



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG



PRINCIPIOS DEL PARTO HUMANIZADO Y RESPETADO

1. INTRODUCCIÓN

La Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología se une a la semana mundial de parto respetado y acuerda el documento académico:

PRINCIPIOS DEL PARTO HUMANIZADO Y RESPETADO.

Dibujo elaborado: Richard James Orozco

Este documento se construye con el objetivo dar claridad sobre las actividades que caracterizan el "deber ser" del parto humanizado, así como los principios dirigidos al sistema de salud que regula esta asistencia, a las instituciones de salud que en Colombia asisten partos, al personal de salud, y así mismo informar a las mujeres gestantes y su familia acerca de los derechos en la atención del parto.

La iniciativa de atención humanizada de parto o parto respetado surge a nivel mundial a partir del análisis de un grupo interdisciplinario de profesionales acerca del uso apropiado de la tecnología en el parto en la Declaración de Fortaleza Brasil (1985), convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), allí se dictan por primera vez una serie de recomendaciones para la atención del parto. A partir de ese momento, la OMS ha venido renovando periódicamente estas recomendaciones, tomado en cuenta las necesidades de la mujer. Las más recientes fueron emitidas en el documento: experiencia positiva de parto en el año 2018 (2), donde se exponen 56 puntos a manera de recomendaciones para aplicar en la mujer y su bebe durante el nacimiento; en Colombia se consignan varios de estos apartados en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud, (3) dejándolo dentro de las normativas del ejercicio obstétrico.

A su vez, durante el año 2018 surge la Iniciativa Internacional de "Los 12 Pasos para una Atención de Maternidad para MadreBebé-Familia Segura y Respetuosa" a través de un consenso entre varias organizaciones como la Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), International Confederation of Midwives (ICM), International Pediatrics Association (IPA), Lamaze International



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

entre otras, iniciativa que busca una "atención segura y respetuosa de maternidad, al brindar pasos claros para implementar en los servicios de maternidad, basados en evidencia en todo el mundo y reconociendo la interacción entre la díada Madre-Bebé y su entorno familiar y social, como sus interacciones con los proveedores y sistemas de salud. (4) "

2. DEFINICIONES

Dentro de la iniciativa de este documento está el uso de la terminología con el fin de que todo el personal maneje un solo lenguaje; podemos escuchar diferentes términos, por ejemplo, la OMS habla de "experiencia positiva" ya que el recuerdo común de un parto es una "experiencia dura y desagradable", queriendo cambiar esto emite sus 56 recomendaciones; en diversos artículos usa la palabra humanización o respeto, atención centrada en la mujer entre otros, pero todos ellos son términos que buscan "marcar de manera positiva" a la mujer en su parto.

El personal de salud es fundamental en lograr dicho impacto, a través de transformar paradigmas logrando flexibilizar un poco la relación científica y humana en el parto.

Las siguientes son algunas definiciones:

- **Parto respetado** o **cuidado materno respetuoso**, se define como el "cuidado organizado para proveer a todas las mujeres una atención que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, libre de daños y de maltrato, y que le permita la elección informada y el apoyo emocional continuo por un acompañante de su elección durante el trabajo de parto y parto"(5).
- **Respetado**, este término hace alusión a los derechos que la mujer y del neonato tienen en el proceso del nacimiento; el parto respetado se fundamenta en esta premisa. Por ejemplo, la mujer tiene derecho según la resolución 3280 a recibir un manejo oportuno del dolor, y a recibir una atención calificada en su parto; el neonato tiene derecho a estar con su madre y no ser separado de ella, a menos que haya una situación vital que lo amerite.
- **Humanización**, hace referencia al hecho de reconsiderar y rescatar los principios y los valores que tienen los seres humanos por el hecho de ser personas, y ponerlos en práctica durante la atención del parto. Entre ellos están sus capacidades innatas como:



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

FECOLSOG

- **Comunicación:** es la capacidad que tienen las personas de compartir mensajes, recibirlos y comprenderlos sin que estos se alteren, es decir que el emisor y el receptor interpretan lo mismo. La comunicación en salud constituye una estrategia clave que posibilita informar sobre cuestiones de salud (6) en la interacción médico-paciente; es dialogar ante una situación, por ejemplo en el parto, pudiendo opinar pero recibiendo respuestas además del personal de salud; obtener una explicación clara, con una comprensión de riesgos, comunicación efectiva al aclararle las dudas que vayan surgiendo de manera sencilla y respetuosa.
- **Emociones,** son los sentimientos de las personas; todos tenemos emociones que afloran según las situaciones que se presenten, por ejemplo, frente al dolor puede haber malestar, enojo o ira; frente a la soledad puede surgir temor, miedo, tristeza, entre otros.
- **Decisiones,** otra característica del ser humano es la voluntad, reflejada en la toma de decisiones, lo que hace que una persona participe de un proceso; es una acción generada por un análisis y se puede traducir en una tarea para ejecutar o en una opinión. En nuestra relación médico paciente se reconoce una toma de decisiones clínicas, sin embargo, en los principios de humanización se deben rescatar y valorar las opiniones de la paciente, que también tienen dicha capacidad, con excepciones como en el caso de una emergencia, donde el principio bioético de beneficencia tendrá un mayor peso que el de autonomía. Dichas decisiones surgen de las necesidades propias de cada paciente, por ejemplo, en las decisiones de una mujer en el parto está el “escoger” quién la acompañe.
- **Intimidad,** es el ámbito de la vida personal que se desarrolla en un espacio reservado; todos los seres humanos tienen una dignidad innata, y una necesidad de mantener una intimidad y una privacidad; desde lo psicológico, este aspecto profundo de una persona comprende sus sentimientos, su vida familiar, su relación íntima con las personas, etc., y desde lo físico, es un límite que las personas tienen de ciertas zonas, particularmente su zona genital. Cada individuo debe decidir a quién le permite pasar dichos límites; para que un tercero los cruce se debe tener un permiso o consentimiento. Estos límites se pueden violentar y por eso debemos cuidar del ambiente, de las miradas, de las imágenes o del mismo examen, sin precisar el permiso de cruzar dicho límite.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

El término humanización, hace referencia en el rescate de estos valores para ser aplicado en el momento del trabajo de parto, convirtiendo la atención en una atención centrada en la mujer, siendo ella una protagonista de un evento como el parto.

La humanización como concepto no solo depende de la Institución o del personal de salud, pues es la mujer la que define humanización cuando ella alcanza la confianza, tranquilidad y cobertura de sus propias necesidades.

HUMANIZACIÓN ES FAVORECER TODO LO QUE LA
MUJER NECESITA

- **Atención humanizada de parto**, se define como un modelo de atención del parto que toma en cuenta las opiniones, necesidades y las valoraciones emocionales de la mujer y su familia, colocándola como protagonista de su propio parto (7). Comprende el cuidado de la gestante observando una serie de atributos que permitan una vivencia satisfactoria del trabajo de parto y parto (7). Es aplicar el conocimiento técnico científico y al mismo tiempo propiciar el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la gestante y la familia.
- **Cesárea humanizada**, en el año 2008, el Dr. Nicholas Fish junto con su equipo, fue quien dio los primeros pasos para la Humanización de la cesárea,, implementando el contacto piel a piel en el Queen Charlotte Hospital en Londres (8). Si bien la cesárea es un procedimiento quirúrgico, sigue siendo un nacimiento. Humanizar la cesárea requiere pequeños cambios en el quirófano que pueden lograr una experiencia positiva para la madre el el bebé y su acompañante: ambiente en silencio, extracción suave del bebe, acceso visual según preferencias de la madre y de su acompañante, inicio inmediato de la lactancia materna si las condiciones de la madre y el bebé lo permiten, también significarán una mejor adaptación del bebé al ambiente extrauterino. Esta práctica requiere del trabajo conjunto entre Neonatólogos, Anestesiólogos, Ginecobstetras, Enfermeras e Instrumentadoras y demás equipo de salud.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG



Foto en Hospital San Juan de Dios Armenia , con Autorización, paciente y Hospital. Cesarea donde se permite el contacto piel con piel.

- **Enfoque intercultural**, en un país pluriétnico y multicultural, es necesario dentro de la humanización del parto, reconocer e integrar desde el sistema de salud la pluralidad sobre las concepciones de salud materno perinatal y los saberes ancestrales, pudiendo incluir necesidades como las posiciones especiales en el parto o la de algunas culturas de usar la placenta para la realización de practicas ancestrales.
- **Prácticas basadas en la evidencia en el parto**, la asistencia humanizada del parto contempla ampliar y renovar las competencias y prácticas en dicha asistencia, las cuales han evolucionado y tienen respaldo de la evidencia científica actual. Entre ellas están la libertad de movimiento, el parto en posiciones verticales o las que la mujer elija, la práctica restrictiva y no rutinaria de la episiotomía, la redefinición en los tiempos de dilatación y en la fase expulsiva entre otros.
- **Doulas**, palabra Doula proviene del griego sierva o esclava. Es una asistente para el trabajo de parto que brinda apoyo emocional y físico especialmente para la mujer y su acompañante durante la gestación, el parto y el puerperio. Durante la gestación la función principal es preparar de manera emocional a la mujer y a su familia con herramientas educativas, brindando información actualizada basada en la fisiología de la gestación y el parto. Algunas usan técnicas de relajación como: aromaterapia, musicoterapia, visualizaciones, movimiento libre, alimentación, posiciones y posturas que favorecen la fisiología del parto. La doula no realiza intervenciones médicas y a diferencia de una partera, no asiste el parto. La presencia de acompañamiento continuo durante el parto, como una Doula, según Cochrane se asocia con menor uso de analgesia peridural, menor uso de oxitocina sintética, menor necesidad de

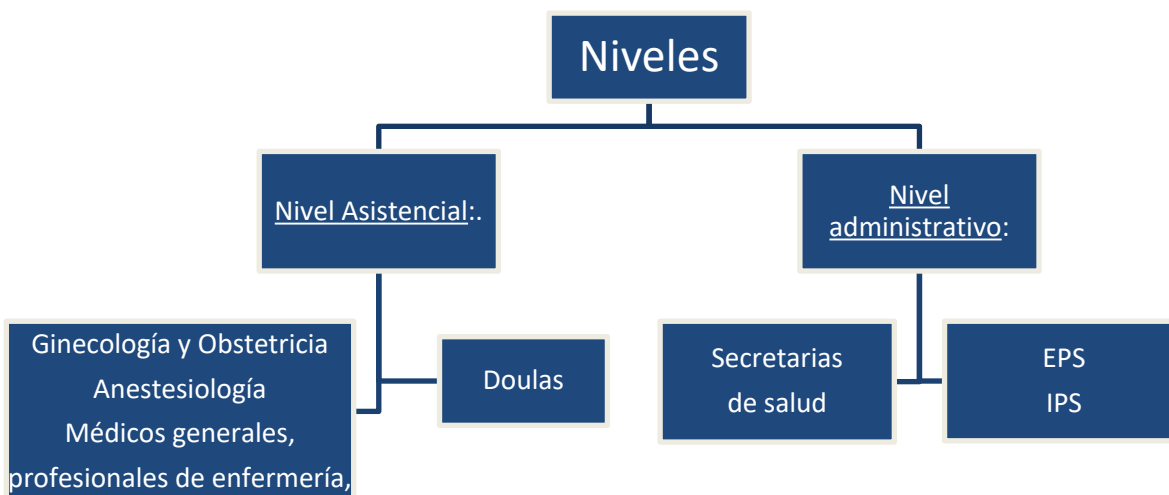


FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

partos instrumentados, menor índice de cesáreas y experiencias de parto más positivas (9).

3. OBJETIVOS Y ALCANCE

Este documento está dirigido a fortalecer los procesos de atención humanizada del parto en diferentes niveles, siendo fundamental el personal de salud (Especialistas en Ginecología, anestesiología, médicos generales, profesionales de enfermería, doulas, auxiliares de enfermería, psicólogos perinatales etc.), así como los entes territoriales que dirigen los procesos de salud (Secretarías de salud), las Entidades promotoras de salud (EAPB), que tienen la población afiliada y las Instituciones prestadoras de salud (IPS), que tienen a su cargo la infraestructura física para llevar a cabo los diferentes procesos, la contratación de especialistas y las políticas institucionales del parto respetado.



4. PROBLEMA

Cada día las mujeres adquieren más autonomía y disfrutan de sus derechos reproductivos; sin embargo, los sistemas de salud no se desarrollan a la par para satisfacer las demandas de esta iniciativa; por esta razón cada día aumentan los derechos de petición en las instituciones de salud, donde las mujeres desean una buena y positiva experiencia de parto con unos mínimos que la satisfagan; muchos de estos derechos quedan sin respuesta o no se cumplen por diversas razones.

Recientemente la pandemia cerró muchas puertas al parto humanizado, sobre todo al ingreso del acompañante, sin embargo, aún persisten restricciones muchas veces no fundamentadas como la estrechez en las áreas de los servicios de obstetricia o el temor de los médicos a ser vigilados por un extraño, o a estar expuestos en su seguridad personal por la presencia de alguien que se pueda tornar en un momento



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

agresivo, entre otras. La sobreocupación de camas con poco personal de salud también es una limitante para que la mujer pueda estar acompañada por alguien de su elección.

5. NIVEL ADMINISTRATIVO

Tanto los entes territoriales de salud, como las EAPB y las IPS, deben garantizar un total respaldo a la iniciativa, favoreciendo los espacios e infraestructura necesaria para aplicarla, con salas de partos y dotación especial para atención vertical, áreas para los acompañantes, insumos y talento humano para analgesia obstétrica, así como los elementos necesarios (vestido para el ingreso del acompañante a la sala, lockers, elementos de protección, etc.). Un plan de capacitación para el personal administrativo y asistencial sobre estos principios de la atención del parto respetado.

También se debe garantizar una atención óptima y respetuosa contando con un personal de salud suficiente, contratado adecuadamente de acuerdo con el volumen y complejidad de las pacientes.

La falencia en algunos de estos procesos puede limitar la atención de la mujer con los aspectos humanizados.

Políticas y Modelos de Humanización en la IPS: es importante que cada institución genere su propia política de humanización que ayude a generar una atención centrada en el paciente, en este caso en la mujer como protagonista de su parto y en su neonato.

En varias instituciones de salud de Colombia existen diversos modelos y programas de humanización, entre ellos se puede destacar el **DA, DE, DI, DO, DU** creado y usado por el Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios para obtener la acreditación.

Este eje se convierte en una política institucional y ampara el parto humanizado y respetado:



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG



*Figura 1: Creación propia programa humanización
ESE Hospital Departamental del Quindío San Juan de Dios*

Las siglas hacen alusión a cualidades de humanización de sus colaboradores como la calidez, la amabilidad aplicados desde el saludo mismo a la paciente, la presentación del colaborador ante la misma, la información brindada a la familia de las mujeres que están en la sala de partos, y las acciones que benefician la dignidad y confidencialidad, aplicando así los derechos de las pacientes y de la misma manera se le informa sus deberes y todo redundando en generar una atención en salud humanizada. Cada uno de estos puntos es medido a través de unos indicadores y estos se socializan en el respectivo servicio. El eje de humanización contiene varios programas, entre ellos "parto humanizado", "Vuelo del colibrí", "Programa AUGUST" siendo este último el relacionado con el duelo perinatal.

Salas de parto interculturales: En regiones como el Cauca, Valle del Cauca y Guajira entre otros, se han adelantado trabajos en la adecuación de las salas de parto con un componente intercultural en algunos hospitales locales. Integrando elementos propios de la cosmogonía en relación con el parto y el nacimiento de las etnias de la región. Además de ofrecer espacios de diálogo de saberes entre el personal asistencial y representantes de los saberes ancestrales.

Las salas de parto interculturales para atender esa población están dotadas con banqueta obstétrica, cojín de parto, hamaca o cuerda, para parir en otras posiciones; un ejemplo es el Hospital de Toribio Cauca cuyo nombre es indígena: CXAYU'CE JXUT E.S.E.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG



Figura 2: Sala de partos intercultural del Hospital local de Toribio Cauca.

6. NIVEL ASISTENCIAL

Frente al talento humano en salud, el equipo de trabajo relacionado con la atención de partos que incluye médico, profesional de enfermería, auxiliares de enfermería, doulas, psicólogo, anestesiólogo, etc., todos deben tener un conocimiento fundamental sobre los aspectos de parto humanizado y respetado; aquí se deben incluir los estudiantes en salud y residentes.

Los mínimos que se pretenden tomar en este documento son los necesarios para caracterizar un parto con principios de humanización y respeto por sus derechos, que redunde en una experiencia positiva de su parto.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

Comprendiendo la neurofisiología del parto y el partograma emocional:



Figura 3: Partograma emocional; Concepto acuñado por la Dra. Susana Bueno con base en la revisión de la literatura.

El proceso del parto va más allá de su dimensión física, tiene una dimensión neurofisiológica que se representa también en la esfera emocional. Si representamos de manera gráfica estos cambios emocionales en función del tiempo, y lo implementamos dentro de nuestra práctica diaria en nuestras salas de parto, y desde nuestra formación académica, tendremos una herramienta que nos ayudará a tener mejores habilidades de acompañamiento durante el trabajo de parto.

Estas fases emocionales son experimentadas por la mayoría de las mujeres durante el trabajo de parto espontáneo, y son producto de la acción de tres neurohormonas. La oxitocina natural, que actúa sobre los receptores uterinos generando las contracciones, pero adicionalmente actúa en el sistema nervioso central liberando endorfinas, que además de ayudar a transitar el dolor, transforman gradualmente el estado de conciencia de la mujer, incluso generando microsueños entre las contracciones, especialmente en la fases avanzadas del parto. Cerca al expulsivo, hay una sensación de "muerte inminente" en la madre, provocada por la liberación masiva de adrenalina, la cual provee la fuerza necesaria a la madre para el pujo, e interviene en la adaptación cardiovascular del recién nacido al ambiente extrauterino (10) (11).



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

Plan de parto: El plan de parto es un documento que tiene como finalidad promover la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres gestantes en relación a su experiencia del parto, y a su vez mejorar la comunicación y cooperación entre profesionales de la salud y madres (12).

Además, la elaboración de un plan de parto hace parte de la educación perinatal, ya que aumenta el conocimiento de las mujeres gestantes y de sus familias sobre el proceso del parto y nacimiento (13). Sin embargo, a pesar de que su uso fue descrito por primera vez en la década de los ochenta (12), el formato del plan de parto y su enfoque, sigue siendo un tema de debate a nivel mundial (13)

Esto se puede atribuir a las particularidades y retos a los que se enfrentan los diferentes sistemas de salud y los profesionales en la atención al parto, que muchas veces imposibilitan cumplir con la totalidad de las expectativas que suelen ser planteadas en este documento.

Una de las guías para la elaboración del plan de parto es la herramienta VECTOR, que tiene en cuenta seis aspectos fundamentales (14):

Valores	¿Cuáles son los valores fundamentales y objetivos de la mujer para el parto y nacimiento?, ¿cuáles son sus miedos?, ¿qué es lo más importante para ella en el proceso del parto?
Entorno	¿A quién quiere la mujer con ella en el proceso del parto y nacimiento?, ¿qué le ayudaría para que se sienta segura y relajada?
Confort	¿Qué recursos disponibles quiere tener la mujer para su comodidad y apoyo?
Tratamiento	¿Existen formas específicas de tratamiento (intervenciones) que la mujer quiere o no?, ¿por qué?
Opciones	Si el trabajo de parto no sale como se esperaba, ¿cómo aborda la mujer sus opciones de intervención?
Recuperación	¿Cómo quiere interactuar la mujer inicialmente con su bebé?, ¿Cuáles son sus preferencias para el vínculo, alimentación y cuidado después del nacimiento?

Herramienta VECTOR para la planeación en conjunto del plan de parto

Figura 4: herramienta Vector del plan de parto (14)



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
FECOLSOG

Modelo Da De Di Do Du

Modelo instaurado en el HUSJDD de Armenia Quindío.

DA:	Dar CALIDEZ Dar AMABILIDAD Dar Bienestar Dar Información	Dar un vaso con agua, una almohada, dar el saludo, dar la mano.
DE:	Derechos Respetados	Derecho a ELEGIR; Acompañante (esposo, madre, Doula etc); Movimiento, Opinar sobre su tratamiento, y consentir procedimientos, derecho del Bebe a estar con la madre y no separarlo (sea parto o cesárea), Elegir la posición mas cómoda en el parto;
DI:	Dignidad respetada (Intimidad-confidencialidad-no discriminación)	Cuidar su entorno, antes de un examen ginecológico.
DO:	Dolor oportunamente manejado	Manejo farmacológico y no farmacológico cuando ella lo solicite
DU:	Duelo Intervenido	Respetar su duelo, siendo compasivos.

Modelo ABCDEFGHI:

Para dar la connotación de un parto menos medicalizado y más natural, basado en las necesidades de la mujer, se debe tener en cuenta los siguientes principios a manera de un ABCDEFGHI:



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

A	Acompañamiento emocional
B	Buen trato
C	Comunicación efectiva
D	Dolor manejado de manera oportuna
E	Elegir (movimiento, posición, persona)
F	Fisiología del parto (sus tiempos)
G	Gozar de la no separación madre hijo
H	Hidratación
I	Intimidad

Cuadro 1: resumen de los principios del parto humanizado

- **A: Acompañamiento emocional:** La mujer en el trabajo de parto debe ser acompañada por una persona que ella elija o persona significativa (Esposo, Madre, Doula, etc.) y en la que tenga más confianza; es una persona significativa para ella, una cara conocida en medio de un lugar que no conoce. Ese acompañante tiene un papel fundamental en la gestión del dolor y la ansiedad de la mujer, contribuyendo a mejorar la eutocia del parto. La resolución 3280 dice que esta persona le **acompañará** en el Trabajo de parto y parto de manera continua.

Las funciones del acompañante son:

- **Tomar la mano de la paciente:** esto es algo que puede hacer con toda confianza para transmitirle seguridad.
- **Colocar una toalla húmeda a la mujer:** puede colocarla en el cuello o en la cara para relajarla.
- **Masajes:** puede hacer masajes en la espalda baja de la paciente durante la contracción, con leve presión, lo que alivia el dolor.
- **Movimiento:** acompaña a la mujer durante el trabajo de parto en la necesidad de moverse, tomándola de la mano, cuidándola para que no resbale y permitiendo un abrazo de la mujer durante la contracción.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG



Figura 5: Acompañantes en trabajo de parto (persona significativa para la paciente), sala de partos Hospital San Juan de Dios Armenia. Usadas con permiso.

- **Soporte emocional durante el expulsivo:** en este periodo del parto, la mujer y su acompañante significativo vivirán una experiencia que marcará sus vidas; conociendo que en esta etapa, la mujer desde el punto de vista psicológico puede experimentar una "sensación de muerte inminente" durante el pujo, es muy importante el papel del acompañante dándole ánimo y fuerza; una vez ocurra el nacimiento y estén en contacto piel con piel, se podrá proveer de guantes al acompañante para que realice el corte del cordón umbilical.



Figura 6: Apoyo emocional del esposo y contacto piel con piel. Usada con permiso.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

Este principio del acompañamiento no debe faltar, excepto que la paciente no lo desee.

- **B: Buen trato:** Este hace referencia a un trato respetuoso de su maternidad y su parto, con palabras agradables no ofensivas, que sea digno y cálido. Con amabilidad, teniendo en cuenta que como persona requiere respeto por sus opiniones. Un buen trato incluye un trato libre de discriminación, de maltrato físico, psicológico y verbal; el no gritarla o decirle frases que discriminen su nacionalidad, su dolor o sus gritos. Se debe estimular diciéndole siempre “que lo esta haciendo bien en su parto”, y evitar decirle que lo está haciendo mal, con gesto paternalista y mucho menos afirmar que su mal trabajo de parto terminará en un desenlace maternofetal.
- **C: Comunicación efectiva:** La mujer debe ser informada en todo momento sobre la situación de su parto, debe ser escuchada ante sus inquietudes. La información que ella recibe, debe ser un insumo que le permita tomar decisiones, teniendo una comunicación en salud efectiva (6).
- **D: Dolor manejado:** La mujer tiene derecho a tener un *manejo del dolor* de manera oportuna, sea con *analgesia obstétrica peridural o con métodos no farmacológicos para el dolor*.

Se requiere contar con un anestesiólogo asignado al área de obstetricia, que este debidamente entrenado en la humanización, así mismo la institución de salud contará con los insumos requeridos para ello, como son los catéteres peridurales y los medicamentos; sobre las indicaciones de la analgesia, no se requiere un concepto demasiado elaborado para “ordenar” la misma, más que la solicitud de la mujer que es quien tiene el dolor (3), pudiéndose administrar sin que necesariamente esté en una fase activa del parto, también la fase latente lo puede requerir.

Los *métodos no farmacológicos* está el masaje lumbar bilateral, paños de agua caliente, la pelota o balón de Pilates, la presencia del mismo acompañante y el uso de terapia electro estimuladora sensorial nerviosa: TENS. Las Doulas cumplen un papel fundamental en brindar medidas de confort físicas y emocionales durante el parto, pueden aplicar complementos para el estrés y dolor como la aromaterapia, musicoterapia, entre otras.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG



Figura 7: Manejo no farmacológico del dolor: TENS. Usada con permiso.

- **Elegir:** la mujer puede participar activamente en su parto, ejerciendo una toma de decisiones frente su confort:
 - **Parto en movimiento:** El permitirle a la mujer deambular en el trabajo de parto, dado que la verticalidad ayuda al descenso fetal. La mujer debe ser alentada al movimiento, sin embargo, puede también descansar por momentos.
 - **La Posición del Parto:** la mujer puede escoger una posición del parto diferente al tradicional, esto puede ser una posición vertical u horizontal. La posición **vertical** se puede hacer de varias maneras (de pie, sentada, cuclillas), y la posición horizontal que puede ser cuadrupedia o litotomía. Se debe alentar a la mujer y apoyar la posición que ella encuentre mas cómoda. Frente a las posiciones de parto diferentes a la tradicional, aunque no son difíciles de atender, los obstetras y médicos deben ser entrenados para hacer con confianza dicha atención. FECOLSOG dispondrá de talleres o cursos de atención de parto en diferentes posiciones para el personal de salud.

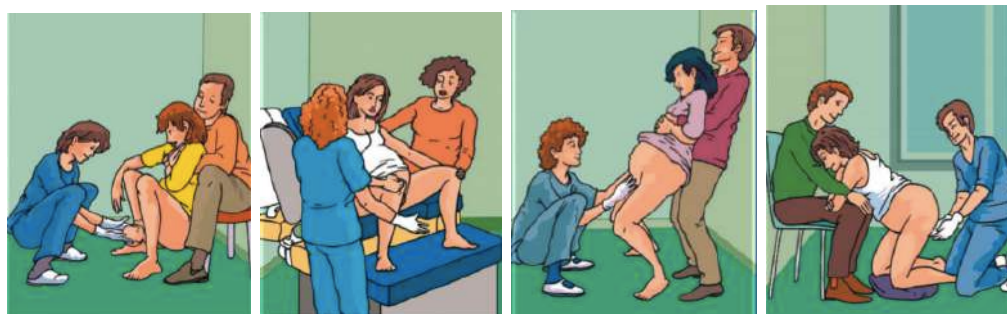


Figura 8: Otras posiciones en el parto (15).



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

Posición vertical: dentro de las ventajas de dicha posición está que los diámetros de la pelvis, el anteroposterior aumenta 2 cm y el diámetro transversal 1 cm; hay mayor apoyo de la fuerza de gravedad y las contracciones uterinas terminan siendo más efectivas; la evidencia también muestra que podría reducir las episiotomías y las instrumentaciones del parto (recomendación 35, OMS). Dentro de las desventajas puede haber más desgarro perineal y una sobreestimación del sangrado (16).

Para asistir el **parto de pie** se deben adaptar medidas de bioseguridad tanto para la madre como para el bebé; adaptar el escenario colocando una colchoneta en el suelo, en el área en la cual la mujer está pujando, y a su vez pueda estar sostenida por su acompañante o buscar un punto de apoyo adicional como un cincho o cuerda colgante. La posición del profesional de la salud que asiste al parto debe adaptarse también, generalmente sentado e inclinado logrando la mayor cercanía para recibir al bebé. Una vez el cuerpo del bebé sale completamente, se pasa a la madre quien lo recibe y lleva a su regazo para el contacto piel con piel. Inmediatamente se debe acostar a la madre en la cama, o se sienta en una silla si esta más cercana y se procede al alumbramiento, continuando con los protocolos convencionales como la administración de la oxitocina profiláctica.

En el caso de ser la atención del parto en **posición sentada**, se puede asistir el parto en una cama convencional, o en una butaca obstétrica (o silla de parto), con sostén y apoyo del acompañante en la espalda de ella.



Figura 10: parto en posición sentada y butaca obstétrica.

Posición Horizontal tipo cuatro apoyos: esta posición favorece la rotación fetal de los que se encuentran en variedades posteriores, favorece el descenso fetal en general y se asocia a menos desgarros



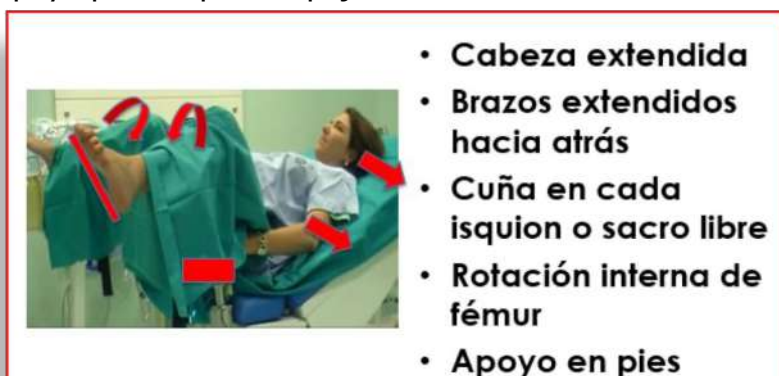
FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

perineales. Se puede usar en el caso de la atención de un parto en pelvis. También se debe tener en cuenta que, al momento del nacimiento, se debe pasar el bebe por entre sus piernas hacia el regazo (ver figura 9), y luego ayudarla a sentarse.



Figura 11: posición de cuatro apoyos

Litotimia Corregida: en el caso que la mujer escoja esta posición se debe lograr corregir la postura, permitiendo la movilidad del sacro y el apoyo plantar para el pujo.



- **F: Fisiología del parto:** Permitirle un parto lo más **fisiológico** posible sin exceso en la medicalización, teniendo en cuenta que cada mujer tiene su propios tiempos en el parto, se debe evitar el afán por el nacimiento, colocando sus tiempos en un equilibrio con el bienestar fetal; cuando sean necesarios los procedimiento médicos o intervenciones, incluyendo los tactos vaginales, amniotomía, episiotomía, inducción y refuerzo del trabajo de parto, estos deben ser informados y consentidos por la mujer. En este aspecto es claro que no se debe hacer una amniotomía de rutina, ni una episiotomía de rutina, ni enemas de rutina, tampoco la administración de oxitocina de rutina.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

- **G: Gozar de la no separación madre hijo:** este es uno de los principales derechos del neonato, el de no ser separado de la madre; al nacer debe tener un contacto ***piel con piel*** al menos de una hora, independiente de la vía del parto, sea vaginal o cesárea. El cordón umbilical debe ser cortado después del minuto, (teniendo en cuenta sus excepciones) y lo puede hacer el padre o la persona significativa. En el caso de la Cesárea, después de cortar el cordón, el pediatra lo podrá colocar debajo de los campos quirúrgicos pudiéndose desamarrar la mujer para que abrace a su bebe.
- **H: Hidratación:** Permitirle recibir ***líquidos orales*** en el trabajo de parto, o incluso una dieta blanda. Se debe evitar la deshidratación de la paciente (3), por esto aparte de estar canalizada con algunos líquidos, puede valorarse la posibilidad si está en maduración cervical de una dieta normal para que tenga energía en el trabajo de parto 24 horas después. Excepto en los casos que se planea llevar a cesárea, las mujeres deben recibir alimentos.
- **I: Intimidación:** La paciente debe tener ***privacidad*** en su ambiente, con barreras protectoras de la mirada de múltiples personas; cuando sea necesario realizar tactos vaginales, han de ser protegidos con biombos evitando tenerla expuesta. En lo posible la infraestructura debe asegurar una separación definida entre habitaciones. Siempre se debe mantener su dignidad, cubriéndose con campos quirúrgicos en el parto, puerta cerrada. No usar frases no dignas o irrespetuosas, entre ellas decirle que se haga "popo", ya que es a una de las cosas que más le temen las mujeres en el parto.

Atención Calificada: Todas las mujeres en trabajo de parto deben tener la atención de un personal calificado, con altas calidades científicas, con un manejo en el parto basado en la evidencia científica.

Acompañamiento humanizado del duelo perinatal: dentro de la atención humanizada de la etapa perinatal es de vital importancia que como profesionales de la salud podamos adquirir herramientas para el acompañamiento del duelo perinatal y lo podamos visibilizar. Que se les de su real valor al impacto emocional que tiene en las mujeres y su entorno la pérdida de una gestación en cualquiera de sus etapas. Es frecuente que las mujeres narren que no sintieron contención en los servicios de salud al enfrentar la experiencia de una muerte perinatal (17), por esto debe integrar un apoyo psicológico, pudiendo usar metodologías simbólicas como las huellas de su bebe impresas en un papel teniéndolas allí para cuando la mujer y su entorno



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

familiar estén listas para llevarlas; se debe tener cuidado de no ubicar a la mujer en duelo al lado de otras mujeres en puerperios con bebés, ser compasivo y comprensivo, cuidar del lenguaje verbal y no verbal, ser pacientes con ella y su pareja, darles tiempo, etc. Así mismo, se deben gestionar a nivel institucional herramientas de autocuidado por el gran impacto que también la muerte perinatal puede generar en los profesionales de la salud.

7. LIMITACIONES PARA APLICAR EL PARTO HUMANIZADO Y RESPETADO

Existen algunas limitaciones que dificultan la aplicación del parto humanizado, y estas son: la sobreocupación de las unidades de obstetricia, el poco personal de salud, y en el caso de una emergencia obstétrica, gestantes sin preparación para el parto, etc. También el no contar con políticas de humanización en las instituciones de salud. Se reconoce que la mayor experiencia positiva de las mujeres se da cuando hay disposición del personal de salud para permitir estas condiciones, lo que genera más satisfacción en las personas usuarias de los servicios de salud.

8. RECOMENDACIONES

1. Incorporar en las EAPB la atención humanizada del parto que incluya la atención por diferentes profesionales, entre ellos las tarifas de anestesia, psicología, y demás personal de salud, etc.
2. Establecer las dinámicas de atención del parto en las prácticas formativas de los estudiantes de los diferentes profesionales relacionados con la atención obstétrica.
3. Incorporar la política de humanización en las IPS que atiendan control prenatal y atención del parto, la política de parto respetado.
4. Incorporar este plan de capacitación en los cursos para acompañamiento de las pacientes obstétricas a los acompañantes y familia (curso de psicoprofilaxis).
5. Generar una transformación cultural, cambiando paradigmas y permitiendo la apertura a nuevos procesos que requieren de un acuerdo entre lo científico y las necesidades humanas y derechos en el parto.
6. Generar rutas por parte de enfermería con procesos claros para el acompañante en el parto, aplicados en cada institución, así como un consentimiento informado para el acompañante, que le ilustre sus deberes y funciones en el parto.



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

7. Promover y proveer la capacitación del personal de salud en la atención del parto en movimiento y en diferentes posiciones. Incorporar las practicas milenarias de la atención del parto.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Mundial La Salud O DE. RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE EL NACIMIENTO DECLARACIÓN DE FORTALEZA 1985.
2. OMS. Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. 2018 [citado 13 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://iris.paho.org>
3. Ministerior de salud Colombi. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018.
4. Lalonde A, Bonaro DP. ICI Información del Grupo Ejecutivo. [citado 12 de mayo de 2022]; Disponible en: www.internationalchildbirth.com
5. Al. MAB et. Mejores prácticas e investigación en obstetricia y ginecología clínica: factor de impacto, clasificación general, calificación, índice h, convocatoria de artículos, editor, ISSN, clasificación de revistas científicas (SJR), abreviatura, otros detalles imp [Internet]. [citado 12 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.resurchify.com/impact/details/12551>
6. Diaz G. La comunicación en salud como premisa fundamental para la percepción de riesgo en las poblaciones | González Díaz | Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2015 [citado 12 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/40>
7. De María Cáceres-Manrique F, Giselly ;, Nieves-Cuervo M. Humanized care in childbirth. Difference according to maternal clinical and social conditions. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 13 de febrero de 2022];68(2):128-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3022>
8. Capogna G, de Boer H. Humanization of Cesarean Section. Anesth Cesarean Sect [Internet]. 5 de mayo de 2017 [citado 13 de mayo de 2022];183-9. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-42053-0_13
9. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 6 de julio de 2017;2017(7).
10. Ibone Olza, Kerstin Uvnas-Moberg AE-B. El nacimiento como evento neuropsicosocial: un modelo integrador de las experiencias maternas y su relación con los eventos neurohormonales durante el parto [Internet]. 2020 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/authors?id=10.1371/journal.pone.0230992>
11. Skinner J, Foureur M, Clin G. The emotional and hormonal pathways of labour and



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA FECOLSOG

- birth: integrating mind, body and behaviour. 2013 [citado 14 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://search.rdsinc.com.helicon.vuw.ac.nz>
12. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 15 de mayo de 2022];216(1):31.e1-31.e4. Disponible en: <http://www.ajog.org/article/S0002937816308080/fulltext>
 13. López-Gimeno E, Falguera-Puig G, Vicente-Hernández MM, Angelet M, Garreta GV, Seguranyes G. Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 15 de mayo de 2022];21(1):1-9. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03739-z>
 14. Simkin P. Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. Birth [Internet]. 1 de marzo de 2007 [citado 15 de mayo de 2022];34(1):49-51. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.2006.00126.x>
 15. FAME maternas de España; Ministerio sanidad España. INICIATIVA PARTO NORMAL Documento de consenso. 2007;
 16. WHO. Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. 2018 [citado 14 de mayo de 2022]; Disponible en: <http://iris.paho.org>
 17. Leche AUPE es N; LL de La. GUÍA PARA LA ATENCIÓN A LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL. 2009;

10. EQUIPO DE TRABAJO

Se realizó el presente documento académico de manera conjunta entre los comités de Derechos reproductivos de la mujer y de salud Materno perinatal.

RICHARD JAMES OROZCO GONZALEZ

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Miembro de Junta Directiva FECOLSOG

Enlace comité de Derechos reproductivos de la mujer

MARCELA DEL PILAR RODRIGUEZ RAMOS

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Miembro de Junta Directiva FECOLSOG



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
FECOLSOG

JESUS ANDRES BENAVIDEZ SERRALDE

Especialista en Ginecología y Obstetricia y Medicina Materno fetal
Comité de salud materna y perinatal- FECOLSOG

DIANA MILENA MARTINEZ BUITRAGO

Especialista en Ginecología y Obstetricia
Comité Salud y Derechos Humanos FECOLSOG

SUSANA BUENO LINDO

Especialista en Ginecología y Obstetricia
Consultora en Humanización del Parto y Parto Intercultural

CARLOS ARTURO BUITRAGO DUQUE

Presidente FECOLSOG