, Constanza Escobar C. La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. Redalyc. 2013 [9 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803004.pdf>. 0124-2059
- Maldonado A, Romero J, Escós D, Hernández A. Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. Evidencia en Pediatría. 2011; 7:2.
- Marcos I. La influencia del parto en la lactancia Conferencia por la comadrona independiente Inma Marcos, del ciclo de conferencias X Aniversario de Lactaria. 11-05-2012, Zaragoza. Vídeo de la conferencia, publicado el 21 de mayo del 2012 en YouTube. 2020. Disponible en: https://m.youtube.com/watch?v=Tt_KOyNXz-4
- Martin E, Vickers B, Landau R, Reece-Stremtan S. y la Academy of Breastfeeding Medicine. Protocolo clínico ABM No.28: Analgesia y anestesia periparto de la madre lactante. Breastfeeding Medicine. 2018, 13(3).
- Martínez Fortún JA. Algunos datos relativos a la medicina contemporánea. Cuad Hist Salud Pública [Internet]. 2005 [31/06/2016]; (98):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://bvs.sld.cu/revistas/his/his_98/his0998.htm

- Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o más allá del término. Biblioteca Cochrane. 2018. [23 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub4>
- Ministerio de Salud Pública (CUB). Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. 2019. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/disponible-edicion-48-del-anuario-estadistico-de-salud/>
- Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 396/07. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2007. [Internet]. Disponible en: <http://www.enfermeriacubana.sld.cu/regulaciones-de-la-practica>
- Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima. 2005.
- Ministerio de Salud. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Argentina. 2004.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, octubre 2010.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Observatorios de Salud de las Mujeres. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. México, diciembre 2012.
- MINSAP/UNICEF. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MIC) 2006. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Cuba, diciembre 2007.
- MINSAP/UNICEF. Encuesta de Indicadores Múltiples por conglomerados 2010/2011. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Cuba, enero 2012.
- MINSAP/UNICEF. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Cuba. Julio 2015.
- MINSAP/UNICEF. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2019. Informe de resultados de la Encuesta UNICEF, diciembre 2020.
- Moreno Sánchez V, González Cintora M, Serna García C. Revisión sobre métodos de analgesia no farmacológica durante el parto. Ocronos Revista Médica y de Enfermería. [Internet]. 22 mayo 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/metodos-analgesia-no-farmacologica-parto/>.
- Mur Villar N, Iglesias León M, Aguilar Cordero MJ. Valoración de la formación docente desde los problemas asistenciales en el especialista de Enfermería Materno Infantil. MediSur. 2010; 8(5):311-4.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NICE UK). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline. Published: 3 [Internet]. December 2014 [Revisada en 2019]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg190
- Odent M. El granjero y el obstetra. Buenos Aires: Editorial Creavida. 2003.
- Odent M. El nacimiento de los mamíferos humanos. Extracto del libro La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad. Ed. Obstore. 2014. Traducción Liliana Lammers. Disponible en: <http://www.wombecology.com>
- Odent M. La cientifización del amor. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2001.
- Odent M. Las intervenciones en el parto. Entrevista realizada al autor en su visita a Chile como parte del Diplomado de Salud Primal de la Universidad de Concepción de Chile. Enero 2014. Disponible en: <https://m.youtube.com/watch?v=tUZsuOhAVTI>
- Odent M. Nacimiento Renacido. Buenos Aires: Ed. Creavida. 1984.

- Odent M. Synthetic oxytocin and breastfeeding: reasons for testing a hypothesis. *Med Hypotheses*. [Internet]. 2013. 81(5):889-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030698771300368X?via%3Dihub>.
- Olza Fernández I, Marín Gabriel MA, López Sánchez F, Malalana Martínez AM. Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2011; 4(1):38-41.
- Olza Fernández I, Marín Gabriel MA. Neurobiología del vínculo maternofamiliar: aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial, En: AEPad ed. Curso de Actualización Pediatría, Madrid: Exlibris Ediciones, 2014; pp. 29-39.
- Olza Fernandez I. El síndrome de estrés postraumático de la atención al parto. Información para profesionales de la atención al parto. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. 2010. Disponible en: https://www.academia.edu/22156124/Relationship_between_obstetric_analgesia_and_time_of_effective_breast_feeding
- Organización de Naciones Unidas. ¿Por qué la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos? Noticias ONU. 18 de febrero 2018. Disponible en: <http://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>
- Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018. Recuperado el 30 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/
- Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS, 2014: 1.
- Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural, División de Salud y Desarrollo del Niño, Ginebra, 1998. 04 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591544/en/
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016. Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Piloto PM, Nápoles MD. Consideraciones sobre el índice de cesáreas primitiva. *Rev Cub Obstet Ginecol*. 2014; 40(1): 35-47
- Porter RH, Winberg J. Unique salience of maternal breast odors for newborn infants. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 1999; 23:439-49.
- Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva (última revisión: 9 de noviembre de 2007); Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
- Pujadas Ríos X, Oviedo Rodríguez R, Montero Torres F, Pineda JF. Humanización del parto en la medicina de excelencia. *MediSur*. 2011; 9(5):55-57.
- República de Cuba. Misión permanente ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra y los Organismos Internacionales con sede en Suiza. Nota de fecha 18 de junio de 2012 de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra 2 de octubre de 2012.

- Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Care practices in normal-risk births assisted by obstetric nurses. *Acta Paul Enferm.* 2020; 33:1-8.
- Saavedra. Servicios de Salud Araucaria, IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Chile 1996.
- Salvia MD, Alvarez E, Cerqueira MJ. Hijo de madre diabética. Protocolos diagnósticos terapéuticos de la AEP, Neonatología. Protocolo actualizado. 2008.
- Sarduy Nápoles MR, Molina Peñate L, Tapia Llody G, Medina Arencibia C, Chiong Hernández DC. La operación cesárea en Cuba. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2018; 44(33). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/378>
- Secretaría de Salud. Guía de Implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. México, 2018:37.
- Secretaría de Salud. Guía de Práctica para la Realización de Operación Cesárea, México, 2010.
- Silvestri Silvia N. Análisis de la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el periodo de noviembre-diciembre de 2016. [Tesis de Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud]. Centro de Estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario, 2016.
- Smkin PP, O'Hara M. No pharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5 Suppl):S131-S159.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 3.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Versión publicada 28 de marzo de 2018. doi: 10.1002/14651858.CD009514.pub2. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/>
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018, Issue 3. Art. No.: CD009290.
- Smith Linda J, Kroeger M. *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding.* Second Edition. Jones and Bartlett Publishers, 2009.
- Sng B, Leong W, Zeng Y, Leong W, Siddiqui F, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Sia AT. Iniciación temprana versus tardía de la analgesia epidural para el trabajo de parto, Grupo de Revisión Principal. *Pregnancy and Childbirth Group.* 2014 [15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007238.pub2/full/es>
- Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia. Informe examen periódico universal (EPU) de Cuba. Contribuciones Escritas y Derechos Humanos, SCGO, abril-mayo 2013.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Analgesia del parto. Protocolo de la. SEGO. 2010.
- Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ.* 2001; 322(7297):1227-80.
- Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic fetal heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, 2002; 2.
- Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal.* 2006; 1:24.

- UNICEF/OMS/OPS. Iniciativa Hospital Amigo del niño. Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral. Versión original de IHAN 2003, actualización Biblioteca OPS, 2008.
- Uranga Imaz F. *Obstetricia Práctica*. 4^a. Ed. Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1977; cap. 18:515-525.
- Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg M, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19, 285. Recuperado 14 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>
- Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*. 1998; 23:819-35.
- Varendi H, Christensson K, Porter RH, Winberg J. Soothing effect of amniotic fluid smell in newborn infants. *Early Human Development*. 1998; 51:47-55.
- Varendi H, Porter RH, Winberg J. Natural odor preferences of newborn infants change over time. *Acta Paediatrica*. 1997; 86:985-90.
- Vega-de Céniga M., Allegue-Allegue N., Bellmunt-Montoya S, López-Espada C, Riera-Vázquez R, Solanich-Valdaura T, Pardo-Pardo J. *Medicina basada en evidencia: concepto y aplicación*. *Angiología*, enero 2009; 61 (1): 29-34.
- Veliz Gutiérrez JA. Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia. [Tesis para optar por el título de master en Salud Pública]. Escuela Nacional de Salud Pública, Sectorial Provincial de Salud Pinar del Río, abril 2006.
- Vera Cruz LS, Ardila Puyana MC, Gómez Rueda CP. Revisión sistemática el aspecto emocional en el parto humanizado. Universidad Cooperativa de Colombia (UCC). Proyecto Análisis Sistemático de Literatura. Facultad de Psicología. Bucaramanga, 2015.
- Widstrom AM, Ransjö-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnäs-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants: effects on circulation and developing feeding behavior. *Acta Paediatrica Scandinavica*. 1987; 76:566-72.
- Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development*. 1990; 21:153-63.
- Zamudio-Vázquez VP, Ramírez-Mayans JA, Toro-Mondragón EM, Cervantes-Bustamantes R, Zarate-Mondragón F, Montijo-Barrios E, et al. Importancia de la microbiota gastrointestinal en pediatría. *Acta Pediatr Mex*. 2017; 38(1):49-62.

Sobre el parto vertical

- Andrews, C. M., Chrzanowski, M. Maternal position, labour and comfort. *Applied Nursing Research*. 1990; 3(1):7-13.
- Arroyo, J. et al. La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. *Clin Invest Obst Gynec*. 1974; 1, 221.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. (Revisión Cochrane traducida de The Cochrane Library, 2007, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, Oxford, Update Software Ltd. Recuperado de: <http://www.update-software.com>

- Lavender, T., Mlay, R. Posición en el periodo expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural. Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2006; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., Styles, C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2. Art. No. CD003934. 2009; Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>
- Méndez Gutiérrez, R. M., Cervera Montejano, M. D. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Rev. Salud Pública de México. 2002; 44(2).
- Roberts, J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers, I., Enkin, M., Keirse, M. J. N. (Eds.). Effective care in pregnancy and childbirth. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press. 1989; pp. 883-892.
- Schwarcz, et al. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. Clin Invest Obstet Ginecol. 1980; 7. 135.

Sobre la dicotomía adrenalina y oxitocina

- Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labour and comfort. Applied Nursing Research. 1990; 3(1):7-13.
- Arroyo J. y Cols. La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. Clin Invest Obst Ginec. 1974; 1, 221.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2007, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Knigge U, Willems E, Kjaer A, Jørgensen H, Warberg J. Histaminergic and catecholaminergic interactions in the central regulation of vasopressin and oxytocin secretion. Endocrinology. 1999; 140(8):3713-9.
- Lavender T, Mlay R. Posición en el periodo expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva. Última revisión: 15 de diciembre de 2006). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; Issue 2. Art. No.: CD003934. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>
- Méndez Gutiérrez RM, Cervera Montejano MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Rev. Salud Pública de México. 2002; 44(2).
- Odent M. New reasons and new ways to study birth physiology. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2001; 75:S39-S45.
- Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJN eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press; 1989: 883-892.
- Schwarcz y Cols. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. Clin Invest Obstet Ginecol. 1980; 7. 135.
- Uvnas Moberg K. The oxytocin factor. Cambridge MA: Da Capo Press. 2003.
- Wittlestone WG. The effect of adrenaline on the ejection response of the sow. J Endocrin. 1954; 10:167-172.

Sobre barreras a la iniciación de la lactancia

- Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2018; 44 (3). Disponible en: http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/384_UPR_CUB_S16_2013_SociedadCubanaDeGinecologiaYObstet_S.pdf
- Crowell Kathryn D, Hill P, Sharron S, Humenick. Relationship between obstetric analgesia and time of effective breast feeding. *Journal of Nurse-Midwifq.* 1994; 39(3). Disponible en: https://www.academia.edu/22156124/Relationship_between_obstetric_analgesia_and_time_of_effective_breast_feeding
- De las Mercedes Peña M, Hernández Roque C, Llobany González U. Comportamiento de la inducción del parto. *Rev. Ciencias Médicas.* 2006; 10(3):71-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942006000300008
- Fernández-Cañadas Morillo A, Marín Gabriel MA, Olza Fernández I, Martínez Rodríguez B, Durán Duque M, Malalana Martínez AM, et al. The Relationship of the Administration of Intrapartum Synthetic Oxytocin and Breastfeeding Initiation and Duration Rates. *Breastfeed Med.* 2017; 12:98-102. Epub 2017 Feb 6. PMID: 28165755. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0185>
- García Jordá D, Díaz Bernal Z, Acosta Álamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2013; 39(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400009
- González Rodríguez C. *Un regalo para toda la vida.* Madrid: Ediciones Temas de Hoy. 2006.
- Marcos I. La influencia del parto en la lactancia. Conferencia por la comadrona independiente Inma Marcos. Ciclo de conferencias X Aniversario de Lactancia. Zaragoza, 11-05-2012. Vídeo de la conferencia publicado el 21 de mayo del 2012 en YouTube. Última consulta: 22 de mayo 2020. Disponible en: https://m.youtube.com/watch?v=Tt_KOyNXz-4
- Nápoles Méndez D. Principales resultados en el Programa de Atención Materno-Infantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba. *MEDISAN.* 2018; 222(2):217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000200015
- Olza Fernandez I. El síndrome de estrés postraumático de la atención al parto. Información para profesionales de la atención al parto. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. 2010. Disponible en: https://www.academia.edu/22156124/Relationship_between_obstetric_analgesia_and_time_of_effective_breast_feeding
- Palomares Calderón E. Los retos de la mortalidad materno infantil en Cuba. *Granma,* 21 de febrero de 2018, 3. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-02-21/los-retos-de-la-mortalidad-materno-infantil-en-cuba-21-02-2018-00-02-25>
- Peña Abraham M, Hernández Roque C, Martínez Fermín L, Lobany González UH. Parto inducido por embarazo prolongado. *Rev. Ciencias Médicas.* 2006; 10(3):11-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942006000300002
- Santana Espinosa MC, Esquivel Lauzurique M, Herrera Alcázar VR, Castro Pacheco BL, Machado Lubián MC, Cintra Cala D, et al. Atención a la salud materno-infantil en Cuba: logros y desafíos. Informe Especial. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2018; 42:e27. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>

- Smita Srivastava AG, Anjoo Bhatnagar SD. Effect of Very Early Skin to Skin Contact on Success at Breastfeeding and Preventing Early Hypothermia in Neonates. *Indian Journal of Public Health*. 2014; 58(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261762403_Effect_of_very_early_skin_to_skin_contact_on_success_at_breastfeeding_and_preventing_early_hypothermia_in_neonates
- Smith Linda J, Kroeger M. *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding*. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers. 2009.
- Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia. Informe Examen Periódico Universal (PEDU) de Cuba, Contribuciones escritas y derechos humanos. SCGO. abril-mayo 2013. Disponible en: https://UPR_CUB_S16_2013_SociedadCubanaDeGinecologiaYObstet_S.pdf
- Tatano Beck Ch. The Anniversary of Birth Trauma: A Metaphor Analysis. *The Journal of Perinatal Education*. 2017; 26(4): 219-228. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.26.4.219>
- Uberos J. Microbiota perinatal: Revisión de su importancia en la salud del recién nacido. *Arch Argent Pediatr*. 2020; 118(3): e265-e270.

Sobre el parto después de cesárea

- Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, Janik R, Nygren P, Walker M, McDonagh M. *Vaginal Birth After Cesarean: New Insights*. Evidence Report/Technology Assessment No.191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-l). AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2010
- Haas AV. Homebirth after cesarean: the myth & the reality. *Midwifery Today Int Midwife*. 2008; (86):44-7, 68-9.
- Johnson K.C, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*. 2005; 330(7505): 1416-19.
- Latendresse G, Murphy PA, Fullerton JT. A description of the management and outcomes of vaginal birth after cesarean birth in the homebirth setting. *J Midwifery Womens Health*. 2005 (50):386-391.
- Lieberman E, Ernst E, Rooks J, Stapleton S, Flamm B. Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers. *Obstet Gynecol*. 2004; (104): 933-942.
- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of Uterine Rupture During Labor Among Women with a Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med*. 2001; 345:3-8.

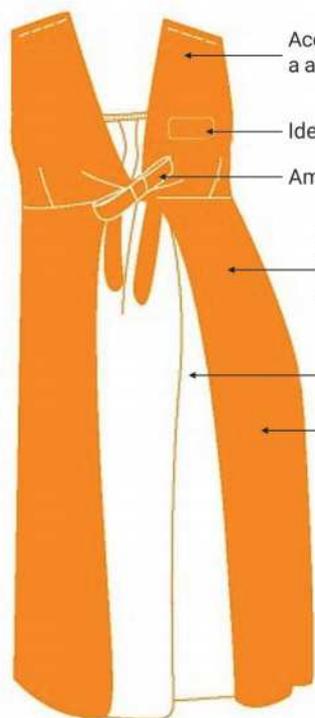
Anexos

Anexo 1. Batas de lactancia

Algunos de los posibles modelos de batas de lactancia adaptadas para cuidar la privacidad de la mujer y favorecer el contacto piel con piel y la lactancia materna.







Acceso superior con velcro a ambos lados

Identificación

Amarre central

Bolsillo a la izquierda y a la derecha

Falda inferior

Pieza exterior



Anexo 2. Plan de parto

El plan de parto aparece como parte del enfoque respetuoso del parto. Se recomienda el uso de varias opciones de planes de parto para discutir y analizar con la embarazada durante la gestación y como parte del proceso de preparación para el parto, serán la guía para el personal de salud durante la atención al parto respetuoso. Se muestra a continuación un modelo de plan.

PLAN DE PARTO

Nombres y apellidos:

Historia clínica:

Necesidades especiales por diferencia de capacidad:

Llegada al hospital

Acompañamiento: Posición de la embarazada relacionada con su decisión de estar acompañada o no durante el parto.

Intimidad: Posición de la embarazada en relación con el cuidado de su intimidad durante las revisiones y el parto.

Personal asistencial: Posición de la embarazada en relación con la cantidad de personal de salud presente en el trabajo de parto y el parto, entrando y saliendo mientras está en trabajo de parto o parto. A la vez que en relación con la cantidad de estudiantes presentes en el parto.

Información y toma de decisiones: Posición de la embarazada y su pareja en relación con el deber de ser informados durante el avance del trabajo del parto y a ser consultados o tomados en cuenta durante la toma de decisiones.

Fase de dilatación

Material de apoyo durante el parto:

Vía venosa: Posición de la embarazada en relación con la canalización de la vena desde el inicio del trabajo de parto.

Hidratación-alimentación: Posición de la embarazada en relación con la ingesta de alimentos durante el trabajo de parto.

Movilidad: Posición de la embarazada ante la posibilidad de tener libre movimiento durante el trabajo de parto y el parto y a poder guiarse por las señales de su propio cuerpo.

Monitorización fetal continua o intermitente: Posición de la embarazada relacionada con el monitoreo, realizado de manera intermitente o continua.

Métodos de alivio del dolor: Posición de la embarazada relacionada con las técnicas farmacológicas o no farmacológicas de alivio del dolor a las que desea recurrir.

Otras intervenciones: Posición de la embarazada respecto a maniobras e intervenciones como la inducción o conducción con oxitocina, la maniobra de Kristeller o de Hamilton.

Tactos: Posición de la embarazada en relación con la cantidad de tactos, la frecuencia de estos, la intimidad y el acompañamiento en el momento del tacto.

Fase expulsiva

Postura: Posición de la embarazada en cuanto a la postura que desea adoptar durante la fase expulsiva y las opciones con las cuales quisiera contar para tal fin.

Pujos: Posición de la embarazada en relación con la atención durante el momento de los pujos.

Episiotomía: Posición de la embarazada en relación con la episiotomía de rutina.

Intimidad: Posición de la embarazada relacionada con la presencia de personas durante el momento expulsivo.

Nacimiento y cuidados del bebé

Corte del cordón umbilical: Posición de la embarazada en relación con el corte tardío del cordón como se recomienda por la OMS y organizaciones internacionales.

Contacto precoz, piel con piel y no separación: Posición de la embarazada en cuanto al contacto inmediato piel con piel con su bebé, los cuidados y la revisión inicial del recién nacido y la posibilidad de permanecer piel con piel con su bebé o su acompañante en caso de que por complicaciones maternas esto no fuese posible con la madre.

Inicio de la lactancia: Posición de la madre en relación con el inicio inmediato de la lactancia y sobre recurrir o no al uso de otros alimentos para su bebé distintos de la leche materna.

Información y consentimiento: Solicitud y posición de la madre y su acompañante respecto al consentimiento informado y la información ante cualquier intervención, medicación o emergencia que involucre el bienestar de su bebé.

Sondajes: Posición de la madre y su pareja respecto a la realización del sondaje gastroesofágico o rectal al recién nacido y su consentimiento en caso de que su uso sea necesario para el bebé.

Técnica madre canguro: Posición de la madre y su pareja en relación con los cuidados al bebé en caso de emergencias, que impliquen atención especializada y que puedan involucrar o no la técnica madre canguro.

Higiene del recién nacido/aseo: Posición de la madre y su pareja respecto al primer baño de su bebé.

Esperamos que nuestras peticiones sean tomadas en cuenta puesto que están avaladas por la OMS y la Guía de Atención al parto respetuoso en Cuba. Se asume toda la responsabilidad ante cualquier complicación que suceda durante el parto.

Gestante:

CI:

Acompañante:

CI:



Anexo 3. Posiciones maternas

Posiciones durante la dilatación



Fig. 3.1. Posición sentada sobre pelota.



Fig. 3.2. Posición decúbito lateral izquierdo.



Fig. 3.3. Posición de pie.



Fig. 3.4. Posición de pie sostenida con rebozo.

Posiciones durante el periodo expulsivo



Fig. 3.5. Posición vertical sentada.



Fig. 3.6. Posición vertical sentada sostenida de cuclillas.



Fig. 3.7. Posición vertical sentada en taburete obstétrico o banco.

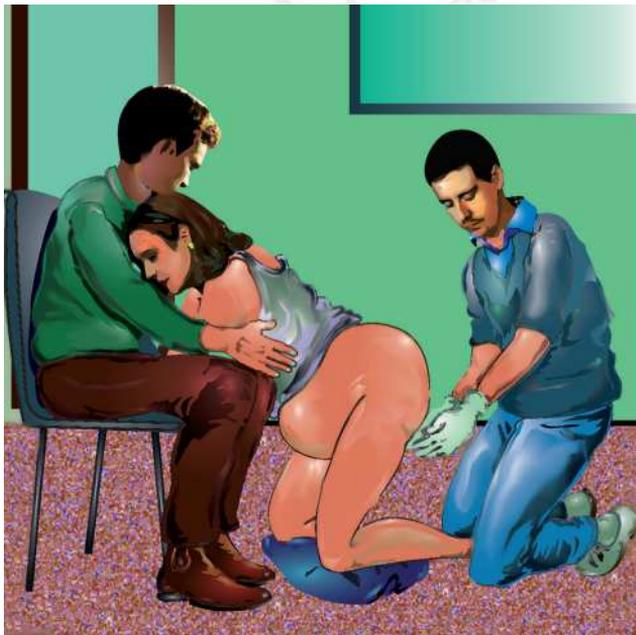


Fig. 3.8. Posición vertical sostenida y con apoyo de rodillas.



Fig. 3.9. Posición vertical sostenida

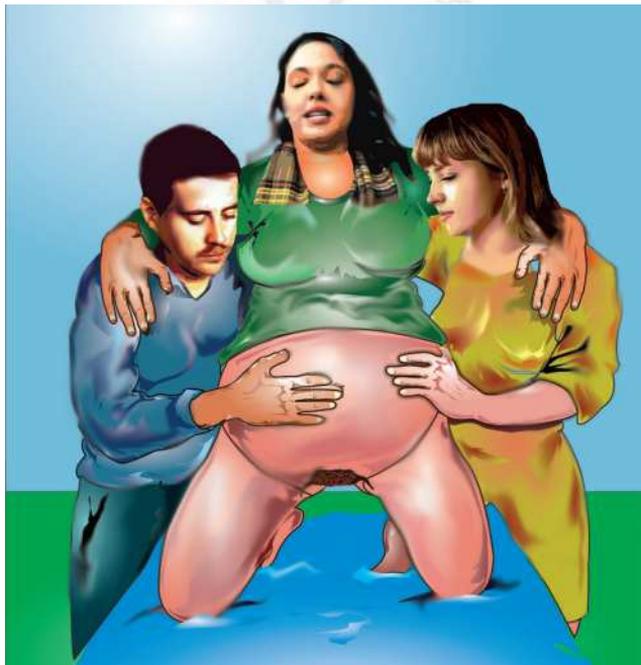


Fig. 3.10. Posición vertical de rodillas.



Fig. 3.11. Posición a gatas.

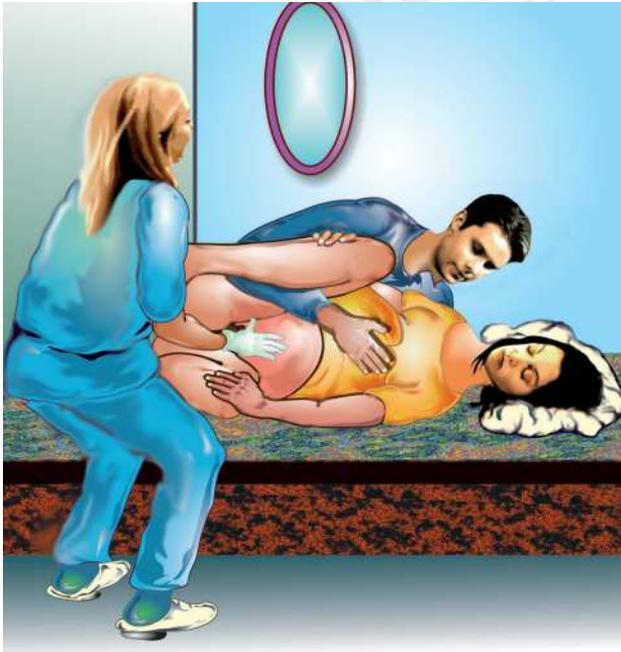


Fig. 3.12. Posición de cúbito lateral.

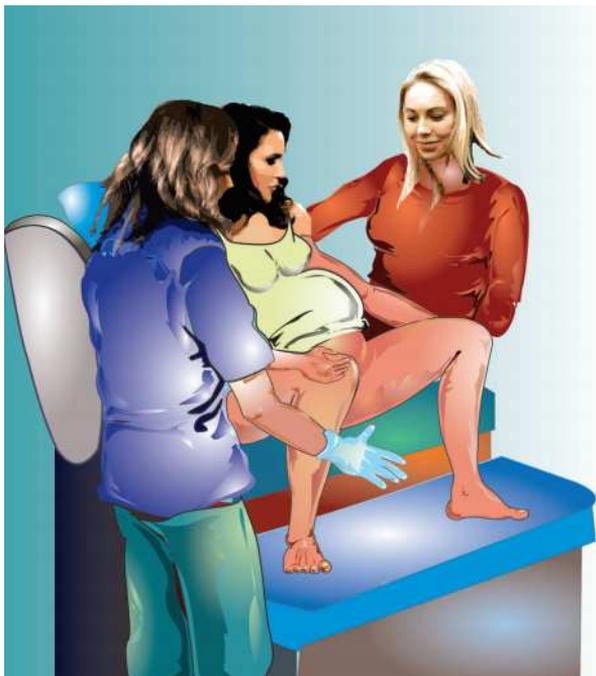


Fig. 3.13. Posición reclinada en la cama.

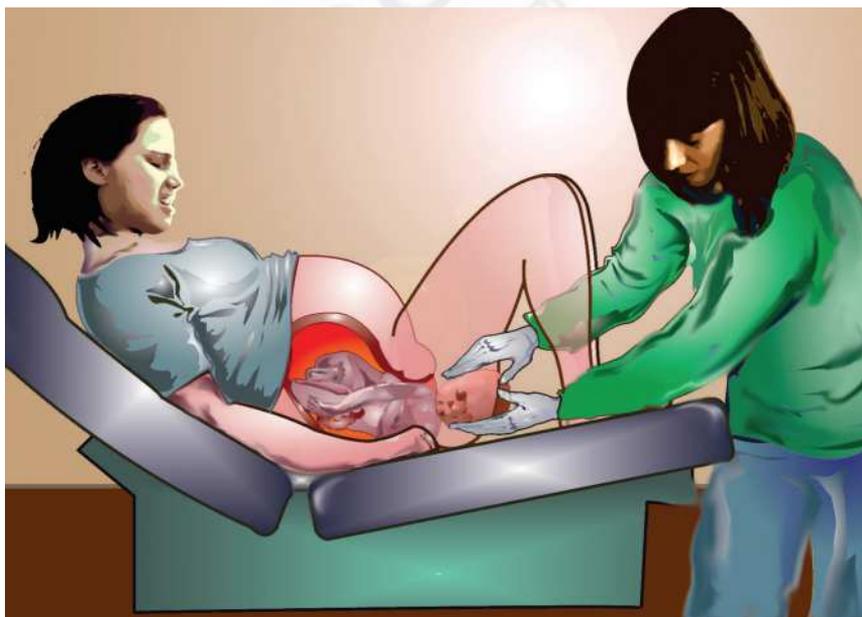


Fig. 3.14. Posición reclinada en la mesa obstétrica.

Anexo 4. Fotos de partos en Cuba



Fig. 4.1. Madre con su bebé recién nacido colocado piel con piel sobre su pecho mientras culmina la atención materna durante el alumbramiento.



Fig.4.2. Personal de enfermería y neonatología atendiendo al recién nacido mientras permanece piel con piel sobre el pecho de su madre en el salón de parto.



Fig. 4.3. Personal de enfermería que apoya a la mujer mientras permanece piel con piel con su bebé para favorecer el inicio inmediato de la lactancia materna.

ec
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Anexo 5. Equipamiento y camas obstétricas



Fig. 5.1. Equipamiento y camas obstétricas destinadas a facilitar el trabajo del personal de salud en el parto vertical.



Fig. 5.2. Variantes de bancos de parto para posiciones sentadas durante el expulsivo. El personal de obstetricia puede permanecer sentado frente a la mujer en silla o banco y de esa manera estar más cómodos durante el periodo expulsivo.



Fig. 5.3. Variantes de cama obstétrica que permiten adoptar posiciones sentadas y reclinadas y dan la posibilidad a la mujer de sostenerse con sus manos y mover su tronco y caderas durante el periodo expulsivo.



Fig. 5.4. Mujer en cama obstétrica en posición de cúbito con pie levantado.



Fig. 5.5. Mujer en trabajo de parto sentada en banco de parto.

ecm
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Anexo 6. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

Resumen de las recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto con el objetivo de lograr una experiencia de parto positiva.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada para todas las mujeres, de manera que se mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, se asegure la integridad física y el trato adecuado y le permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto	Recomendado
Comunicación efectiva	Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección	Recomendado
Continuidad de la atención	Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras —una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto—. Se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces	Recomendación específica en función del contexto

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Periodo de dilatación		
Definiciones de las fases latente y activa del periodo de dilatación	<p>Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del periodo de dilatación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La fase latente del periodo de dilatación es un periodo que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de regulares con un grado importante de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes - El periodo de dilatación activa es un periodo que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes 	Recomendado
Duración del periodo de dilatación	<p>Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del periodo de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del periodo de dilatación activa (a partir de los 5 cm y hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 h en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 h en los partos subsecuentes</p>	Recomendado

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Progreso del periodo de dilatación	Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm/h durante la fase activa del periodo de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito	No recomendado
	Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm/h durante toda la fase activa del periodo de dilatación, resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino <1 cm/h no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica	
Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva</i>		
	Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre	No recomendado

Resumen de las recomendaciones de la OMS... (cont.)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Política de ingreso en la sala de parto	Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el periodo de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	No se recomienda la ardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo	No recomendado
	Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto	Recomendado
Rasurado púbico o perineal	No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal (A)	No recomendado
Enema en el ingreso	No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto (B)	No recomendado
Tacto vaginal	Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de 4 h para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo	No recomendado

Resumen de las recomendaciones de la OMS... (cont.)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	Los opioides de administración parenteral, como fentanilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	Se recomiendan técnicas manuales como masajes o aplicación de compresas tibias para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto	No recomendado
Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva</i>		
Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el parto</i>		

Resumen de las recomendaciones de la OMS... (cont.)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Líquido y alimentos por vía oral	Para las mujeres con bajo riesgo se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto Movilidad y posición de la madre (C)	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición (C)	Recomendado
Limpieza vaginal	No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones (D)	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención de su retraso (E)	No recomendado
Amniotomía de rutina	No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto (D)	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto (D)	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural (D)	No recomendado
Antiespasmódicos	No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto (D)	No recomendado
Fluidos i.v. para prevenir el retraso del trabajo de parto	No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto (D)	No recomendado

Resumen de las recomendaciones de la OMS... (cont.)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Periodo expulsivo		
Definición y duración del periodo expulsivo	Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del periodo expulsivo:	Recomendado
	Es el periodo comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.	
	Se debe informar a la mujer que la duración del periodo expulsivo varía de una a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 h, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 h	
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	Para las mujeres con anestesia peridural se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas	Recomendado
Método para pujar	Se debe alentar y asistir a las mujeres en el periodo expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	En el caso de mujeres con anestesia peridural en el periodo expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante 1 h o 2 h después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el periodo expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal	Recomendación específica en función del contexto

Resumen de las recomendaciones de la OMS... (cont.)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
	Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el parto</i>	
	Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva</i>	
	Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto</i>	
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal	En el caso de mujeres en el periodo expulsivo se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo) en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles	Recomendado
Política para la episiotomía	No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo	No recomendado
Presión del fondo uterino	No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el periodo expulsivo	No recomendado
Alumbramiento		
	Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento (F)	Recomendado
Uterotónicos profilácticos	La oxitocina (10 UI, i.m./i.v.) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP) (F)	Recomendado
	Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg) (F)	Recomendado

Resumen de las recomendaciones de la OMS... (cont.)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 min después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé (G)	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales, si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran una pequeña reducción en la pérdida de sangre (F)	Recomendado
Masaje uterino	No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica (F)	No recomendado

Atención del recién nacido

Aspiración nasal u oral de rutina	En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz (H)	No recomendado
Contacto piel con piel	Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia materna exclusiva (I)	Recomendado
Lactancia	Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento, tras corroborar la estabilidad clínica y en tanto la madre y el bebé estén listos (J)	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K v.i. después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia) (I)	Recomendado

Resumen de las recomendaciones de la OMS... (cont.)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
	Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva</i>	
	Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto</i>	
	Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto</i>	
	Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo</i>	
	Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para la salud de recién nacidos</i>	

Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	El baño se debe retrasar hasta 24 h después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos 6 h. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa una o dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 h del día (K)	Recomendado
---	--	-------------

Atención de la mujer tras el nacimiento

Evaluación del tono muscular del útero	Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina (L)	Recomendado
--	---	-------------

Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones (M)	No recomendado
--	---	----------------

Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía (M)	No recomendado
--	--	----------------

Resumen de las recomendaciones de la OMS... (cont.)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Evaluación materna de rutina después del parto	Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso), durante las primeras 24 h y a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en un plazo de 6 h. La orina se debe documentar en el lapso de 6 h (N)	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 h después del nacimiento (N y O)	Recomendado
<p>Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para la atención posnatal de la madre y el recién nacido</i></p> <p>Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto</i></p> <p>Incorporada a partir de la <i>Guía de la OMS: pinzamiento tardío del cordón umbilical para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé</i></p> <p>Incorporada a partir de las <i>Directrices de la OMS sobre la reanimación básica de recién nacidos</i></p> <p>Incorporada a partir de las <i>Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo</i></p>		

Anexo 7. Condiciones mínimas para la atención en parto y parto

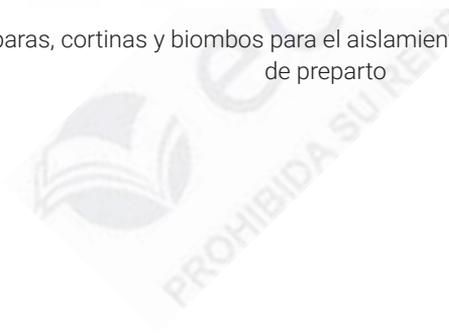
Durante la atención al trabajo de parto en los locales de parto y parto, en este enfoque respetuoso del nacimiento, se requieren ciertas condiciones que favorezcan la intimidad y cierta privacidad para la embarazada, las que pueden ser adaptadas a la realidad y a las condiciones de las instituciones cubanas:

- Usar cortinas en ventanas para modular la entrada de luz durante el día.
- Utilizar sencillos biombos o mamparas para el aislamiento en los casos de salas comunes de parto y en torno a aquellas gestantes que ya han iniciado con contracciones.
- Contar con algunas pelotas de parto para facilitar el movimiento de aquellas gestantes que sientan alivio con su uso.
- Contar con telas o rebozos colgados de argollas o tubos que les permitan adoptar posiciones colgadas o en cuclillas con ayuda de sus acompañantes.
- Colocar tubos o barandales para sostenerse mientras se mueven siguiendo su instinto.
- Las sillas de metal destinadas a que las gestantes puedan sentarse frente al respaldo y lograr movilizar la cadera, pueden ser una herramienta sencilla que facilite el alivio del dolor. Las propias telas o rebozos son una herramienta de apoyo para aliviar el dolor en la espalda baja durante la contracción al realizar presión sobre la zona.
- Crear un entorno con poco ruido y sin demasiadas personas mientras las gestantes están en trabajo de parto y en el momento expulsivo facilita el avance de la dilatación y la conexión de la embarazada con su bebé.
- En el momento del parto, de ser posible, contar con cama obstétrica, banco o silla de parto que permita la posición vertical, tanto para comodidad de la madre como del personal de salud que asiste al parto. Que la embarazada cuente con una bata que permita realizar el contacto piel con piel con el recién nacido, inmediatamente después del nacimiento

En las figuras siguientes se muestran algunos locales preparados con estas condiciones mínimas.



Fig. 7.1. Mamparas, cortinas y biombos para el aislamiento en los casos de salas comunes de parto



Anexo 8. Fotos que ejemplifican la preparación para el parto en Cuba



Fig. 8.1. Equipo de atención y preparación al parto con las gestantes participantes en un encuentro de preparación para el parto.

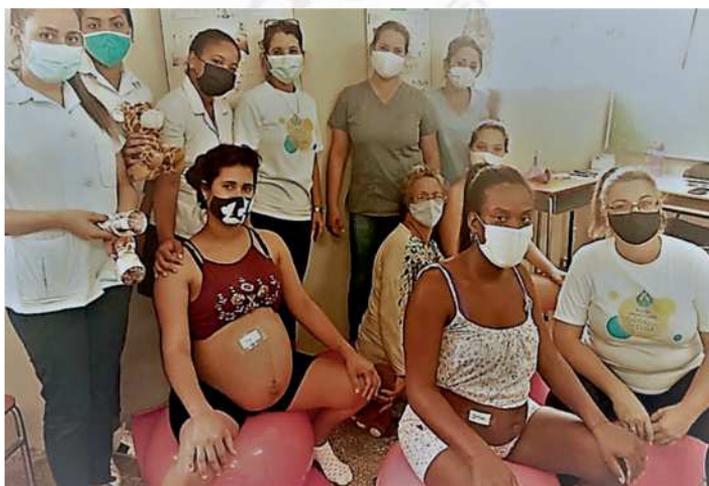


Fig. 8.2. Uso de pelotas en las sesiones o encuentros de preparación psicoprofiláctica para el parto.



Fig. 8.3. Encuentros de preparación para el parto en el que se dan herramientas a la embarazada para enfrentar la vivencia del parto y en particular el expulsivo.

ecim
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Guía de actuación para la atención al parto respetuoso

Esta guía de práctica clínica surge de la necesidad de introducir en Cuba actualizaciones y modificaciones al modelo, principalmente medicalizado, de atención durante la gestación, el parto y el puerperio. Incluye las competencias mínimas necesarias para la atención a la mujer durante el parto bajo un modelo respetuoso de atención, siguiendo las recomendaciones vigentes de la Organización Mundial de la Salud, la evidencia científica más actualizada y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Su objetivo es crear condiciones en torno al parto que favorezcan el respeto a la fisiología del proceso, priorice la atención expectante y de seguimiento a la labor de parto por encima de la atención preventiva y provea lo necesario para alcanzar una experiencia positiva tanto para la madre como para el recién nacido y la familia involucrada, convirtiendo a la gestante en protagonista de la vivencia.

La *Guía de actuación para la atención al parto respetuoso* va dirigida a los centros de atención secundaria, donde transcurren todos los partos en Cuba, y servirá a todo el personal que atienda el parto, sean especialistas en Medicina General Integral, Obstetricia, Neonatología, Pediatría, Anestesiología, personal de enfermería o cualquier otro personal de salud del área materno-infantil. Fue elaborada por el Ministerio de Salud Pública y acompañada por la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Cuba, la Oficina Regional del UNFPA para América Latina y el Caribe (LACRO) y, a través de esta, por el Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.



www.ecimed.sld.cu

ISBN 978-959-313-982-3



9 789593 139823