

EL PARTO HUMANIZADO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

**Yaline Sánchez Neira
Arturo Alberto Montaña Mendoza**

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

EL PARTO HUMANIZADO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

**Yaline Sánchez Neira
Arturo Alberto Montaña Mendoza**

**Directora: Adriana del Pilar Pacheco-Coral
Ximena Romero Infante
María Montserrat Uriel Calvo
Irene Parra-García**

**Trabajo de Grado para optar por los Títulos de
Magíster en Salud Pública
Especialista en Medicina Materno Fetal**

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Especialización en Medicina Materno Fetal
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

Trabajo de grado tipo artículo:

El Parto Humanizado: una revisión de la literatura

The Humanized Birth: a review of the literature

Yaline Sánchez Neira,¹ Arturo Alberto Montaña Mendoza,²

1. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialización en Medicina Materno Fetal. Universidad El Bosque.
2. Especialista en Epidemiología. Maestría en Salud Pública. Universidad El Bosque.

Autor de correspondencia: Yaline Sánchez Neira. Maestría en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Avenida Carrera 9 # 131A-02, Edificio Fundadores, piso 5 costado sur, Bogotá, Colombia. Código postal 110121. Teléfono 57(1) 6489000 ext. 1226 ysanchezn@unbosque.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Sintetizar la información del parto humanizado y sus diferentes etapas, a partir de una revisión crítica de la literatura mundial, con el fin de proponer un concepto actualizado. **Métodos:** Búsqueda y revisión crítica de la literatura en el periodo de enero del 2000 hasta enero del 2019, utilizando las bases de datos: PubMed, Medline, Embase, ScienceDirect, ProQuest y Cochrane, en español, francés, portugués e inglés. **Resultados:** Las características de los textos analizados contienen el aspecto emocional y beneficios del parto humanizado, la influencia de la tecnología, las facilidades y barreras en la humanización, la valorización de la satisfacción, autonomía y autocontrol de la gestante, entre otros, permitiendo analizar el concepto de parto humanizado. **Conclusiones:** La atención del parto humanizado desde la preconcepción, debe fundamentarse en la evidencia científica, regionalizada, multidisciplinaria, integral, centrada en las familias, apropiada culturalmente, respetuosa de las decisiones de las mujeres, así como de su privacidad, confidencialidad y dignidad.

Palabras Claves: Parto humanizado, recién nacido, atención prenatal, período posparto, parto normal.

ABSTRACT

Objective: Synthesize the information of humanized childbirth and its different stages, from a critical review of world literature, in order to propose an updated concept. **Methods:** Search and critical review of the literature from January 2000 to January 2019, using the databases: PubMed, Medline, Embase, ScienceDirect, ProQuest and Cochrane, in Spanish, French, Portuguese and English. **Results:** The characteristics of the analyzed texts contain the emotional aspect and the benefits of humanized childbirth, the influence of technology, the facilities and barriers in humanization, the appreciation of the satisfaction, autonomy and self-control of the pregnant woman, among others, allowing analyze the concept of humanized childbirth. **Conclusions:** Humanized childbirth care from preconception must be based on scientific evidence, regionalized, multidisciplinary, comprehensive, family-centered, culturally appropriate, respectful of women's decisions, as well as their privacy, confidentiality and dignity.

Key Words: Humanized delivery, newborn, prenatal care, postpartum period, normal delivery.

Introducción

A nivel mundial se presentan diferentes modelos de atención al parto,¹ siendo el de mayor implementación la medicalización de los servicios de maternidad, el cual se originó en la segunda mitad del siglo XX.^{1,2} Este hecho cambió el escenario de la asistencia al parto llevándolo del interior del hogar a una sala de hospital, con la justificación de mejorar la seguridad en los procedimientos obstétricos.³ La consecuencia de este cambio de escenario fue la imposición de un dominio médico al proceso natural del parto y la desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo.^{1,3,4}

A pesar del aparente incremento en la seguridad del procedimiento obstétrico, el uso de tecnología tiende a deshumanizar el trato y la atención durante el procedimiento.⁵⁻⁷ Según algunos expertos,^{2,6,8} alcanzar los conocimientos necesarios y dominar técnicas avanzadas en medicina, genera en los profesionales de la salud actitudes que no contemplan las necesidades de las gestantes, lo que produce insatisfacción por parte de éstas.⁷ Por lo anterior, en la década de los 80 empezaron a cuestionarse las prácticas médicas y su dominio en la atención del parto,¹ abriendo el debate sobre la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad y humanizada. El concepto presentó cambios tanto desde las gestantes, como de los profesionales de la salud, incluyendo dentro del debate la reivindicación del empoderamiento de la mujer.^{4,9}

Con este cambio de paradigma algunos estados y organizaciones internacionales diseñaron e implementaron reformas legislativas y normativas.^{7,8} La Organización Mundial de la Salud (OMS)^{10,11} revisó el modelo biomédico de atención a la gestación y el parto para afirmar que la medicalización realizaba no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, no tenía en cuenta sus necesidades y expectativas, y limitaba su autonomía.¹² Por esta razón, la OMS propuso una atención al parto adecuada, centrada en la mujer y con su participación en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados.^{10,11} Adicionalmente, le brindó una atención integral durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio.¹³

Para algunos autores el concepto de parto humanizado solo se refiere a la etapa del nacimiento;² sin embargo, otros autores incluyen diferentes períodos y reflexiones sobre la manera de iniciar, regular, terminar y monitorear el proceso fisiológico del embarazo y el parto.^{14,15}

En este artículo se desarrolla una conceptualización actualizada del parto humanizado a partir de los siguientes pasos: 1. Búsqueda de estudios sobre conceptos y factores asociados a las etapas del parto humanizado. 2. Lectura crítica de los estudios para evaluar e interpretar sus aportes al tema. 3. Descripción e identificación de los conceptos y componentes de las diferentes etapas del parto humanizado desde antes de la concepción hasta el posparto.

Materiales y Métodos

Tipo y diseño del estudio

Se realizó la presente revisión crítica de la literatura acorde a los lineamientos de la metodología Prisma.^{16,17} Se llevó a cabo a través de una búsqueda exhaustiva de artículos científicos tomados de las bases de datos: PubMed, Medline, Embase, ScienceDirect, ProQuest y Cochrane a través de los cuales se llegó a los repositorios de revistas de acceso libre, publicados de enero de 2000 a enero de 2019 en tanto se estableció esta ventana como el tiempo de nacimiento y desarrollo del concepto de parto humanizado.

Se fortaleció la búsqueda a través de un sistema manual para revisar revistas indexadas, literatura gris y Google académico. Se enfatizó de manera puntual en la conceptualización de lo anteriormente mencionado y en los aportes en la literatura relacionado a las publicaciones sobre parto humanizado.

La selección de artículos científicos fue de estudios observacionales, revisiones de la literatura, meta-análisis y estudios descriptivos que detallen suficiente evidencia científica para así lograr construir una comparación entre los conceptos de parto humanizado y los factores asociados. La extracción de los datos se soportó con los datos relevantes de cada

uno de los artículos incluidos y las dudas surgidas de dicha selección se resolvieron por consenso. Dadas las condiciones y el tipo de trabajo seleccionado, no fue necesario el cálculo de una muestra específica.

Estrategia de búsqueda para identificación de artículos

- Se recurrió a la herramienta DeCS para la normalización de la terminología en salud necesaria para captar el concepto de parto humanizado utilizando los términos propios de la investigación en ciencias de la salud.
- Se creó así la siguiente matriz de búsqueda ("humanized birth"[MeSH Terms] OR ("birth" [All Fields] AND "humanized"[All Fields]) OR "humanized birth "[All Fields]) AND ("parto humanizado"[MeSH Terms] OR ("partos"[All Fields] AND "humanizado"[All Fields]) OR "atención prenatal "[All Fields] OR ("definición de parto "[All Fields] AND " parto normal "[All Fields])) OR "atención prenatal "[All Fields] OR ("prenatal"[All Fields] AND " período posparto "[All Fields])).

Criterios de inclusión

Los límites establecidos para la búsqueda fueron los siguientes:

- ✓ Estudios que hayan sido ejecutados en seres humanos.
- ✓ Estudios sin restricción en raza
- ✓ Artículos de los cuales se dispusiera del texto completo.
- ✓ Artículos, trabajos y documentos publicados en los años de estudio.

Criterios de exclusión

- ✓ Artículos, trabajos y documentos publicados en años no incluidos en el estudio que no resuman información respecto a la evidencia y situación actual del parto humanizado.

- ✓ Artículos o libros escritos en otros idiomas no incluidos en el estudio.

Control de errores y evaluación de estudios incluidos

Para el control de sesgos, se estableció una búsqueda manual y en “bola de nieve” por dos revisores independientes posterior a la lectura de los artículos seleccionados de acuerdo a los criterios de selección establecidos por los investigadores, de esta forma una selección válida de la información contribuida en este trabajo de investigación.

La lectura completa de los artículos seleccionados proporcionó una alta calidad en el análisis de la información encontrada en la literatura hasta la fecha descrita, que represente datos de calidad metodológica.

Los cegamientos fueron evaluados desde el punto de vista de los participantes y de los desenlaces valorados.

Extracción de datos

Se realizó posterior a la lectura de los estudios, la selección final de los artículos a incluir en el análisis teniendo en cuenta los siguientes puntos: 1. Diseño y tipo del estudio 2. Bases de datos seleccionadas con año de publicación de acuerdo a criterios establecidos de selección 3. Definición y abordaje del concepto de parto humanizado.

Al terminar la revisión de los estudios, se evaluaron de forma independiente la elegibilidad de todos ellos a partir del cumplimiento de los criterios de selección, y fueron determinados de acuerdo con la pregunta de investigación planteada: ¿Cuál es la conceptualización del parto humanizado según la revisión de la literatura durante los años 2000 al 2019?

Resultados

Una vez terminada la revisión, se evaluó la elegibilidad de todos los estudios encontrados, a partir del cumplimiento de los criterios de selección. Se obtuvo un total de 59 estudios de las bases de datos, de estos se seleccionaron 42 estudios con texto completo de los cuales 30 cumplieron con los criterios de inclusión (Figura 1).

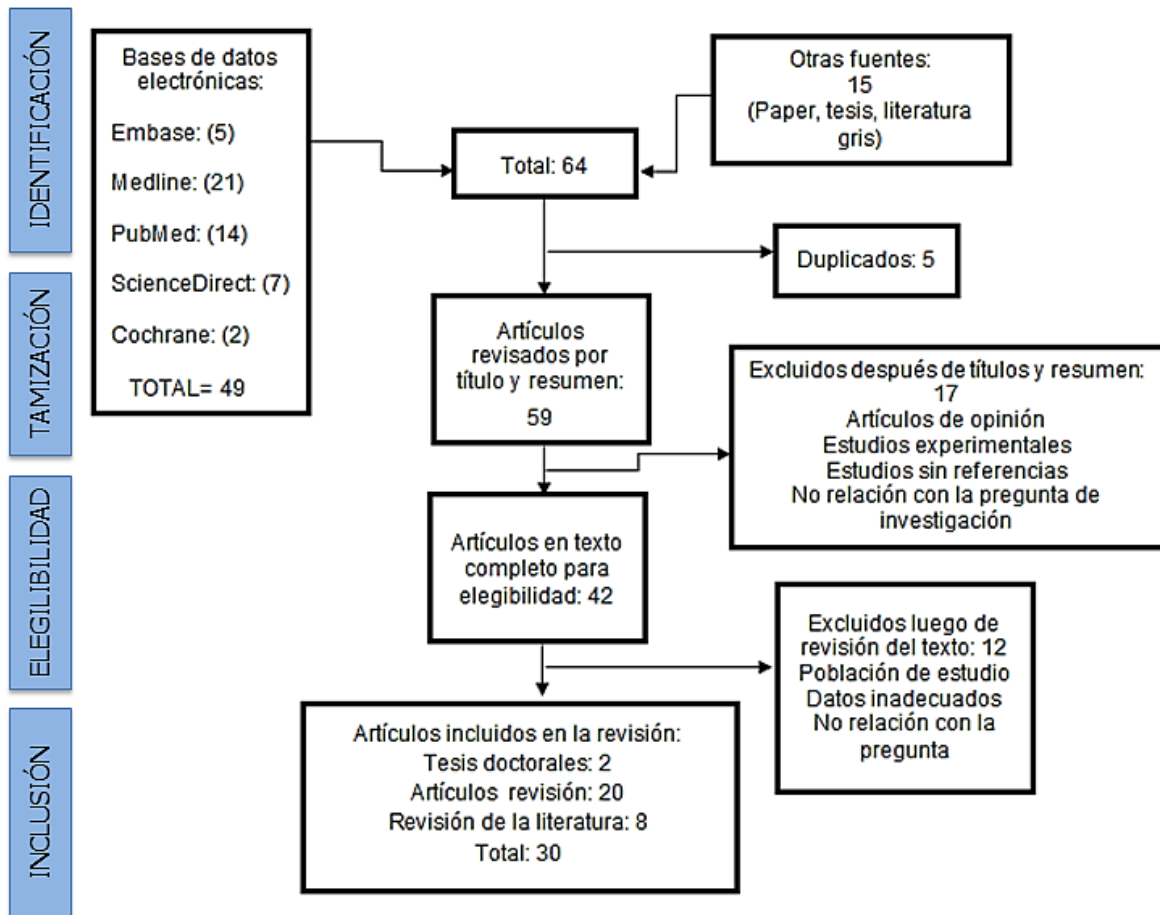


Figura 1. Proceso de selección de la revisión del parto humanizado.

Siguiendo una matriz para extracción de resultados de estudios para revisiones de la literatura, se encontraron los siguientes tipos de textos: dos tesis doctorales, ocho revisiones de la literatura, dos artículos analíticos, siete descriptivos, cinco cualitativos, cuatro reflexivos y dos estudios controlados aleatorizado prospectivo.

Los estudios utilizaron como técnicas de recolección de datos: entrevistas, encuestas, observaciones de campo y grupos focales, además, presentan diversidad de enfoques (Cuadro D). Fueron realizados por universidades públicas y privadas, hospitales universitarios, centros de atención materno-perinatal y entidades públicas encargadas de la salud de diferentes

países, permitiendo analizar el concepto de parto humanizado desde múltiples visiones y métodos.

Cuadro I:
Enfoque de los estudios encontrados

• La humanización del parto y la atención del mismo.
• El aspecto emocional, la importancia y los beneficios del parto humanizado.
• La tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento
• Estudios multidisciplinarios comparativos entre el modelo biométrico y el parto humanizado.
• Educación y comportamientos maternos.
• La salud materna y fetal en el proceso del nacimiento humanizado incluyendo las experiencias de maltrato de mujeres durante el parto.
• Facilidades y barreras en la humanización del parto.
• Valorización de la satisfacción, autonomía y autocontrol de la gestante.
• Percepción y calidad de la atención del personal profesional en el parto humanizado.

Fuente: elaboración propia por los autores.

Discusión de los Resultados

Uno de los acontecimientos más importantes en la vida del ser humano es el nacimiento de un hijo. Para la mujer el embarazo y el parto constituyen profundas y poderosas experiencias que tienen el potencial de afectar el resto de su vida, tanto física como emocionalmente.^{4,19} Sumado esto, el trabajo de parto, siendo un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones derivadas de la detección de los riesgos potenciales que aparecen durante la gestación y el parto, provocando que el proceso de nacimiento esté vinculado a condiciones de vulnerabilidad.^{3,8,14,15,20}

El desarrollo de la tecnología y su implementación en la atención al trabajo de parto, ha permitido disminuir las condiciones de riesgo y las complicaciones tanto maternas como fetales.^{3,4,6} En la actualidad, dar a luz se considera médicamente seguro para la mayoría de la población aunque la tasa de mortalidad materna mundial es de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.^{3,10,11,20} Adicionalmente, la medicalización y tecnificación de la asistencia médica ha centrado la atención del proceso casi de forma exclusiva en el útero de la gestante, olvidando los intereses y deseos de la mujer.^{7,8,15} Esta justificación basada en la seguridad de la gestante,

los resultados obstétricos y la evidencia científica, no garantiza la humanización del parto.^{3,7,21}

Hoy en día, con la percepción médica del nacimiento como una situación de riesgo, justifica sus prácticas clínicas y el desarrollo de las políticas públicas.^{7,8,22} Esto ha conllevado que durante cada visita del control prenatal, realizada por un obstetra o una persona que asista a las mujeres en el parto, se haga una evaluación permanente del riesgo para la madre y el feto.^{3,9}

En cuanto a las políticas públicas, estas se centran en la prevención del riesgo por lo que hace necesario que todas las gestantes utilicen los servicios de salud para evaluarlo, con el objetivo de controlarlo y/o prevenirlo.^{1,8,12}

En particular, el proceso falla en identificar que para hacer del parto un evento seguro con una experiencia positiva, satisfactoria para las mujeres y con el manejo del riesgo, es responsabilidad de los profesionales de la salud y de los entes territoriales.^{8,23} Además, para lograr ese manejo, es necesario incluir a la mujer en la toma de decisiones y participar en el proceso deliberativo.²⁴ Por lo tanto, los programas de promoción y prevención de riesgos en el proceso reproductivo, tienen en cuenta las opiniones de las mujeres implicadas, ya que estos asuntos les conciernen y afectan directamente.^{8,13,22,24,25}

De acuerdo con Tricas,²⁰ Dos Santos²⁶ y González,²⁷ la humanización del parto comprende dos aspectos fundamentales. El primero, es la convicción de las unidades de salud en recibir con dignidad a la mujer, sus familiares y el recién nacido, acogiéndolas y garantizando un trato digno y respetuoso. Esto requiere de, la actitud ética y solidaria por parte de los profesionales de la salud y de la organización institucional, creando un ambiente agradable y protocolos de rutinas hospitalarias que rompan con el aislamiento al que es sometida la gestante.

El segundo aspecto es la adopción de medidas y procedimientos que son benéficos en el acompañamiento del parto y nacimiento. Esto consiste en evitar prácticas de intervención innecesarias que no benefician a la mujer ni al recién nacido, e incluso acarrear mayores

riesgos para ambos.^{8,22} A esto se le debe sumar el tener en cuenta los deseos y necesidades de la mujer durante el parto, lo que aumenta el grado de satisfacción y la dignifica.^{8,20,22-24,26,28-30}

Según Warner y colaboradores⁵, encontraron que el 63% de las mujeres con un parto humanizado tenían un aumento en la autoestima y presentaban tasas significativamente altas de lactancia materna exitosa, ya que el contacto físico con la madre aumenta el nivel de prolactina, mientras que, esto sólo se logró en un 18% con un parto medicalizado.

Por otro lado, se observó que situaciones y percepciones como el contacto piel a piel, el olor, la tibieza del cuerpo y los estímulos auditivos y visuales se combinan para promover el apego entre madre e hijo contribuyendo a la supervivencia del recién nacido.^{15,22,23,29}

Otro factor en la asistencia humanizada del parto es la generación de vínculos (Cuadro II), los cuales constituyen una forma de superación de procesos negativos y una vía para afrontar la vulnerabilidad.^{1,13,20}

**Cuadro II:
Vínculos generados en la asistencia al parto humanizado**

Vínculo Parenteral y/o familiar	Promueve la no separación madre-hijo dentro de los centros médicos y procura el contacto piel con piel y la lactancia materna desde el momento del nacimiento. ^{20,22}
Vínculo entre profesionales de la salud y la Familia	Es la generación de confianza, lo cual se logra a través de la promoción de la educación emocional y la implementación de la educación en valores durante la formación de los profesionales de la salud. ^{2,13,20}
Vínculo en grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua	los cuales son fundamentales en la aceptación de las vivencias individuales, familiares y de pareja. ^{10,20}

Fuente: Elaboración propia basada en Goberna Tricas J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. ENE Rev enfermería. 2012;6(6):71-8. Sánchez JA, Martínez ME, Nicolás MD, Bas E, Morales R, Álvarez L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. Rev Antropol Iberoam. 2012;7(2):225-47. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(3):520-6.

Un factor primordial en la humanización de la atención del parto es el suministro adecuado de información y el establecimiento de una comunicación permanente y eficaz entre los profesionales de la salud y las gestantes.^{13,14,24}

Sin embargo, esto no es suficiente si se tiene en cuenta que proporcionar información no es igual a ofrecer participación en las decisiones. De igual manera, para que la información suministrada a la gestante sea considerada una herramienta de ayuda en la toma de decisiones, ésta debe fundamentarse en evidencias comprobadas acerca de efectividad, beneficios y riesgos.^{3,8,24,25}

A las gestantes y su núcleo familiar se les debe garantizar la entrega de información puntual y clara, estableciendo una comunicación que promueve el diálogo y la escucha activa. De esta forma, se centra la asistencia en la gestante, la cual se establece tomando como base la evaluación de las características generales de la gestación y las condiciones individuales y específicas de la madre.^{10,14,20,24,25}

Una gran problemática identificada en la revisión literaria, es el número elevado de pacientes en las instituciones hospitalarias y el estrés laboral que viven los profesionales de la salud, lo cual complica y limita el acompañamiento personalizado para cada mujer.⁴ De acuerdo a los datos reportados por Monje et al³¹ en el 2018, la paciente pasa sólo el 12,4% del tiempo de su trabajo de parto acompañada por las enfermeras brindándole soporte, por lo que se hace imprescindible el apoyo de un familiar en el momento del trabajo de parto.

Jordán y Davis, indican que el parto humanizado tiene el potencial de combinar las ventajas del parto medicalizado con aquellas derivadas de los procedimientos tradicionales y basados en la naturaleza biológica, social, cultural y espiritual del nacimiento.^{4,32} Al empalmar las características de los dos procedimientos se logra crear estrategias orientadas a la salud reproductiva de la mujer^{4,10,11} (Cuadro III).

Cuadro III:

Estrategias orientadas a la salud reproductiva de la mujer

La promoción y prevención	Consejería en temas de fecundidad, reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos y aprovisionamiento permanente de métodos anticonceptivos modernos y seguros. ^{10,11,15,33-35}
El control prenatal	Es el primer contacto de la mujer y su pareja con la asistencia médica después de conocer su embarazo. ^{10,11,33-35}
Los cuidados del parto y del puerperio	Buenas prácticas para el trabajo de parto, evitando las complicaciones durante el mismo ^{10,11} (Figura 2).

Fuente: Elaboración propia basada en Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: Vol. 387, Reproductive Health. 2016. 19 p. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. 212 p.



Figura 2. Esquema del modelo de cuidados durante el parto OMS.

Fuente: Adaptado de World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. 169 p.

La vivencia del parto humanizado es diferente según edad, riesgo y estrato socioeconómico, siendo la de menor percepción de satisfacción y experiencia positiva en las gestantes adolescentes, de alto riesgo obstétrico y bajo nivel socioeconómico. Las desigualdades en el trato establecen inequidades y son muestra de las diferencias en la calidad de atención en salud para mujeres en condiciones de pobreza y marginación.^{8,13,36}

Teniendo en cuenta lo anterior y paralelo a los avances tecnológicos en la atención sanitaria, la tendencia que comparten tanto los profesionales de la salud como las gestantes, es la de humanizar los servicios asistenciales de salud en beneficios de las dos partes. Con este fin, algunos países y organizaciones estatales, han desarrollado diversas normativas, documentos, estrategias, guías y protocolos de asistencia clínica en las diferentes áreas de la salud.^{1,3,4,6,8}

En consecuencia, las recomendaciones respecto al cuidado que se debe tener en el proceso de parto se mencionan bajo el marco de la OMS;¹⁰ sin embargo, para América Latina se hace necesario resaltar que luego del Congreso "Humanización del Parto y el Nacimiento" realizado en Ceará, Brasil, en noviembre del año 2000, se creó la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN),³⁷ constituida para alcanzar el mejoramiento de las experiencias durante el parto.

Asimismo, en el marco del territorio nacional con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el aporte de la ciencia, la tecnología y la innovación, en su tercer ítems hace referencia a “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”,^{38,39} por consiguiente, es de gran interés el aporte para el cumplimiento del mismo a partir de intervenciones integradas y encaminadas a mejorar la calidad de la atención a las gestantes. Estas medidas son pertinentes ya que permite avanzar con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de las causas relacionadas con la mortalidad infantil y materna.

En Colombia, mediante el proyecto de ley de parto humanizado número 063 de 2017,⁴⁰ se establece y garantiza los derechos de la mujer con libertad de decisión, conciencia y respeto

a gozar de un ambiente seguro en el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo los derechos en los recién nacidos. Lo anterior no solo busca disminuir la mortalidad materna en el país, si no que las mujeres puedan decidir y ser tratadas con respeto. Por consiguiente, se espera que esta ley se adopte para todo el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el que se establece la prestación de servicios de salud, de manera integral, según las particularidades de cada territorio. Todo esto, se materializa con las metas establecidas por el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 en donde se establece: “reducir la mortalidad materna por medio de intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención antes, durante y después del evento obstétrico”.³³⁻³⁵

Teniendo en cuenta lo planteado y una vez analizados los resultados de la investigación, consideramos que los avances en la construcción de un concepto de parto humanizado a través de la historia, han sido significativos. Esto se comprueba, con la existencia de diferentes protocolos básicos para el momento del nacimiento que contemplan procedimientos antes y después del parto, e incluso medidas preventivas del embarazo. A pesar del avance en la conceptualización del parto humanizado, no hay unidad frente a estos protocolos salvo aquellos establecidos para el parto en general.^{2,3,8}

Conclusiones

- En la atención del parto es necesario empoderar a la gestante como mujer. De esta forma se logra que su participación en la toma de decisiones sobre todos los aspectos del cuidado propio, sea consciente y activa. Esto influye directamente en el parto humanizado, en el cual la mujer embarazada no es tratada únicamente como una paciente sino reconocida como una persona.^{2-5,15,20,24,25}

- Para que el parto sea humanizado, los profesionales de la salud deben trabajar en equipo, usar la tecnología basada en la evidencia y fomentar la atención primaria. Adicionalmente, el vínculo que creen con la gestante les permitirá brindar la información adecuada y suficiente sobre las posibles opciones del proceso de parto incluyendo los riesgos y beneficios de cada una de ellas.^{2,3,5,6,9-11,14}

- El parto humanizado combina las ventajas de la medicalización con los usos y costumbres de la población. Esto se logra mediante diversas estrategias como la promoción y prevención, desde el control preconcepcional y prenatal, los cuidados del parto y puerperio, para así contribuir y favorecer al ODS número tres, con una vida sana y bienestar a las gestantes.^{4,10,11,32,38,39}
- El parto humanizado aumenta la autoestima en la madre y la lactancia materna exitosa, promoviendo el apego y mejorando la supervivencia del recién nacido reforzando los estímulos auditivos y visuales.^{5,15,22,23,29}
- El parto humanizado reconoce la importancia de buscar mecanismos para reducir la mortalidad materna, por medio de intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención antes, durante y después del evento obstétrico. De esta manera, elimina las desigualdades en salud entre gestantes de diferente condición social.^{8,13,33-36}
- La autonomía como principio ético, la información como derecho, el respeto de las particularidades como virtud y la posibilidad de discusión igualitaria entre la gestante y el personal de salud, constituyen los pilares en el parto humanizado.^{3,4,26,29,30}
- Esta revisión concluye que la atención del parto humanizado desde la preconcepción y debe estar fundamentada en la evidencia científica, regionalizada, multidisciplinaria, integral, centrada en las familias, apropiada culturalmente, respetuosa de las decisiones de las mujeres, así como de su privacidad, confidencialidad y dignidad.^{2,8,10-12,14,15,31,36}

Referencias

1. Ministerio de Sanidad SS e I. Informe Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. 2015;103.
2. Sánchez JA, Martínez ME, Nicolás MD, Bas E, Morales R, Álvarez L. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. *Rev Antropol Iberoam.* 2012;7(2):225–47.
3. Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez M, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento: la percepción de las mujeres. *Matronas profesión.* 2008;9(1):5–10.
4. Biurrun Garrido A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2017;02(12):246.
5. Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Med Natur.* 2006;10(1):598–610.
6. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75(SUPPL. 1):5–23.
7. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26.
8. de Maria Caceres-Manrique F, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017;68(2):128–34.
9. Boladeras Cucurella M, Goberna Tricas J. Bioética de la maternidad: Humanización, comunicación y entorno sanitario. Universita. Barcelona; 2012. 213 p.
10. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen [Internet]. Vol. 387, *Reproductive Health.* 2016. 19 p.
11. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p.
12. Umenai T, Wagner M, Page LA, Faundes A, Rattner D, Dias MA, et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75(SUPPL. 1):20–1.
13. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: Barriers and facilitating factors. *Med Heal Care Philos.* 2010;13(1):49–58.
14. Page L. The humanization of birth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75(SUPPL. 1):55–8.
15. Macías MG, Haro JI, Piloso FE, Galarza GL, Quishpe M del C, Triviño BN.

- Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio las Ciencias* [Internet]. 2018;4(3):392–415.
16. Thabane L, Thomas T, Ye C, Paul J. Posing the research question: Not so simple. *Can J Anesth*. 2009;56(1):71–9.
 17. Ramírez R, Meneses J, Flóres M. Una propuesta metodológica para la conducción de revisiones sistemáticas de la literatura en la investigación biomédica. *Rev Ces Mov y Salud* [Internet]. 2013;1(1):61–73.
 18. Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides Dev Med Educ*. 2017;14(3).
 19. Lavender T, Hofmeyr G, Neilson JP, Kingdon C, MI G. Europe PMC Funders Group Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3(February 2012):1–22.
 20. Goberna Tricas J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE Rev enfermería*. 2012;6(6):71–8.
 21. Queiroz MVO, Silva AO da, Jorge MSB. Cuidado de enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectivas de humanização TT - Nursing care to the puerpera in an obstetrics in patient unit: humanization perspectives. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2003;18(1/2):29–37.
 22. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(3):520–6.
 23. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):1–6.
 24. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth*. 2003;30(2):109–15.
 25. Furszyfer G, Bishop Y Sandra Narvárez P A V. El derecho de la mujer a una atención humanizada en el parto. :44–50.
 26. Mabuchi A dos S, Fustinoni SM. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(3):420–6.
 27. Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas profesión*. 2009;10(2):5–11.
 28. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. *Revisión bibliográfica. Matronas profesión*. 2013;14(2):62–6.
 29. García Zeferino E, Guillén Cadena D, Acevedo Peña M. Humanismo durante la

atención del trabajo de parto. *Rev CONAMED*. 2010;15(3):152–4.

30. Versiani CDC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. The meaning of humanized childbirth for pregnant women. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2015;7(1):1927.
31. Pablo Monje V, Paulina Miranda C, Jéssica Oyarzún G, Fredy Seguel P, Elizabeth Flores G. Perception of humanized nursing care by hospitalized users. *Cienc y Enferm*. 2018;24:1–10.
32. Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2007. 6, 219–221 p.
33. Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD]. Resolución número 3280 de 2018 [Internet]. Resolución 3280. 2018. p. 348.
34. Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD]. Resolución Número 000276. Colombia; 2019. p. 1–10.
35. Ministerio de Salud. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. *Minist Salud* [Internet]. 2015;1–117.
36. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From “culture of dehumanization of childbirth” to “childbirth as a transformative experience”: Changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75(SUPPL. 1):67–72.
37. Lutz PE, Misol PS. Parto Humanizado. *Rev Bras Ginecol e Obs*. 2002;24(7):431–431.
38. Sanahuja J. De los Objetivos del Milenio al desarrollo sostenible: Naciones Unidas y las metas globales post-2015. *DialnetUniriojaEs* [Internet]. 2015;49–83.
39. Chavarro D, Vélez M, Tovar G, Montenegro I, Hernández A, Olaya A. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Colombia y el aporte de la ciencia, la tecnología y la innovación. *Colciencias*. 2017;1(3):183–8.
40. Cámara de representantes - Congreso de la República de Colombia. Proyecto de Ley 063 de 2017 por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones o ley de parto humanizado. 2017;(063):1–10.