

**CONSTRUCCIÓN DEL COMPONENTE CUANTITATIVO DE UN ÍNDICE
MULTIDIMENSIONAL PARA LA MEDICIÓN DE PARTO HUMANIZADO**

**Sonia Julieth Ramos Rojas
Diana Lorena Gutierrez Gomez**

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Bogotá
2020**

**Construcción del componente cuantitativo de un índice multidimensional
para la medición de parto humanizado**

**Sonia Julieth Ramos Rojas
Diana Lorena Gutierrez Gómez**

**Directoras:
Adriana del Pilar Pacheco
Irene Parra-García**

Trabajo de Grado para optar por el Título de Magíster en Salud Pública

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Bogotá
2020**



La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

INTRODUCCIÓN

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los cuidados durante el embarazo y el parto, han evolucionado con el fin de mejorar la atención de maternas y neonatos. Su intención es reconocer que muchas mujeres han sufrido de un trato irrespetuoso, arbitrario y ofensivo en los centros de salud, amenazando el derecho a la vida, la integridad física y la salud mental del binomio madre e hijo ⁽¹⁾.

En los últimos 30 años, se ha generado un debate sobre el concepto de parto humanizado. Sin embargo, la OMS lo ha hecho desde su propio concepto denominado “experiencia de parto positiva” ⁽²⁾ que cumple con las creencias, expectativas y aspectos socioculturales de la mujer. En todos los casos se propone que el nacimiento humano debe ser en un ambiente seguro y tranquilo, tanto desde el punto de vista clínico como psicológico, contando con apoyo práctico y emocional, con la asistencia del personal de salud que cuente con las competencias técnicas adecuadas, además de calidez humana y empatía ⁽²⁾.

Actualmente, la discusión sobre parto humanizado es extensa, pero se ha concentrado en visibilizar la temática a través de reflexiones generales y definiciones conceptuales. Esto ha permitido caracterizar el proceso en general, así como identificar algunos de los actores y espacios en los cuales se debería desarrollar. Esto ha visibilizado que la salud materna no solo obedece a condiciones fisiológicas o de acceso a los servicios de salud, sino también a condiciones sociales, culturales, económicas y educativas ⁽³⁾ donde prime la satisfacción de la mujer a nivel espiritual, psicológico y social, creando un ambiente armonioso, favorable y no medicalizado⁽⁴⁾.

En oposición a esto no se han encontrado estudios que propiamente identifican un conjunto de variables con las cuales se pudiera medir e identificar si los servicios sanitarios llevan a cabo la atención prenatal de parto y puerperio de forma humanizada. Por lo tanto, la discusión académica sobre parto humanizado debe continuar a través de la medición, de forma que se pueda hacer un seguimiento efectivo en cuanto a la atención integral de la madre y el recién nacido.

Esto permitiría a su vez estandarizar un modelo de atención integral que garantice el estado de bienestar entre la madre, el recién nacido y el personal de salud, especialmente: ginecobstetras, pediatras y enfermeras ^(5,6). Se ha determinado que el parto humanizado no sólo es fundamental en cuanto a la calidad de la atención, sino que además mejora la seguridad en el proceso y reduce complicaciones obstétricas ⁽⁶⁾, por ende, el riesgo de mortalidad materna y neonatal ⁽⁷⁾.

La medición permitiría la creación de instrumentos y/o herramientas capaces de medir la humanización en el parto en un servicio. De igual forma, daría paso a la creación de una guía práctica o manuales metodológicos que hagan parte de la implementación de la ruta ocho Integral de

Atención en Salud Materno Perinatal, una de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, de la Resolución 3202 de 2016 ⁽⁷⁾.

Por todo lo anterior, es relevante contar con un índice multidimensional que permita medir el parto humanizado, a partir de variables y dimensiones extraídas de la literatura. Esto permitirá a su vez operacionalizar, señalar e implementar su respectiva medición en los servicios sanitarios. Dicho índice puede y debe contar con componentes cuantitativos y cualitativos para la comprensión del fenómeno ya que amplía la información y mejora los procesos de seguimiento para futuras investigaciones, logrando sistemas de medición precisos y de mejor calidad, que permite un análisis efectivo sobre el funcionamiento de los sistemas de salud. Para dar un abordaje profundo a cada componente, se plantea inicialmente construir el diseño cuantitativo como un aporte a la construcción de un modelo de índice multidimensional para parto humanizado que resuelva las siguientes cuestiones metodológicas: i) determinar las dimensiones que se consideren ligadas a parto humanizado y ii) seleccionar los indicadores asociados a cada dimensión ⁽⁸⁾.

Se realizó una revisión de la literatura en el marco de un proyecto de investigación sobre parto humanizado en varias ciudades de Colombia ⁽⁹⁾. El objetivo de dicha revisión fue proponer los componentes cuantitativos de un índice de parto humanizado extraídos de la literatura, con el fin de realizar aportes en la elaboración del índice multidimensional de parto humanizado. Para cumplir con el desarrollo de este modelo, se hizo una búsqueda de información de las posibles variables cuantitativas que pudieran medir el parto humanizado, para luego seleccionarlas y agruparlas en cuatro dimensiones que se presentarán a continuación: i) procedimientos en salud; ii) recursos del sistema de salud; iii) persona y bienestar y iv) salud mental y apoyo.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se realizó una revisión sistematizada de la literatura en las bases de datos Pubmed y Bireme, usando los términos MeSH («Childbirth», «humanized» and «indexes») y DeCS («parto humanizado, e «indicadores») y el operador booleano (AND), con el propósito de delimitar y especificar el objetivo de la búsqueda. Los criterios de inclusión fueron: a) títulos y resúmenes, cuyos textos mencionan: “el parto humanizado, la salud materna e indicadores” en tres idiomas «inglés, portugués y español»; b) textos libres o «full text»; c) publicaciones cuyo resultado de investigación sea de cualquier tipo de diseño metodológico, incluyendo tesis de maestría, doctorado, artículos originales o de revisión; y d) trabajos publicados desde el año 2000 hasta el 2020.

Con estos criterios se encontraron un total de 83 artículos. Posteriormente se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: i) documentos duplicados ii) violencia obstétrica, iii) artículos cualitativos y iv) textos conceptuales. Después de pasar por los criterios de exclusión, fueron escogidos un total de 31 artículos que cumplían con el objetivo del estudio (**Ver figura 1**). Los documentos que se

extrajeran en la revisión de la literatura se analizaron en su totalidad, y finalmente se incluyeron para la extracción y análisis de información.

EXTRACCIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

Se diseñó una matriz en Microsoft Excel con el fin de extraer la información más relevante de la revisión para alcanzar la saturación en la búsqueda de la literatura. En la etapa inicial se incluyeron los datos básicos de identificación de los documentos seleccionados, usando los siguientes criterios: a) tipo de estudio, b) año, c) tipo de documento, d) idioma y país, e) fecha y hora, f) base de datos, g) nombre del artículo, h) objetivo del estudio, i) categorías teóricas, j) métodos k) resultados y l) conclusiones. Posteriormente se recopiló la información de posibles variables que permitieran la construcción de las cuatro dimensiones, cuyos indicadores cuantitativos fueron repetitivos y/o recurrentes a lo largo de la revisión documental.

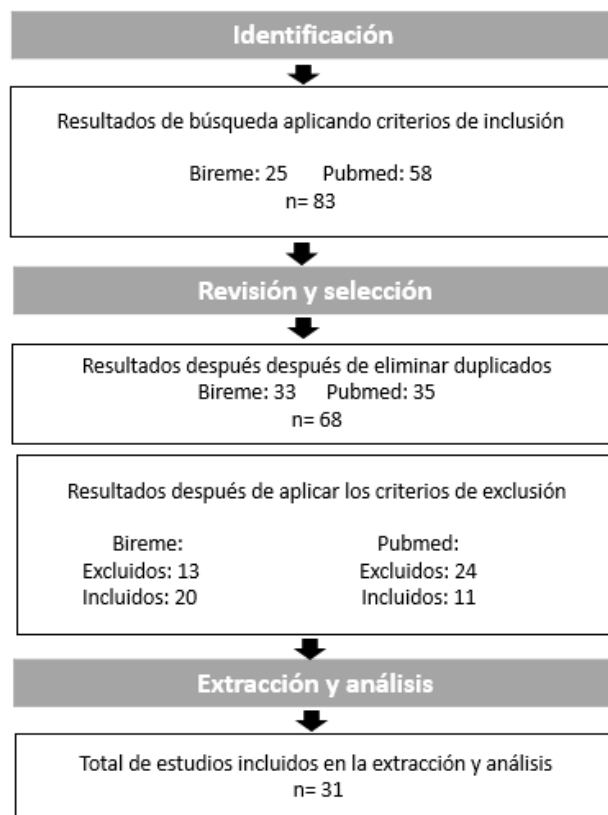


Figura 1. Flujograma de selección de artículos.

Fuente (autoras)

DIMENSIONES CUANTITATIVAS DEL PARTO HUMANIZADO

Los hallazgos más relevantes se presentan por cada dimensión que a su vez está dividida por indicadores. Se consideró que los indicadores de cada una de estas categorías podrían ser ubicados cronológicamente de acuerdo a las diferentes etapas que incluyen el proceso de atención a un parto.

INDICADORES PARA MEDIR EL PARTO HUMANIZADO A PARTIR DE VARIABLES CUANTITATIVAS					
DIMENSIÓN	INDICADORES	ETAPA			TODAS LAS ETAPAS
		PRENATAL	ALUMBRAMIENTO	POSNATAL	
PROCEDIMIENTOS EN SALUD	CONSULTAS MEDICAS	Seis visitas prenatales (5,8,10,11,12,13,14)		Una visita posparto (10,11,12,13, 14)	
	PRUEBAS DE LABORATORIO	Tipo de sangre, hemoglobina / hemoglobina, glucemia en ayunas, orina simple, parasitología y serología de heces: VDRL y anti-VIH (10,12,13,14)		Recolección de sangre para tipo de sangre y examen VDRL (11,13-17)	
	INMUNIZACION	Inmunización contra el tétanos (10,11,12,14)			
	MEDICAMENTOS ESENCIALES	Sulfato ferroso, ácido fólico, antiácidos, analgésicos (13)		Vitamina K (2,6,15,16)	
	DE PROCESO	Toma de altura uterina en todas las consultas, registro de edad gestacional después de la semana 12 de gestación, ecografía y auscultación de los latidos cardíacos fetales (13,14,15)	Puntuación de Apgar en el primer minuto de vida, toma de peso, talla y circunferencia craneana (15,16,17)		Toma y registro de la presión arterial (13, 15, 37)
RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD	PERSONAL DE SALUD		La atención del pediatra en la sala del parto (13,14,16)		La presencia de un médico (obstetra o no), enfermeras y otros profesionales para la atención prenatal y puerperal, como dentista, nutricionista, trabajador social, fisioterapeuta y psicólogo(6,13-16)
	MATERIALES Y EQUIPOS	Formulario de registro, carpeta o carnet prenatal, talímetro para adultos (altura), báscula para adultos (peso), estetoscopio monoauricular. (8,9,11,13,14)	Adecuación de salas de cesárea y parto normal, del alojamiento conjunto, estetoscopio/esfigmómetro y Pinar/sónar doppler en la sala de parto (13,15)	Sala, servicio de neonatología para recibir a los padres (13,14,16,17)	Disponibilidad de tarjeta prenatal, instrumento para registrar el historial clínico e identificar riesgos. (13,14)
PERSONA Y BIENESTAR	LACTANCIA MATERNA Y CONTACTO PIEL A PIEL		Contacto piel a piel del recién nacido con su madre durante los primeros 30 minutos (17,18,22)	Lactancia materna en la primera hora de vida (16)	
	INFORMACIÓN	Elección tipo de parto, posición (6), escoger acompañante (6,14,15,16), uso de métodos no invasivos y no farmacológicos para aliviar el dolor en su trabajo de parto (6,14-18)		Técnica de lactancia materna, cuidados y alarmas en el recién nacido, hábitos alimentarios, cambios fisiológicos y psicológicos (11,12)	Proporcionar información necesaria a la materna en relación a su proceso, contribuyendo en la evolución fisiológica normal del parto (16,18,19) .
SALUD MENTAL Y APOYO	ACOMPANAMIENTO				Presencia de acompañante de elección durante el embarazo, el parto y posparto, llevando a cabo una evolución espontánea vaginal sin complicaciones (6,15,16, 18,19, 23, 24, 31,35,36,39)
	DEPRESION Y ANSIEDAD	La depresión y la ansiedad materna pueden afectar negativamente el crecimiento fetal y neonatal (36)		Depresión y ansiedad a los 3 y 8 meses postparto (35) y embarazos no planificados que inducen el aborto (6,27,28,29)	Participación de las redes inmediatas de apoyo familiar y profesional de salud estrechando lazos en todas las etapas del parto hasta la llegada de su hijo(a) (6,15,16,30,38,39)

Tabla 1. Indicadores para medir el parto humanizado a partir de variables cuantitativas extraídas de la literatura (Fuente: autoras)

1. DIMENSIÓN PROCEDIMIENTOS EN SALUD

1.1 Consultas Médicas

El procedimiento médico más nombrado en los documentos de esta revisión fue la consulta médica tanto prenatal como posnatal. Diversos autores señalan que cada mujer embarazada debe tener al menos seis consultas prenatales, una en el primer trimestre, dos en el segundo y tres en el tercero (5,8,10,11,12,13,14). Si las consultas prenatales se inician anticipadamente permitirá vigilar los factores de riesgo que pueda tener la mujer en su trabajo de parto y parto, supervisando periódicamente el adecuado desarrollo y crecimiento del feto, con el fin de proporcionar seguridad y empoderamiento en esta importante etapa de su vida.

Los autores indican que es importante una consulta médica posparto porque pueden ocurrir varios cambios en la salud de la madre y el recién nacido. Ambos pacientes requieren el apoyo del equipo de salud que permitan la detección temprana de cambios importantes como estados depresivos, anemia o dificultades relacionadas con la lactancia materna, brindándoles asesoría respecto al método de anticoncepción a elegir (10,11,12,13,14) haciendo que la consulta posparto sea indispensable.

1.2 Pruebas de laboratorio

Los exámenes solicitados durante la etapa prenatal definirán el estado general de salud del binomio madre hijo. Es fundamental que la mujer acceda a los exámenes en el tiempo indicado ya que permite identificar, prevenir y tratar a tiempo cualquier patología o complicación que pueda presentar madre e hijo.

A continuación, se presenta el listado de los exámenes prenatales básicos señalados por la literatura: a) solicitud de tipificación sanguínea ABO-Rh durante la primera visita; b) Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), un examen realizado en la primera visita y en la semana 30 de gestación; c) orina: de rutina un examen realizado en la primera visita y en la semana 30 de gestación; d) glucemia en ayunas, con un examen en la primera visita y uno en la semana 30 de gestación; e) hematocrito y hemoglobina, en la primera visita, y, f) Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se realiza en todas las etapas prenatales (10,13,14,17,21). A su vez, los exámenes más importantes que se le realizan al recién nacido son: tamizaje neonatal, hemoclasificación del recién nacido y examen VDRL (11,13-17).

Se ha evidenciado que la mayoría de las mujeres que han cumplido con el total de las pruebas de laboratorio mencionadas anteriormente, han tenido una sensación de satisfacción, seguridad y control, en todas las etapas del embarazo y puerperio, presentando en su mayoría partos vaginales espontáneos, no medicalizados y sin necesidad de practicar episiotomías (10,12,13).

1.3 Inmunización y medicamentos esenciales

Garantizar la vacunación correcta permite inmunizar no solo a las mujeres embarazadas, sino también a sus bebés. Es un mecanismo eficaz de protección contra diferentes anomalías congénitas, abortos espontáneos, partos pretérminos y bajo peso al nacer, disminuyendo las tasas de morbimortalidad perinatal. Diversos estudios evidencian que la vacunación con toxoide tetánico en mujeres de edad fértil, podría erradicar el tétano neonatal, ^(10,11) pero Nascimento *et al*, contrarrestan el anterior estudio, evidenciando la importancia de la aplicación de una segunda dosis de la vacuna antitetánica para la prevención del tétano ^(12,14) ya que representa un riesgo para la vida tanto de la madre como de su hijo.

De acuerdo con Parada, *et al*, el consumo de sulfato ferroso, ácido fólico, antiácidos, analgésicos ⁽¹³⁾ carbonato de calcio y vitamina D ⁽⁶⁾ son primordiales para el funcionamiento, crecimiento y desarrollo normal del feto, disminuyendo el riesgo de insuficiencia ponderal del recién nacido. En la etapa de alumbramiento, se podría ofrecer la epidural para el manejo del dolor, pero solo si la mujer lo desea o acepta ⁽⁶⁾ y para la etapa posnatal, se debe ofrecer 1 mg de vitamina K una hora después del nacimiento ^(2,6,15,16), ya que previene la enfermedad hemorrágica que puede ser mortal en el neonato.

Una adecuada nutrición e inmunización, influirá positivamente en la salud materna, fetal y neonatal permitiendo un acercamiento al modelo de humanización ya que garantizará mejores desenlaces en salud y reducirá posibles factores de riesgo.

1.4 De proceso

Se deben realizar los siguientes procedimientos: toma de altura uterina, auscultación de los latidos cardiacos fetales y el registro de edad gestacional en todas las consultas después de la semana 12 de gestación y ecografía ^(13,14,15) ya que permitirá identificar alteraciones que pongan en peligro la vida de la madre y su feto. Así mismo, se requiere la toma y registro de la presión arterial en todas las etapas, debido a que gran parte de las mujeres embarazadas pueden padecer preeclampsia ^(13,15,37) ocasionando desenlaces fatales que reflejarán una mala atención en el servicio.

En la etapa de alumbramiento se necesita la puntuación de Apgar en el primer minuto de vida, junto a la toma de peso, talla, circunferencia craneana, lactancia materna y el contacto piel a piel entre la madre y el niño en la sala de partos, ^(15,16,17) otorgando beneficios que durarán toda la vida, mejorando la experiencia del binomio madre e hijo.

2. DIMENSIÓN RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD

2.1 Personal de Salud

Es indispensable garantizar un equipo interdisciplinario de médicos, obstetras, enfermeros ^(6,14) y personal de salud que sean suficientes para la atención prenatal, parto y puerperio. Además, se deben contar con otros profesionales como: dentista, nutricionista, trabajador social, fisioterapeuta y psicólogo ^(14,15,16). Este equipo debe estar capacitado para apoyar y orientar las necesidades de las mujeres por medio de un lenguaje comprensible que brinde seguridad y confianza sobre los procedimientos e intervenciones que se realizarán y a su vez, se mencionan los posibles riesgos que se puedan presentar durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto si se llega a presentar alguna complicación u hospitalización ^(13,14,15,26,36).

Según Parada *et al*, para la atención prenatal y puerperio, se requiere que en los servicios de salud 9 de cada 10 médicos sean obstetras, ⁽¹⁴⁾ cuyas intervenciones sean oportunas en todos los niveles de complejidad del sistema de salud. De igual manera, se necesita odontólogos que realicen un seguimiento continuo y periódico en las gestantes especialmente cuando padecen de enfermedades periodontales. Por último, es necesario potencializar el rol de los enfermeros para mejorar la calidad de la atención brindada creando un vínculo de corresponsabilidad, facilitando la identificación de posibles factores de riesgo ⁽¹⁴⁾.

2.2 Recursos Físicos

Parada, *et al* refieren que los recursos físicos más importantes que se necesitan en la etapa prenatal son: registro del control prenatal (carnet y/o carpeta), báscula, tallímetro, estetoscopio, mono auricular y esfigmómetro ^(13,14). Estos instrumentos permiten la identificación y detección de posibles riesgos durante la gestación, permitiendo tomar decisiones en pro de la salud de la madre y el bebé. También, se considera importante adecuar las salas de parto con oxígeno, estetoscopio y doppler, debido a que son herramientas que detectan precozmente signos y síntomas que puedan alterar la condición clínica del neonato ^(13,15). Es primordial habilitar salas posparto ^(13,14,16) que sean individuales, con suficiente espacio, luz moderada y poco ruido, equipadas con ayudas diagnósticas que monitoreen tanto a la madre como al recién nacido, ropa para la madre e hijo en la habitación ⁽¹⁶⁾ además, de camas articulables que permiten la posición deseada, favoreciendo la estancia de la madre y la llegada del recién nacido, donde se brinde un ambiente íntimo, cómodo y tranquilo entre la madre y su familia ^(16,17).

3. DIMENSIÓN PERSONA Y BIENESTAR

3.1 Lactancia materna y contacto piel a piel

Se considera indispensable contar con salas posparto y un acompañamiento continuo de los profesionales de la salud capacitados en consejería de lactancia materna. El contacto temprano piel a piel entre la madre y el recién nacido junto a la lactancia materna son indicadores relevantes de calidad en el parto humanizado. Un estudio de Nagahama, *et al*, mencionan la importancia de la leche materna en la primera hora de vida, ⁽¹⁶⁾ sin embargo, en otros estudios se recomienda que la lactancia comience dentro de la primera media hora después del nacimiento, y que los bebés permanezcan cerca de su madre durante al menos treinta minutos ^(17,18,22). Ofrecer leche materna exclusiva y complementaria brinda los siguientes beneficios: disminución de infecciones y de enfermedades no transmisibles, desnutrición, exceso de peso, entre otros.

No obstante, a algunas madres primerizas se les dificulta conseguir la lactancia exclusiva debido a un mal agarre del pezón por parte del recién nacido. Esto provoca dolor en los pechos y puede desencadenar en mastitis y escasez del flujo de leche materna. De atenderse adecuadamente, es posible superar esta situación sin que se convierta en una mala experiencia, ⁽¹⁶⁾ sin embargo, se requiere el asesoramiento empático y paciente, de expertos quienes indicarán la posición adecuada para amamantar, los diferentes tipos de masajes que pueden ayudar en el alivio del dolor y una buena estimulación en el aumento del flujo de leche ^(11,12).

3.2 Información

En la etapa prenatal las gestantes tienen derecho a indagar y/o recibir información en cuanto a la elección del tipo de parto como: cesárea o parto vaginal. Posición de preferencia como: de pie, arrodillada, de cuclillas, acostada, entre otras.⁽⁶⁾ Escoger acompañante: padre del bebé, madre, hermana, suegra o cuñada.^(6,14,15,16) Uso de métodos no invasivos y no farmacológicos para aliviar el dolor en su trabajo de parto como: baño de ducha, ejercicios de respiración, masajes y musicoterapia ^(6,14-18) representando así, el empoderamiento de la gestante de acuerdo a sus preferencias ^(6,15-17,34). Esta información debe ser suministrada preferiblemente por el médico quien hace el seguimiento de los controles prenatales.

No obstante, también puede ser proporcionada por los enfermeros, aunque, algunos profesionales de la salud tienen una actitud autoritaria hacia la futura madre ocasionando que las mujeres pierdan autonomía ⁽¹⁴⁾ y no se les respete el derecho a la información ⁽¹⁶⁾.

En la etapa postnatal, la madre tiene el derecho a recibir asesoramiento en cuanto al perfeccionamiento y posibles dificultades en la técnica de lactancia materna, cuidados y alarmas en

el recién nacido, hábitos alimentarios, cambios fisiológicos y psicológicos ^(11,12). Esta información deberá ser proporcionada por cada profesional del equipo interdisciplinar. No obstante, muchas veces es atendida de manera breve y rápida por el médico y/o enfermera, quienes también se ven obligados por la cantidad de demanda del servicio y poco personal de salud en los servicios sanitarios.

Diversos estudios concluyen que la mayoría de las mujeres embarazadas que cumplen las recomendaciones prenatales son quienes han tenido embarazos múltiples por parto vaginal y sin complicaciones ^(16,19,23,24). Para que un parto se de en las condiciones adecuadas se necesitan de ciertas características biosociales, que las considere de bajo riesgo, entre estas características se encuentran: embarazos planificados, la edad, convivencia, nivel educativo apropiado ^(6,15,25,27,30) y asistencia a todos los controles prenatales, reduciendo el número de partos prematuros, bajo peso al nacer y la morbimortalidad materna y perinatal ⁽⁶⁾.

En todas las etapas del parto se debe priorizar la asistencia médica que proporcione información necesaria a la materna en relación a su proceso actual y que, a su vez, contribuya en la evolución fisiológica normal del parto ^(16,18,19).

4. DIMENSIÓN SALUD MENTAL Y APOYO

4.1 Acompañamiento, depresión y ansiedad

La presencia de un acompañante de elección es importante en todas las etapas del parto, ya que implica seguridad y confianza para la salud mental de la mujer ^(6,15,16,39). De tal modo, que cuando llegue el momento de dar a luz, se cuente con apoyo de un familiar, pareja o alguien de confianza que brinde palabras de aliento en un ambiente armonioso, de confidencialidad y, llevando a cabo, una evolución espontánea vaginal sin complicaciones cuyos resultados satisfagan a la mujer ^(6,16,36).

En la etapa prenatal, se encontró que la depresión y la ansiedad materna pueden afectar negativamente el crecimiento fetal y neonatal ⁽³⁶⁾. Si estos síntomas depresivos persisten en el postparto se asocia en primer grado a los antecedentes de trastornos hereditarios de la madre ⁽³⁵⁾ y en segundo grado a una escasa red de apoyo familiar, ^(31,35,36) estos factores pueden dificultar la salud física, mental, sexual y reproductiva, ⁽³⁵⁾ fomentando la disfuncionalidad familiar de quienes son el principal soporte social y emocional de la mujer ^(33,35).

De acuerdo con Bell *et al*, algunos síntomas de depresión y ansiedad aparecen entre los dos y ocho meses posparto, ⁽³¹⁾ convirtiéndose en una experiencia traumática que debe ser tratada por medio de estrategias de detección y prevención desde la etapa prenatal, con el fin de mejorar la

participación de las redes inmediatas de apoyo familiar, profesional de salud o personas de confianza estrechando lazos en todas las etapas del parto hasta la llegada de su hijo(a) ^(30,38,39).

Según diversos estudios, se encontró que las mujeres que no reciben asesoría posparto, podrían tener una mayor tendencia a presentar embarazos no planificados, y, como consecuencia de este embarazo, se pueden generar graves problemas sociales y psicológicos, desenlazándose en decisiones como el aborto ^(6,27,28,29).

Dentro de parto humanizado se desconoce el componente de acompañamiento psicológico con enfermedades de salud mental asociados al proceso de parto, ya que, en la literatura no se evidenció. Por lo tanto, es un vacío importante a cubrir, siendo necesario capacitar al equipo de salud encargado de la atención de la gestante y su bebé, atendiendo de manera prioritaria los primeros signos y síntomas de depresión y ansiedad, desde la etapa prenatal hasta el posparto con el fin de reducir estas posibles afecciones mentales.

CONCLUSIONES

Al llevar a cabo la revisión sistematizada en Pubmed y Bireme, se concluye que es posible medir la humanización en el parto, por medio de las cuatro dimensiones e indicadores descritos anteriormente. Dos limitaciones encontradas fueron: a) no utilizar términos o sinónimos del concepto de parto humanizado para la respectiva búsqueda bibliográfica debido a la heterogeneidad de los estudios y b) ausencia de la búsqueda de literatura gris, documentos institucionales, entre otros.

Para la salud pública, es un gran reto humanizar la asistencia en salud en todos los ámbitos debido a las adaptaciones y habilidades que demanda y que no son propias ni priorizadas por la tradición médica occidental. Específicamente en el proceso del parto se debe aplicar diferentes estrategias técnico-científicas que impliquen “respeto y comunicación” entre el personal de salud, la gestante y su entorno familiar, garantizando un ambiente armonioso que tenga en cuenta las condiciones sociales, económicas, étnicas o el estado clínico de la materna. Además, implica escuchar las peticiones de la futura madre, para tomar decisiones en conjunto y explicar los procedimientos clínicos necesarios que se le deben realizar, hablando con claridad y de forma oportuna sobre posibles riesgos y beneficios, brindando seguridad, empatía, calidez humana y empoderamiento a la mujer en su embarazo ya que merecen vivir una experiencia inolvidable.

Los servicios de salud deberían contar con los mínimos básicos para garantizar un parto humanizado, dado que estos no se alejan de forma particular de lo solicitado por la normatividad en términos de insumos y equipos. Sin embargo, esto dependerá de la ubicación territorial, determinantes estructurales y/o recursos de cada uno de los servicios sanitarios, para contar con las

citas, exámenes y tamizajes pertinentes. Además de contar con el suficiente personal de salud, que permita un diagnóstico y tratamiento temprano de los posibles riesgos que afecten la salud de la madre y su hijo.

Es importante enfatizar la dimensión de salud mental dentro del parto humanizado. La revisión demostró que este componente no suele identificarse como parte del proceso de atención prenatal de parto y puerperio. Como mínimo, es indispensable que los equipos de salud encargados en todas las etapas del proceso desde la prenatal hasta la posnatal se encuentren capacitados para identificar, e idealmente contener en etapa inicial este tipo de afecciones, logrando una mejor atención de calidad en la salud materna.

Si se logra implementar el Índice Multidimensional de Parto Humanizado (IMPH) se podría identificar las múltiples carencias que ponen en riesgo la atención materna y perinatal, minimizando los posibles riesgos de enfermedad o complicaciones obstétricas, a través de una adecuada atención del parto, por medio de un lenguaje claro, conciso, y relevante, asegurando el bienestar del binomio madre e hijo. Esta herramienta, también permitiría optimizar recursos económicos en cuanto a “costo-beneficio” ya que podría reducir indicadores de morbilidad materna y perinatal, al evitar prácticas invasivas y medicalizadas, como las cesáreas injustificadas.

Al garantizar un parto humanizado en todos los servicios sanitarios se podría en parte dar cumplimiento al Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Es decir, permitiría la orientación articulada de los diferentes integrantes del sistema de salud que responda a las prioridades de salud de las maternas, satisfaciendo sus necesidades y expectativas. También, es necesario adoptar una ley de parto humanizado que genere estrategias en contra del maltrato obstétrico, centrándose en el parto fisiológico o natural con el fin de reducir riesgos en los procedimientos y lograr el empoderamiento de la mujer en todo el proceso del parto.

Se recomienda realizar estudios complementarios que evalúen la humanización del parto, desde el componente cualitativo para poder integrarlo al modelo cuantitativo del presente documento, con el fin de incluirlos en la organización del modelo de índice multidimensional que contribuya a la humanización del parto y que sean ejecutados por los servicios sanitarios con el propósito de mejorar los servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. 2018 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
3. Agudelo S, González L, Vélez G, Gómez J, Gómez R. Análisis de las relaciones sociales durante el embarazo en mujeres con y sin morbilidad materna extrema. Medellín, 2011-2012. RGYPS [Internet]. 30 jun.2016 [citado 17 sep.2020];15(30). Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17162>
4. Jacobo L. Atención del Parto Humanizado en Instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería. Bogota D.C 2018
5. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Centro Nacional de Investigación en evidencia y tecnologías en Salud CINETS para uso de profesionales de salud. 2013 - Guías No. 11-15. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf)
6. O. Munares. Características Bio sociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú, 2013. Med. UIS; 28(3): 291-299, sep.-dic. 2015.
7. Ministerio de Salud y protección social. Resolución 3202 de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
8. Larrú, J. Medición multidimensional de la pobreza: estado de la cuestión y aplicación al ODS-1. Revista Internacional De Cooperación Y Desarrollo, 3(1), 4-34. 2016. <https://doi.org/10.21500/23825014.2540>
9. Pacheco A, Rodríguez Y, Quintana E, Mejía C, Cantillo L, Escobar M, Morales L, Guerrero N, Ruiz M, Caceres F , Informe Técnico No 1 de Avance de programas y proyectos de Ctei: Prevalencia y factores asociados al parto humanizado en siete ciudades de Colombia, 2018 . En: , ,2020,
10. Livelli Becker, M. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária no município de Rio Branco, Acre. Rio de Janeiro; s.n; 2012. 94 p. tab, graf.
11. Passos A, Moura E. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 July [cited 2020 June 20] ; 24(7): 1572-1580. Available <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700012>.
12. Grangeiro G, Diógenes M, Moura E. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2008 Mar [cited 2020 June 20] ; 42(1): 105-111. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100014>.
13. Nascimento E, Rodrigues Q, Almeida M. Prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia. Acta paul. enferm. [Internet]. 2007 Sep [cited 2020 June 20] ; 20(3): 311-315. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300011>.
14. Parada C, . Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2008 Mar [cited 2020 June 20] ; 8(1): 113-124. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000100013>.
15. Nascimento E, Paiva M, Rodrigues Q. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2007 Apr [cited 2020 June 20] ; 7(2): 191-197. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000200010>.
16. Parada C, Carvalhaes M. Childbirth care: contributing to the debate on human development. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Oct [cited 2020 June 21] ; 15(spe): 792-798. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700013>.
17. Nagahama E, Santiago S. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 Aug [cited 2020 June 20] ; 24(8): 1859-1868. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800014>.
18. Nagahama E, Santiago S. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. Acta paul. enferm. [Internet]. 2008 [cited 2020 June 20] ; 21(4): 609-615. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400012>.
19. Nagahama E, Santiago S. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. Rev. bras. saúde matern. infant ; 11(4): 415-425, out.-dez. 2011. Tab. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400008>

20. Uchoa J, Sales A, Joventino E, Ximenes L. Indicadores de qualidade da assistência ao pré-natal: realidade de gestantes atendidas em unidade de saúde da família. *Rev. enferm. UFPE on line* ; 4(1): 209-217, 20100300. tab. 2010. Link <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-18829>
21. Andreucci C, Cecatti J. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil *Cad. saúde pública* ; 27(6): 1053-1064, jun. 2011. ilus, tab. Link https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003
22. Stancato K, Vergilio M, Bosco C. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-ppp de um hospital universitário. *Ciênc. cuid. saúde* ; 10(3): 541-548, jul.-set. 2011. Tab. Link <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v10i3.12656>
23. Silva E, Lima R, Ferreira, N, Costa M. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias / Prenatal primary care in the municipality of João Pessoa, in the Brazilian State of Paraíba: characterization of services and users. *Rev. bras. saúde matern. infant* ; 13(1): 29-37, jan.-mar. 2013. Tab. Link <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000100004>
24. Borem P, Ferreira J, Silva U, Valério J, Orlando C. Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model Aumento do percentual de partos vaginais no sistema privado de saúde por meio do redesenho do modelo de cuidado. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2015, vol.37, n.10, pp.446-454. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005264>
25. Oliveira T. Avaliação da assistência materna e neonatal em Casa de Parto. Rio de Janeiro; s.n; 2017. 90 p. Link <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948127>
26. Vieira V, Almeida E, Costa F, Sousa A, Canicali C. Avaliação dos indicadores de processo do programa de humanização no pré-natal e nascimento e da rede cegonha. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online) ; 9(4): 1055-1060, out.-dez. 2017. Tab. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1055-1060>
27. Brilhante A, Moreira C, Castro A, Martins A, da Silva Coelho T, Mendes C. Avaliação de partos assistidos na água por enfermeiras obstetras / Obstetrical nurses evaluation of water births. *Rev. enferm. UFPE on line* ; 11(11): 4418-4423, nov.2017. ilus, tab. Link file:///C:/Users/Sonia/Downloads/15017-72492-1-PB.pdf
28. Aguiar J, Versiani C, Dias C, Moreira D, Andrade D, Xavier G. Indicadores de assistência às vias de parto. *Rev. enferm. UFPE on line* ; 12(6): 1674-1680, jun. 2018. ilus, tab. Link <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-982174>
29. Tsunehiro M, Lima M, Bonadio I, Corrêa M, Silva A, Donato S. Prenatal care assessment according to the Prenatal and Birth Humanization Program. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* (Online) ; 18(4): 771-780, Oct.-Dec. 2018. Tab. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400006>
30. Saturno P, Fernández M, Martínez I, Poblano O. Construction and pilot test of a set of indicators to assess the implementation and effectiveness of the who safe childbirth checklist. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 154 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1797-y>
31. Bell A, Carter C, Davis J, et al. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(2):219–227. doi:10.1007/s00737-015-0555-7
32. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):455. Published 2018 Nov 23. doi:10.1186/s12884-018-2087-4
33. Banks K, Karim A, Ratcliffe H, Betemariam W, Langer A. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health Policy Plan.* 2018 Apr 1;33(3):317-327. doi: 10.1093/heapol/czx180.
34. Glazier J, Hayes D, Hussain S, D'Souza S, Whitcombe J, Heazell A, Ashton N. The effect of Ramadan fasting during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Oct 25;18(1):421. doi: 10.1186/s12884-018-2048-y.
35. Vignato J, Georges J, Bush R, Connelly C. Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *J Clin Nurs.* 2017 Dec;26(23-24):3859-3868. doi: 10.1111/jocn.13800. Epub 2017 May 23. PMID: 28295746; PMCID: PMC5599312.
36. Pinto T, Caldas F, Nogueira C, Figueiredo B. Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *J Pediatr (Rio J).* 2017;93(5):452-459. doi:10.1016/j.jped.2016.11.005
37. Seijmonsbergen A, van den Akker T, Beeckman K., Bogaerts A, Barros M, Janssen P, Binfa L, Rydahl E, Frith L, Gross M, Hálfárdánsdóttir B, Daly D, Calleja J, Gillen P, Vika A, Declercq E & de Jonge A. (2018). Variations in childbirth interventions in high-income countries: protocol for a multinational cross-sectional study. *BMJ open*, 8(1), e017993. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017993>
38. Dennis A, Hardy L, Leeton L. The prone position in healthy pregnant women and in women with preeclampsia - a pilot study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):445. Published 2018 Nov 16. doi:10.1186/s12884-018-2073-x
39. Teles L, Oliveira A, Campos F, et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto [Development and validating an educational booklet for childbirth companions]. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(6):977-984. doi:10.1590/S0080-623420140000700003