



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO EN EL
TERRITORIO NACIONAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

AGUSTÍN GARCÍA ESTEBAN

Tutelado por: LAURA SEVILLANO GAMARRA

Cotutelado por: GEMMA HERNANDEZ RAMOS

Soria, 25 de Mayo de 2023

“En todas las culturas, el lugar de la partera está en el umbral de la vida, donde las intensas emociones humanas, el miedo, la esperanza, el deseo, el triunfo y el increíble poder físico permiten que emerja un nuevo ser humano. Su vocación es única.”

– Sheila Kitzinger

RESUMEN

Introducción: El parto de bajo riesgo se define como el proceso fisiológico con el que se finaliza una gestación a término, con implicación de factores psicológicos, físicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla sin complicaciones y termina con el nacimiento. Una mala intervención de los profesionales sanitarios puede derivar en problemas físicos, y/o emocionales en la madre de cara a su propia salud, al vínculo establecido con su hijo y a su imagen respecto a futuros embarazos.

Objetivo: Analizar, interpretar y comparar los contenidos de los protocolos y guías de práctica clínica de atención al parto utilizados en el territorio nacional.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica, utilizando 19 artículos sacados de las bases de datos Pubmed, Dialnet, Scielo y Medline, junto a 15 guías clínicas sobre el Plan de Parto de España y en los hospitales de las comunidades autónomas del país.

Resultados: En el territorio nacional, existen diferentes guías de actuación ante el parto de bajo riesgo para una atención que no genere violencia obstétrica cuyos contenidos incluyen: evitar la realización de acciones rutinarias como la episiotomía y el pinzamiento precoz del cordón, permitir a la madre la libertad de movimiento durante el proceso del parto, hidratación y el contacto inmediato piel con piel con el bebé al nacimiento, asegurar la lactancia precoz y realizar la profilaxis necesaria en el recién nacido.

Conclusión: Se concluye que en España se han publicado diferentes guías para la atención al parto de bajo riesgo, cuya información no es uniforme aunque aparecen muchas coincidencias. Para una mejor forma de enfrentar este tipo de partos se debe formar en profundidad a los profesionales sanitarios, para que solo haya que intervenir cuando sea estrictamente necesario para la resolución del proceso.

Palabras clave: “PARTO”, “VIOLENCIA OBSTETRICA”, “BAJO RIESGO”, “MATRONA”

ABSTRACT

Introduction: Low-risk delivery is defined as the physiological process by which a term pregnancy is concluded, involving psychological, physical, and sociocultural factors. It begins spontaneously, develops without complications, and ends with the birth. Poor intervention by healthcare professionals can lead to physical and/or emotional problems for the mother, affecting her own health, the established bond with her child, and her image regarding future pregnancies.

Objective: Analysis the different guidelines and protocols for the management of delivery in the national territory.

Methodology: A literature review was conducted using 19 articles obtained from the Pubmed, Dialnet, Scielo, and Medline databases, along with 15 clinical guidelines on the Birth Plan in Spain and in hospitals across the autonomous communities of the country.

Results: In the national territory, there are different guidelines for managing low-risk delivery to ensure that obstetric violence is not generated, whose contents include avoiding routine actions such as episiotomy and early cord clamping, allowing the mother freedom of movement during the delivery process, providing hydration and immediate skin-to-skin contact with the baby at birth, ensuring early breastfeeding, and carrying out necessary prophylaxis in the newborn.

Conclusion: It is concluded that in Spain, different guidelines have been published for the management of low-risk delivery, whose information is not uniform but there are many similarities. For a better approach to this type of delivery, healthcare professionals should be thoroughly trained, so that intervention is only necessary when strictly necessary to resolve the process.

Keywords: "DELIVERY", "OBSTETRIC VIOLENCE", "LOW-RISK", "MIDWIFE".

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 SITUACIÓN EN ESPAÑA	1
1.2. EPIDEMIOLOGÍA	2
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS	4
4. METODOLOGÍA.....	5
5. RESULTADOS	7
5.1. FASE DE DILATACIÓN:.....	7
5.2. FASE EXPULSIVO:.....	8
5.3. ALUMBRAMIENTO.....	9
6. DISCUSIÓN.....	11
7. CONCLUSIONES	14
8. BIBLIOGRAFÍA	15
9. ANEXOS	I
ANEXO A. TABLA 1. DESCRIPTORES.....	I
ANEXO B. TABLA 2. BASES DE DATOS EMPLEADAS.....	I
ANEXO C: DIAGRAMA DE FLUJO.....	II
ANEXO D: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO DE BAJO RIESGO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	III
ANEXO E: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA	IV
ANEXO F: TIEMPOS EN CADA FASE DEL PROCESO DE PARTO.....	VIII
ANEXO G. ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA DILATACIÓN, EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO.....	VIII

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: PICO	5
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión	6

1. INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACIÓN EN ESPAÑA

Desde el principio de los tiempos, el parto ha precisado cuidados y atención, siendo la partera la persona especializada en este proceso. Esto cambió en el siglo XVII cuando con el avance de la medicina, los médicos arrebataron a las comadronas y parteras la asistencia a los partos, al mismo tiempo que crearon los fórceps y se incorporaron a la atención al parto, para ayudar en situaciones que necesitaran de instrumentación.^(1,2)

Con la incorporación de los obstetras al proceso de parto, los partos pasaron de celebrarse en la intimidad del hogar a tener lugar en los hospitales, perdiendo así las mujeres el control sobre su propio cuerpo. Es por ello por lo que se empezó a utilizar la falsa etiqueta de “enfermedad” o de “estado patológico” en referencia a las embarazadas.^(2,3)

El panorama maternal actual está basado en un retraso en la edad de la maternidad, lo que supone mujeres cada vez más mayores dando a luz, lo que incrementa la necesidad de tener que utilizar prácticas instrumentadas.⁽³⁾

La violencia obstétrica constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los derechos humanos.⁽²⁾

Según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, de la UNESCO, el ser humano se caracteriza por su capacidad de distinguir el bien del mal, evitar el peligro, buscar cooperación y poner en práctica un sentido moral que dé expresión a principios éticos. Todas estas actuaciones relacionadas con el parto, incrementarán el concepto tan actual de “violencia obstétrica”.⁽⁴⁾:

- Uso de enema en la dilatación para reducir la encopresis y la eliminación de las heces.^(3,6,7,8,9,10,11)
- Rasurado en mujeres con trabajo de parto, puesto que lejos de reducir la infección, la aumenta.^(5,8,10,11)
- Parir normalmente en la posición de litotomía, sin la posibilidad de poder adoptar otras posturas, aunque ésta solo es recomendable en partos instrumentados.^(4,8,10,12,13,14,15)
- Realizar amniorexis de forma sistemática acompañada con perfusión de oxitocina para acelerar el trabajo de parto.⁽¹⁴⁾

- Separación del recién nacido de la madre al nacer por rutina.^(3,4,5,11,15)
- Privación del apoyo emocional y del acompañamiento de la persona elegida.⁽⁴⁾
- Práctica de la episiotomía de forma rutinaria para facilitar el parto vaginal, lo que a la larga traerá consecuencias en el suelo pélvico.^(2,3,4,5,9,11,16)
- Crear un ambiente carente de intimidad en torno a la mujer que está de parto.⁽⁴⁾
- Elevado número de tactos vaginales, que se deberán realizar cada 4 horas en condiciones normales ya que incrementan el riesgo de infección.^(5,6,11,14,16)
- Maniobra de Kristeller, que consiste en el empuje manual del fondo del útero hacia abajo, pudiendo ser perjudicial para el útero, el periné o el feto.^(11,16)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el parto normal como aquel con “comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las 37 y 42 semanas de gestación. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”.^(11,17)

1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Según los datos de INE, en 2021 en España hubo 332.771 nacimientos de los cuales el 25,2% (83.804) fueron por cesárea, lo que nos sitúa ligeramente por debajo de la media Europa (26.6%).⁽³⁶⁾

Según el último informe de Atención perinatal publicado por el Ministerio de Sanidad en 2018, España tiene la tasa de parto instrumentado más alto de Europa, ya que se sitúa en torno a un 17,5%. Además, también expone que en el 3,9% de los partos se necesitó el uso de fórceps y en el 11,9% el uso de ventosa. Otro porcentaje muy elevado es la práctica de la episiotomía observada en el 27,5% de los partos.⁽¹⁵⁾

En España se permite el parto en casa pero no está ofrecida por la cartera de Servicios Públicos, por lo que las mujeres que eligen esa opción deben hacerlo a través de matronas privadas, evitando así un parto deshumanizado e instrumentado.^(10,13)

2. JUSTIFICACIÓN

El parto representa una de las principales causas de ingreso hospitalario en la población. Tras los grandes avances farmacológicos y biomédicos, la mujer ha ido perdiendo autonomía en relación a su proceso de parto puesto que son los profesionales sanitarios los que toman a menudo las decisiones, quedando la opinión de las gestantes reducida a un segundo plano.

Durante los últimos años están aumentando los casos de violencia obstétrica de forma que el criterio de la mujer ha ido desapareciendo, ya que se practican procedimientos de forma sistemática sin contar con la aprobación de la embarazada. Algunas de estas prácticas están basadas en la realización de episiotomías, rasurados innecesarios, colocación de enema, etc.

La vivencia personal de cada mujer durante el proceso del parto va a ser determinante para su salud tanto física como psicológica, sus ganas para próximos embarazos e incluso en lo que respecta a la relación que se establezca con su hijo, dependerán en gran parte de la experiencia.

Es necesario la idea de humanizar la asistencia al proceso de parto, respetar la decisión de las embarazadas y ofrecerles apoyo, ya que de esta manera se podrán evitar muchas afecciones como depresiones posparto, trastornos de estrés postraumático o complicaciones derivadas de una mala praxis (cómo por ejemplo la episiotomía).

Mediante el plan de parto se pretende que las mujeres puedan hacerse más participes de su proceso de parto, poniendo la capacidad de elegir entre las diferentes intervenciones que se realizan durante el nacimiento. Todo esto es posible gracias al aumento de información disponible para que las mujeres embarazadas puedan involucrarse y entender mejor el proceso del parto.

Con este trabajo se pretende realizar una revisión bibliográfica con la información más adecuada y actualizada sobre el estado actual de la atención hospitalaria al parto en los hospitales de España, para la realización de una buena intervención por parte del personal sanitario.

3. OBJETIVOS

Con esta revisión bibliográfica, se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

General: Analizar, interpretar y comparar los contenidos de los protocolos y guías de práctica clínica de atención al parto utilizados en el territorio nacional.

Específicos:

- Conocer lo publicado sobre la atención al parto en las diferentes comunidades autónomas.
- Describir los procedimientos de buena praxis en la asistencia al parto.
- Identificar las diferentes actuaciones que se realizan en el abordaje de un parto de bajo riesgo.

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada en el siguiente trabajo ha sido una revisión bibliográfica, desde febrero a mayo de 2023, que tiene como propósito analizar, comparar y sintetizar los diferentes protocolos y guías de práctica clínica de parto existentes en varios de los hospitales localizados en las diversas regiones del territorio nacional.

Se formula la pregunta de investigación de acuerdo con el formato PICOT: ¿Cuáles son las actividades a realizar durante el trabajo de parto para disminuir la violencia obstétrica?

Tabla 1: PICO. (Elaboración propia)

P (Paciente)	I (Intervención)	C (Comparación)	O (Resultado a conseguir)
Mujeres en trabajo de parto.	Actividades a realizar durante las tres fases del proceso de parto.	La realización o no, de cuidados durante la atención al parto.	Disminución del índice de violencia obstétrica.

Para la obtención de información se realiza una búsqueda sistemática a través de Internet para la selección de artículos relacionados con el tema a estudiar en las diferentes bases de datos como: Pubmed, Dialnet, Scielo y Medline con el fin de seleccionar una bibliografía de calidad y actualizada. (ANEXO A y B). Además, también se han utilizado los diferentes protocolos o guías de actuación existentes en varios de los hospitales de España.

Para llevar a cabo la búsqueda se han empleado como palabras clave: “parto”, “dilatación”, “expulsivo”, “expulsión”, “alumbramiento”, “matrona”, “eutócico”, “hospital”, “humanizar”, “violencia obstétrica”, “humanización”, “matrona”, “episiotomía”, “parto instrumentado”, “nacimiento espontáneo”, que se han combinado con los operadores booleanos “AND” y “OR” para la realización de una búsqueda mucho más efectiva.

Posteriormente se definieron los criterios de inclusión y de exclusión; los cuales se muestran en la tabla número 2.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. (Elaboración propia).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Documentos relacionados con el parto. Publicaciones en inglés, español y portugués. Guías asistenciales, protocolos o artículos pertenecientes a diferentes hospitales ubicados en España. Fecha de publicación.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Documentos incompletos. Artículos duplicados que hayan sido encontrados en las diferentes bases de datos. Trabajos no relacionados con humanos. Artículos que no permiten libre acceso.

Tras la realización de la búsqueda se realizó una lectura crítica de los artículos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión anteriormente establecidos para seleccionar los más relevantes para el objeto de estudio. El procedimiento empleado en la revisión bibliográfica se recoge en el “Diagrama de flujo” (ANEXO C). De esta manera se utilizan obtienen 984 artículos, de los cuales se eliminaron 412 y sólo se utilizan 19 artículos relacionados con el parto y su progreso. Se emplean también 8 planes de parto y nacimiento, 3 protocolos de atención al parto, 2 procesos asistenciales integrado, 1 estrategia para la atención al parto y un programa de parto respetado (ANEXO D); que junto a los 19 artículos relacionados con el parto (ANEXO E) hacen un total de una bibliografía de 35 artículos.

5. RESULTADOS

Aunque no existe un consenso claro entre diferentes definiciones para establecer el diagnóstico de parto todas hablan de contracciones uterinas y dilatación uterina.⁽¹⁸⁾ Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), un parto está iniciado cuando se instaura una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos), el cérvix está dilatado 2-3 cm y presenta cuello cervical maduro y borrado >50%.⁽⁶⁾

Debemos tener en cuenta que el parto no es una situación predecible, sino que está sujeto a modificaciones constantes, de manera que pueden producirse cambios durante todo el proceso, pudiendo acabar en un parto vía vaginal sin complicaciones, en un parto instrumental en los que se produce la salida del feto mediante el uso de fórceps, espátulas o ventosa, o incluso en un parto vía abdominal también denominado cesárea, en los que hay una extracción quirúrgica del feto.⁽¹¹⁾

El proceso del parto consta de 3 fases: dilatación, expulsivo y alumbramiento y sus tiempos de duración máxima están recogidos en la tabla de tiempos en cada fase del proceso de parto (ANEXO F).

5.1. FASE DE DILATACIÓN:

Esta primera fase del parto va desde el inicio de trabajo hasta la dilatación cervical completa (10cm). Esta etapa está dividida a su vez en 2 fases:

- Fase latente:

La fase latente se caracteriza por el borramiento del cuello uterino hasta el 50%. Se caracteriza por el inicio de las contracciones uterinas dolorosas y una progresión de la dilatación cervical hasta los 3-4cm. Tiene una duración máxima de 20 horas en primíparas y unas 14 horas en múltiparas.^(6,7,8)

- Fase activa

El período de dilatación activa es la fase en la que se dilata desde 3-4cm con dinámica regular hasta la dilatación completa que ocurre a los 10cm. Este periodo está caracterizado por el aumento en la regularidad, la intensidad y la frecuencia de las contracciones y también de la rápida progresión de la dilatación. Esta fase a su vez está dividida en otras dos fases:

- Fase aceleratoria: es una fase de rápida dilatación desde los 3 a los 8 cm en la cual la velocidad de dilatación es 3cm/hora en primíparas y 5-6cm/h en múltiparas.

- Fase desaceleratoria: es una fase más lenta en la que la dilatación va desde los 8 a la dilatación completa. En esta fase ocurre el descenso progresivo de la presentación fetal. La velocidad de dilatación en esta fase es de 1 cm/hora en primíparas y 1,2 cm/hora en las multíparas.^(6,7,8,14)

5.2. FASE EXPULSIVO:

Es el segundo período del parto y abarca desde la dilatación completa del cuello uterino (10cm) hasta la expulsión del feto al exterior. Es una fase en la que la gestante experimenta unas ganas involuntarias de pujar a consecuencia de las contracciones uterinas expulsivas.^(6,7,8)

La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen. La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en multíparas es de hasta 1 hora tanto si tienen como no anestesia epidural.

Podemos encontrar dos fases en este período.

1. Fase temprana o no expulsiva: La presentación va descendiendo y adaptándose al canal del parto. Por lo general el descenso comienza durante la fase de máxima dilatación cervical, aunque suele coincidir con la fase de desaceleración de la etapa de dilatación. En esta fase la mujer no tiene todavía ganas de empujar. Aproximadamente la duración de este episodio es de 120 minutos en mujeres nulíparas y de 60 minutos en multíparas, aunque esto se ha visto alterado con la introducción de la analgesia epidural alargándose así, los tiempos en el parto considerándose normales 3 horas en primigestas y 2 horas en multíparas.^(6,7,8)

2. Fase avanzada o expulsiva: en esta fase la mujer presenta contracciones acompañadas con ganas de empujar.⁽⁵⁾ Es un período de duración variable que depende de varios factores como pueden ser la paridad, la posición fetal, los factores emocionales que acompañan a la mujer en el parto. Los tiempos máximos en esta fase en nulíparas son hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen; mientras que en multíparas va a ser siempre 1 hora. El feto realiza la rotación interna, la hiperextensión del cuello saliendo de esta forma la cabeza al exterior, luego realiza la rotación externa para salir primero el hombro anterior y luego el posterior produciéndose la salida completa del feto al exterior.⁽⁷⁾

5.3. ALUMBRAMIENTO

La tercera fase del parto abarca desde la salida del feto al exterior y concluye con la expulsión de la placenta, junto con las membranas ovulares. La complicación más grave y frecuente de este periodo es la hemorragia postparto.

Las contracciones uterinas a nivel de la decidua basal provocan la separación de la placenta tras la reducción del lecho a un cuarto, por lo que se desprenden los vasos sanguíneos provocando así una hemorragia retroplacentaria.^(7,8,9,19)

Para ver si se ha producido el desprendimiento de la placenta debemos de tener en cuenta tres signos:⁽⁶⁾

- a. Signo de Ahlfeld: alargamiento de la porción visible del cordón umbilical.
- b. Hemorragia retroplacentaria. sangre por la vagina que significa la separación de la placenta de la pared uterina.
- c. Maniobra de Küstner: cuando la placenta no está desprendida, al presionar sobre la sínfisis del pubis se produce un retroceso del cordón umbilical hacia la vagina, si está desprendida no ocurre.

El manejo del alumbramiento puede ocurrir:

- A. De forma espontánea: se caracteriza por la espera de los tres signos clásicos de separación de la placenta; es un alumbramiento no intervenido cuyo tiempo máximo de duración es 1 hora.
- B. Mediante el manejo activo a través de la administración de oxitocina tras la salida del hombro anterior. Tiene una duración máxima de 30 minutos.

En cualquiera de los casos se deja que se separen la placenta y las membranas del endometrio sin intervención. Hasta que pasen al menos 30 minutos. Una vez que los signos indican que se ha producido desprendimiento placentario, se tracciona ligera y constantemente el cordón, hasta la salida de la placenta por la vagina. La pérdida sanguínea se considera normal hasta 500cc en un parto vía vaginal y hasta un litro en un parto vía abdominal o cesárea.^(7, 8,9)

Tras la revisión de los distintos protocolos, guías de práctica clínica y cartera de servicios empleadas en la realización de este trabajo y obtenidas a partir de las páginas web de las diferentes consejerías de Sanidad de las diferentes Comunidades Autónomas, procedemos a su análisis y revisión.

La mayoría de los protocolos hablan sobre el uso no rutinario del rasurado y del enema, la necesidad de la hidratación durante la dilatación, la libertad postural y

movilidad tanto en la dilatación y el expulsivo, la analgesia a elección, el número mínimo de tactos vaginales, no romper la bolsa amniótica ni realizar la episiotomía por rutina, el corte tardío del cordón umbilical, la lactancia precoz y la profilaxis del recién nacido.^(7,8,9,19)

Una vez revisados los protocolos y las diferentes guías de actuación se recogen sus principales actividades en una tabla en la que se exponen las diferentes intervenciones enfermeras en función de las comunidades autónomas. (ANEXO G).

6. DISCUSIÓN

Existe una guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal en España, en la que están basados muchos de los protocolos de atención al parto.⁽²⁰⁾

Los protocolos más completos que podemos encontrar son los de Asturias, Castilla La Mancha, País Vasco, Madrid, Cantabria y Castilla y León; mientras que el más incompleto es el de las Islas Baleares. Castilla y León junto con País Vasco tienen los protocolos asistenciales más extensos e indagan en muchas actividades a realizar, por lo que son los mejores referentes de uso para la atención a un parto de bajo riesgo.

En la fase de dilatación coinciden todas las Comunidades Autónomas y hospitales que se han revisado en la no realización de amniorexis de forma rutinaria, sino que debe hacerse sólo si es necesario para facilitar la evolución del parto. Además hacen hincapié en la libertad postural y movimiento durante esta etapa. También coinciden en la capacidad de las mujeres en la elección de analgesia que deseen, ya sea farmacológica o no farmacológica. En lo que respecta a los tactos vaginales, además recomiendan la realización del número mínimo de ellos.⁽²⁰⁻³⁵⁾

Otra de las actividades de las que se hace referencia en todos los protocolos revisados, es la monitorización fetal. Se debe hacer de manera intermitente, aunque se realizaría de manera continua con el uso de la epidural. En Asturias, Canarias y el hospital de Martorell en Barcelona se realiza cada 15 minutos durante la fase de dilatación, en Castilla y León cada 30 minutos y de los demás no tenemos datos precisos de cada cuánto debe realizarse. Durante la fase expulsiva la monitorización fetal se debe realizar cada 5 minutos en Castilla y León y Asturias; los demás no exponen un dato preciso. En cambio de la monitorización materna sólo se habla en los protocolos de Castilla y León, Canarias y País Vasco.^(20-30,32-35)

El uso del partograma (documento que va representando de forma visual los acontecimientos que ocurren durante el proceso de parto) se realiza en Castilla y León, Asturias, Murcia, Extremadura, Comunidad Valenciana, Islas Canarias y el País Vasco.^(22,25,26,32-35)

Las comunidades de Asturias, Murcia, Castilla La Mancha, Andalucía, Baleares, País Vasco, Madrid y Cantabria; recomiendan no utilizar el enema y el rasurado puesto que no existe evidencia de beneficio; aunque tampoco de perjuicio. Se podrán utilizar si la mujer así lo desea.^(21,24,27-30,33,35)

Sobre el uso de Vía Venosa periférica permeable (VVP) se recomienda en muchos protocolos, pero está indicado por rutina en las comunidades de Asturias, Castilla La Mancha, Extremadura, Baleares, Madrid y Cantabria^(21,24,26,28,29,34,35). En

cuanto a la libre hidratación se habla en todos los protocolos a excepción de Murcia, Castilla La Mancha, Valencia y Baleares.^(20-23,25-27,29,30,34,35) La colocación de sonda vesical de manera intermitente tras la puesta de la analgesia epidural se comenta en los artículos de Asturias, Castilla la Mancha, Andalucía, País Vasco y el Hospital 12 de Octubre de la comunidad de Madrid.^(27-29,34,35)

Sobre el tema del acompañamiento por la persona que desee la madre sólo se habla en Castilla y León, Murcia, Castilla La Mancha, Andalucía, Baleares, País Vasco, Madrid y Cantabria.^(20,21,23,26,28,31-33)

En el análisis de las diferentes actuaciones en la fase de expulsivo encontramos varias que se cumplen en el total de protocolos revisados y analizados. Estas son la libertad en la postura a elegir durante el período expulsivo; la no realización de episiotomía de forma rutinaria, es decir, tenerla como recurso, únicamente cuando sea estrictamente necesario; el contacto piel con piel que consiste en poner sobre el pecho desnudo de la madre (o del padre si la madre no estuviera en condiciones de realizarlo) al niño inmediatamente después de haber nacido y la promoción de la lactancia materna precoz. Además todas las comunidades a excepción del Hospital Son Llacer de las Islas Baleares; el cual no se pronuncia al respecto, hablan del pinzamiento tardío del cordón umbilical, lo que indica que se debe cortar una vez haya dejado de latir.^(20-30,32-35)

Sobre la orientación de pujos en los protocolos de España, Galicia, Andalucía, Extremadura y el Hospital de Martorell de Barcelona se habla de una posible utilidad cuando la madre presente disminución de la sensibilidad debido al uso de la analgesia epidural.^(20,26,27,30,31) De los tiempos máximos de expulsión antes de realizar una intervención se habla en Castilla y León, Asturias y Cantabria.^(20,21,34)

Los tiempos máximos de expulsivo coinciden en Asturias y Castilla y León, hablando de 4 horas en nulíparas y 3 en multíparas con epidural, y 3 en nulíparas y 2 en multíparas si no se coloca epidural. En Cantabria los tiempos se reducen un poco más hablando de 3 y 2 horas en multíparas y nulíparas con epidural, respectivamente; y 2 horas en nulíparas y 1 en multíparas sin epidural.^(21,25,34)

En los protocolos de España, Asturias, Galicia, Andalucía y Valencia se habla de la no necesidad de la aspiración de secreciones en el recién nacido ya que no se ofrece una clara evidencia, solo se deberá realizar en los casos que sea necesario.^(20,27,30,32,34) Al igual que en la mayoría de ellos, a excepción de Asturias, Baleares, Canarias, País Vasco y Cantabria se habla sobre la profilaxis de la hemorragia del recién nacido con la inyección de vitamina K, la profilaxis ocular con antibiótico (eritromicina o terramicina)

para evitar la infección oftálmica local ocular tras el parto y la vacunación de la hepatitis B si fuera necesario.^(20,23,25-33)

En cuanto al alumbramiento o expulsión de la placenta encontramos una división en los protocolos ya que la mitad de ellos (Castilla y León, Asturias, Galicia, Valencia, el hospital de Martorell en Barcelona, País Vasco y Madrid) hablan sobre la posibilidad de llevar a cabo un alumbramiento ya sea espontáneo o dirigido a elección de la parturienta^(25,29-32,34); mientras que la otra mitad (Castilla la Mancha, Extremadura, Canarias, País Vasco y Cantabria) recomiendan directamente el alumbramiento dirigido con oxitocina ya que previene la hemorragia postparto.^(21,22,24,26-28,33,35) Es en Extremadura sólo dónde se habla de la administración continua de oxitocina.⁽²⁶⁾

Además las comunidades de Murcia, Extremadura y Cantabria añaden la necesidad de ayudar en la fase de alumbramiento con la administración de oxitocina y la realización de un masaje sobre el útero, para la precoz separación de la placenta de la decidua.^(21,26,33)

Valencia y Asturias recomiendan el aseo perineal una vez finalizado el proceso del parto; aspecto muy necesario para culminar la asistencia al parto con una buena praxis.^(32,34)

7. CONCLUSIONES

1. El parto es un proceso fisiológico en el cual la intervención de los profesionales sanitarios debería ir encaminado a preservar la salud tanto física como emocional de la parturienta con el fin de tener un parto de bajo riesgo, en el que se establezca un vínculo con su hijo y que su perspectiva de cara a futuros embarazos sea favorable.

2. Las intervenciones más importantes a tener en cuenta durante la dilatación son: la libertad de movimiento, el uso de analgesia a elección de la gestante, elegir una monitorización fetal adecuada en cada situación y la realización del mínimo número de tactos vaginales.

3. La realización de episiotomía, la rotura artificial de la bolsa amniótica, el uso de enemas y el rasurado son prácticas intervencionistas que no están recomendados para favorecer el proceso de parto en la bibliografía revisada.

4. El contacto piel con piel, la promoción de la lactancia materna, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, la realización de cuidados profilácticos al recién nacido (administración de vitamina K, aplicación ocular de eritromicina), son actividades de buena praxis reflejadas en las guías de práctica clínica y protocolos revisados.

5. Se necesita una actualización en los protocolos de Canarias, Comunidad Valenciana, Extremadura, Andalucía, Cantabria y Castilla La Mancha ya que son anteriores al 2010, por esta razón deberían de ser revisados a la mayor brevedad posible. Sería interesante uniformar criterios y establecer una guía de práctica clínica para todo el territorio nacional.

6. Enfermería, dentro de un equipo multidisciplinar tiene una función primordial en la prevención de la violencia obstétrica, velando por los derechos de todas las parturientas.

En conclusión, se deberá afrontar cada parto de una manera individualizada de manera que las actuaciones a realizar sean las necesarias para el progreso del parto y de ellas se pueda obtener algún beneficio. Para ello, se deberá dar una mayor formación a los profesionales sobre la repercusión que puede tener la realización de prácticas rutinarias y poco beneficiosas. De esta manera se podrán obtener unos índices de intervención mucho más bajos a los actuales.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Biurrún-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: Necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof* [Internet]. 2015;14(2):62–6. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84887871473&partnerID=tZ0tx3y1> Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/49091>
2. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain. *Gac Sanit*. 2021;35(3):211–2. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.06.019
3. Violencia LA, En O, Benlloch-doménech C, Barbé-villarubia MJ, Cascales J. Reflexiones al final de un inicio: estudio de asociación entre variables sociodemográficas y tipo d. *Musas*. 2019;4(2019.v):99–119. DOI: <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.6>
4. Fernández Guillén F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos What is Obstetric Violence? Some Social, Ethical and Legal Aspects. *ILEMATA* año. 2015;7:113–28. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto , Transformar la atención a mujeres y neonatos para. *Dep Salud Reprod e Investig Conex Organ Mund la Salud* [Internet]. 2018;WHO-RHR-18(8):1–8. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
6. Tejerizo A, Arbués-Gabarre J, Salazar FJ BJ. Embarazo Ectópico. Concepto Y Clasificación. *Estudio De Sus Diversas Formas* [Internet]. fundamentos de Obstetricia (SEGO). 2007. 443–456 p. Available from: <http://www.sego.es/Content/pdf/OBSTRETICIA.pdf>
7. sobre trabajo de Juana María Vázquez Lara K, Rodríguez Díaz otros L. *Manual básico de Obstetricia y Ginecología*. 2017.
8. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico : recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas profesión* [Internet]. 2006;7(1):27–33. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/284/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/619/rclang/es-ES/filename/vol7n1pag27-33.pdf>
9. Martínez Lorenzo R, Espiño Lorenzo P, Crespo Suárez PA, Martínez Fernández MA. The Future Towards Less Instrumentalization of Hospital Delivery. *An Pediatr*. 2021;94(5):347. DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.11.008
10. Margarita García E. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Fem*. 2017;(22):87–106. DOI: <http://dx.doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.6>
11. *Matronas servicio de ginecología y servicio de pediatría del H do S. Vía clínica de Atención al parto y nacimiento*. 2015;93.
12. Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuad Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*. 2014;11(1):145. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>
13. Mathematics A. Parto en casa versus parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual Gómez. 2019;1–23. Disponible en: <https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=63>
14. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. *Guía de práctica clínica de atención al parto normal* [Internet]. 2012. 316 p. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
15. Sanidad MDE. Ministerio de Sanidad. *Atención perinatal en España. Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*. 2020;30–8.
16. Aranda-Téllez CA, Yam Chalé H, Oudhof H. Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales. *Rev Temas Sociológicos*. 2021;(28):583–610. DOI: <https://doi.org/10.29344/07196458.28.2462>

17. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR Rev Antropol Iberoam*. 2013;7(2):225–47.
18. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, et al. Diagnosing onset of labor: A systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0857-4> Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0857-4>
19. Guanabara E, Ltda K, Guanabara E, Ltda K. FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. 2013.
20. Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Plan de parto y nacimiento: Estrategia de atención al parto normal. Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva. 2011;1–25.
21. La A a, Clínica VI a, Parto DEL. Proyecto De Asistencia Al Parto Normal Con Minima Intervencion (Parto Natural). 2007;1–21.
22. Portela MVM, Gallego MRH, García LG. Protocolo de Atención al parto normal en Canarias. 2010. 24 p.
23. A Arranz, T Roe EG, M Palacio, S Hernández, E Meler, A Peguero, A Plaza, I León, M. D. Gómez-Roig, P Ferrer, J Parra, E Sola, E Palacios, M. Tojo CB. Protocolo de asistencia a la gestante en sala de partos. CLÍNICA DE BARCELONA. *Protoc Med Fetal Barcelona*. 2019;1–21.
24. Parto PDE, En R. Programa parto respetado HSSL.
25. Los UMDECDE. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE ATENCION AL PARTO NORMAL Y EL PUERPERIO. 2019;
26. Bel J. Proceso Asistencial de EMBARAZO, PARTO y PUERPERIO NORMAL Servicio Extremeño de Salud. 2010;
27. Jda. Plan de Parto y Nacimiento SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. *Cons Salud*. 2009;6(34):98.
28. Jda. Plan de Parto y Nacimiento en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Cons Salud*. 2009;6(34):98.
29. Salud S extremeño de. Plan De Parto HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. 2019;1–9.
30. Plan De Parto E Nacimiento Plan De Parto Y Nacimiento. 2017;(Edición). Available from: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2607-ga.pdf>
31. Plan E. Plan de nacimiento. :19–21.
32. Pública S de SI i de la DDG de S. ESTRATEGIA PARA LA ATENCION DEL PARTO NORMAL EN LA COMUNITAT VALENCIANA. 2009.
33. Parto AAL. Atención al parto y nacimiento REGIÓN DE MURCIA. 2013;
34. Matrona LP. Atención al Parto Normal Atención al Parto Normal Hospital Universitario Central de Asturias Atención al Parto Normal. 2016;
35. Departamento de salud. Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario en el País Vasco. 2018;74.
36. Partos por edad de la madre , tipo de parto y multiplicidad [Internet]. INE. [citado el 9 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=54912&L=0>

9. ANEXOS

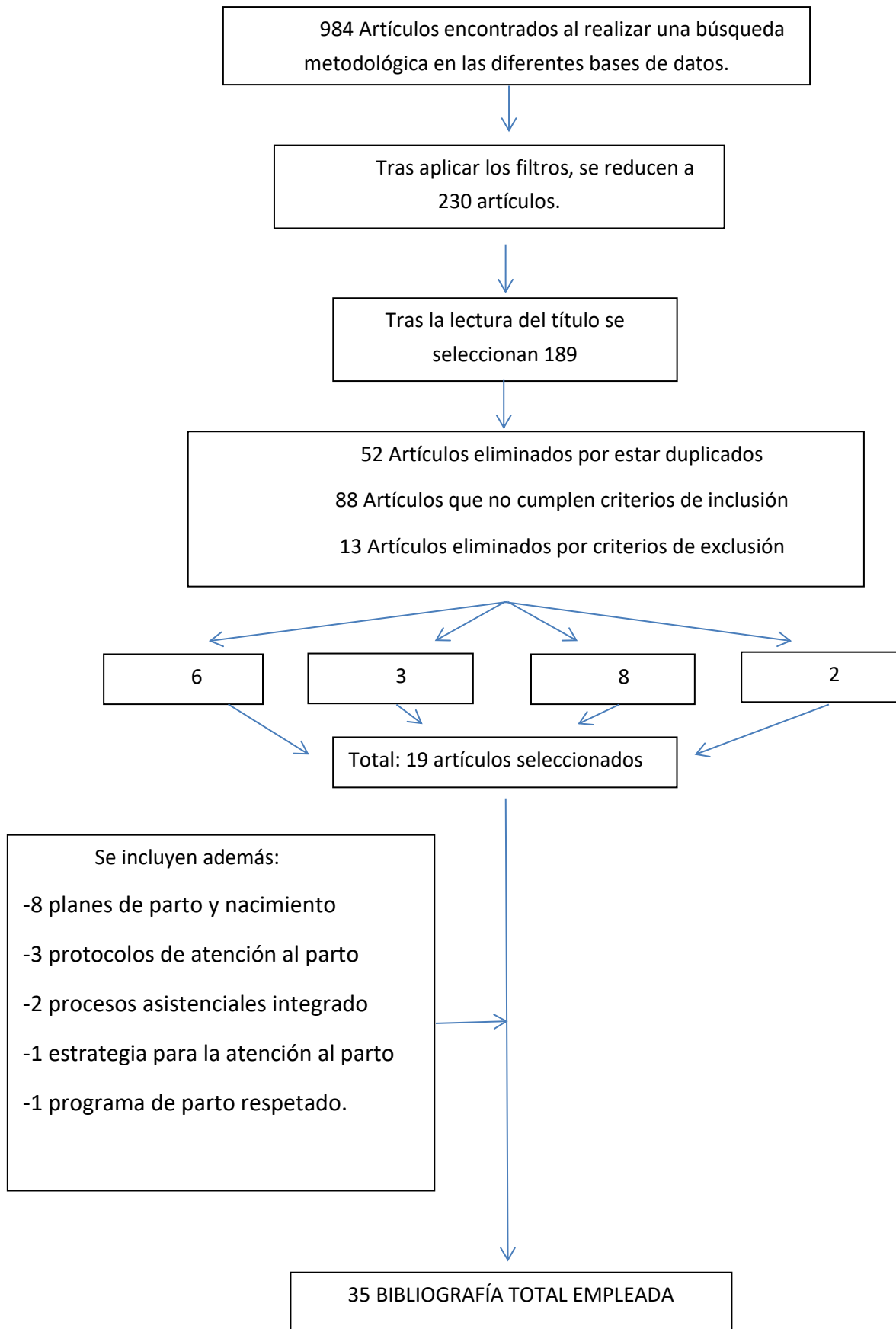
ANEXO A. TABLA 1. DESCRIPTORES. (Fuente: Elaboración propia)

	DESCRIPTOR 1	DESCRIPTOR 2	DESCRIPTOR 3	DESCRIPTOR 4
MeSH	Obstetric Violence	Natural Childbirth	Labor Stage, First	Labor Stage, Second
DeCS	Violencia Obstétrica	Parto eutócico	Primer Periodo del Trabajo de Parto	Segundo Periodo del Trabajo de Parto
Sinónimo en español	Violencia Obstétrica	Parto normal	Dilatación	Expulsivo

ANEXO B. TABLA 2. BASES DE DATOS EMPLEADAS. (Fuente: Elaboración propia)

	Dialnet	Scielo	Pubmed	Cuiden
Parto normal AND Violencia Obstétrica	148	100	3	78
Parto normal AND Dilatación	103	94	61	126
Parto normal AND Expulsivo	80	59	6	126
TOTAL	331	253	70	330

ANEXO C: DIAGRAMA DE FLUJO (Fuente: Elaboración propia)



ANEXO D: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO DE BAJO RIESGO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Fuente: Elaboración propia)

COMUNIDAD	AÑO	DOCUMENTO	VIGENCIA/ACTUALIZACION
ESPAÑA (20)	2011	Plan de parto y nacimiento	Vigente, no actualizado.
ANDALUCÍA (27)	2009	Plan de Parto y Nacimiento	Vigente, no actualizado.
ASTURIAS (34)	2016	Protocolo de Atención al parto normal	Vigente
CANARIAS (22)	2010	Protocolo de Atención al parto normal	Vigente, no actualizado.
CANTABRIA (HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA SANTANDER) (21)	2007	Protocolo de asistencia al parto	Vigente, no actualizado.
CASTILLA Y LEÓN(25)	2019	Proceso asistencial integrado	Vigente
CASTILLA LA MANCHA (ALBACETE)(28)	2009	Plan de Parto y Nacimiento	Vigente, no actualizado
CATALUÑA (CASA DE PARTO MARTORELL)(31)	2019	Plan de nacimiento	Vigente
COMUNIDAD VALENCIANA (32)	2009	Estrategia para la atención al parto normal	Vigente no actualizado
EXTREMADURA (26)	2010	Proceso asistencial	Vigente, no actualizado
GALICIA (30)	2017	Plan de parto y nacimiento	Vigente
ISLAS BALEARES (HOSPITAL SON LLACER)(24)	2017	Programa de parto respetado	Vigente
MADRID 12 DE OCTUBRE(29)	2019	Plan de parto	Vigente
MURCIA(33)	2013	Plan de atención al parto y nacimiento	Vigente
PAÍS VASCO(35)	2018	Plan de atención al parto de bajo riesgo	Vigente

ANEXO E: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA. (Fuente: Elaboración propia)

Nº referencia	Título	Año	Metodología	Objetivo	Resultados
1	La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía	2013.	Revisión bibliográfica	Definir el método para humanizar el trabajo de parto.	Se debe fomentar el respeto, la empatía y la escucha activa, para tomar en consideración el respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto, y de esta forma situarla en el centro de la asistencia.
2	La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España.	2021	Revisión bibliográfica	Exponer la violencia obstétrica existente en España.	Los estudios evidencian una falta de formación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales del parto y es necesario cambiar el modelo obstétrico en la formación.
3	Hacia los partos empoderados: Recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina	2017	Revisión bibliográfica	Exponer la evolución del parto de bajo riesgo a lo largo de la historia y la necesidad de recuperar la naturalidad del evento.	Es necesario romper los protocolos médicos asentados y que las mujeres puedan recuperar el control total sobre su proceso de parto.

4	Reflexiones al final de un inicio: estudio de de variables y tipo de parto en la prevención obstétrica en España	2019	Revisión bibliográfica	Realizar una aproximación desde el punto de vista sociodemográfico a la forma y técnica de finalización del embarazo en el momento del parto.	Los sanitarios deben entender las circunstancias personales de las pacientes para que el parto se desarrolle con la mayor la mayor facilidad evitando la cesárea.
5	¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos	2015	Revisión bibliográfica	Evidenciar que la violencia obstétrica es una categoría más de violencia hacia la mujer.	La violencia obstétrica tiene una grave repercusión para la salud física y emocional de la parturienta y de la sociedad en su conjunto.
6	Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva	2018	Guía de práctica clínica basada en la evidencia	Elaborar un documento integral destinado a los profesionales sanitarios.	Expone las recomendaciones existentes para hacer una experiencia positiva del parto sobre la madre.
7	Fundamentos de obstetricia	2007	Libro de formación.	Formación de profesionales especializados en Obstetricia y Ginecología.	Conocimientos de formación en el área ginecológica.

8	Manual básico de Obstetricia y Ginecología	2017	Manual de formación.	Formación de profesionales especializados en Obstetricia y Ginecología.	Conocimientos de formación en el área ginecológica.
9	Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica	2006	Revisión bibliográfica	Revisar la eficacia de diferentes prácticas habituales en la atención al parto en España.	Expone las diferentes actuaciones que se realizan en España durante el proceso de parto y su eficacia.
10	El futuro hacia una menor instrumentalización del parto hospitalario	2021	Revisión bibliográfica	Comparar el parto domiciliario y el hospitalario.	Habla sobre la necesidad de dar una correcta información a los padres sobre las diferentes opciones de parto.
11	Vía clínica de atención al parto y nacimiento	2015	Guía de práctica clínica	Guiar al personal sanitario durante el proceso del parto de bajo riesgo.	Actividades y recomendaciones para un parto de baja intervención.
12	La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense	2014	Revisión bibliográfica	Teorizar acerca de la violencia obstétrica a partir de la situación existente en Costa Rica.	Explicar qué se entiende por violencia obstétrica
13	Parto en casa vs parto en el hospital. Revisión bibliográfica de la literatura actual	2019	Revisión bibliográfica	Comparar el parto domiciliario y el parto hospitalario.	Expone las ventajas y desventajas de ambos tipos de parto.

14	Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal	2012	Informe	Ofrecer material actualizado para los profesionales sobre la atención al Parto Normal	Actividades e intervenciones para el desarrollo del parto.
15	Atención perinatal en España	2020	Informe	Realizar un análisis de la evolución de la atención perinatal en España	Situación española en lo referente a la atención perinatal.
16	Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales	2021	Revisión bibliográfica	Identificar formas de violencia obstétrica causales de emergencias obstétricas	Formas de violencia obstétrica
17	Los conceptos del parto normal, natural Y humanizado.	2013	Revisión bibliográfica	Analizar las ideas de los profesionales relacionados con el parto sobre parto natural y humanizado.	Ideas generales sobre el parto humanizado.
18	Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literatura	2016	Revisión bibliográfica	Analizar las características que definen el parto en curso.	Criterios que deben darse para diagnosticar un parto en curso.

19	Iniciativa al parto normal: Guía para padres y madres.	2013	Informe	Exponer las recomendaciones existentes para evolucionar a un parto de bajo riesgo.	Actividades y recomendaciones que pueden elegir los progenitores.
----	--------------------------------------------------------	------	---------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

ANEXO F: TIEMPOS EN CADA FASE DEL PROCESO DE PARTO (Fuente: 6-7-8-9-19)

DILATACIÓN	NULÍPARAS		MULTÍPARAS	
FASE LATENTE	20 HORAS		14 HORAS	
FASE ACTIVA				
FASE ACCELERATORIA	3CM/H		5CM/H	
FASE DESACELERATORIA	1CM/H		1,2CM/H	
EXPULSIVO	NULÍPARAS SIN EPIDURAL	NULÍPARAS CON EPIDURAL	MULTÍPARAS SIN EPIDURAL	MULTÍPARAS CON EPIDURAL
FASE TEMPRANA	2H	3H	1H	2H
FASE EXPULSIVA	1H	2H	1H	1H
ALUMBRAMIENTO	DIRIGIDO	30 MINUTOS	ESPONTÁNEO	1 HORA

ANEXO G. ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA DILATACIÓN, EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO. (Elaboración propia).

DILATACIÓN																
	ACOMPANIAMIENTO	NO ENEMA	NO RASURADO	ASEO PERINEAL	FASE ACTIVA DIL. 4CM CUELLO BORRADO >50% Y CONTRACCIONES	PARTOGRAMA	HIDRATACION	LIBERTAD POSTURAL Y MOVILIDAD	ANALGESIA A ELECCION	MONITORIZACION MATERNA	MONITORIZACION FETAL	MÍNIMO Nº DE TACTOS VAGINALES	VVP	SV INTERMITENTE SI ANALGESIA EPIDURLA	NO AMNIOREXIS POR RUTINA	OXITOCINA RUTINARIA
ESPAÑA	X	X	X				X	X	X		X	X			X	
CASTILLA Y LEÓN	X					X	X	X			X	X			X	
ASTURIAS		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	
MURCIA	X	X	X			X		X	X						X	
CASTILLA LA MANCHA (ALBACETE)	X	X	X					X	X		X	X	X	X	X	
ANDALUCIA	X	X	X				X	X	X			X		X	X	
EXTREMADURA						X	X				X		X		X	X
VALENCIA					X	X		X	X		X	X			X	
BALEARES (SON LLATZER)	X	X	X					X	X		X		X		X	
CANARIAS						X	X	X	X	X	C/15MIN	X			X	
BARCELONA (MARTORELL)							X	X	X		X	X			X	
PAIS VASCO	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	
MADRID (12 DE OCTUBRE)	X	X	X				X	X	X		X	X	X	X	X	
CANTABRIA	X	X	X				X	X	X		X	X	X		X	
GALICIA	X	X	X				X	X	X		X	X			X	

EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO													
	ORIENTAR PUJOS	POSICIÓN A ELEGIR	MONITORIZACION FETAL	DURACION	EPISIOTOMIA NO RUTINARIA	PIEL CON PIEL	NO ASPIRACION DE SECRECIONES EN EL RN	CORTE DE CORDÓN CUANDO DEJE DE LATIR	AYUDAR CON MASAJE Y OXITOCINA	ALUMBRAMIENTO A ELEGIR (ESPONTANEO O DIRIGIDO)	ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO	LACTANCIA PRECOZ	PROFILAXIS RN Vit k, OCULAR
ESPAÑA	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X
CYL		X	X	X	X								X
ASTURIAS		X	C/ 5 MIN	X	X	X	X			X		X	
MURCIA		X			X	X		X	X			X	
ALBACETE		X	X			X		X			X	X	X
ANDALUCIA	X	X			X	X	X	X				X	X
EXTREMADURA	X	X	X		X	X		X	X		X	X	X
VALENCIA		X			X	X	X	X		X		X	X
BALEARES (SON LLATZER)		X	X		X	X						X	
CANARIAS		X	X		X	X		X			X	X	
BARCELONA (MARTORELL)	X	X			X	X		X		X		X	X
PAIS VASCO		X	X		X	X		X		X		X	
MADRID		X			X	X		X		X			X
CANTABRIA		X	X		X	X			X		X	X	
GALICIA		X		X	X	X	X	X		X		X	X