


Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia

Adherence to the WHO recommendations in the care of humanized delivery and birth. Medellín, Colombia

Gustavo-E Jiménez-Hernández¹; Yesenia-M Peña-Jaramillo¹

Forma de citar: Jiménez Hernández GE, Peña Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud. 2018; 50(4): 320-327. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005> 

Resumen

Objetivo: Describir el grado de adherencia del personal sanitario a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la atención del parto y nacimiento humanizado en Medellín, Colombia. **Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, se estudiaron 256 partos atendidos en tres instituciones de tercer nivel en Medellín y Rionegro Antioquia (abril - diciembre 2016), se incluyeron las gestantes que ingresaron en etapa del trabajo de parto, los datos se obtuvieron a partir de observación directa y aplicación de lista de chequeo de las recomendaciones de la OMS. Para el análisis de la información se aplicó estadística descriptiva, y para el análisis bivariado la prueba Chi cuadrado. **Resultados:** La proporción de cesárea fue elevada 34.8 %; no hubo diligenciamiento del partograma en 29,3 %; se viola la privacidad de las mujeres 26.2 %; no hubo facilidades para la deambulaci3n 92.2 %; sigue presentándose el uso de fórceps, aunque en baja proporción 7.4 %; se realizó episiotomía en el 16.8 % de los partos. **Conclusiones:** El grado de adherencia por parte de las instituciones y el personal de salud que participa durante el proceso de atención del trabajo de parto, parto y del recién nacido están alejadas a las recomendaciones propuestas por la OMS.

Palabras clave: Trabajo de parto; Parto humanizado; Organización Mundial de la Salud; Lista de chequeo; Asistencia; Práctica basada en la evidencia.

ABSTRACT

Objective: To describe the degree of adherence of the health personnel to the recommendations of the World Health Organization in the care of humanized delivery and birth in Medellín, Colombia. **Methods:** Descriptive cross-sectional study, 256 deliveries attended in three institutions of third level in Medellín and Rionegro Antioquia (April - December 2016), were studied. Pregnant women who entered the stage of labor were included, data were obtained from direct observation and application of a checklist of WHO recommendations. For the analysis of the information, descriptive statistics and for the bivariate analysis Chi square test were applied. **Results:** The proportion of caesarean section was high 34.8 %; there was no completion of the partogram in 29.3 %; the privacy of women is

1. Universidad Católica de Oriente-Rionegro. Antioquia, Colombia.

Correspondencia: Gustavo Jimenez. Dirección: Sector 3, Carrera 46 40B-50. Teléfono +57 4 569 90 90 Ext: 690. Correo electrónico: gjimenez@uco.edu.co

violated 26.2 %; there were no facilities for ambulation 92.2 %; the use of forceps continues to present, although in a low proportion 7.4 %; Episiotomy remains an unjustified procedure with 16.8 %. Prophylactic antibiotics were used in 41 %. **Conclusions:** The degree of adherence on the part of the institutions and health personnel participating during the process of the care labor, delivery and the newborn are far from the recommendations by the WHO.

Keywords: Labour; Humanizing delivery; World Health Organization; Checklist; Attention; Evidence-based practice.

Introducción

La atención del parto humanizado consiste en brindar un cuidado integral, a partir de un conjunto de acciones encaminadas a una experiencia satisfactoria durante el trabajo de parto y parto. Estas actividades incluyen ofrecer un trato digno y respetuoso, que aborde lo sociocultural, emocional, y autonomía corporal, dándoles a las mujeres empoderamiento durante la atención, además, de evitar las intervenciones médicas y farmacológicas innecesarias¹. Estas acciones se fundamentan en el hecho de que durante el embarazo se presentan diferentes cambios anatómicos, fisiológicos y endocrinos, y que van a tener dos propósitos fundamentales, por un lado, preparan a la mujer para el trabajo de parto y parto, protegiendo y conservando su vida, y segundo, garantizando el adecuado desarrollo y crecimiento de su bebe.

Desde la revolución industrial en el siglo XIX, se han introducido una serie de procedimientos mecánicos, uso de tecnologías y medicamentos para hacer del parto un proceso intervenido, esto con el fin proporcionar mayor seguridad y reducir las complicaciones. Los procedimientos medicalizados se incorporaron de forma gradual hasta el punto de convertirse en un ritual, por lo que muchas veces las mujeres pueden verse sometidas a maltratos y abusos afectando su salud física y mental².

La práctica basada en la evidencia, pone al descubierto que el uso inapropiado de estos procedimientos y tecnologías durante el parto, lejos de garantizar la seguridad, ocasiona iatrogenia, aumentando la proporción de cesáreas e instrumentación del parto, obstaculizando que se constituya un buen vínculo madre e hijo³. Por tanto, se deben tener en cuenta las recomendaciones de la OMS⁴, que promueven prácticas que con base científica han demostrado evidentemente ser útiles y seguras, lo que incluye por ejemplo no exceder el número de cesáreas, respeto a la intimidad en el lugar del parto, apoyo afectivo por parte del personal de salud, respeto a la elección de los acompañantes durante el parto, libertad de posición y movilidad durante el trabajo de parto, evitar el uso de fármacos de forma innecesaria entre otros.

En la actualidad un gran número de mujeres a nivel mundial deben soportar un trato descortés, intolerante, humillante hasta negligente durante la atención, situación que las desmotiva significativamente, y aun no se ha concientizado en su totalidad al personal de salud sobre los cuidados y el trato adecuado que debe tenerse presente tanto en los controles prenatales, como en el momento del parto y el posparto, que permita comprender la vulnerabilidad física y mental durante esa etapa de sus vidas⁵⁻⁷. En la investigación que realizó la OMS sobre “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.” Se evidenció que el personal de salud se caracterizó por dar un mal trato tanto físico como psicológico, constantes humillaciones, descuido en la administración de analgésicos, falta de información al momento de diligenciar el consentimiento informado, desinterés por el estado de salud de la paciente y rechazo en las admisiones a centros de salud debido a su situación económica. Infortunadamente este es uno de los grandes obstáculos que se presentan al momento de ofrecer una atención con calidad y calidez para poder brindar un cuidado humanizado.

Es por esto que la OMS insiste en que “El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos⁸”

En Colombia estas recomendaciones han tenido una incorporación lenta, se ha recomendado la implementación de una atención del cuidado exhaustivo en la práctica profesional para mantener el estado de salud de madre e hijo, aún no se ha establecido una ley para el parto humanizado como complemento de políticas y protocolos en pro del bienestar de la madre durante el proceso del parto. Sin embargo, para año 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la circular 016 del 1 de marzo, con el fin de fortalecer acciones que garanticen una adecuada práctica para la atención segura, digna y adecuada de las maternas, que, por su condición de salud, requieran un especial trato, conforme con las rutas de atención integral, protocolos y guías de práctica clínica⁹. En Argentina por ejemplo, contemplan entre sus estados de gobierno la ley 25929

para garantizar estos derechos, basados en las 16 prácticas que impone la OMS y contemplar que “el nacimiento es un proceso natural y no una enfermedad¹⁰.

En el Territorio Nacional Algunos indicadores muestran que la proporción de cesáreas está en un 45,7 %, ¹¹ considerados estos datos como epidemias de cesáreas que siguen siendo superiores a los recomendados por la OMS (10-15 %) ¹². Aún hoy, la mayoría de la población y muchos profesionales de la salud piensan que no es posible dar a luz de forma segura sin el apoyo de procedimientos e instrumentos técnicos. Cuando en el proceso de atención requiera el uso de estas prácticas instrumentadas, implica que la materna debe ser informada sobre el procedimiento que se va a realizar, cuales son las razones para hacerlo, los posibles riesgos y sus beneficios ¹³. Es importante también que al enfrentarse a tantas desigualdades e inequidades en nuestro país, las maternas en estado de vulnerabilidad por su condición social sean objeto de un mayor cuidado ¹⁴.

Según Trevisan, et al. ¹⁵ cuando se habla de humanización lleva inmerso un atributo de que los seres humanos son únicos e irrepetibles, por lo tanto se deben tener en cuenta las particularidades para la atención. Desde esta perspectiva, todo personal de la salud debe abordar a las personas, con un concepto holístico, como seres integrales, y una visión humanista ^{15,16}. La humanización también comprende los aspectos históricos, culturales y espirituales de los seres humanos, por lo que el personal de la salud debe determinar conexiones terapéuticas adecuadas ¹⁷. El Objetivo del presente trabajo es describir el grado de adherencia del personal sanitario a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la atención del parto y nacimiento humanizado.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. Se registraron 256 partos/cesáreas. La información fue recolectada en tres instituciones de tercer nivel, que tienen una media de 2880 nacimientos anuales, dos de ellas son referentes en el municipio de Rionegro, y la otra institución está ubicada en la ciudad de Medellín. Los datos se obtuvieron mediante observación y el diligenciamiento de la lista de chequeo con las recomendaciones de la OMS para la atención del parto humanizado, durante la atención ¹⁸, y registros clínicos. El personal sanitario que participó en la atención fue observado. Todo esto previa explicación y firma del consentimiento informado con los respectivos permisos institucionales.

La lista de chequeo de las recomendaciones incluía evaluar si se diligencia el partograma en la fase activa con una línea de acción de cuatro horas para monitoreo del avance del trabajo de parto. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto, no debe inducirse el parto por conveniencia, se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida, elegir la posición que deseen, no en posición de litotomía durante el trabajo de parto, así como el acompañamiento continuo de un familiar durante el trabajo de parto para favorecer los resultados, no se recomienda el uso de enemas, ni el rasurado de la región púbica, no se justifica la episiotomía (incisión realizada para ampliar la abertura vaginal) como procedimiento rutinario, ni el uso de fórceps, debe respetarse la privacidad de la paciente, y debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos, anestésicos o antibióticos que no se requieran específicamente para corregir o evitar complicaciones en el parto.

La recolección de información se realizó por parte de los investigadores con el apoyo de cuatro estudiantes de séptimo semestre de enfermería, entre los meses de abril y diciembre del año 2016. El muestreo fue por conveniencia y estuvo constituido por las gestantes que fueron atendidas e ingresadas para la atención del trabajo de parto y parto entre las 7:00 am y 6:00 pm. El ingreso lo realizaba el especialista, desde ese momento se efectuó seguimiento intrahospitalario de la gestante, esto incluía recolectar las variables sociodemográficas como edad, procedencia, nivel socioeconómico, aplicación de lista de chequeo de las recomendaciones de la OMS para parto humanizado, cuyas opciones de respuesta fueron SÍ/NO, y la observación directa. No hubo criterios de exclusión.

Análisis de datos

A medida que se recolectaba la información se codificaba y almacenaba en un libro de EXCEL (Microsoft office Excel 2016) por dos investigadores con el fin de evitar errores de digitación. Primero se realizó análisis con estadística descriptiva. Para las variables continuas se calcularon la media, desviación estándar, mediana o rango intercuartilico dependiendo la distribución (Shapiro Wilk). Para variables cualitativas, como las actividades que aparecen en la lista de chequeo se calcularon las respectivas proporciones, se aplicó prueba de chi cuadrado χ^2 de Pearson para el análisis bivariado, comparando las diferencias entre lo observado y lo esperado, con los p valor. Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA 12.0 para Windows, (Stata Corp., TX., USA) (abril 2015).

Resultados

La mediana de edad de los partos/cesáreas estudiadas fue de 25 años (RIQ 19-32) años. La estadística descriptiva para variables materno neonatales se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Estadística descriptiva para variables materno neonatales.

Variable	Media	DE	EE
Edad	26,07	±8053	0,503
<= 18	23,8% (n= 61)		
19 - 27	36,7 % (n= 94)		
28 - 36	21,5 % (n= 55)		
37 - 45	18,0 % (n = 46)		
Edad gestacional	38,04	±1,74	0,11
<= 30	1,2 % (n = 3)		
31 - 34	1,2 % (n = 3)		
35 - 38	44,5 % (n = 114)		
39 - 42	53,1 % (n = 136)		
Peso del Recien nacido	2957,37	±494,8	30,92
<=750	0,4 % (n = 1)		
751 - 1643	0,7 % n = (2)		
1644 - 2535	15,0 % n = (42)		
2536 - 3428	63,6 % n = (178)		
3429 >	11,8 % n = (33)		

DE: Desviación estandar. EE: Error estandar.
 Fuente: Autores

La procedencia de las mujeres fue en un 69,1 % del área urbana, el 45,3 % convivía en unión libre y según la escolaridad, tenían primaria completa en un 35,5 % **Tabla 2**.

Tabla 2. Variables sociodemográficas.

Variable	n = 256
Procedencia	
Urbana	69.1 % (n =177)
Rural	30.9 % (n= 79)
Estado Civil	
Casada	29.7% (n = 76)
U. Libre	45.3% (n = 116)
Soltera	25% (n = 64)
Escolaridad	
Ninguna	2,7 % (n = 7)
Primaria Incompleta	5,5 % (n = 14)
Primaria completa	35,5 % (n = 91)
Secundaria completa	30,5 % (n = 78)
Secundaria incompleta	9,4 % (n = 24)
Tecnico	8,2 % (n = 21)
Pregardo	8,2 % (n = 21)

Según las recomendaciones de la OMS, para la atención del parto humanizado, aún no se les permite acompañante durante la atención 85,9 %, la proporción de cesáreas fue de 34,8 %, se realizó episiotomía en un 16,8 %. Los demás ítems que constituyen las recomendaciones se muestran en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Recomendaciones de la OMS para atención del parto humanizado.

Recomendación de la OMS	SI	NO
Se recomienda acompañamiento continuo durante trabajo de parto para mejorar los resultados	14,1 % (n = 36)	85,9 % (n = 220)
Se recomienda el uso de oxitocina sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto	68,4 % (n = 175)	31.6 % (n = 81)
Se recomienda el partograma de la fase activa con una línea de acción de 4 horas para monitoreo del avance del trabajo de parto	70.7 % (n = 181)	29.3 % (n = 75)
No se recomienda el rasurado del área pubica para el trabajo de parto	6.3 % (n = 16)	93.8 % (n = 240)
No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto	2.7 % (n = 7)	97.3 % (n = 249)
Se recomienda proporcionar privacidad a la paciente durante el trabajo de parto	73.8 % (n = 189)	26.2 % (n = 67)
Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto	7.8 % (n = 20)	92.2 % (n = 236)
No se recomienda el uso de amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto	46.5 % (n = 119)	53.5 % (n = 137)
Parto por cesárea	34.8 % (n = 89)	65.2 % (n = 167)
No se recomienda el uso de fórceps	7.4 % (n = 19)	92.6 % (n = 237)
No se recomienda el uso de episiotomía de forma rutinaria	16.8 % (n = 43)	83.2 % (n = 213)

Para el análisis bivariado, se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado, se cruzaron las variables cesáreas y partos con las variables sociodemográficas y las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Las variables que mostraron significancia estadística para ambos eventos (cesárea/parto) fueron el rasurado de la zona púbica, la episiotomía, y el diligenciamiento oportuno del partograma con valor p= 0,001, los demás resultados del análisis bivariado se muestran en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Analisis bivariado.

	Cesarea		Parto	
	χ^2	p valor	χ^2	p valor
Seguridad Social	19.367	0,498	52.033	0,032
Escolaridad	24.087	0,457	108.759	0,001
Estado Civil	15.234	0,763	59.092	0,007
Procedencia	6.334	0,176	7.399	0,389
Uso de enemas	10.032	0,040	3.116	0,874
Deambulaci3n durante el trabajo de parto	3.332	0,504	8.501	0,290
Se proporcion3n privacidad	3.478	0,481	29.846	0,001
Rasurado de zona p3blica	24.747	0,001	19.763	0,001
Ruptura temprana artificial de las membranas	9.906	0,042	15.713	0,028
Se realiz3n episiotomía	21.214	0,001	25.298	0,001
Uso de forceps en el parto	20.055	0,001	10.290	0,173
Diligenciamiento de partograma	30.599	0,001	29.405	0,009
Administraci3n temprana de oxitocina	8.999	0,061	12.236	0,093
Acompa1ante durante el trabajo de parto	4.887	0,299	14.120	0,049
χ^2 Prueba de Chi Cuadrado				

Discusi3n

Para favorecer los resultados en el trabajo de parto, es necesaria una pr3ctica basada en la evidencia con bases científcas, que permita al personal sanitario mejorar la atenci3n, ofreciendo un trato respetuoso y aplicar intervenciones efectivas.

La OMS ha sugerido bajo la luz de la evidencia, directrices que permiten disminuir los tiempos en el trabajo de parto, evitar pr3cticas m3dicas innecesarias, de tal manera que se pueda dirigir este proceso de atenci3n en la conducci3n del trabajo de parto forma m3s natural.

Seg3n la OMS la realizaci3n de ces3reas es de gran utilidad en la medida en la que se empleen para salvar vidas; est3 establecido que no se debe sobrepasar la tasa ideal a nivel mundial la cual va de un 10 al 15 %¹⁹. Estos hallazgos muestran un comportamiento similar al reportado por el Consenso de la Federaci3n Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federaci3n Colombiana de Perinatología (FECOPEN).

Cuyo resultado arroj3 que la tasa de ces3reas en Colombia pas3 de 24,9 % en 1998 a 45,7 % en 2013¹¹, el reporte del presente estudio fue de 34,8 %. Sin embargo, algunos autores consideran que no debe establecerse una tasa ideal dada la baja evidencia^{20,21}. Con relaci3n al uso del partograma, se sugiere que puede ser m3s 3til en contextos clínicos carentes de recursos, y su uso se maximiza cuando hay una adherencia a protocolos estandarizados de la atenci3n del parto. En dos ensayos clínicos realizados, uno de ellos en Canad3 con 1156 mujeres, mostr3 que no hubo una diferencia significativa entre grupos (con partograma y sin partograma) (RR 1.03, IC 95 % 0.82 a 1.28), y otro realizado en M3xico con 434 mujeres, evidenci3 un n3mero significativamente menor de mujeres con partograma que fueron sometidas a ces3rea (RR 0.38, IC 95 % 0.24 a 0.61);^{22,23}. En nuestro estudio el partograma se diligenci3 en el 70,7 % de los trabajos de partos en fase activa.

Un estudio donde se realiz3 una revisi3n sistem3tica para evaluar la amniotomía temprana y el uso de oxitocina en la prevenci3n del retraso del trabajo de parto, mostr3 una reducci3n estadísticamente significativa e importante de la duraci3n de la primera etapa del trabajo de parto, de 4675 mujeres en el grupo de intervenci3n tuvo un trabajo de parto m3s corto (DM -1.11 h, IC 95 % -1.82 a -0.41)^{24,25}, en este estudio se administr3 oxitocina en la primera etapa al 68,4 % y en el 53,5 % hubo amniotomía temprana.

En muchos contextos el reposo en cama durante el trabajo de parto es usual, sin explicarle a la mujer que posici3n le resulte m3s c3moda o beneficiosa. Hay varios ensayos clínicos realizados en Reino Unido, Francia, EE.UU, Brasil, Australia, China, en la que se estudiaron 2503 mujeres, se evaluaron en posici3n erguidas y ambulatorias sin analgesia epidural, arrojaron que la duraci3n de la primera etapa del trabajo de parto fue en promedio de 1,36 horas m3s corta (IC 95 % -2.22 a -0.51) comparadas con quienes tenían posiciones en dec3bito y supina^{26,27}. Seg3n el reporte del trabajo realizado por Iglesias, et al.²⁸ a las mujeres se les permiti3 otra postura del parto eut3cico en el 74,8 %. En nuestro estudio al 92,2 % no se le permiti3 optar una posici3n diferente a la supina o dec3bito, faltando informaci3n y soporte de alternativas relacionadas con la posici3n que desee adoptar la mujer durante la primera etapa del trabajo de parto.

El acompa1amiento continuo de familiares o personas cercanas durante el trabajo de parto, le puede proporcionar a la mujer un apoyo significativo para afrontar los temores y preocupaciones. De hecho, en

una revisión sistemática de Cochrane, se comparó la compañía como soporte vs. cuidados habituales, arrojó que, de 5366 mujeres estudiadas, el tiempo de duración de trabajo de parto disminuyó para quienes recibieron acompañamiento, con un tiempo promedio de 35 minutos (DM -0.58 h, IC 95 % -0.85 a -0.31) y la tasa de cesáreas también se redujo en un 20 % (RR 0.78, IC 95 % 0.67 a 0.91)²⁹. Nuestro reporte mostró que al 85,9 % de las mujeres no se les permitió tener un acompañante en esos momentos. En nuestro contexto, por políticas institucionales existen barreras para permitir un acompañamiento permanente a las mujeres en trabajo de parto.

El uso de enemas de forma rutinaria no ha demostrado reducción del tiempo del trabajo de parto o algún otro beneficio. Es considerado invasivo y produce incomodidad en las mujeres. Un estudio realizado en Colombia donde se comparó el uso de enemas vs. el no uso, arrojó que no existen diferencias significativas en la duración del trabajo de parto (DM 28.04 min, IC 95 % -131.01 a 187.10), tampoco hubo diferencias en las tasas de traumatismo perineal (RR 0.68, IC 95 % 0.39 a 1.21), por el contrario, la infección intraparto aumentó en mujeres a las que se les aplicó enemas (RR 4.62, IC 95 % 1.03 a 20.68)³⁰. En nuestro estudio esta práctica solo se realizó en el 2,7 % de los partos.

La episiotomía sigue siendo una práctica que se realiza de forma considerable^{31,32}. En efecto un estudio de prevalencia de episiotomía realizado en Turquía, arrojó que la tasa de episiotomía fue alta, 93.3 % en mujeres primíparas y 30.2 % en mujeres multíparas³³, resultados por encima de los reportados en este estudio, que fue del 16,8 %.

Otro tipo de procedimiento en debate actual es el parto instrumentado con fórceps. Esta clase de asistencia está asociada con mayor riesgo de lesión neonatal, ocasionando hemorragia intracraneal, lesión del plexo braquial, ventilación asistida y a nivel materno, hemorragia posparto^{34,35}. Un estudio realizado en los EE. UU, arrojó que el uso de fórceps fue del 2,7 % en los partos atendidos³⁶, datos más bajos comparados con el presente estudio, en los que se requirió este tipo de medio en un 7,4 %.

Conclusión

Para plasmar una atención respetuosa y humanizada del trabajo de parto y nacimiento, es importante concienciar y transformar el proceso de atención de los servicios por parte del personal sanitario, mediante la

aplicación de protocolos estandarizados resultado de la investigación profunda y en la práctica basada en la evidencia, permitiendo reducir la inconstancia de la atención.

Además, es fundamental conocer los sentimientos, las percepciones tanto de la mujer, como de su acompañante, su familia, respetando temores, culturas y creencias.

Las recomendaciones de la OMS para la atención del parto y nacimiento humanizado, tienen como propósito optimizar los resultados de las mujeres en trabajo de parto, orientada a una práctica basada en la evidencia, permitiendo así, que el personal de salud tenga herramientas para ofrecer una atención efectiva.

La adherencia por parte de las instituciones y del personal sanitario aún están alejadas de tales directrices, por parte de las instituciones, falta eliminar las barreras que impidan el acompañamiento continuo, establecer protocolos y guías de práctica clínica para el uso de adecuado de oxitocina y el diligenciamiento de partograma, permitir movilidad y posición erguida durante el trabajo de parto, no seguir implementando la amniotomía para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto, y, finalmente considerar el uso pertinente de la episiotomía y el fórceps. Posiblemente el grado de alejamiento del completo cumplimiento de las recomendaciones está dada por falta de implementación de estrategias y políticas institucionales que apunten a garantizar las mismas.

Las intervenciones clínicas innecesarias, traen como consecuencia el quebranto de la autonomía y dignidad de las mujeres durante el cuidado, ocasionando un impacto negativo en la experiencia del parto.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TDG do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5): 1281-1289. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500022.
2. Uribe P, Ruiz C, Morales E. La muerte materna. acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Evidencias experiencias en salud sexual y reproductiva. *Mujeres y hombres en el siglo XXI*.

- Vol 2. 1ed. México; 2009.
3. Nababan HY, Islam R, Mostari S, Tariqujjaman M, Sarker M, Islam MT, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: a pre-post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 402. doi: 10.1186/s12884-017-1588-x.
 4. Dawe RE, Bishop J, Pendergast A, Avery S, Monaghan K, Duggan N, et al. Cesarean delivery rates among family physicians versus obstetricians: a population-based cohort study using instrumental variable methods. *CMAJ Open*. 2017; 5(4): E823-E829. doi: 10.9778/cmajo.20170081.
 5. Silal SP, Penn-kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. 2012; 12: 120. doi: 10.1186/1472-6963-12-120.
 6. d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359(9318): 1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
 7. Small R, Roth C, Raval M, Shafiei T, Korfker D, Heaman M, et al. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14(1): 1-17. doi: 10.1186/1471-2393-14-152.
 8. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de La OMS; 2014.
 9. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016 del 1 de marzo de 2017. Fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional. 2017; 4:1-8.
 10. Congreso S de sesiones del. Reglamentación de La Ley de Parto Humanizado N° 25.929. Buenos Aires; 2015: 5-6.
 11. Rubio-Romero JA, Fonseca-Pérez JE, Molina S, Buitrago-Leal M, Zuleta JJ, Ángel-Müller E. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federa. *Rev Colomb Obs Ginecol*. 2014; 65(2):139-151. doi: 10.18597/rcog.62.
 12. Bouvier-Colle M-H, Mohangoo A, Gissler M, Novak-Antolic Z, Vutuc C, Szamotulska K, et al. What about the mothers? An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2012; 119(7): 880-890. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03330.x.
 13. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio; 2013.
 14. Cáceres-Manrique FDM, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017; 68(2): 128. doi: 10.18597/rcog.3022.
 15. Trevizan MA, Mendes I, Melo MR. Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff, una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermera gerente. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003; 11(5): 652-657. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000500013>.
 16. Ibarra Coral R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Rev UDCA Actual Divulg Cient*. 2008; 11(1):47-56.
 17. Guerrero-Ramírez R, Elisa M, Riva M-L, De M, Cruz-Ruiz L. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Rev Enferm Herediana*. 2016; 9(2): 127-136. doi: <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>.
 18. World Health Organization (WHO). Recomendaciones de La OMS para la conducción del trabajo de parto; 2016.
 19. World Health Organization Human reproduction programme. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters*. 2015; 23(45): 149-150. doi: 10.1016/j.rhm.2015.07.007.
 20. Souza JP, Betran AP, Dumont A, de Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): A multicountry cross-sectional study. *BJOG*. 2016; 123(3): 427-436. doi: 10.1111/1471-0528.13509.
 21. Cyr R. Myth of the ideal cesarean section rate: commentary and historic perspective. *Am J Obstet Ginecol*. 2006; 194(932): 6. doi: 10.1016/j.ajog.2006.08.006.
 22. Lavender T, Hart A, Smyth R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labor at term. *Cochrane database Syst Rev*. 2013; 4(7): 1-79. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.
 23. Weerasekara D. Usefulness of a partograph to improve outcomes: Scientific evidence. *Sri Lanka J Obstet Gynaecol*. 2014; 36(2): 29-31. doi:10.4038/sljog.v36i2.7449.
 24. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane*

- Database Syst Rev. 2013; (8): CD006794. doi: 10.1002/14651858.CD006794.pub2.
25. Costley PL, East CE. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (5): CD009241. doi: 10.1002/14651858.CD009241.pub3.
26. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (2): CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
27. Gupta JK, Hofmeyr G, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (5): CD002006. doi:10.1002/14651858.CD002006.pub3.
28. Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof.* 2009; 10(2): 5-11.
29. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (2): CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
30. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (5): CD000330. doi: 10.1002/14651858.CD000330.pub3.
31. Hsieh WC, Liang CC, Wu D, Chang SD, Chueh HY, Chao AS. Prevalence and contributing factors of severe perineal damage following episiotomy-assisted vaginal delivery. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2014; 53(4): 481-485. doi: 10.1016/j.tjog.2013.07.002.
32. Hirayama F, Koyanagi A, Mori R, Zhang J, Souza JP, Gülmezoglu AM. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. *BJOG.* 2012; 119(3): 340-347. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03210.x.
33. Kartal B, Kızılırmak A, Calpbınici P, Demir G. Retrospective analysis of episiotomy prevalence. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2017; 18(4): 190-194. doi: 10.4274/jtgga.2016.0238.
34. Gardella C, Taylor M, Benedetti T, Hitti J, Critchlow C. The effect of sequential use of vacuum and forceps for assisted vaginal delivery on neonatal and maternal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185(4): 896-902. doi: 10.1067/mob.2001.117309.
35. Bradley MS, Kaminski RJ, Streitman DC, Dunn S, Krans E. Effect of Rotation on perineal lacerations in forceps-assisted vaginal deliveries. *Obstet Gynecol.* 2014; 122(1): 132-137. doi: 10.1097/AOG.0b013e31829752fc.
36. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal. *N Engl J Med.* 2015;341(23): 1709- 1714. doi: 10.1056/NEJM199912023412301.