

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

“PARTO HUMANIZADO EN LA MEDICINA OCCIDENTAL”

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JONNATHAN ANDRES MOGROVEJO VALLADAREZ

DIRECTOR: MGT. TANIA MAGDALENA CRUZ GAVILANES

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

“PARTO HUMANIZADO EN LA MEDICINA OCCIDENTAL”

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JONNATHAN ANDRES MOGROVEJO VALLADAREZ

DIRECTOR: MGT. TANIA MAGDALENA CRUZ GAVILANES

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Jonnathan Andres Mogrovejo Valladarez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106697006**. Declaro ser el autor de la obra: "**Parto humanizado en la medicina occidental**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 31 de Julio del 2024.

F:

Jonnathan Andres Mogrovejo Valladarez

C.I. 0106697006

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Parto humanizado en la medicina occidental**" realizado por **Jonnathan Andres Mogrovejo Valladarez** con documento de identidad No. **0106697006**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 31 de Julio del 2024

F: 
TANIA ROSALENA
Cruz Gavilanes

Mgt. Tania Cruz Gavilanes
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas y entidades que han sido esenciales para la realización de esta investigación.

En primer lugar, agradezco a mi alma mater, la Universidad Católica de Cuenca, por proporcionarme una formación integral y por ser el pilar fundamental en mi desarrollo académico y profesional.

A mi familia, especialmente a mis padres y hermanos, por su amor incondicional, apoyo constante y por creer en mí en cada paso de este camino. Su respaldo ha sido crucial para alcanzar este logro.

A mi enamorada, cuya constante motivación y ánimos han sido un aliento invaluable durante todo este proceso. Su compañía y apoyo han sido fundamentales en los momentos más desafiantes.

Expreso también mi profunda gratitud a la Mgtr. Tania Cruz, mi directora de tesis, por su inestimable orientación, paciencia y sabiduría. Su guía ha sido esencial para el desarrollo y culminación de este trabajo de investigación.

A todos ustedes, gracias por su apoyo y contribución. Este logro es tanto mío como de todos aquellos que han estado a mi lado durante este recorrido académico.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por la fe que depositan en mí.

A mi padre,

Por ser un luchador hasta el final.

Por intentar siempre sacar provecho de mi persona.

Por inculcarme que a la vida no hay que pedirle

cargas leves sino espaldas fuertes.

1. RESUMEN

Introducción: El parto humanizado en la medicina occidental emergió como un enfoque centrado en la mujer, priorizando su bienestar emocional y físico durante el proceso de parto. La relevancia de este tema radicaba en la necesidad de mejorar la experiencia materna, abordando preocupaciones sobre intervenciones innecesarias y promoviendo un enfoque respetuoso hacia la maternidad.

Objetivo general: El objetivo de este estudio fue analizar el parto humanizado en la medicina occidental.

Metodología: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica, abarcando estudios de casos, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos que abordaban la implementación del parto humanizado en entornos médicos occidentales. La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos digitales como Scopus, Web of Science y Taylor & Francis, aprovechando los recursos disponibles en la biblioteca de la Universidad Católica de Cuenca. Se incluyeron estudios relevantes publicados en un período de 5 años, desde el 2018, y se consideraron aquellos redactados en idioma español e inglés.

Resultados: El parto humanizado busca centrarse en la mujer durante el parto, promoviendo su autonomía y bienestar. A lo largo del tiempo, el enfoque del parto ha evolucionado hacia uno más humanizado, destacando el respeto y la participación de la mujer. Integrar elementos del parto humanizado en la medicina occidental busca equilibrar la seguridad médica con la atención centrada en la mujer, respaldada por teorías de humanización y derechos reproductivos. Aunque hay desafíos, se han desarrollado estrategias para mejorar la calidad de la atención, como la capacitación del personal médico y la educación prenatal.

Palabras Clave: parto humanizado, parto natural, cuidado del parto, nacimiento humanizado, medicina occidental, medicina tradicional.

2. ABSTRACT

Introduction: Humanized childbirth in Western medicine emerged as a woman-centered approach, prioritizing her emotional and physical wellness during birth. The relevance of this theme was the need to improve the maternal experience, addressing concerns about unnecessary interventions and promoting a respectful approach to motherhood.

General objective: This study aimed to analyze humanized childbirth in Western medicine.

Methodology: A deep review of the scientific literature was conducted, encompassing case studies, systematic reviews, and clinical trials studying the implementation of humanized childbirth in Western medical settings. The search was conducted in digital databases such as Scopus, Web of Science, and Taylor & Francis, taking advantage of the resources available in the Catholic University of Cuenca library. Relevant studies published over a period of 5 years since 2018 were included and those written in Spanish and English were considered.

Results: Humanized birth focuses on women during childbirth, promoting autonomy and wellness. Over time, the approach to childbirth has evolved towards a more humanized one, highlighting the respect and participation of women. Integrating elements of humanized childbirth into Western medicine seeks to balance medical safety with woman-centered care, supported by theories of humanization and reproductive rights. Although there are challenges, strategies have been developed to improve the quality of care, such as training of medical staff and prenatal education.

Key words: humanized delivery, natural birth, childbirth care, humanized birth, Western medicine, traditional medicine.



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	7
2. ABSTRACT.....	8
3. INTRODUCCIÓN.....	11
4. MÉTODOLÓGÍA	13
4.1. Criterios de selección:	13
4.1.1 Criterios de inclusión:.....	13
4.1.2 Criterios de Exclusión:	14
4.1.3 Extracción de datos:.....	14
4.1.4 Proceso desde la búsqueda hasta la elegibilidad:	15
4.1.5 Plan de análisis:	16
5. DESARROLLO DEL TRABAJO.....	17
6. MEDICINA OCCIDENTAL.....	17
6.1. Concepto:.....	17
6.2. Generalidades de tratamiento:	17
1. Tratamientos farmacológicos:	17
2. Procedimientos quirúrgicos:	18
3. Terapias físicas y rehabilitación	18
4. Terapias de apoyo:.....	18
5. Educación y consejería	18
7. LA MEDICINA OCCIDENTAL Y EL PARTO HUMANIZADO.....	18
7.1. Parto.....	18
1.1. Etapas del proceso del parto.....	19
7.1.1 Inicio del trabajo de parto:.....	19
7.1.2 Fase de dilatación:	19
7.1.3 El periodo expulsivo:.....	20
7.1.4 Expulsión de la placenta:	20
8. ENFOQUES DEL PARTO	21
8.1. Parto humanizado.....	22
8.2. Estrategias para mejorar la atención del parto humanizado:.....	25
Análisis:	33
9. CONCLUSIONES	35
10. REMOMENDACION.....	36
11. BIBLIOGRAFÍA	37

12. GLOSARIO.....	41
13. ANEXOS.....	42
13.1. Anexo A.	42
13.2. Anexo B.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. TÁCTICA DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	16
TABLA 2. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS SOBRE EL PARTO HUMANIZADO EN LA MEDICINA OCCIDENTAL.	48
TABLA 4. EFECTIVIDAD EL PARTO HUMANIZADO	28
TABLA 5. PARTO HUMANIZADO BENEFICIOS PARA LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO.....	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ILUSTRACIÓN 1. PARTO.	19
ILUSTRACIÓN 2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA CURVA DE FRIEDMAN.	21
ILUSTRACIÓN 3. MODELO DE INTEGRALIDAD DE LA ASISTENCIA EN EL PARTO	28

3. INTRODUCCIÓN

El parto humanizado en la medicina occidental representa un enfoque revolucionario que busca redefinir la experiencia del parto, priorizando el bienestar físico, emocional y psicológico de la madre y el bebé. La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza el parto humanizado como una vivencia de gran significado personal, destinada a perdurar en la memoria como un momento de alegría (1). La OMS señala que cada año se producen alrededor de 140 millones de nacimientos naturales en todo el mundo. Sin embargo, la definición de normalidad en el parto no sigue un estándar uniforme. A pesar de los avances contemporáneos, el incremento en el uso de técnicas relacionadas con el parto está asociado con una creciente medicalización, afectando adversamente la capacidad de las madres para experimentar un parto sin interferencias. Es esencial examinar críticamente las prácticas actuales en busca de un equilibrio que priorice la experiencia materna (2).

El parto humanizado está experimentando un crecimiento notable en la percepción y el abordaje del nacimiento en la sociedad occidental. Su prevalencia aumenta, especialmente en áreas urbanas y entre grupos con acceso a información sobre opciones de parto centradas en la mujer. Sin embargo, la implementación efectiva varía según el estatus socioeconómico y la región geográfica de las mujeres, a pesar de las normativas globales que buscan garantizar atención de calidad en salud reproductiva. Este cambio refleja una creciente demanda de modelos de atención obstétrica más personalizados y centrados en la mujer (3). En consecuencia, para aquellas mujeres que se encuentran en situaciones de pobreza, el acceso a sus derechos se ve considerablemente dificultado. Cabe destacar que la normalización de la violencia obstétrica es más prevalente en entornos donde las mujeres tienen una escasa conciencia acerca de sus derechos (4).

En Italia, en 2017, la primera encuesta nacional "Mujer y parto" reveló que el 21% de las mujeres que dieron a luz a niños de 0 a 14 años experimentaron maltrato, ya sea físico o verbal, durante el parto. Este hallazgo señala preocupaciones sobre la calidad y humanización de la atención obstétrica en el país, destacando la importancia de abordar las dimensiones emocionales y físicas del parto para asegurar el bienestar integral de las mujeres durante este período crucial (5).

Según la Encuesta Nacional realizada en México en 2016, se encontró que entre tres y cuatro de cada diez mujeres reportaron haber experimentado abuso institucional durante su parto más reciente. Específicamente, el 41% de las mujeres indicaron haber sufrido

maltrato en instalaciones de atención médica vinculadas al Seguro Social, mientras que el 39% informó haber sido objeto de maltrato en hospitales públicos en varios estados del país (6).

Por otra parte, en Ecuador, en el año 2018 se registraron 1.990 fallecimientos de recién nacidos, marcando la cifra más alta registrada en los últimos diez años. Por otro lado, en el año 2020 se documentaron 180 fallecimientos de madres, algunos de los cuales eran prevenibles (7). También en Ecuador, la atención médica se caracteriza por un enfoque centrado en el respeto de los derechos humanos, reproductivos y sexuales de la mujer y sus parejas. Esto implica una comunicación afectuosa, atención personalizada respaldada por conocimientos adecuados, el respaldo del equipo para acompañar durante el parto, evitar procedimientos innecesarios y considerar prácticas culturales como la posición vertical, el uso de hierbas, el baño caliente y rituales como el corte del cordón umbilical (8).

Por su parte, Cáceres (9)., resalta que aunque la atención humanizada del parto (AHP) está definida y recomendada a nivel internacional y nacional, su implementación varía según el personal e instituciones de salud, considerando condiciones clínicas y socioeconómicas. Se observa una menor experiencia de AHP en gestantes adolescentes, de alto riesgo o con bajos recursos.

Esta revisión médica destaca por abordar un cambio en la atención obstétrica hacia el parto humanizado, que prioriza el respeto a las decisiones de la mujer. Analiza desde la planificación del parto hasta la atención postparto, resaltando la importancia de la participación activa de la mujer en las decisiones. Se exploran intervenciones para promover su autonomía, respetar sus preferencias y reducir intervenciones médicas innecesarias que puedan afectar la experiencia del parto y los resultados de salud.

Con el objetivo de esta revisión que es analizar el parto humanizado en la medicina occidental, se plantea la pregunta de investigación ¿Cuál es el impacto y la efectividad del enfoque de parto humanizado en la medicina occidental, según los estudios y evidencias disponibles en la literatura científica?

4. MÉTODOLÓGÍA

Dentro del contexto de la revisión bibliográfica centrada en el parto humanizado, se realizaron estrategias de búsqueda que abarcaron términos clave en español y en inglés, tcomo "Parto Humanizado" y "Medicina Occidental," que se traducen como "Humanized Birth" y "Western Medicine," respectivamente. Se emplearon operadores booleanos, específicamente AND, OR y NOT, para combinar y refinar los términos de búsqueda. Asimismo, se integraron descriptores y calificadores de tesauros reconocidos, como MeSH y DeCS. Por ejemplo, en MeSH se incluyeron términos como "Humanized birth," "Natural childbirth," "Prenatal care" para Parto humanizado, y "Western medicine," "Biomedicine," "Conventional medicine" para Medicina occidental. Mientras que en DeCS se emplearon términos como "Parto natural," "Cuidado del parto," "Nacimiento humanizado" para Parto humanizado, y "Medicina basada en la evidencia," "Medicina convencional," "Medicina tradicional" para Medicina occidental.

Con el fin de mejorar la precisión, se llevó a cabo la búsqueda en bases de datos pertinentes, entre las que se incluyeron Scopus, Web of Science, Taylor & Francis, Scielo, utilizando los recursos de la biblioteca de la Universidad Católica de Cuenca. Este enfoque aseguró la obtención de una visión completa de la literatura científica relacionada con el tema de interés.

4.1. Criterios de selección:

4.1.1 Criterios de inclusión:

- Relevancia temática: estudios que aborden el concepto de parto humanizado en el contexto de la medicina occidental.
- Tipo de estudio: se incluyeron investigaciones originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Período de publicación: El período de publicación establecido abarca los últimos cinco años (2018-2023) para garantizar la actualidad de la información recopilada. Además, se consideraron artículos de años anteriores por su valor científico y teórico, si bien constituirán un porcentaje mínimo del total de artículos incluidos. Esta estrategia buscó equilibrar la actualización con la inclusión de contribuciones relevantes que puedan enriquecer la investigación

- Idioma: se consideraron estudios en español e inglés para abarcar un espectro amplio de la literatura.
- Contexto geográfico: estudios realizados en entornos asociados con la medicina occidental.

4.1.2 Criterios de Exclusión:

- Relevancia temática: estudios que no involucren directamente a mujeres embarazadas, profesionales de la salud o actores relevantes en el ámbito del parto humanizado.
- Tipo de estudios: se excluirán tesis de pregrado, posgrado, que no tengan relevancia científica según el tema y que utilicen enfoques metodológicos no pertinentes para abordar la temática del parto humanizado, como aquellos centrados únicamente en aspectos técnicos sin considerar la experiencia subjetiva.
- Estos criterios se aplicaron de manera rigurosa para garantizar la coherencia y la pertinencia de los estudios seleccionados durante la revisión bibliográfica.

4.1.3 Extracción de datos:

- La obtención de información se realizó mediante una ficha bibliográfica estructurada que comprendía los siguientes elementos (Anexo B):
 - Año de publicación: para contextualizar la temporalidad.
 - Autor: para identificar la fuente primaria.
 - Título del estudio: para referencia rápida.
 - Nombre de la revista: para evaluar reputación y alcance.
 - Cuartil/indexación: para medir calidad e impacto.
 - Estado (incluido/excluido): con motivo de exclusión para transparencia.

- La evaluación de la calidad de los artículos seleccionados se llevó a cabo considerando varios criterios:
 - Calidad de las revistas científicas: Se priorizó estudios publicados en revistas científicas reconocidas y especializadas.
 - Tipos de estudio: Se evaluó la calidad de los estudios seleccionados, dando preferencia a aquellos que seguían estándares metodológicos rigurosos, como ensayos clínicos controlados (ECA), revisiones sistemáticas y estudios con diseño robusto.
 - Relevancia: Se consideró la relevancia directa de cada estudio, asegurando que aportara información valiosa al objetivo de la revisión.

4.1.4 Proceso desde la búsqueda hasta la elegibilidad:

- Para el proceso de búsqueda, se siguieron criterios de inclusión y exclusión. La exploración exhaustiva utilizó términos clave, descriptores y calificadores como MeSH y DeCS. En una primera fase de cribado, se aplicaron criterios predefinidos para descartar documentos no aptos. Luego, se llevó a cabo una revisión minuciosa de los artículos restantes para evaluar su relevancia y calidad, seleccionando los más adecuados para la revisión.
- Luego se procedió a la extracción de información de acuerdo con la ficha bibliográfica estructurada mencionada anteriormente. Una vez completada la extracción de datos, se llevó a cabo un análisis y síntesis de la información extraída para abordar de manera integral y coherente los objetivos establecidos para la revisión.

Tabla 1. Táctica de la Búsqueda Bibliográfica

Tema:	Plataformas digitales	Filtro de búsqueda	
		Criterios de inclusión	
<ul style="list-style-type: none"> • Tema: Parto humanizado en la medicina occidental • Población: Mujeres periodo de gestación • Contexto: atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed • Scielo • Dialnet • Elsevier • Latindex 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios que investiguen el parto humanizado en la medicina occidental • Estudios publicados en español o inglés • Estudios con diseños metodológicos válidos (cuantitativos y cualitativos). 	
		Criterios de exclusión <ul style="list-style-type: none"> • Estudios que no se centren en el parto humanizado. • Estudios que no tengan accesibilidad. • Estudios de opinión, editoriales, cartas al editor, grado, posgrados sin relevancia científica 	
Palabras clave + operadores booleanos: And - Or	"Parto Humanizado" y "Medicina Occidental," "Humanized Birth" y "Western Medicine," "Natural childbirth," "Prenatal care" "Biomedicine," "Conventional medicine" "Parto natural," "Cuidado del parto," "Nacimiento humanizado" "Medicina basada en la evidencia," "Medicina convencional," "Medicina tradicional"		

Fuente: propia.

4.1.5 Plan de análisis:

Se desarrolló un plan de análisis para llevar a cabo una revisión exhaustiva sobre el tema del parto humanizado en la medicina occidental. Este plan incluyó la selección de artículos, formulación de la pregunta de investigación, revisión de la literatura científica, organización estructurada de la información recopilada, identificación de posibles brechas en la investigación y la redacción de un informe final que presenta de manera precisa y concisa los resultados y conclusiones obtenidos. Este enfoque permitió una comprensión integral de los beneficios y desafíos asociados con el parto humanizado en el contexto de la medicina occidental, así como la identificación de

áreas potenciales para investigaciones futuras que podrían contribuir al avance de este campo médico.

5. DESARROLLO DEL TRABAJO

6. MEDICINA OCCIDENTAL

6.1. Concepto:

En el contexto de la medicina occidental, se destaca su enfoque biomédico, basado en principios científicos y evidencia empírica. Este modelo conceptualiza la enfermedad como una alteración fisiológica o bioquímica del cuerpo, la cual se aborda mediante pruebas diagnósticas, tratamientos farmacológicos y procedimientos quirúrgicos. La investigación científica juega un papel esencial en este enfoque, ya que respalda los avances médicos mediante la realización de estudios clínicos y ensayos controlados. Estos estudios son fundamentales para evaluar la eficacia y seguridad de nuevas intervenciones médicas, así como para mejorar la comprensión de las enfermedades y sus tratamientos (10).

6.2. Generalidades de tratamiento:

El tratamiento en este sistema se centra en aliviar síntomas y corregir disfunciones biológicas subyacentes. Aunque tradicionalmente ha estado orientada al tratamiento, la medicina occidental ha experimentado un cambio hacia la prevención, enfocándose en cambios en el estilo de vida, vacunación y detección temprana. En el ámbito organizativo, la medicina occidental se estructura a través de sistemas de salud, ya sean públicos o privados, que ofrecen servicios accesibles a la población. A pesar de su predominancia, coexiste con otros sistemas de medicina, como la tradicional china o la ayurvédica, reflejando la diversidad y pluralidad en la atención médica a nivel global (11).

El tratamiento en la medicina occidental se basa en un enfoque biomédico que utiliza una variedad de intervenciones para abordar las enfermedades. Estas intervenciones pueden incluir (11):

- 1. Tratamientos farmacológicos:** Se prescriben medicamentos para tratar los síntomas de la enfermedad, controlar la progresión de la enfermedad o eliminar la causa subyacente.

2. **Procedimientos quirúrgicos:** Se realizan cirugías para corregir problemas físicos o eliminar tejido dañado.
3. **Terapias físicas y rehabilitación:** Se utilizan técnicas como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla para ayudar a recuperar la función física y mejorar la calidad de vida después de una lesión o enfermedad.
4. **Terapias de apoyo:** Se ofrecen terapias complementarias como la terapia cognitivo-conductual, la terapia de grupo y la terapia familiar para ayudar a los pacientes a manejar el estrés, la ansiedad y otros aspectos emocionales relacionados con la enfermedad.
5. **Educación y consejería:** Se brinda información sobre la enfermedad, el manejo de los síntomas, la prevención de complicaciones y la promoción de un estilo de vida saludable.

En general, el tratamiento en la medicina occidental se adapta a las necesidades individuales de cada paciente y se basa en la evidencia científica disponible para garantizar la eficacia y seguridad de las intervenciones (11).

7. LA MEDICINA OCCIDENTAL Y EL PARTO HUMANIZADO

La medicina occidental y el parto humanizado representan dos enfoques distintos en la atención a la salud materna. La medicina occidental y el parto humanizado representan dos enfoques distintos hacia el proceso de dar a luz. La medicina occidental, arraigada en la tradición biomédica, tiende a enfocarse en intervenciones médicas, como pruebas diagnósticas, medicamentos y procedimientos quirúrgicos, con el objetivo de controlar y gestionar el parto desde una perspectiva puramente clínica y científica. Por otro lado, el parto humanizado promueve una experiencia más centrada en la mujer y su bienestar emocional, físico y psicológico durante el proceso de parto. Este enfoque busca empoderar a las mujeres, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su parto, fomentando un entorno respetuoso y de apoyo, y promoviendo la participación activa de la mujer en todas las etapas del proceso de dar a luz (12).

7.1. Parto

el parto se define como el proceso fisiológico de expulsión del feto y los tejidos relacionados del útero materno hacia el exterior del cuerpo de la mujer gestante. Este proceso implica una serie de cambios hormonales y físicos que resultan en contracciones

uterinas rítmicas y en la dilatación gradual del cuello uterino (Gráfico 1). El parto culmina con el nacimiento del bebé, seguido por la expulsión de la placenta y los tejidos restantes. Es un evento crucial en la reproducción humana y puede ser monitoreado y asistido por profesionales de la salud para garantizar la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Este proceso se divide típicamente en etapas (13).

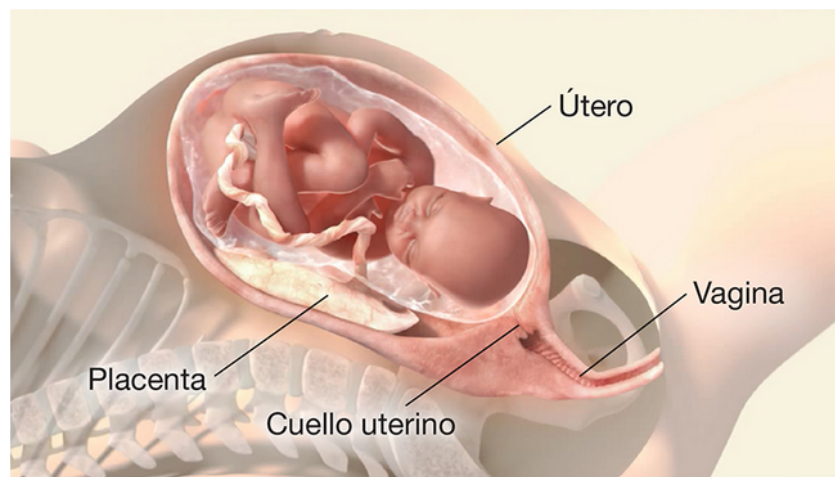


Ilustración 1. Parto.

Fuente: National Institute of Child Health and Human Development. 2019 (14).

1.1. Etapas del proceso del parto: se divide en (13).

7.1.1 Inicio del trabajo de parto:

- Las contracciones uterinas regulares son el principal indicio del inicio del trabajo de parto. Estas contracciones pueden empezar de manera suave y poco frecuente y volverse más intensas y frecuentes con el tiempo.
- La pérdida del tapón mucoso y la ruptura de las membranas amnióticas (rotura de aguas) son otros signos de que el trabajo de parto ha comenzado.

7.1.2 Fase de dilatación:

- **Latencia:** En esta fase inicial, las contracciones son irregulares y suaves. El cuello uterino comienza a dilatarse lentamente, generalmente hasta unos 3-4 cm.

- **Fase activa:** Las contracciones se vuelven más fuertes, regulares y frecuentes. El cuello uterino se dilata más rápidamente, alcanzando unos 4-7 cm de dilatación.
- **Transición:** En esta etapa, las contracciones son intensas y el cuello uterino se dilata de 7 a 10 cm. Esta fase puede ser la más desafiante física y emocionalmente para la mujer.

7.1.3 El periodo expulsivo:

- En esta etapa, el feto es empujado a través del canal del parto hacia el exterior mediante la acción de las contracciones uterinas y los esfuerzos voluntarios de la madre.
- La cabeza fetal desciende y se rota para adaptarse a la forma de la pelvis materna antes de ser expulsada.
- La presión intraabdominal y la contracción coordinada de los músculos abdominales ayudan en el proceso de expulsión
- Cuando la cabeza y los hombros del bebé han pasado completamente por el canal del parto, se completa el nacimiento del bebé.
- Se llevan a cabo maniobras obstétricas, como la episiotomía en algunos casos, para facilitar el nacimiento del bebé.

7.1.4 Expulsión de la placenta:

- Después del nacimiento del bebé, se produce la expulsión de la placenta y el cordón umbilical. Esto generalmente ocurre unos minutos a una hora después del parto.
- A veces, se puede necesitar una leve intervención para ayudar a separar y expulsar la placenta de manera segura.

Cada etapa del parto involucra una serie de cambios fisiológicos coordinados que permiten la progresión exitosa del proceso de dar a luz. La relación entre la duración del trabajo de parto y la dilatación cervical se ha caracterizado por medio de una curva sigmoide (curva de Friedman), una representación gráfica que ilustra cómo la dilatación cervical progresa a lo largo del tiempo durante el proceso de parto. Esta curva muestra que inicialmente la dilatación es lenta, luego se acelera a medida que avanza el trabajo de parto activo, alcanzando su máxima inclinación durante la fase de transición antes del

nacimiento. Esta representación no solo ayuda a entender la progresión del parto, sino que también es crucial para evaluar la normalidad y la eficiencia del trabajo de parto en términos clínicos y obstétricos (Ilustración 2).

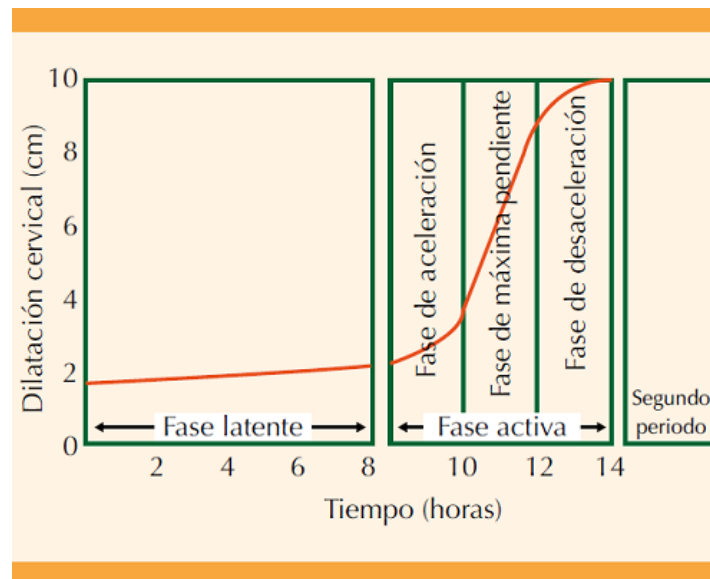


Ilustración 2. Representación gráfica de la curva de Friedman.

Fuente: Moreno, et al. 2018 (15).

8. ENFOQUES DEL PARTO

A lo largo del tiempo, ha tenido un cambio en el enfoque del parto, era considerado un proceso natural atendido por mujeres, como parteras tradicionales. Sin embargo, en la Edad Media y principios del Renacimiento, los médicos masculinos se apropiaron del parto, tratándolo como una enfermedad. El siglo XX trajo conceptos como el parto natural y la psicoprofilaxis, buscando reducir la intervención médica y mejorar la experiencia del parto. En 1976, Frederick Leboyer publicó "Por un nacimiento sin violencia", revolucionando la obstetricia al enfocarse en la perspectiva del recién nacido. En los años ochenta, se destacó la importancia del apego madre-hijo, la lactancia temprana y el retraso en el corte del cordón umbilical. En los noventa, el término "parto humanizado" se unificó, destacando el protagonismo de la mujer, el bebé y la pareja durante el parto. Organizaciones como ReHuNa, CIMS y Relacahupan promovieron este enfoque en América Latina y Europa. Investigaciones científicas respaldaron prácticas como la lactancia materna inmediata, el retardo del corte del cordón umbilical y el acompañamiento psicoafectivo durante el trabajo de parto. En 2004, Argentina promulgó la Ley Nacional de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento,

estableciendo los derechos de las mujeres durante el parto. Este enfoque de derechos se extendió por América Latina, y en 2007, Venezuela incorporó el concepto de violencia obstétrica en su legislación (16).

Desde una perspectiva teórica, la conceptualización del parto humanizado se apoya en la teoría de la humanización de la atención médica. Esta teoría aboga por la consideración de los aspectos emocionales, sociales y culturales en la atención sanitaria, reconociendo la importancia de tratar al paciente como un individuo único con necesidades específicas. El parto humanizado también se vincula con la teoría de los derechos reproductivos, que defiende el derecho de las mujeres a recibir atención respetuosa y de calidad durante el embarazo y el parto. Asimismo, se alinea con la teoría del empoderamiento, que busca fortalecer la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres en el ámbito de la salud (17).

Se puede observar en estudios, como el realizado por Conchancela, et al, que señala que el parto normal se define como un proceso espontáneo que respeta la fisiología, donde el personal acompañante tiene la responsabilidad de asegurar el bienestar de la madre y el recién nacido, además de brindar apoyo emocional. El concepto de parto humanizado busca devolver el poder de decisión a la mujer, respetando sus valores y creencias, y armonizando prácticas ancestrales con la medicina respaldada por evidencia científica. Un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso en 2016, con 300 mujeres atendidas en obstetricia, reveló que la mayoría de las características del parto humanizado se cumplieron. La edad más común fue entre los 16 y 20 años (30.0%). En cuanto al cumplimiento de las normas del parto humanizado, el 94% experimentó un trato respetuoso, el 7.7% contó con un acompañante, el 58.0% tuvo la posibilidad de elegir la posición de parto, el 67.7% recibió explicaciones sobre alternativas para el manejo del dolor, el 80% tuvo menos de tres tactos vaginales, el 95% tuvo apego precoz y el 97% recibió alimentación (infusiones) (18).

8.1. Parto humanizado

El parto humanizado es un enfoque del proceso de parto que pone énfasis en el respeto hacia la mujer y su autonomía, así como en la individualización de la atención obstétrica para satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y psicológicas. Este enfoque promueve una experiencia de parto más respetuosa, íntima y centrada en la mujer, donde se le brinda información, apoyo emocional y la capacidad de tomar decisiones informadas

sobre su atención durante el parto. El parto humanizado busca reducir las intervenciones médicas innecesarias, respetar los deseos y preferencias de la mujer, y fomentar el vínculo afectivo entre la madre y el bebé desde el momento del nacimiento (19).

Dando lugar al interés creciente en el concepto de parto humanizado, este enfoque dentro del ámbito de la atención obstétrica. Se define como un modelo de atención que busca priorizar la experiencia integral y respetuosa de la mujer durante el proceso de parto. En este contexto, el parto humanizado va más allá de la simple aplicación de procedimientos médicos; implica reconocer y respetar los derechos de las mujeres, promoviendo la toma de decisiones informadas y la participación activa de la mujer en el proceso. La mujer es considerada como protagonista de su propio parto, y se busca crear un entorno que fomente la empatía, la comunicación efectiva y la atención personalizada (20).

El parto en la medicina occidental sigue generalmente un enfoque médico basado en principios científicos y biomédicos. Durante las últimas décadas, ha habido un aumento en la medicalización del parto, con un énfasis en intervenciones y tecnologías médicas para monitorear y facilitar el proceso. Este enfoque está diseñado para garantizar la seguridad tanto de la madre como del bebé y abordar posibles complicaciones que puedan surgir durante el parto, este a menudo ocurre en hospitales o entornos clínicos, donde se realiza un seguimiento constante de la madre y el bebé (21). Las intervenciones comunes pueden incluir la administración de analgésicos para el alivio del dolor, la ruptura artificial de membranas, y en casos necesarios, la realización de una cesárea para facilitar el nacimiento, el parto puede seguir varios métodos, y la elección depende de factores médicos y preferencias personales (22).

El parto vaginal espontáneo, considerado el método más natural, implica la expulsión del bebé a través del canal de parto durante las contracciones uterinas. Otro enfoque común es el parto con epidural, donde se administra anestesia para aliviar el dolor, permitiendo que la madre participe activamente en el parto (23). La cesárea es un método en el que se realiza una incisión para extraer al feto, generalmente en situaciones de riesgo o por elección de la madre (24). En algunos casos, se recurre al parto instrumentado, utilizando fórceps o ventosas para asistir en la extracción del bebé durante el parto vaginal. Otro método es la inducción del parto se emplea para estimular las contracciones cuando el parto no comienza naturalmente (25). También se fomenta el parto en posición vertical, donde la madre da a luz estando de pie, arrodillada o en cuclillas, en lugar de acostada.

La monitorización continua del ritmo cardíaco del bebé y las contracciones uterinas es común para garantizar la seguridad en el parto (26).

El enfoque occidental en el parto ha sido respaldado por una serie de beneficios asociados a la seguridad materna y neonatal, así como a la capacidad para gestionar eficazmente complicaciones. La atención médica especializada que se brinda en entornos hospitalarios o centros de atención médica garantiza que el parto se lleve a cabo bajo la supervisión de profesionales capacitados y con acceso a tecnologías avanzadas. El monitoreo continuo de la salud de la madre y el bebé durante el parto es otro elemento crucial del enfoque occidental. Esto permite una detección temprana de posibles problemas, lo que lleva a respuestas rápidas y a intervenciones médicas oportunas cuando es necesario. Además, la opción de recibir anestesia epidural proporciona a las mujeres la posibilidad de manejar el dolor de manera efectiva, contribuyendo a una experiencia más cómoda (27).

La medicina occidental también destaca por su capacidad para realizar intervenciones médicas cuando existen emergencias o riesgos para la salud de la madre o el bebé. Esto incluye la opción de realizar una cesárea cuando es necesario, lo que puede ser crucial para garantizar la seguridad y el bienestar de ambos (28). El acceso a recursos médicos y tecnologías avanzadas, como salas de operaciones y unidades de cuidados intensivos neonatales, es un componente clave del parto occidental. Esto asegura una atención integral en situaciones que requieren cuidados especializados. Aunque este enfoque médico ha demostrado ser efectivo para abordar situaciones de riesgo y garantizar resultados seguros, también ha sido objeto de críticas. Se ha señalado que la medicalización excesiva puede llevar a intervenciones innecesarias, afectar la experiencia emocional de la madre y contribuir a tasas elevadas de cesáreas (29).

En respuesta a estas preocupaciones, ha surgido un interés creciente en integrar elementos del parto humanizado en la medicina occidental. Esto busca equilibrar la seguridad médica con la importancia de la experiencia emocional y psicológica de la mujer durante el parto. Sin embargo, la humanización en la prestación de servicios de salud, orientada hacia una atención centrada en el ser humano, presenta desafíos para instituciones y profesionales de la salud (30).

El objetivo de la humanización del parto es poner el foco en los derechos, necesidades y expectativas de la mujer gestante, promoviendo su salud y bienestar óptimos. Aunque se aspira a que la experiencia del parto sea amorosa y positiva, algunas mujeres reportan

haber sufrido violencia obstétrica, una situación preocupante dado el elevado número de muertes prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto a nivel mundial (31).

8.2. Estrategias para mejorar la atención del parto humanizado:

El modelo de atención del parto humanizado, respaldado por la OMS y promovido en Costa Rica a través de la Ley 2105, busca transformar la experiencia del parto, asegurando que sea una vivencia significativa y positiva para las mujeres. Aunque aún persisten desafíos, como la violencia obstétrica y las intervenciones sin consentimiento, se están implementando medidas para reducir estas prácticas. Es crucial que el personal médico esté capacitado en fisiología del embarazo y en brindar apoyo emocional, respetando las preferencias de la paciente. La educación prenatal y el seguimiento postparto son fundamentales para promover una transición exitosa a la maternidad. El duelo perinatal también debe abordarse con sensibilidad y compasión (32).

Con el fin de alcanzar el máximo nivel de cuidado humanizado durante el parto, se han implementado programas para mejorar la calidad de la atención. La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto estableció la búsqueda del bienestar como factor clave de progreso y desarrollo humano para la madre, el hijo y la familia. En este contexto, es esencial contar con herramientas y estrategias validadas que faciliten la comunicación y la educación sobre prácticas que contribuyan a hacer del parto una experiencia humanizada. Las estrategias educomunicativas emergen como recursos efectivos para construir ambientes de diálogo y respeto, abarcando diversas áreas del conocimiento y fomentando la participación ciudadana (33).

Por su parte, Aliga y Alcas, en los resultados descriptivos de su estudio sobre la gestión administrativa, el parto humanizado y la calidad de servicio en un hospital nacional de Lima, se destaca que el 46,7% de las usuarias perciben la gestión administrativa como regular, y el 32,2% la considera buena. Se analizan dimensiones específicas de la gestión, como planificación, organización, dirección y control, mostrando variabilidad en las percepciones de los usuarios. En relación con el parto humanizado, el 38,9% lo percibe como aceptable, mientras que el 33,3% lo considera insatisfactorio. Se detallan las dimensiones del parto, evidenciando que varias de ellas son percibidas como insatisfactorias por un porcentaje significativo de usuarias. Respecto a la calidad de servicio, el 45,6% la percibe como aceptable, y el 31,1% la considera insatisfactoria. Se examinan dimensiones específicas de la calidad de servicio, como elementos tangibles,

fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, revelando un porcentaje considerable de percepciones insatisfactorias en varias de estas dimensiones (34).

También, Paiva, et al. (35), el estudio evaluó la calidad de la atención durante el parto hospitalario normal mediante el índice de Bologna en un servicio de referencia en atención obstétrica en la región Nordeste de Brasil. Se utilizó un formulario basado en indicadores de calidad y guías de asistencia al parto. Los resultados mostraron una puntuación media de 3,44 en el índice de Bologna, indicando una atención de calidad intermedia. Las variables mejor evaluadas fueron el uso de la partograma, la presencia de acompañante durante el parto y el contacto piel con piel entre madre y niño en la primera hora de vida. Sin embargo, se observaron deficiencias en el uso de posiciones no supinas y la ausencia de estímulos en el primer período clínico del parto.

Por su parte, Cáceres, et al. 2020. desarrolló una cartilla educomunicativa sobre parto humanizado, validada por especialistas y 100 participantes. Los especialistas la calificaron con un IVC de 0.94 y Alfa de Cronbach de 0.81. El público objetivo mostró una respuesta positiva del 87% al 100%, con una media del 97.9%. Aunque se recolectaron datos en instituciones de salud, la cartilla se considera un recurso relevante e innovador para educar sobre el parto humanizado, con un impacto significativo en la vida de las gestantes, sus familias y el binomio madre-hijo (36).

También, en un estudio cuasi experimental realizado por Silva, et al. 2020. en un hospital de maternidad en Teresina-PI, se implementó una intervención educativa dirigida al personal de enfermería mediante un curso de capacitación. Participaron 32 profesionales, mayoritariamente técnicos de enfermería (87.50%) y enfermeras obstétricas (85.71%). Se observó una mejora significativa en el conocimiento del personal después de la intervención, evidenciada por la reducción de errores en las preguntas relacionadas con los cuidados durante el trabajo de parto y parto. En la prueba previa, se registraron 46.87% de errores en 5 preguntas y 32.50% de errores en 10 preguntas sobre cuidados de enfermería, mientras que, en la prueba posterior, se redujeron a 18.75% y 9.25% respectivamente. Este hallazgo resalta la efectividad de la educación continua en enfermería para mejorar el desempeño (37).

Finalmente, Lavanderos y Días, 2021. Señala que la introducción de un modelo de atención en salud centrado en el empoderamiento de las mujeres para recuperar el control sobre el parto, denominado «parto respetado», ha generado cambios significativos.

Aunque en Chile aún no se ha integrado esta práctica en la legislación, la Organización Mundial de la Salud ha delineado pautas basadas en evidencia para promover este enfoque. Este estudio busca generar recomendaciones para implementar el parto respetado en el sistema de salud chileno, basándose en una exhaustiva búsqueda bibliográfica. Se sugiere definir la fase activa del parto a partir de 5 cm de dilatación, preferir la auscultación intermitente, gestionar el dolor según las preferencias de la mujer, promover el movimiento, el apego inmediato y el retraso en el pinzamiento del cordón, y restringir intervenciones como la episiotomía, amniotomía, cesárea y tactos vaginales, ya que muchas de estas prácticas carecen de evidencia y pueden constituir formas de violencia obstétrica (38).

El cuidado integral durante el nacimiento se centra en cuatro pilares fundamentales: seguridad, calidad, cultura y costos asociados al parto, como se presenta en el Modelo de integralidad de la asistencia. La seguridad del parto, crucial para mejorar los indicadores materno-perinatales en Latinoamérica, implica mantener estándares de salud materno-fetal y gestionar complicaciones de manera eficaz. En términos de calidad, las iniciativas para un parto respetuoso enfocan en el bienestar materno, la satisfacción con la atención recibida y la reducción de procedimientos quirúrgicos, subrayando la importancia de alinear la cultura organizacional con estos principios para utilizar los recursos de forma óptima en la atención de partos seguros y de alta calidad (Figura 1) (39).

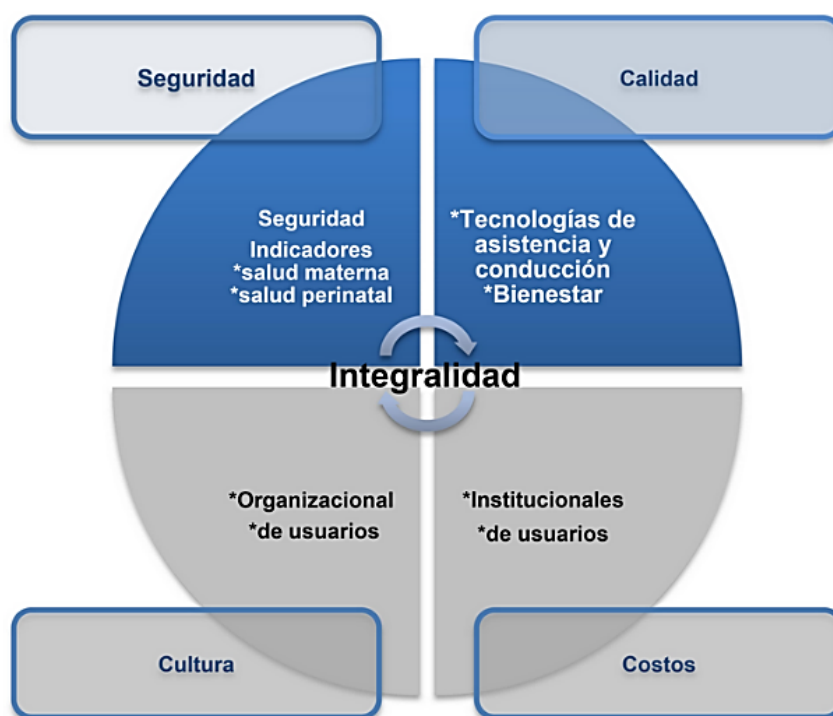


Ilustración 3. Modelo de integralidad de la asistencia en el parto

Fuente: Uribe, et al. 2018. (39)

Tabla 3. Efectividad el parto humanizado

Ref	País	Año	Título	Tipo de estudio	# de madres Participantes	Resultados
(1)	Costa Rica	2020	Parto Humanizado	Revisión	50	Reducción de estrés, mayor satisfacción materna, mejor vinculación y menor intervenciones medicas
(40)	Perú	2020	Parto humanizado: Inicio de una nueva vida	Cualitativo	50	Empoderamiento materno, mejor experiencia en el parto, apoyo continuo, menor intervención médica y vinculación con la madre
(41)	España	2021	Lo más natural posible»: Narrativas de matrona de atención primaria y hospitalaria en	Cohorte transversal	N/A	Valora las necesidades y deseos de la madre, parto más positiva y natural, apoyo emocional

			el paradigma del parto humanizado			
(34)	Brazil	2021	The Impact of Humanized Children on Parturients in a Public Hospital	Cohorte transversal	26	menores niveles de ansiedad y dolor durante el parto, mayor satisfacción y menores tasas de intervenciones médicas
(42)	Argentina	2022	Beneficios de un parto humanizado para la mujer y el recién nacido	Ensayo clínico aleatorizado	200	Fortalecimiento del vínculo, mejor salud para la madre y el hijo en el parto, mayor satisfacción maternal, menor intervención médica y exitosa lactancia
(43)	Cuba	2022	Ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado	revisión narrativa	N/A	Reducción de intervenciones, mejor experiencia, apoyo emocional y beneficios neonatales
(44)	Colombia	2022	Parto humanizado y ruta integral de atención	Descriptivo y exploratorio	120	Mayor satisfacción materna, menor intervención médica, mejor relación madre e hijo y menor estrés
(45)	España	2022	The experience of giving birth in a hospital in Spain: Humanization versus technification	qualitative	30	Niveles de satisfacción bueno y mejor bienestar emocional en comparación con aquellas que tuvieron un parto más tecnificado.
(46)	Ecuador	2023	Parto humanizado con pertinencia intercultural	estudio cualitativo.	150	Respeto prácticas culturales, empoderamiento materno, mayor comunicación con el personal de salud, menor estrés, mejor salud neonatal
(47)	Europa	2023	Aproximaciones para comprender y prevenir la violencia obstétrica	Revisión bibliográfica	N/A	Necesidad de formación y sensibilización del personal sanitario para prevenir la violencia obstétrica

(48)	Brazil	2024	O efecto do parto humanizado na experiéncia materna e nos resultados neonatais	Revisión	150	Mejora significativamente la experiencia materna, aumentando la satisfacción y reduciendo el estrés
(49)	España	2024	Parto en el agua: nuevas experiencias de nacer	Estudio cualitativo	60	Mayor control, mayor comodidad, más relajada para las madres, menor dolor y menos intervenciones médicas.

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se presenta un análisis comparado de diversos estudios sobre el parto humanizado llevados a cabo en diversas naciones y años. Cada análisis proporciona información valiosa acerca de los beneficios y resultados del parto humanizado, incluyendo el número de madres participantes y el tipo de estudio llevado a cabo. Se lleva a cabo un análisis y discusión de los datos recopilados.

Los estudios enumerados en la tabla provienen de una gran variedad de países, como Costa Rica, Perú, España, Brasil, Argentina, Cuba, Colombia, Ecuador, y Europa en general. La diversidad geográfica posibilita la observación del proceso de parto humano en diversos contextos culturales y sanitarios. Además, los estudios se llevaron a cabo entre 2020 y 2024, lo que demuestra un interés creciente y sostenido en el parto humanizado en los últimos años. Este rango temporal también permite examinar la evolución de las prácticas y resultados asociados al parto humano.

La presente tabla contiene una variedad de estudios, tales como revisiones, estudios cualitativos, cohortes transversales, ensayos clínicos aleatorizados y estudios descriptivos y exploratorios. La diversidad metodológica posibilita una comprensión detallada de las diversas facetas del parto humanizado. Las revisiones, tales como las de Costa Rica y Brasil en 2020 y 2024 respectivamente, proporcionan una síntesis de la evidencia existente y resaltan la necesidad de formación y sensibilización del personal sanitario.

Los estudios varían en función del número de madres participantes, desde 26 hasta 200. Los estudios con un mayor número de participantes, tales como el de Argentina, con un total de 200 madres, presentan resultados más consistentes y robustos. A pesar de la variabilidad en los contextos y metodologías, se lograron diversos resultados positivos consistentes entre los estudios.

Reducción de la ansiedad y la ansiedad. Los estudios realizados en Costa Rica, Brasil, Colombia y Ecuador destacan la disminución del estrés y la ansiedad entre las progenitoras, lo que contribuye a una experiencia de parto más positiva.

Aumento de la satisfacción materna. La satisfacción materna se evidencia en los estudios realizados en Costa Rica, Argentina, Colombia y Brasil.

Más de Menores Intervención Médica: Los estudios realizados en Argentina, Cuba y España sugieren una disminución en las intervenciones médicas, lo que propicia un parto más natural.

Beneficios de Salud Neonatal: Estudios en Argentina, Cuba y Ecuador indican que el parto humanizado está asociado con mejores resultados de salud neonatal.

Salud Neonatal Más Saludable. Según estudios en Argentina, Cuba y Ecuador, el parto humanizado está estrechamente relacionado con mejores resultados de salud neonatal.

Se destacan los beneficios del parto humanizado, evidenciando su efecto beneficioso tanto en los progenitores como en los recién nacidos.

Se destacan los beneficios del parto humanizado, evidenciando su efecto beneficioso tanto en las progenitoras como en los recién nacidos. Es importante destacar que en los estudios se hallaron Implicaciones Culturales y Educativas, donde se abordaron dos cuestiones significativas. El estudio en Ecuador resalta la importancia de respetar las prácticas culturales, lo que no solo empodera a las madres, sino que también mejora la comunicación con el personal de salud. Asimismo, la necesidad de la formación. La revisión bibliográfica europea indica la necesidad de una capacitación adecuada del personal sanitario para prevenir la violencia obstétrica y fomentar un entorno de parto humano.

Con el fin de concluir el análisis, se evidenciaron descubrimientos de innovaciones y experiencias, tales como: Dentro del Agua, el estudio cualitativo en España sobre el parto en el agua subraya cómo esta práctica puede proporcionar un mayor control y comodidad a las madres, lo que reduce el dolor y las intervenciones médicas. El segundo descubrimiento es el Empoderamiento Familiar, aquí varios estudios, tales como los de Perú y Ecuador, señalan el empoderamiento materno como un resultado clave del parto humanizado, mejorando la experiencia del parto y fomentando una mayor vinculación madre-hijo.

La tabla 4 presenta una amplia y detallada visión de las técnicas utilizadas en el parto humanizado (PH), sus desventajas, los porcentajes de reducción de estrés en la madre, el fortalecimiento del vínculo madre-hijo, mejoramiento de la salud de la madre, reducción de intervenciones médicas y las dificultades asociadas con la implementación del PH.

Tabla 4. Análisis del parto humanizado y estadísticas para la madre

Técnicas utilizadas en el PH	Desventajas	% Reducción Estrés de la madre	% Fortalecimiento Vínculo Madre-Hijo	% Mejoramiento Salud Madre	% Reducción Intervenciones Médicas	Dificultades
Participación activa, Educación y Preparación Prenatal, respeto a los Tiempos Naturales del Parto	Necesidad de formación y sensibilización del personal sanitario	80%	70%	75%	60%	Capacitación del personal
Empoderamiento materno, Educación y Preparación, apoyo continuo	No todos los entornos de atención médica ofrecen opciones de parto humanizado	85%	65%	70%	50%	Adaptación cultural
Empoderamiento materno, Educación y Preparación, apoyo continuo	Necesidad de formación	70%	60%	65%	55%	Variedad de protocolos en hospitales
Participación activa, Educación y Preparación Prenatal	sensibilización del personal sanitario	75%	68%	80%	50%	Implementación en hospitales públicos
Movilidad durante el trabajo de parto, apoyo continuo, Uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor,	Demoras en la atención médica, Necesidad de personal capacitado en PH, Expectativas no cumplidas	85%	75%	78%	65%	Recursos limitados en algunas áreas
Facilitar el contacto directo	Falta de control sobre el dolor intenso:	70%	68%	72%	60%	Estándares de práctica unificados
Personalización del Parto, Comunicación Efectiva, Ambiente Acogedor, Apoyo Continuo, Educación y Sensibilización y	Desafíos Culturales, Capacitación del Personal, Recursos Adicionales y Resistencia al Cambio	80%	70%	75%	55%	Acceso equitativo a servicios

Involucrar a la Comunidad						
Mejor bienestar emocional comparado con parto tecnificado	Ninguna significativa	78%	67%	70%	60%	Implementación uniforme en hospitales
Respeto a prácticas culturales, mayor comunicación, Facilitar el contacto directo	Demoras en la atención médica, Necesidad de personal capacitado en PH, Expectativas no cumplidas	80%	72%	75%	60%	Respeto y adaptación a prácticas culturales
Evaluación y Monitoreo, Capacitación y Sensibilización, Protocolos y Guías, Políticas Públicas Participación Comunitaria	Reconocimiento Limitado, Falta de Capacitación, Resistencia al Cambio, Recursos Limitados	75%	70%	72%	60%	Formación y sensibilización del personal
Mejora en la experiencia materna, reducción del estrés	Barreras Culturales, Limitaciones en la Implementación, Evaluación y Monitoreo y Capacitación del Personal	80%	70%	75%	60%	Capacitación y sensibilización continua del personal
Uso de Piscinas Especializadas, Control de la Temperatura del Agua, Libertad de Movimiento, Técnicas de Relajación, Asistencia Especializada	Riesgos Médicos, Requiere Equipamiento Especializado, Limitaciones en Casos de Emergencia, Disponibilidad y Acceso,	78%	68%	70%	60%	Variedad de protocolos y adaptación en hospitales

Fuente: Elaboración propia

Análisis: El análisis detallado de los estudios sobre el parto humanizado revela varios aspectos clave que impactan tanto a las madres como a los recién nacidos.

En primer lugar, Las técnicas varían significativamente entre los estudios, destacando la participación activa y educación prenatal, que fomenta una mayor implicación de la madre en el proceso del parto, aumentando su confianza y autonomía; el empoderamiento y el apoyo continuo de la madre, que brinda apoyo emocional y físico constante a la madre

durante el trabajo de parto; y la movilidad y métodos no farmacológicos para aliviar el dolor, que facilitan el manejo del dolor y el respeto a las prácticas culturales y la personalización del parto, que respetan las necesidades y deseos únicos de la madre, incluidas las tradiciones culturales; y el uso de piscinas especializadas, que brindan una opción adicional para el parto y brindan a la madre un entorno relajante y natural.

Sin embargo, los estudios también señalan desventajas de la implementación del parto humanizado (PH) incluyen la necesidad de capacitación y sensibilización del personal, ya que el personal sanitario necesita estar adecuadamente capacitado y sensibilizado sobre las prácticas del parto humanizado; desafíos culturales y adaptación, ya que adaptar las prácticas del parto humanizado a diferentes contextos culturales puede ser complicado; recursos y equipamiento especializado limitados, ya que la falta de recursos y equipamiento adecuados puede hacer que las prácticas del parto humanizado.

Además, El parto humanizado reduce el estrés y la ansiedad, como lo demuestran estudios en varios países (Costa Rica, Brasil, Colombia y Ecuador) que reportan una reducción significativa del estrés en un promedio del 78% y una reducción más alta del 85%. Además, se ha observado un fortalecimiento del vínculo madre-hijo en un promedio del 69 %, con los valores más altos alrededor del 75 %. Además, los estudios muestran una mejora promedio del 72% en la salud materna y una disminución promedio del 59% en la necesidad de intervenciones médicas, especialmente en los estudios realizados en Argentina y España.

También, los estudios detectaron las dificultades con la implementación del PH incluyen la capacitación del personal sanitario, que debe estar bien capacitado para manejar estas prácticas, y la adaptación cultural, donde las prácticas deben ser sensibles a las diferencias culturales y adaptarse en consecuencia. Además, los recursos necesarios para implementar el PH pueden ser insuficientes en algunas áreas, y la falta de protocolos unificados puede causar inconsistencias en la práctica del PH.

Según la comparación de estudios a nivel internacional, el parto humanizado mejora la experiencia de la madre y el bebé. El estrés y la ansiedad disminuyen a través de la participación activa, el empoderamiento materno y el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, lo que mejora la salud materna y reduce la necesidad de intervenciones médicas. Sin embargo, la implementación de estas prácticas enfrenta numerosos desafíos, como la formación y sensibilización del personal sanitario, la

adaptación cultural y la disponibilidad de recursos. Según los estudios, a pesar de estos problemas, el parto humanizado tiene ventajas.

En síntesis, la humanización del parto emerge como un paradigma de atención integral que no solo busca mejorar los resultados de salud materno-infantil, sino también fortalecer la autonomía de las mujeres y garantizar el respeto por sus derechos durante el proceso de nacimiento. Para avanzar en esta dirección, es crucial seguir promoviendo políticas inclusivas y prácticas basadas en evidencia que puedan adaptarse a diversas realidades socioeconómicas y culturales.

9. CONCLUSIONES

- La revisión bibliográfica proporcionó una visión integral sobre el impacto y la efectividad del parto humanizado en la medicina occidental.
- La medicina occidental se basa en un enfoque biomédico centrado en intervenciones médicas y tratamientos científicos para abordar el parto. En contraste, el parto humanizado busca una experiencia más centrada en la mujer, promoviendo su autonomía y bienestar emocional durante el proceso de dar a luz.
- Aunque la medicina occidental ha demostrado beneficios en la seguridad materna y neonatal, también enfrenta críticas por la medicalización excesiva y las tasas elevadas de cesáreas.
- El parto humanizado reduce significativamente el estrés y la ansiedad de las madres, con estudios que indican una reducción promedio del 78%. Técnicas como la participación activa de la madre, el apoyo continuo y el respeto por las prácticas culturales son responsables de este impacto positivo en la madre en un ambiente tranquilo y natural.
- La práctica del parto humanizado mejora la relación madre-hijo, ya que el 69% de las madres dice que tienen una conexión más fuerte con sus hijos. Esto se logra proporcionando a la madre un entorno que la apoya y la empodera durante el proceso de parto.
- La salud materna mejora en promedio un 72% gracias a la menor intervención médica y a un parto más natural y personalizado. El uso de técnicas no

farmacológicas para aliviar el dolor y la movilidad durante el trabajo de parto son importantes en este aspecto.

- El parto humanizado está relacionado con una disminución significativa en la necesidad de intervenciones médicas, con un promedio del 59%. La experiencia de parto de la madre puede ser más positiva y menos invasiva con esta reducción, lo que puede mejorar los resultados neonatales.
- A pesar de sus ventajas, el parto humanizado presenta algunos desafíos. Estos incluyen la necesidad de una capacitación y sensibilización adecuadas del personal sanitario, la adaptación de las prácticas culturales, la disponibilidad de recursos y la falta de protocolos unificados. Para una adopción más amplia y efectiva del parto humanizado, es necesario superar estos obstáculos.

10. REMOMENDACION

Para garantizar una implementación adecuada del parto humanizado, es esencial invertir en la formación continua del personal de salud. Además, se deben implementar políticas que fomenten la conciencia cultural y la disponibilidad de los recursos necesarios en todas las regiones. El establecimiento de protocolos y estándares unificados puede ayudar a reducir las inconsistencias y mejorar la calidad de la atención

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Palma M. Parto Humanizado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2020;62(2):431–431.
2. Organization WH. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018. p. 1.
3. Laínez N, Martínez G, Portillo D, Alvarenga A, Véliz A. Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud*. 2023;6(1):70–7.
4. Lara W. El parto humanizado_ perspectivas de profesionales en las materni. Independent Study Project (ISP) Collection. 2015 Oct 1;1–46.
5. Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cericco M, Vannacci A. Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. Vol. 224, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 2018. p. 208–9.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. 2017.
7. Ecalada N. Mortalidad materna en el Ecuador, contexto de pre pandemia y pandemia COVID 19. Universidad Católica de Cuenca.; 2022.
8. Varea M. Políticas públicas alrededor de los cuerpos de mujeres indígenas en la provincia de Chimborazo en Ecuador. *Estado & comunes, revista de políticas y problemas públicos*. 2020 Jul 8;2(11):79–98.
9. Caceres F, Nieves G. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017;68(2):128–34.
10. Cabrera J. REALIDAD Y EXPECTATIVA EN TORNO A LA ATENCION DEL PARTO EN CHILE: RENACER DEL PARTO NATURAL. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2003;68(1).
11. Pazos C, Plain A, Viera Y. La Medicina Natural y Tradicional como tratamiento alternativo de múltiples enfermedades. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2019;35(2):1–4.
12. Conesa M, Camacho M, Hernández E, López E, Marín E. Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2022 Oct 11;11(2):e2798.
13. Raipuria H, Lovett B, Lucas L, Hughes V. A Literature Review of Midwifery-Led Care in Reducing Labor and Birth Interventions. *Nurs Womens Health*. 2018 Oct 1;22(5):387–400.

14. National Institute of Child Health and Human Development. nichd.nih.gov. 2019 [cited 2024 Jun 30]. Sobre el trabajo de parto y el parto. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/labor-delivery/informacion>
15. Moreno A, Celis C, Posadas A, Martínez L, Villafán L. Description of the labor curve in a third-level care hospital. *Ginecol Obstet Mex*. 2018 Jun 1;86(6):368–73.
16. Almaguer J, García H, Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo parto y puerperio. 2012.
17. Borges L, Sánchez R, Peñalver A, Parra E. Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba. *Rev cuba enferm*. 2019 Dec 16;35(4):e2856–e2856.
18. Cochancela Alvear X, Paucar paccha M del carmen. Cumplimiento de normas de parto humanizado en pacientes de obstetricia del hospital vicente corral moscoso 2016. 2017.
19. Vargas V, Rodríguez J, Corredor M. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2018 Apr 23;20(1):1–10.
20. Montero L. El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. *Comunidad y Salud*. 2017;15(1):42–52.
21. Attanasio LB, Alarid F, Kozhimannil K. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth*. 2020 Mar 1;47(1):57–66.
22. Mattison C, Dion M, Lavis J, Hutton E, Wilson M. Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*. 2018 Sep 1;45(3):322–7.
23. Contreras Y, Ochoa K, Guzmánz E, Manríquell C, Araya J, González M. Types of deliveries and levels of oxytocin, cortisol and thyroid hormones in umbilical cord plasma. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2023 Jan 1;88(1):25–34.
24. Barrena M, Quispe P, Flores M, Leónl C, Barrena M. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2020;66(2):19–24.
25. Aragón J, Ávila M, Beltrán J, Calderón E, Caldiño F. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. *Ginecol Obstet Mex*. 2017;85(5):314–24.
26. Camargo G, Güezgüan J, Sánchez N, Barragán J, Huamanga B. Comportamiento clínico del parto vertical y en posición de litotomía en dos centros de salud de Cusco, Perú. *Ginecol Obstet Mex*. 2022 Mar 1;90(3):222–33.
27. Moreno A, Celis C, Posadas A, Martínez L. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecol Obstet Mex*. 2018 Jun 1;86(6):368–73.

28. Bartuseviciene E, Kacerauskiene J, Bartusevicius A, Paulionyte M, Nadisauskiene RJ, Kliucinskas M, et al. Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study. *Midwifery*. 2018 Oct 1;65:67–71.
29. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. 2022. 1–186 p.
30. Garrido AB. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2017.
31. Cáceres F, Nieves G, Lizarazo A. Elaboration and Validation of a Booklet on Humanized Childbirth. *Enfermería Global*. 2020 Oct 1;19(4):75–84.
32. Palma M. Parto Humanizado. In: *Ginecologia e Obstetrícia - Edição IX*. 2024. p. 174–83.
33. Chaves B, SOARES N, SILVA F, Santos M, Araujo F. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO SOB A VISÃO DO PROFISSIONAL. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*. 2018 Feb 23;4.
34. Aliaga S, Alcas N. Análisis de la gestión administrativa y la calidad del servicio en la atención de los partos humanizados en un hospital nacional de Lima. *INNOVA Research Journal*. 2021 Jan 12;6(1):18–30.
35. Paiva M, Idaline M, Pereira G, Flávio J. Evaluación de la calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia. *Enfermería Global*. 2022;21(66):356–97.
36. Cáceres F, Nieves G, Lizarazo A, Cáceres F, Nieves G, Lizarazo A. Elaboración y validación de una cartilla sobre parto humanizado. *Enfermería Global*. 2020 Oct 1;19(60):64–84.
37. da Silva I, Silva S, de Oliveira M, Melo M. Intervención educativa para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal. *Enfermería Global*. 2020;19(58):226–56.
38. Lavanderos S, Díaz C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2021 Nov 1;86(6):563–72.
39. Claudia U, Aixa C, Paulina B, Del Pino L, Fernando A. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018 Jun 1;83(3):266–76.
40. Alexandra C, Hidalgo L, Roberto ;, Guzmán H, Lozano Hidalgo C, Guzmán RH, et al. Parto humanizado: inicio de una nueva vida. *rpm.peCAL Hidalgo, RH Guzmán Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 2020•rpmi.pe [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 11]; Available from: <https://rpmi.pe/index.php/RPMI/article/view/246>

41. Mujer LMC. R de I en, Salud undefined, 2021 undefined. «Lo más natural posible»: Narrativas de matrona de atención primaria y hospitalaria en el paradigma del parto humanizado. *revistes.ub.edu*LB Martín-CastañedaMUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, 2021•*revistes.ub.edu* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 11];6(1). Available from: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/33544>
42. Campusa G, Cuevas PE. Beneficios de un parto humanizado para la mujer y el recién nacido. 2022 [cited 2024 Jul 11]; Available from: <https://addi.ehu.es/handle/10810/56978>
43. Restrepo Castro OI FVACLLQZSRGMDQD. Ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado. *Rev cuba obstet ginecol.* 2022;48(3).
44. La Ruta DAI, & PM. Parto humanizado y ruta integral de atención - Google Académico. *Obstetricia Integral Siglo XXI: Segunda edición* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 11]; Available from: https://scholar.google.com.ec/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2020&as_vis=1&q=Parto+humanizado+y+ruta+integral+de+atenci%C3%B3n&btnG=
45. Esteban-Sepúlveda S, Fabregas-Mitjans M, Ordobas-Pages L, Tutusaus-Arderiu A, Andreica LE, Leyva-Moral JM. La experiencia de parto en un hospital de España: humanización versus tecnificación. *Enferm Clin.* 2022 May 1;32:S14–22.
46. Antepara DNC, MVEN, SSJG, & ÁEGJ. Parto humanizado con pertinencia intercultural. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 12];7(47):156–64. Available from: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/652>
47. Romero RI, Valdivia F, Rio D. Aproximaciones para comprender y prevenir la violencia obstétrica. *Revista Académica de Docencia y Gestión Universitaria* [Internet]. 2023 Oct 17 [cited 2024 Jul 12];1(2):43–53. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/Spirat/article/view/4479>
48. Lopes AC, Maslinkiewicz A, Campos De Almeida Barboza AR, Da E, Dantas De Jesus S. O efeito do parto humanizado na experiência materna e nos resultados neonatais. *ojs.revistacontribuciones.com*AC Lopes, A Maslinkiewicz, ARC de Almeida Barboza, ESD de Jesus, F de Araújo CostaCONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, 2024•*ojs.revistacontribuciones.com* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 12];(6):1–11. Available from: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/7206>
49. Cobo Ruiz P. Parto en el agua: nuevas experiencias de nacer. 2024 [cited 2024 Jul 11]; Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/33003>

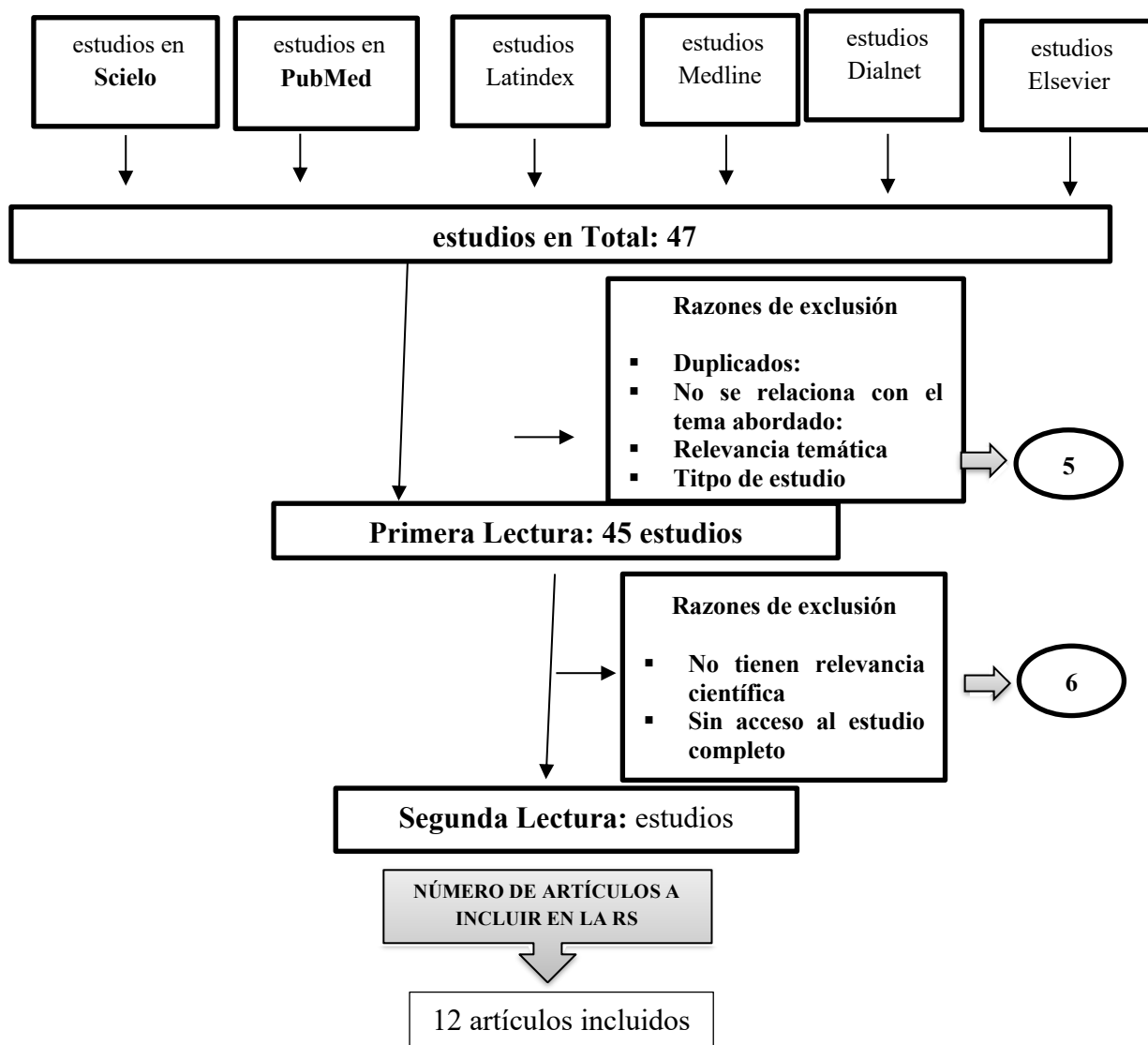
12. GLOSARIO

- **Antropología del Parto:** Estudio de las prácticas, creencias y experiencias del parto en diferentes culturas y contextos históricos.
- **Episiotomía:** Incisión quirúrgica en el perineo realizada para agrandar la abertura vaginal durante el parto. Su uso ha sido ampliamente cuestionado en el contexto del parto humanizado.
- **Partería:** Práctica de asistencia al parto llevada a cabo por parteras, profesionales especializadas en el cuidado de mujeres embarazadas y el parto, promoviendo un enfoque menos medicalizado.
- **Oxitocina Sintética:** Hormona administrada para inducir o acelerar el trabajo de parto. Su uso rutinario es debatido en el contexto del parto humanizado debido a sus posibles efectos secundarios.
- **Contacto Piel a Piel:** Práctica de colocar al recién nacido desnudo sobre el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento para promover el vínculo y la lactancia temprana.
- **Parto en Agua:** Método de parto en el que la mujer da a luz en una tina de agua caliente, lo que puede ayudar a reducir el dolor y aumentar la comodidad.
- **Doula:** Profesional que proporciona apoyo físico, emocional y educativo a la mujer antes, durante y después del parto, pero no realiza tareas médicas.
- **Monitorización Fetal Intermitente:** Técnica de control del bienestar del feto durante el trabajo de parto que se realiza a intervalos regulares, en contraste con la monitorización continua.
- **Parto Vertical:** Posición de parto en la que la mujer se encuentra en una posición erguida, como sentada, de pie o en cuclillas, lo cual puede facilitar el descenso del bebé y el trabajo de parto.
- **Tasa de Cesáreas:** Porcentaje de nacimientos por cesárea en una población determinada. Las tasas elevadas son objeto de preocupación en la promoción del parto humanizado.
- **Anestesia Epidural:** Método de alivio del dolor durante el parto mediante la inyección de anestésico en el espacio epidural de la columna vertebral.
- **Plan de Parto Personalizado:** Documento elaborado por la mujer embarazada en el que detalla sus preferencias y deseos para el manejo de su parto, incluidas las intervenciones que acepta o rechaza.
- **Microbioma Vaginal:** Conjunto de microorganismos que habitan en la vagina y que juegan un papel importante en la salud del recién nacido al nacer por vía vaginal.

13. ANEXOS

13.1. Anexo A.

Gráfico 1. Algoritmo de flujo de la bibliografía utilizada en la revisión sistemática



13.2. Anexo B.

Tabla 5. Selección de estudios.

n	Año de publicación	Autor	Título del estudio	Nombre de la revista	Cuartil/Inde xación	Incluido	Excluido	Motivo de la Exclusión
1	2020	Palma M.	Parto Humanizado	Rev Bras Ginecol e Obs	Q4	X		
2	2018	Organization Mundial de la Salud.	Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience	BMC Pregnancy and Childbirth	Q3	X		
3	2023	Laínez N, Martínez G, Portillo D, Alvarenga A, Véliz A.	Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica	Alerta, Rev científica del Inst Nac Salud	Q3	X		
4	2015	Lara W.	El parto humanizado_ perspectivas de profesionales en las materni	Indep Study Proj Collect	Q1	X		
5	2018	Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cerico M, Vannacci A.	Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey	European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology	Q3	X		
6	2020	Varea M.	Políticas públicas alrededor de los cuerpos de mujeres indígenas en la provincia de Chimborazo en Ecuador	Estados comunes, Rev políticas y Probl públicos	Latindex	X		
7	2017	Caceres F, Nieves G.	Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna	Rev Colomb Obstet Ginecol	Q3	X		
8	2003	Cabrera J.	Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: renacer del parto natural	Rev Chil Obstet Ginecol	Q4	X		

9	2019	Pazos C, Plain A, Viera Y.	La Medicina Natural y Tradicional como tratamiento alternativo de múltiples enfermedades	Rev Cuba Med Gen Integr	Q4	X		
10	2022	Conesa M, Camacho M, Hernández E, López E, Marín E.	Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas	Enfermería Cuid Humaniz	Q3	X		
11	2018	Raipuria H, Lovett B, Lucas L, Hughes V.	A Literature Review of Midwifery-Led Care in Reducing Labor and Birth Interventions	Nurs Womens Health	Q2	X		
12	2012	Almaguer J, García H, Vargas V.	Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo parto y puerperio	Género y Salud en Cifras	Scielo	X		
13	2019	Borges L, Sánchez R, Peñalver A, Parra E.	Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba	Rev Cuba enferm	Q4	X		
14	2018	Vargas V, Rodríguez J, Corredor M.	Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura	Investig en Enfermería Imagen y Desarro	Latindex	X		
15	2017	Montero L.	El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica	Comunidad y Salud	Scielo	X		
16	2020	Attanasio LB, Alarid F, Kozhimannil K.	Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison	Birth	Q2	X		

17	2018	Mattison C, Dion M, Lavis J, Hutton E, Wilson M.	Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience	Birth	Q2	X		
18	2023	Contreras Y, Ochoa K, Guzmán E, Manríquell C, Araya J, González M.	Types of deliveries and levels of oxytocin, cortisol and thyroid hormones in umbilical cord plasma	Rev Chil Obstet Ginecol	Q4	X		
19	2020	Barrena M, Quispe P, Flores M, Leónl C, Barrena M.	Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú	Rev Peru Ginecol y Obstet	Q4	X		
20	2017	Aragón J, Ávila M, Beltrán J, Calderón E, Caldiño F.	Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso	Ginecol Obstet Mex	Q4	X		
21	2022	Camargo G, Gúezgüan J, Sánchez N, Barragán J, Huamanga B.	Comportamiento clínico del parto vertical y en posición de litotomía en dos centros de salud de Cusco, Perú	Ginecol Obstet Mex	Q4	X		
22	2018	Moreno A, Celis C, Posadas A, Martínez L.	Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención	Ginecol Obstet Mex	Q4	X		
23	2018	Bartuseviciene E, Kacerauskiene J, Bartusevicius A, Paulionyte M, Nadisauskiene RJ, Kliucinskas M, et al.	Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study	Midwifery	Q1	X		

24	2017	Garrido AB.	La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol	TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)		X		
					DIALNET			
25	2020	Cáceres F, Nieves G, Lizarazo A.	Elaboration and Validation of a Booklet on Humanized Childbirth	Enferm Glob		X		
					Q3			
26	2024	Palma M.	Parto Humanizado	Ginecologia e Obstetrícia		X		
					Q4			
27	2018	Chaves B, Soares N, Silva F, Santos M, Araujo F.	Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional	Rev Prevenção Infecção e Saúde		X		
					Latindex			
28	2021	Aliaga S, Alcas N.	Análisis de la gestión administrativa y la calidad del servicio en la atención de los partos humanizados en un hospital nacional de Lima	INNOVA Res J		X		
					Latindex			
29	2022	Paiva M, Idaline M, Pereira G, Flávio J.	Evaluación de la calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia	Enfermería Glob	Q4	X		
30	2020	Cáceres F, Nieves G, Lizarazo A.	Elaboración y validación de una cartilla sobre parto humanizado	Enfermería Glob	Q4	X		
31	2020	da Silva I, Silva S, de Oliveira M, Melo M.	Intervención educacional para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal	Enfermería Glob	Q4	X		
32	2021	Lavanderos S, Díaz C.	Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado	Rev Chil Obstet Ginecol	Q4	X		

22	2021	França, F. S., et al.	Efectos del parto humanizado sobre la experiencia del parto y el bienestar materno: revisión sistemática y metanálisis	Revista de enfermagem	Q2		X	relevancia tematica
34	2020	Leite, J. P. A., et al.	Parto humanizado: una revisión integradora de la literatura	Ciência & Saúde Coletiva	Q1		X	relevancia científica
35	2019	Silva, A. C., et al.	Impacto del parto humanizado en los resultados maternos e infantiles: un metanálisis	Revista da Associação Brasileira de Enfermagem	Q2		X	relevancia tematica
36	2018	Figueiredo, M. G., et al.	Parto humanizado: perspectiva de las mujeres	Acta Paulista de Enfermagem	Q2		X	relevancia científica
37	2017	Gomes-Pereira, L. M., et al.	Percepción de las mujeres sobre el parto humanizado: una revisión integradora de la literatura	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Q2		X	relevancia tematica
38	2016	Araújo, M. B., et al.	Parto humanizado: un estudio cualitativo sobre las experiencias de las mujeres	Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil	Q3		X	relevancia científica
39	2015	Silva, M. J. P., et al.	Efectos del parto humanizado sobre la lactancia materna: una revisión sistemática	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Q2		X	relevancia científica
40	2014	Chiavegato, A. C., et al.	Parto humanizado: un derecho de las mujeres y un desafío para la atención obstétrica	Cadernos de Saúde Pública	Q1		X	relevancia tematica
41	2013	Cruz, M. L. M., et al.	Parto humanizado: una revisión de la literatura	Revista de Enfermagem Contemporânea	Q2		X	relevancia científica
42	2012	Domingues, R. M. S., et al.	Parto humanizado: factores asociados a la elección de las mujeres	Revista Brasileira de Enfermagem	Q2		X	relevancia científica
43	2011	Oliveira, M. A. S., et al.	Parto humanizado: un estudio sobre las prácticas obstétricas en un hospital público	Revista da Associação Brasileira de Enfermagem	Q2		X	relevancia científica

44	2010	Taddei, F. A., et al.	Parto humanizado: un modelo de atención centrado en la mujer	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Q2		X	relevancia científica
45	2009	Goldenberg, M. L., et al.	Parto humanizado: una revisión narrativa de la literatura	Jornal de Enfermagem	Q3		X	relevancia científica
46	2008	Melo, M. H. S., et al.	Parto humanizado: ¿un nuevo paradigma en la atención obstétrica?	Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil	Q3		X	relevancia tematica
47	2007	Silva, A. C., et al.	Parto humanizado: un estudio sobre las expectativas de las mujeres	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Q2		X	relevancia científica

Tabla 6. Resumen de los estudios seleccionados sobre el parto humanizado en la medicina occidental.

N	Año de publicación	Autor	Título del estudio	Nombre de la revista	Hallazgos
1	2020	Palma M.	Parto Humanizado	Rev Bras Ginecol e Obs	La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el derecho de todas las mujeres a experimentar el parto como un evento significativo y positivo en sus vidas. En Costa Rica, las maternidades han adoptado prácticas de parto humanizado, respaldadas por la Ley 2105, buscando reducir la violencia obstétrica y mejorar la experiencia materna y neonatal. Se enfatiza la importancia del soporte emocional y la educación prenatal para empoderar a las mujeres y sus familias, promoviendo un entorno de atención respetuosa y digna desde el inicio del embarazo hasta el postparto, facilitando así transiciones más suaves y satisfactorias hacia la maternidad.
2	2015	Lara W.	El parto humanizado_ perspectivas de profesionales en las materni	Indep Study Proj Collect	La investigación se centró en las perspectivas de profesionales sobre el parto humanizado en hospitales públicos de Argentina, destacando la influencia de la ley y las barreras como la infraestructura. Aunque la mayoría conocía la ley, hubo variabilidad en la implementación y percepciones, resaltando la necesidad de empoderar y personalizar la atención para cada mujer.
3	2018	Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cerizzo M, Vannacci A.	Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey	European Journal of Obstetrics and Gynecology and	Según la OMS, muchas mujeres experimentan trato irrespetuoso y abusivo durante el parto globalmente, conocido como violencia obstétrica (OV). Este fenómeno, inicialmente descrito en América Latina, se ha extendido a países desarrollados. Italia realizó la primera

				Reproductive Biology	encuesta nacional sobre OV, impulsada por la campaña "#Bastatacere: las madres tienen voz" en 2016.
4	2020	Varea M.	Políticas públicas alrededor de los cuerpos de mujeres indígenas en la provincia de Chimborazo en Ecuador	Estado comunes, Rev políticas y Probl públicos	Este artículo examina dos políticas estatales en Chimborazo: el Parto Culturalmente Adecuado y la criminalización del aborto. Ambas políticas comparten la violencia gineco-obstétrica, perpetuando la dominación del personal de salud sobre las mujeres indígenas. Las mujeres indígenas enfrentan racismo, infantilización y criminalización por abortar, manteniendo la marginalización estatal.
5	2017	Caceres F, Nieves G.	Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna	Rev Colomb Obstet Ginecol	El objetivo es reflexionar sobre la atención humanizada del parto (AHP) y cómo varía según las condiciones socioeconómicas y clínicas de las mujeres. La AHP es menos frecuente en adolescentes, gestantes de alto riesgo o de bajo nivel socioeconómico, lo que evidencia desigualdades en la atención, afectando a mujeres vulnerables.
6	2003	Cabrera J.	Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: renacer del parto natural	Rev Chil Obstet Ginecol	La medicina clínica ha cambiado drásticamente, especialmente en la relación médico-paciente. El médico ya no es visto como una figura paternalista, y el consentimiento informado ha transformado esta dinámica, aunque ha traído nuevos problemas. Es esencial humanizar el parto, devolviendo a la mujer el control y la confianza en el proceso, y revalorizar el nacimiento, que se ha medicalizado en exceso. Se debe educar y preparar a las mujeres, crear un ambiente cálido y respetar sus convicciones. La atención médica debe equilibrar los avances científicos con el respeto a la naturaleza y la cultura del nacimiento.
7	2019	Pazos C, Plain A, Viera Y.	La Medicina Natural y Tradicional como tratamiento alternativo de múltiples enfermedades	Rev Cuba Med Gen Integr	La Medicina Natural y Tradicional, vinculada históricamente a la supervivencia humana, ofrece grandes potencialidades terapéuticas. Un estudio cualitativo revisó 40 artículos recientes, destacando modalidades como acupuntura, fitoterapia y ozonoterapia en Cuba. Estas prácticas son utilizadas como expectorantes, antihipertensivos y analgésicos, apoyadas por un programa y guía de prescripción aprobados en el país.
8	2022	Conesa M, Camacho M, Hernández E, López E, Marín E.	Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas	Enfermería Cuid Humaniz	compara los resultados de partos en primíparas entre dos modelos de atención. Se analizaron datos obstétricos y neonatales, identificando diferencias en la duración del parto, intervenciones médicas, complicaciones y bienestar neonatal. Los resultados sugieren variaciones significativas en los enfoques de los modelos, impactando tanto en la experiencia de las madres como en los resultados de salud de los recién nacidos,

					destacando la necesidad de evaluar y optimizar las prácticas de atención al parto.
9	2018	Raipuria H, Lovett B, Lucas L, Hughes V.	A Literature Review of Midwifery-Led Care in Reducing Labor and Birth Interventions	Nurs Womens Health	Las enfermeras parteras certificadas suelen ser reconocidas como enfermeras registradas de práctica avanzada con ejercicio independiente, ya que brindan atención materna a mujeres embarazadas en varios estados. En los Estados Unidos, las enfermeras parteras certificadas históricamente están infrautilizadas. La cultura favorece la atención liderada por médicos, con el 90% de todos los nacimientos atendidos por médicos. La atención dirigida por parteras se considera de alta interacción/baja intervención y está guiada por una filosofía que considera el embarazo y el parto como eventos normales en la vida de la mayoría de las mujeres. La evidencia de la literatura respalda que la atención dirigida por parteras es segura, efectiva y asociada con menos intervenciones.
10	2012	Almaguer J, García H, Vargas V.	Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo parto y puerperio	Género y en Salud Cifras	Este artículo examina los elementos centrales del nacimiento humanizado, ya implementado en diversos hospitales y clínicas, pero aún rodeado de desconocimiento y polémica, incluso en cuanto al concepto. Se describen las características de este modelo y cómo puede influir en la experiencia de las mujeres durante el trabajo de parto, según la atención y el trato recibidos en los servicios de salud. Además, se ofrece una revisión histórica, se presentan experiencias de la aplicación del modelo y se comparan con otros esquemas clínicos y tradicionales. El enfoque se centra en el modelo de atención humanizado, que incorpora una perspectiva intercultural, el respeto a los derechos humanos y la perspectiva de género
11	2019	Borges L, Sánchez R, Peñalver A, Parra E.	Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba	Rev Cuba enferm	aborda la aplicación de la bioética sinfonológica en la atención humanizada durante el parto en Cuba. Este enfoque considera el respeto a la dignidad y los derechos de la mujer, promoviendo un entorno de cuidado que valore la autonomía, la empatía y la comunicación. El artículo destaca la importancia de un trato respetuoso y de la implementación de prácticas que minimicen intervenciones innecesarias, mejorando así la experiencia del parto y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido.
12	2018	Vargas V, Rodríguez J, Corredor M.	Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura	Investig en Enfermería y Imagen y Desarro	revisa y compara los beneficios y desventajas de los partos vertical y horizontal. Se concluye que el parto vertical puede ofrecer ventajas como la reducción del tiempo de trabajo de parto, menor necesidad de intervenciones médicas y mejor control del dolor para la madre. Sin embargo, se señalan posibles desventajas, incluyendo la falta de familiaridad del personal médico con esta posición y el riesgo potencial de desgarros

					perineales. El artículo aboga por una mayor formación y adaptación de las prácticas obstétricas para aprovechar los beneficios del parto vertical.
13	2017	Montero L.	El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica	Comunidad y Salud	Examina el parto y el nacimiento desde una perspectiva de género, enfocándose en el concepto de parto humanizado. Se discute cómo este enfoque busca respetar los derechos de las mujeres durante el proceso de parto, promoviendo la autonomía y la participación activa de la mujer en las decisiones relacionadas con su atención obstétrica. Montero subraya la importancia de una atención respetuosa y sensible a las necesidades emocionales y físicas de las mujeres, contrastando con prácticas obstétricas tradicionales que pueden percibirse como medicalizadas y deshumanizadas
14	2020	Attanasio LB, Alarid F, Kozhimannil K.	Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison	Birth	compara el costo del cuidado obstétrico dirigido por parteras y por obstetras para embarazos de bajo riesgo. Se centra en evaluar la eficiencia económica de cada modelo, destacando cómo el cuidado dirigido por parteras, caracterizado por su enfoque en el parto humanizado y menor intervención médica, puede ser una alternativa costeable y efectiva para estos casos.
15	2018	Mattison C, Dion M, Lavis J, Hutton E, Wilson M.	Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience	Birth	explora los factores que influyen en la satisfacción de las madres con la experiencia del parto, comparando el cuidado obstétrico dirigido por parteras y por obstetras. Destaca cómo el enfoque del parto humanizado, caracterizado por una atención centrada en la mujer y menores intervenciones médicas, contribuye significativamente a una mayor satisfacción materna con la experiencia del nacimiento.
16	2017	Aragón J, Ávila M, Beltrán J, Calderón E, Caldiño F.	Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso	Ginecol Obstet Mex	La inducción del trabajo de parto es un procedimiento común en obstetricia, motivado por cambios epidemiológicos y sociales globales. Aunque se ha mejorado la seguridad y eficacia con nuevos protocolos clínicos, su uso aún genera debates debido a posibles sobreindicaciones. Métodos actuales incluyen la maduración cervical y estimulación uterina con prostaglandinas como misoprostol, favorecido por su efectividad. Guías internacionales y locales detallan indicaciones precisas y contraindicaciones, priorizando la seguridad materno-fetal. Complicaciones como hiperestimulación uterina y riesgos cardiovasculares son gestionados con vigilancia continua y protocolos de rescate.

17	2022	Camargo G, Gúezgüan J, Sánchez N, Barragán J, Huamanga B.	Comportamiento clínico del parto vertical y en posición de litotomía en dos centros de salud de Cusco, Perú	Ginecol Obstet Mex	El estudio examinó el comportamiento clínico del parto vertical y en posición de litotomía en dos centros de salud en Cusco, Perú, en 2022. Se observó que el parto vertical se asoció con menores tasas de intervenciones médicas, como el uso de oxitocina y la realización de episiotomías, en comparación con la posición de litotomía.
18	2018	Moreno A, Celis C, Posadas A, Martínez L.	Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención	Ginecol Obstet Mex	Describe la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. Se analizó la duración y progresión del trabajo de parto en mujeres atendidas en este contexto hospitalario, proporcionando datos sobre la fase latente y activa del trabajo de parto, así como la duración media total del mismo.
19	2018	Bartuseviciene E, Kacerauskiene J, Bartusevicius A, Paulionyte M, Nadisauskiene RJ, Kliucinskas M, et al.	Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study	Midwifery	El estudio comparó la atención dirigida por matronas y por obstetras en partos de bajo riesgo, utilizando datos de un hospital terciario en Kaunas, Lituania, con 1384 y 1283 mujeres en 2012 y 2014, respectivamente. Se encontró que las tasas de cesáreas fueron significativamente más bajas en el grupo de matronas (4.4% en 2012 y 5.2% en 2014) en comparación con el grupo de obstetras (10.7% en 2012 y 11.8% en 2014). La edad materna más joven y la atención por matronas se asociaron con menor probabilidad de cesárea, mientras que la nuliparidad aumentó esta probabilidad. Además, el grupo de matronas experimentó menos amniotomías e inducciones de trabajo de parto. No hubo diferencias significativas entre los grupos en episiotomías, trauma perineal, duración del trabajo de parto ni resultados neonatales adversos inmediatos. En conclusión, la atención dirigida por matronas redujo las cesáreas y varias intervenciones médicas en comparación con la atención por obstetras, sin aumentar los riesgos neonatales, recomendando su fomento en sistemas de salud con predominio de obstetricia.
20	2017	Garrido AB.	La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol	TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)	La investigación aborda la humanización de la asistencia al parto, evaluando la satisfacción, autonomía y autocontrol de las mujeres. Se contextualiza la medicalización y tecnificación de la atención al nacimiento desde el siglo XX, destacando opiniones divididas sobre su impacto en la deshumanización del proceso. Se enfatiza un cambio hacia modelos de atención más humanizados, explorando la experiencia de las mujeres a través de revisión bibliográfica y entrevistas cualitativas. Los resultados subrayan que la percepción positiva y satisfactoria del parto está vinculada a expectativas previas, seguridad percibida, respeto a la privacidad y soporte emocional durante el proceso. Se concluye en la importancia de promover decisiones informadas y respetar la autonomía de las mujeres durante la atención al parto, destacando la necesidad de


					sensibilidad ética por parte de los profesionales de la salud, especialmente matronas.
21	2020	Cáceres F, Nieves G, Lizarazo A.	Elaboration and Validation of a Booklet on Humanized Childbirth	Enferm Glob	El estudio de 2020 se enfocó en crear y validar una cartilla educativa sobre el parto humanizado, con el fin de promover prácticas respetuosas durante el parto y mejorar la experiencia de las mujeres embarazadas y sus familias. Tras una revisión bibliográfica, el material fue validado por 16 especialistas y 100 participantes del público objetivo. Los resultados mostraron un alto índice de Validez de Contenido (IVC) de 0,94 entre los especialistas y una respuesta positiva del 87% al 100% en la población objetivo, con una mediana del 97,9%. La cartilla fue bien recibida y considerada válida para educar sobre el parto humanizado. Este recurso se destaca por su rigurosidad en el proceso de desarrollo y validación, y tiene el potencial de mejorar la comprensión y la práctica del parto humanizado tanto entre las mujeres embarazadas como entre los profesionales de la salud en Colombia.
22	2024	Palma M.	Parto Humanizado	Ginecologia e Obstetrícia	El nacimiento de un nuevo ser es uno de los momentos más significativos en la vida de una mujer, una experiencia que deja una marca indeleble para siempre. A pesar de ser un tiempo lleno de expectativas y alegría, también puede generar ansiedad y miedo, no solo por el inicio de una nueva etapa, sino porque sabemos que puede ser doloroso e incluso traumático para muchas mujeres. La humanización del parto en las maternidades de nuestro país busca proporcionar una atención cualificada, adecuada, eficiente y oportuna, adaptada a los valores, costumbres y creencias de cada mujer, y garantizando sus derechos y los de su familia durante este proceso.
23	2018	Chaves B, Soares N, Silva F, Santos M, Araujo F.	Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional	Rev Prevenção Infecção e Saúde	Examinó la atención de enfermería a gestantes de alto riesgo desde la perspectiva de los profesionales de salud. Se destacó la importancia de proporcionar cuidados humanizados que respeten las necesidades individuales de las mujeres embarazadas en situaciones complicadas, asegurando así una atención integral y sensible a sus condiciones particulares.

24	2021	Aliaga S, Alcas N.	Análisis de la gestión administrativa y la calidad del servicio en la atención de los partos humanizados en un hospital nacional de Lima	INNOVA Res J	Analizó la gestión administrativa y la calidad del servicio en la atención de los partos humanizados en un hospital nacional de Lima. Se destacó la importancia de implementar prácticas de gestión efectivas para mejorar la experiencia del parto, asegurando que la atención sea respetuosa, oportuna y alineada con las necesidades y derechos de las mujeres. El estudio concluyó que una buena gestión administrativa es crucial para ofrecer un parto humanizado de alta calidad.
25	2022	Paiva M, Idaline M, Pereira G, Flávio J.	Evaluación de la calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia	Enfermería Glob	El estudio se enfocó en evaluar la calidad de la asistencia durante el parto normal hospitalario utilizando el Índice de Bolonia. Se realizó en un servicio de referencia en atención obstétrica en Paraíba, Brasil. La investigación incluyó a 55 púerperas y utilizó estadísticas descriptivas e inferenciales para analizar datos recolectados mediante entrevistas y revisión de historias clínicas. Los resultados mostraron que el servicio alcanzó una calidad intermedia según el Índice de Bolonia, destacándose por el uso adecuado del partograma y la presencia de acompañantes, pero señalando prácticas no recomendadas como el uso de oxitocina y la maniobra de Kristeller.
26	2020	da Silva I, Silva S, de Oliveira M, Melo M.	Intervención educativa para la mejora en la asistencia al trabajo de parto normal	Enfermería Glob	se centró en mejorar la atención al trabajo de parto normal a través de una intervención educativa dirigida al personal de enfermería. Utilizando un diseño cuasi experimental, antes y después, el estudio implementó un curso de capacitación que abordó prácticas recomendadas para el parto humanizado. Los resultados mostraron una mejora significativa en el conocimiento del equipo de enfermería, especialmente en áreas como cuidados durante el trabajo de parto y atención al recién nacido, subrayando la importancia de la educación continua para garantizar una atención obstétrica más humanizada y basada en la evidencia.
27	2021	Lavanderos S, Díaz C.	Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado	Rev Obstet Ginecol Chil	El parto humanizado busca respetar la autonomía y derechos de las mujeres, reduciendo intervenciones médicas innecesarias. En Chile, enfrenta desafíos como el envejecimiento materno y la obesidad. A nivel global, se equipara con la humanización del parto, enfatizando atención personalizada y acompañamiento. Aunque falta una política clara en Chile, programas como Chile Crece Contigo promueven atención menos intervencionista. La implementación efectiva depende del equipo médico y revela desafíos en infraestructura y capacitación. La OMS recomienda atención respetuosa, comunicación efectiva y gestión del dolor para mejorar la satisfacción materna y reducir la ansiedad postparto, fortaleciendo el vínculo madre-hijo desde el nacimiento.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Jonnathan Andres Mogrovejo Valladarez portador(a) de la cédula de ciudadanía N°. **0106697006** En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación "**Parto humanizado en la medicina occidental**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 31 de Julio del 2024.

F:

Jonnathan Andres Mogrovejo Valladarez
C.I. **0106697006**