



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

EL PARTO NATURAL

Autora: María Viciana Sánchez

Tutora: Dra. Carolina González Hernando

Quiero agradecer en primer lugar al personal de paritorio del Hospital La Inmaculada de Huércal-Overa (Almería) por servirme de inspiración para este tema por la buena práctica que realizan y la labor tan maravillosa que llevan a cabo.

Y a mi tutora del trabajo fin de grado, la Dra. Carolina González Hernando, por su orientación, seguimiento y supervisión continua del mismo, pero sobre todo por su apoyo moral en toda esta etapa.

RESUMEN

Desde el inicio de la humanidad las mujeres daban a luz mediante un parto natural. Y así ha ocurrido hasta mediados del siglo XX cuando surgió una gran tendencia a la medicalización. En la actualidad, el fomento del parto natural cada vez tiene más prevalencia en nuestra sociedad por lo que existe una amplia base bibliográfica de carácter científico sobre el tema. En 1996, la Organización Mundial de la Salud redactó "Cuidados en el parto normal. Guía Práctica", este documento creó las bases para aquellas actuaciones que deben ser utilizadas para favorecer el proceso del parto natural o normal, examinando la evidencia a favor o en contra de algunas de las prácticas más comunes y establecer recomendaciones, que basadas en la evidencia científica, se emplean en la atención al parto natural. Los profesionales sanitarios debemos ayudar en todo lo necesario para que el afrontamiento de este momento cubra las expectativas anheladas por la mujer, siempre que las condiciones lo permitan. El propósito de este trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica sobre el parto natural, proporcionando las intervenciones que se pueden realizar sin causar ningún daño al bebé y a la mujer.

Palabras clave: parto natural, matrona, parto baja intervención, parto humanizado.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN.....	4
2. METODOLOGÍA.....	6
3. OBJETIVOS.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1. CONCEPTOS CLAVE.....	8
4.2. IHAN.....	9
4.3. REQUISITOS DEL PARTO NATURAL.....	11
4.4. PRINCIPIOS Y ACTUACIONES QUE PROMUEVEN EL PARTO NATURAL EN ESPAÑA.....	14
4.4.1. Acompañamiento durante el parto.....	14
4.4.2. Participación activa de la mujer.....	15
4.4.3. Periodo de dilatación.....	15
4.4.4. Manejo del dolor.....	18
4.4.5. Posiciones en el trabajo de parto.....	21
4.4.6. Pinzamiento del cordón umbilical y contacto piel con piel precoz.....	22
4.4.7. Fomento de la lactancia materna.....	23
5. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA ENFERMERA.....	24
6. BIBLIOGRAFÍA.....	28

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN.

Este estudio está encaminado a que los profesionales sanitarios se conciencien cada vez más acerca de un cambio en el tipo de atención prestada a las mujeres en el momento del parto.

A mediados del siglo XX se produjo una expansión económica muy importante que trajo el desarrollo de un sistema sanitario público que, poco a poco, se fue expandiendo y desarrollando hasta la creación, en 1986 con la Ley General de Sanidad, del Sistema Nacional de Salud. Esto supuso una enorme evolución en el incremento y desarrollo de las necesidades sanitarias de la población española.

Más centrados en el campo de la obstetricia, hasta entonces los partos habían sido atendidos, en su mayoría, a domicilio. Con el cambio del parto domiciliario al parto hospitalario se alteró el tipo de atención realizada por el equipo sanitario a las mujeres.

En los últimos años, la tecnología implantada en los hospitales de España ha reducido la tasa de mortalidad de las mujeres entre los años 2011-2015 a 5 por 100.000 recién nacidos¹ y la tasa de mortalidad perinatal en el mismo periodo a 4 por cada 1.000². Estas tasas son de las más bajas a nivel mundial.

Por otro lado la tasa de cesáreas ha aumentado considerablemente en los hospitales españoles. La OMS declara que *“la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%”*³, mientras que en nuestro país estos datos son superados en 2011 con un 21’88%⁴. Esto se debe a que se ha mantenido la posición de atender todos los partos con el mismo método, tanto los de alto riesgo (para madre e hijo) como los de bajo. En relación a la mujer, se ha dejado de tener en cuenta sus necesidades y preferencias por la “comodidad del profesional sanitario” creando así insatisfacción por parte de ellas.

En muchos hospitales se siguen utilizando de manera rutinaria algunas técnicas de dudosa evidencia científica como el rasurado de la zona del periné⁵ o la utilización de enemas⁶.

Desde hace unos años, las mujeres han creado una serie de organizaciones que defienden su derecho a elegir el tipo de parto que ellas quieren y no el que le imponga el hospital como, por ejemplo, la asociación “El Parto es Nuestro” formada por usuarias/os y profesionales sanitarios que pretende mejorar la atención dedicada a madres e hijos durante el embarazo, parto y postparto en nuestro país⁷.

Organismos internacionales promueven el parto natural para garantizar una buena evolución del recién nacido y de la madre, así como el fomento de la lactancia materna. Como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus recomendaciones del parto natural⁸ y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la declaración conjunta con la OMS “Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna”⁹ en el postparto inmediato tras un parto natural.

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia (IHAN) establece un plan de parto en el que la mujer puede tomar partido de dicho proceso expresando sus preferencias y sus necesidades, todo ello recogido en el documento “Calidad en la Asistencia Profesional al Nacimiento y la Lactancia” de 2011¹⁰.

Poco a poco se está mejorando en este aspecto, predominando en muchos hospitales el fomento del parto normal o natural con la implicación de la opinión de la mujer y su pareja.

En 1996, la OMS elaboró una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Natural⁸ lo que supuso una concienciación de los profesionales sanitarios acerca de ofrecer una atención diferente y satisfactoria para las mujeres en este momento, garantizando su seguridad y la de su bebé.

En cuanto a la base científica se han declarado bastantes factores en contra de los partos instrumentalizados recogidos en las recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto¹¹ publicadas en 2015, que ya expondremos en este trabajo, así como los distintos métodos de poder garantizar a las madres el ambiente adecuado para desarrollar este momento tan importante en sus vidas.

En relación con la situación del parto natural en España, esta práctica se recoge en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud¹², impulsando una transformación en el modelo de atención al parto. Lo que supone considerar el parto como un proceso fisiológico y ofrecer una atención personalizada a la mujer que contemple una amplia esfera en relación con los aspectos biológicos, emocionales y familiares; así como el derecho a la intimidad y a la toma de decisiones en el momento del parto.

2. METODOLOGÍA.

La metodología utilizada para la realización de este trabajo fin de grado ha sido una revisión bibliográfica relacionada con el parto natural en España.

Las fuentes de información consultadas son las siguientes:

- Bases de datos de carácter científico, especializadas en ciencias de la salud como: PubMed, SciELO, Cochrane, Medline y Padiaclic principalmente.
- Bases de datos estadísticos como: INE y del Grupo Banco Mundial.
- Revistas de ciencias de la salud como: Matronas profesión, Midwife.
- Organismos internacionales como: OMS, UNICEF, IHAN.

El criterio de selección de estas fuentes ha sido por el año de publicación. Se han seleccionado aquellas fuentes publicadas con la mayor actualización posible.

Las palabras clave y términos que se han utilizado para la búsqueda de información han sido: “parto natural”, “parto baja intervención”, “matrona”, “birth”, “midwife”, “normal birth”.

3. OBJETIVOS.

El objetivo principal de este trabajo es:

- Analizar las actuaciones a realizar y los requisitos a seguir para fomentar un parto de baja intervención en las maternidades españolas.

Los objetivos específicos:

- Explicar qué es y cómo surgió la Iniciativa para la Humanización al Nacimiento y la lactancia (IHAN).
- Reflejar los requisitos para considerar un parto normal o natural.
- Evaluar las actuaciones que deben realizarse para promover el parto natural o de baja intervención.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1. CONCEPTOS CLAVE.

Comenzaremos este trabajo explicando una serie de conceptos para un buen entendimiento del tema a tratar.

- El **parto natural o normal**, lo define la OMS en los Cuidados en el Parto Normal de 1996 como un “comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”¹³.

Algunos autores, como Smulders y Croon, recogen en su libro “Parto seguro. Una guía completa” afirmaciones como: “El parto más seguro es el que requiere el menor número posible de intervenciones. Por esto es preciso hacer todo lo posible para que se desarrolle de forma más espontánea y natural posible”¹⁴.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) contempla el Parto Normal como “el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”¹⁵.

Este tipo de partos es atendido por matronas. En el parto natural o normal no se realizan intervenciones innecesarias ni se aplican protocolos rutinarios por sistema.

- El **parto intervencionista o medicalizado**, en contraposición al anterior, se basa en un proceso atendido por facultativos, médicos, que realizan una asistencia guiada por procedimientos por rutina. Estos procedimientos son practicados sobre una embarazada sana que no tiene ningún tipo de riesgo para ella o para su niño por nacer. Estos pueden ser: rasurado del periné, enema de evacuación, inducción de las contracciones por farmacoterapia, anestesia epidural de rutina, etc¹⁶.
- La **episiotomía** (“corte de la vulva”) se refiere a la incisión quirúrgica del orificio vulvar en el momento de la expulsión fetal. Con esta técnica se amplía el canal del parto, se disminuye la duración del proceso y se evitan desgarros¹⁷.
- El **contacto piel con piel**, técnica en la que se coloca al recién nacido desnudo tumbado sobre el torso desnudo de la madre inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical. Se procura mantener al bebé en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida ya que el niño experimenta el estado de alerta en el que se procura que tenga su primera experiencia de lactancia¹⁸.

4.2. IHAN¹⁹.

La IHAN es la organización española del proyecto internacional BFHI. Sus siglas provienen de “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” aunque al principio se denominó “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”.

Esta surgió por una estrategia, a nivel mundial, de la OMS y UNICEF denominada *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI), que ha demostrado una eficacia inigualable en cuanto al derecho de las mujeres y de los recién nacidos.

La BFHI promueve una atención de calidad en la asistencia al parto, el nacimiento y la lactancia del recién nacido. Su objetivo, en cuanto a los

profesionales sanitarios, es su implicación basada en conocimientos científicos actuales para que sean capaces de ofrecer a las mujeres información y apoyo en este momento crucial de sus vidas y así poder tomar decisiones con total libertad.

En los países en los que se lleva a cabo esta iniciativa se ha visto una mejoría de la calidad asistencial, así como la satisfacción de las madres por tener su “propia voz” en el parto, y la prevalencia y duración de la lactancia materna. Por ende, se ha mejorado la salud de los recién nacidos y sus madres.

- ¿Cómo surgió esta iniciativa?

La BFHI surgió tras el descenso de la prevalencia de la lactancia materna durante el siglo XX, coincidiendo con el traslado de los partos desde los domicilios a los hospitales.

Este hecho hizo posible un descenso de la mortalidad, tanto materna como neonatal. Pero no todo fueron ventajas, las mujeres perdieron el protagonismo y su capacidad para opinar o decidir. Las decisiones en el momento del nacimiento fueron llevadas a cabo por los profesionales sanitarios, pasando la mujer a tener un papel pasivo en el proceso.

En el momento que el recién nacido venía al mundo se le trasladaba rápidamente a los nidos bajo el cuidado de enfermeras formadas, creyendo que la madre se repondría mejor del parto. En los nidos existía una política muy rígida sobre los horarios de lactancia materna, que se reducían cada 3 ó 4 horas. Las madres sufrían una hipogalactia colectiva que causaba un rechazo hacia la lactancia materna como forma principal de alimentar al recién nacido.

Los profesionales creían que esta falta de leche sólo tenía relación con características coyunturales de las mujeres, por lo que no prestaron atención al hecho de que en el momento del alumbramiento (expulsión de la placenta) la mujer sufre una disminución de los niveles de progesterona y un aumento de los niveles de prolactina, hormona encargada de la producción de leche materna. En este momento, la madre ya produce calostro y, con la ayuda del contacto piel con piel y la búsqueda instintiva del bebé por succionar el pecho, se

produce la llamada “subida de leche”, lo que mejora la actividad de la prolactina produciendo el alimento del recién nacido.

Poco a poco, estos hospitales fueron eliminando las barreras que habían impuesto en la separación de la madre y el recién nacido. Las medidas tomadas fueron tales como la eliminación de los nidos, por lo que el recién nacido siempre estaba acompañado de su madre pudiendo ofrecerle el pecho cada vez que lo pedían, sin horarios.

En 1989, la OMS y UNICEF llevaron a cabo un documento llamado “Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna” en el cual se resumían actuaciones que debían llevar a cabo las plantas de maternidad para conseguir el éxito de la lactancia materna, así como la descripción de cada paso y la justificación de este documento.

Pese a la voluntad de ambos organismos internacionales para la aplicación de este tratado, muchos hospitales seguían con su rutina respecto a los partos y la asistencia del recién nacido. Por este motivo, se decidió premiar a los Hospitales que se animaran a introducir e implementar estos cambios.

El primer “Baby Friendly Hospital Award” fue el de San Diego, California.

Hoy en día, en España, la IHAN cuenta con 15 centros acreditados y 73 de ellos en formación²⁰.

4.3. REQUISITOS DEL PARTO NATURAL.

Aunque la mayoría de las madres desearían tener un parto natural, no todas las circunstancias y situaciones aconsejan, o son idóneas, para llevarlo a cabo.

El personal sanitario que va a atender el parto debe tener muy claro los requisitos que engloban al embarazo de la mujer y, por tanto, su salud y la de su bebé.

A continuación vamos a exponer los requisitos del parto para que se pueda considerar normal o natural¹³.

- Gestación sin factores de riesgo.

Se entiende por factor de riesgo: “toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo de personas que según los acontecimientos que poseen, está asociado a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorables de tal proceso, los factores de riesgo pueden ser universales (edad), sociales, ambientales y biológicos, o asociarse varios de ellos”, según la descripción de la OMS²¹.

La probabilidad de que se produzca una situación inesperada en el embarazo que comprometa el bienestar de madre y/o recién nacido se considera un riesgo obstétrico²².

Aquellas patologías que requieran procedimientos invasivos, complicaciones médicas graves o anomalías obstétricas que requieran cuidados especializados son circunstancias de alto riesgo.

Estas complicaciones médicas graves son enfermedades como: cardiopatías de tipos III y IV, valvulopatías, anemia de células falciformes, entre otras.

En cuanto a anomalías obstétricas consideramos: preeclampsia grave o eclampsia, una malformación uterina o una restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)²³.

- Trabajo de parto de forma espontánea.

Cuando las contracciones comienzan por sí solas, y no son mediante algún tipo de medicación o actuación para la inducción al parto; o cuando se rompe la bolsa amniótica que estimula a las contracciones.

La ruptura del saco amniótico, amniorrexis, se puede producir espontáneamente o provocada, bien por un tacto vaginal o mediante la amniotomía, en este procedimiento el personal médico introduce un instrumento en la vagina hasta realizar un pequeño agujero en el saco amniótico²⁴.

Se pueden usar prostaglandinas que dilatan el cuello uterino para el parto. Mención especial merece la oxitocina, hormona que provoca las contracciones uterinas. Se puede utilizar para estimular el trabajo de parto^{25,26}.

- Entre la semana 37 y 42²⁷.

Se considera embarazo “a término” cuando el parto se desarrolla entre la semana 37 y 42.

Antes de la semana 37 el feto no ha terminado de desarrollarse por lo que se considera un bebé prematuro y, normalmente, se tendrá en cuenta una actuación rápida en el momento en el que este nazca debido a las posibilidades de futuras complicaciones.

Tras la semana 42, el ginecólogo presenta la opción de inducir al parto ya que la placenta comienza a dejar de funcionar de manera óptima, así como para evitar complicaciones como la aspiración de meconio por el bebé.

- Presentación fetal²⁸.

La posición en la que se encuentra el bebé en el canal del parto condiciona el desarrollo del mismo. Algunas presentaciones son incompatibles con el parto por vía vaginal.

La presentación cefálica es en la que el bebé está colocado boca abajo y mirando a la espalda de la madre. Esta posición es la única que garantiza un parto por vía vaginal sin complicaciones.

Otras presentaciones como: de cara, la posición transversal, de nalgas o de pies se consideran con más posibilidades de sufrir lesiones el feto o incompatibles con la salida del bebé vía vaginal por lo que se programa una cesárea para evitarlas.

4.4. PRINCIPIOS Y ACTUACIONES QUE PROMUEVEN EL PARTO NATURAL EN ESPAÑA.

El momento del parto, para las mujeres y sus acompañantes, es una de las mejores vivencias que pueden experimentar a lo largo de su vida por lo que el personal sanitario debe procesarles toda la información posible sobre este proceso fisiológico y apoyar la capacidad que, de forma natural, estas mujeres pueden desarrollar. Así evitaremos incertidumbres y desmentiremos falsas creencias que favorecerán la vivencia positiva del embarazo y una orientación hacia un parto normal en el que las mujeres tomen sus propias decisiones.

4.4.1. Acompañamiento durante el parto.

Durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno debe ser controlado, tanto en la esfera física como emocional.

Según la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud, se tiene que incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones respecto a la atención al parto, para que ellas sean y se sientan las protagonistas del mismo¹².

En los hospitales, durante un parto normal, la mujer es atendida por matronas aunque su presencia es intermitente ya que una profesional puede estar atendiendo a más mujeres a la vez. El acompañamiento durante el parto es un pilar muy importante en la estrategia de humanización de este proceso.

La necesidad de apoyo por alguien de confianza es totalmente beneficioso para la madre por lo que se debe permitir y alentar a las mujeres a contar con la presencia de personas de apoyo, elegidas por ellas libremente, durante todo el proceso.

Existe evidencia científica, según una revisión sistemática de Cochrane Database basada en recomendaciones de la OMS, de que las mujeres que recibían apoyo continuo y personal durante el parto tenían una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo respecto a las mujeres que no podían tener acompañante en ese momento. También fueron menos proclives a recibir

analgésia, anestesia, tener partos instrumentales, tener una cesárea o manifestar la insatisfacción por su experiencia de parto²⁹.

4.4.2. Participación activa de la mujer.

En nuestros días, que la mujer tenga el poder de decisión en cuanto a su salud implica que ésta conozca el proceso de embarazo, se involucre en los cuidados que recibe y participe en el momento del parto de forma activa.

Todo esto implica, por parte de los profesionales, una buena comunicación con la mujer explicándole todas las alternativas que puede tomar respecto al parto, y sobretodo, seleccionar de acuerdo a sus preferencias, las conductas y cuidados a seguir sin comprometer la vida tanto de la madre como del bebé.

El acceso a la información es un derecho de todos los pacientes, respaldado por el marco legal vigente en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente³⁰.

Hasta no hace mucho tiempo nos regíamos por un modelo clásico en la relación médico-paciente, en el que el profesional sanitario determinaba lo que es mejor para la mujer, sin que ella interviniera.

En la actualidad se lleva a cabo una cooperación y participación activa en el tema de parto, en el que se comparte información con evidencia científica, se analizan los valores y creencias de los usuarios y se elabora un plan de cuidados de parto basado en sus preferencias.

Todo esto implica que la mujer se sienta más identificada y consciente con respecto al tipo de parto que quiere y protagonista de esta vivencia única e irrepetible.

4.4.3. Periodo de dilatación.

La dilatación es la primera etapa del parto. Este periodo se basa en el inicio de las contracciones uterinas, la evidencia de cambios cervicales o ambos; y se divide en dos fases: la fase latente y la fase activa³¹.

Las recomendaciones incluidas en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal se basan en la admisión de la mujer cuando se

cumplan los siguientes criterios: dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y una dilatación de 3 o 4 cm³².

Cuando la mujer se encuentre en periodo de dilatación se tomarán una serie de medidas respecto a su trabajo de parto, siempre respetando las recomendaciones de la OMS respecto a este periodo. En esta revisión bibliográfica nos centraremos en las siguientes recomendaciones: abandonar el uso del rasurado y el enema, minimizar la cantidad de tactos vaginales, no restringir líquidos y permitir la ingesta de comidas ligeras, promover la deambulación durante el trabajo de parto y el uso de la auscultación intermitente para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal. También nos centraremos en la amniorrexis y el uso de la oxitocina en el trabajo de parto³³.

En muchos hospitales se siguen unos procedimientos que la OMS califica de claramente ineficaces y que deberían ser eliminadas como es el enema de limpieza y el rasurado del vello púbico. El empleo de estas técnicas está muy extendido a nivel de los paritorios españoles, siendo muy lenta y difícil su erradicación. Estas actuaciones, fundamentadas en el intervencionismo, han demostrado no ser eficaces, así como desagradables y molestas para las gestantes.

Según la revisión sistemática de Cochrane respecto a la utilización de enemas no se reduce las tasas de infección materna o neonatal, así como las deshiscencias de la episiotomía ni proporciona ningún tipo de beneficio materno o neonatal³⁴.

Respecto al rasurado del vello púbico, se ha venido realizando debido a la creencia de que disminuía el riesgo de infección y que facilitaba la sutura de la episiotomía. Pero, el resumen de la evidencia científica se basa en que no existen pruebas sobre la efectividad de este proceso de forma sistemática en el ingreso de mujeres a la sala de partos, aunque se observó una menor colonización bacteriana en aquellas a las que no se realizó el rasurado³⁵.

Las matronas se basan en los tactos vaginales para comprobar la evolución del parto. Sin embargo, se ha demostrado que el número de estos tactos en el manejo de la primera etapa del parto incrementa el riesgo de infección. Por lo

que se recomienda que en condiciones normales, o salvo que la situación cambie, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas³⁶.

Cuando la evolución del parto es adecuada, la restricción de la ingesta de líquidos o alimentos no tiene justificación alguna ya que se evitaba debido al síndrome de Mendelson que consiste básicamente en el riesgo de aspiración de contenido gástrico en la anestesia general. Este síndrome tiene una incidencia muy baja y no queda demostrado que el ayuno garantice el completo vaciado gástrico; y más teniendo en cuenta, aún en casos de cesárea urgente, se llevará a cabo una anestesia raquídea. El consumo de pequeños sorbos de agua o la ingestión de alimentos suaves no parecen aumentar la incidencia del mismo³⁷.

En la actualidad, la mayoría de mujeres en España permanecen acostadas desde su ingreso en el hospital. Aspectos como la monitorización fetal, la infusión de soluciones intravenosas o la utilización generalizada de epidural han limitado el movimiento de las mujeres durante la dilatación. Sin embargo, se ha demostrado que las posiciones verticales y la deambulación acortan la duración de la primera fase del parto y que la libertad de movimientos permite adoptar posiciones que alivian el dolor y mejoran el bienestar de la mujer³⁸.

En cuanto a la monitorización fetal, existe evidencia en la revisión sistemática de Cochrane de que la monitorización continua aumenta el porcentaje de partos instrumentales y cesáreas. Varios organismos como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la OMS, coinciden en que en partos de bajo y medio riesgo se puede realizar una monitorización intermitente, permitiendo así a la gestante la libre deambulación^{36,39}.

La amniorrexis rutinaria acompañada de la perfusión de oxitocina es uno de los procedimientos más comunes en los paritorios. Se practica con el objetivo de aumentar las contracciones de la gestante y, por consiguiente, acelerar el trabajo de parto para disminuir la duración del mismo. Sin embargo, en muchos hospitales se cuestiona los beneficios para la madre y el feto de esta práctica.

Comparando la amniorrexis rutinaria y el uso de oxitocina frente a no utilizar ningún método, la revisión sistemática de Cochrane concluye diciendo que no se recomiendan estos procedimientos debido a que los diferentes estudios clínicos no muestran diferencias significativas respecto a la duración del parto, la tasa de cesáreas o de partos instrumentales, así como el estado de salud del recién nacido o la satisfacción de la mujer en esta vivencia⁴⁰.

4.4.4. Manejo del dolor.

En los últimos años se ha prestado gran atención al alivio del dolor en el parto. Para muchas mujeres el dolor de este proceso es severo y la mayoría requiere algún tipo de alivio. El dolor extremo y los efectos secundarios indeseables de métodos analgésicos pueden ser perjudiciales para la experiencia del parto, provocando una vivencia negativa del proceso para las mujeres.

Se ha extendido el uso de la analgesia epidural, una técnica muy eficaz pero invasiva y no exenta de una dificultad del movimiento y la percepción de la sensación de pujo, lo que relega a un papel más pasivo de las gestantes. Sin embargo, el avance de métodos menos invasivos y de reconocida eficacia y seguridad es escasa. Por ello, disponer de información veraz sobre los distintos métodos de alivio del dolor y poder elegir cuál prefieren en el momento del parto aumenta la satisfacción de las mujeres en el parto⁴¹.

En este punto diferenciaremos entre los métodos no farmacológicos y los farmacológicos de forma breve recogiendo sus fundamentos, características y la evidencia científica actual respecto a su uso.

Una tarea muy importante de la matrona es la de ayudar a la gestante a hacer frente al dolor. Un buen apoyo durante el parto por parte de los profesionales sanitarios y del acompañante, así como una estancia acogedora, puede reducir la necesidad del uso de analgesia.

Existen diversos métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el parto sin tener repercusiones negativas. Uno de ellos es la inmersión en agua o duchas de agua caliente. En la experiencia de las madres tras la inmersión en agua durante el trabajo de parto, se produjo un alivio inmediato del dolor de las contracciones y facilitó la relajación de la mujer. Por lo que se recomienda este método de alivio del dolor como eficaz durante la fase tardía de la primera etapa de parto^{42,43}.

Otro método como es el masaje por el acompañante y el tacto tranquilizador durante el parto pretende ayudar a las mujeres a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones, así como aliviar la ansiedad durante el parto y mejorar su humor durante la primera y la segunda etapa del parto. La evidencia de este método proviene de un estudio donde los acompañantes son entrenados, por lo que se tiene que tener en cuenta el contexto del estudio. Aun así, es preciso recalcar que, además del masaje, el contacto físico con alguien de confianza ha demostrado ser beneficioso en el parto^{44,45}.

Muchas mujeres sufren dolor lumbar de forma continua durante el parto, este dolor probablemente se deba a la presión del feto en las estructuras pélvicas sensibles al dolor. La inyección de agua estéril es un método muy eficaz en este tipo de dolor. Consiste en una sencilla inyección intradérmica o subcutánea de unos 0'1-0'5ml de agua estéril, se deben realizar a ambos lados de la base de la columna vertebral, dentro del rombo de Michaelis. Esta administración bloquea la transmisión de los estímulos dolorosos causados en el parto, y por tanto disminuye en mayor grado el dolor lumbar. El único inconveniente que se ha demostrado, respecto a la administración intradérmica, ha sido que esta produce escozor y dolor intenso momentáneos^{41,45,46}.

Otros métodos no farmacológicos que se recogen son las técnicas de relajación o el uso de pelotas de parto. Estas últimas en los últimos años, se han comenzado a utilizar en los paritorios, tratando de buscar el bienestar de las mujeres con la movilización de la pelvis y el alivio consiguiente. Estos métodos carecen de evidencia científica respecto al alivio del dolor, pero las mujeres que lo elijan deberán ser apoyadas en su elección⁴⁵.

La analgesia epidural es el de método farmacológico frente al alivio del dolor más usado, junto con el óxido nitroso y la administración intramuscular de opioides.

La analgesia epidural es la técnica de referencia de la analgesia en el parto. Se ha comprobado que es el método más eficaz para el alivio de parto. Según las revisiones sistemáticas que se han publicado hasta la fecha sobre los efectos colaterales de la analgesia epidural podemos concluir que este método se asocia a un periodo expulsivo más largo que puede concluir en parto instrumental, una mayor necesidad de uso de oxitocina y una mayor frecuencia de fiebre materna. Las complicaciones potenciales más graves que puede llegar a ocurrir serían la hipotensión materna severa y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, dando lugar, hasta en un 8% de los casos, a desceleraciones transitorias de la frecuencia cardiaca del bebé y con una frecuencia mayor, a la aparición de desceleraciones tardías o variables^{47,48,49}.

El óxido nitroso al 50% combinado con oxígeno es una alternativa en la analgesia del trabajo de parto. El N₂O es inhalado por la mujer a través de una mascarilla. Es un método de acción rápida que puede hacerse de forma continua o intermitente sólo durante las contracciones. No existe evidencia científica que cause daño fetal, pero sí puede provocar a la gestante náuseas, vómitos y somnolencia⁵⁰.

La administración de opioides por vía intramuscular está muy extendida. Como es el caso de la práctica habitual, en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, la administración de petidina (Dolantina®). A pesar de su amplio uso, se ha cuestionado su eficacia sugiriendo que su efecto principal es más sedante que analgésico. Según la revisión sistemática de Cochrane, los opioides tienen un efecto moderado en el alivio del dolor del parto. En muchos casos, estos fármacos provocan náuseas y vómitos a la gestante, por lo que se recomienda que se administren junto a un antiemético⁵¹.

4.4.5. Posiciones en el trabajo de parto.

En la fase de expulsivo, generalmente no se permite a las gestantes que adopten la posición que les resulte más cómoda. Debido a que la mayoría de los nacimientos ocurren en un medio hospitalario, las exigencias de los profesionales y las restricciones impuestas por procedimientos como la monitorización fetal, la analgesia regional o los tactos vaginales han incrementado la posición supina o de litotomía en las parturientas.

La posición durante el periodo expulsivo es un área al que se debe prestar atención debido a que un ambiente propicio y de apoyo en la elección de cómo quiere posicionarse la mujer durante el trabajo de parto influye positivamente en su experiencia.

En base a la evidencia científica, recientes estudios como la Revisión Sistemática de Cochrane, han determinado que las posiciones verticales, comparadas con la posición de litotomía, se asocian a una menor duración del parto, menos nacimientos asistidos y menor dolor agudo durante esta etapa. En contraposición, también se asocian a un mayor número de desgarros⁵².

En el caso de la posición cuadrupedia (manos y rodillas) presentan un menor dolor lumbar persistente, una mayor comodidad para dar a luz y una percepción de un parto más corto (aunque no hay diferencias reales de duración)⁵³.

En la posición sentada mediante una silla de partos, se ha observado un factor protector del trauma perineal y un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento⁵².

En resumen, se recomienda que las mujeres durante el periodo expulsivo adopten la posición que les sea más cómoda, así como cambiar de postura durante el mismo^{52,54}.

4.4.6. Pinzamiento del cordón umbilical y contacto piel con piel precoz.

Tras el nacimiento del bebé surge la incógnita de cuándo pinzar el cordón. No se encontraron diferencias significativas respecto al momento en que se pinzó el cordón y la aparición de hemorragias postparto en la madre.

Sin embargo, hay muchos estudios acerca de los efectos que produce en el recién nacido a término el tiempo de pinzar el cordón⁵⁵.

Por una parte, el pinzamiento precoz actúa en contra de la propia fisiología, ya que el cordón aporta oxígeno mientras el bebé se adapta a la vida extrauterina. El pinzamiento precoz se ha relacionado con una disminución de neonatos con ictericia, pero no se demostraron diferencias significativas respecto al pinzamiento tardío y tampoco diferencias respecto a la morbilidad neonatal⁵⁶.

Sin embargo, sí que se ha demostrado que un pinzamiento tardío del cordón umbilical, al menos tres minutos después del parto o cuando este deja de latir, mejoran los niveles de hierro en neonatos con una reducción de la anemia durante la infancia. También se ha relacionado el pinzamiento tardío con un aumento de niños con policitemia, es decir, un aumento del hematocrito, aunque este hecho parece ser benigno⁵⁷.

Por lo que se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical a partir del tercer minuto o tras el cese del latido del mismo.

Por otro lado, existe evidencia científica que encuentra que el contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura del niño, y a largo plazo para aumentar el éxito de la lactancia materna y afianzar la vinculación afectiva de madre e hijo⁵⁸.

Tras el nacimiento, se colocará al bebé manteniendo el contacto piel con piel con la madre, cubriéndolo por encima con una manta caliente. Dentro de las primeras horas de vida del niño, hay que animar el amamantamiento temprano.

Los cuidados del recién nacido pueden esperar tras completar la primera toma, sólo se justifica separar al niño de su madre en aquellos casos que tenemos la necesidad de asegurar la vida del niño.

4.4.7. Fomento de la lactancia materna.

Desde 1989, con la declaración conjunta de la OMS y UNICEF “Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna” se ha fomentado la lactancia materna en el postparto inmediato tras un parto natural⁹.

Como hemos explicado anteriormente, en el momento del nacimiento no se debe separar al bebé de la madre ya que en las primeras horas del mismo hay un periodo crítico en el que debe adaptarse a la vida extrauterina.

La preocupación por facilitar un inicio precoz de la lactancia materna ha motivado que en muchos centros hospitalarios se estimule el agarre del bebé al pecho. Sin embargo, se está proponiendo que sea el recién nacido quien encuentre el pezón y se afiance al pecho de manera espontánea en estas primeras horas. Se recomienda colocar al bebé sobre el abdomen de la madre para facilitar la puesta en marcha de los reflejos necesarios para conseguir un agarre adecuado^{58,59,60,61}.

5. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA ENFERMERA.

La IHAN está muy implicada en investigar acerca de los mejores conocimientos científicos actuales, para trasmitírselos a los profesionales y que estos sean capaces de ofrecer a las mujeres información y apoyo en este momento crucial de sus vidas y así poder tomar decisiones con total libertad.

En los países donde se siguen las directrices de la IHAN, se ha visto una mejoría de la calidad asistencial, así como un aumento sustancial de la satisfacción de las madres por tener su “propia voz” en el parto, y la prevalencia y duración de la lactancia materna. Por ende, se ha mejorado la salud de los recién nacidos y sus madres.

La IHAN surge ante la necesidad de aumentar la tasa de lactancia materna que tras la hospitalización de los partos se había visto afectada, durante esos años las normas sobre lactancia eran muy rígidas y además había una separación madre hijo que hacía que la instauración fuera más lenta. La IHAN elimina las barreras que se habían impuesto en la separación de la madre y el recién nacido y la lactancia se hace a demanda, lo que facilita la subida de la leche y su mantenimiento durante más tiempo.

Hoy en día para reconocer y premiar a los centros que siguen las normas de la IHAN, se les otorga una acreditación que lleva su nombre y cada vez son más los centros acreditados, hoy, sólo en España, la IHAN cuenta con 15 centros acreditados y 73 en formación.

A la hora de poder realizar un parto natural, normal, mínimamente intervenido, tenemos que considerar ciertos requisitos, entre ellos: que la embarazada o la gestación no tenga ningún factor de riesgo, que el parto se inicie de manera espontánea, que la gestación esté entre las 37 y 42 semanas y que el feto esté en presentación cefálica. Si cumple estas condiciones, el parto podrá transcurrir sin intervenciones y de forma natural.

Un parto natural implica, la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones respecto a la atención al parto, para que ellas sean y se sientan

protagonistas del mismo es prioritario darles información, que debe ser veraz y con la mejor evidencia disponible en todo momento, para que ellas sean las que vayan tomando las decisiones. Los profesionales estamos para informar - derecho que asiste a todos los usuarios del Sistema de Salud-, para apoyar sus decisiones y para acompañar y ayudar en sus procesos médicos.

La gestante debe estar acompañada y apoyada por alguien de su confianza, que elegirá libremente, durante todo el proceso. Se ha visto que las mujeres que reciben apoyo continuo y personal durante el parto tienen una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo respecto a las mujeres que no pueden tener acompañante en este momento. También son menos proclives a recibir analgesia, anestesia, tener partos instrumentales, tener una cesárea o manifestar la insatisfacción por su experiencia de parto.

Hay que seguir las recomendaciones de la OMS en todos los partos normales, entre ellas: abandonar el uso del rasurado y el enema, minimizar la cantidad de tactos vaginales, no restringir líquidos y permitir la ingesta de comidas ligeras, promover la deambulación durante el trabajo de parto y el uso de la auscultación intermitente para monitorizar la frecuencia cardiaca fetal, y sólo realizar una rotura artificial de membranas o usar oxitocina, si el parto no evoluciona con normalidad.

Para la disminución del dolor, se les debe ofrecer a las mujeres, tanto técnicas farmacológicas como las técnicas no farmacológicas, entre ellas la inmersión en agua, que facilita la relajación y disminuye la sensación dolorosa de las contracciones; el masaje; el uso de pelotas de parto; la inyección de agua estéril en el rombo de Michaelis, para el alivio del dolor lumbar. Todas estas técnicas no tienen repercusiones negativas ni para la madre, ni para el bebé. Si estas técnicas son insuficientes o la mujer desea otra analgesia más potente, podremos ofrecerle el óxido nítrico que es un método no invasivo, que no afecta al desarrollo del parto y expulsivo, y si necesita alguna técnica más potente, podrá optar por la epidural, informándola de que es una técnica invasiva que aumenta el periodo expulsivo, por lo que a veces será necesario el uso de un parto instrumental, una mayor necesidad de uso de oxitocina, puede aumentar la temperatura de la madre haciendo necesario el uso de

antitéticos y antibióticos. Y las complicaciones potenciales más graves que puede llegar a ocurrir serían la hipotensión materna severa y alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, dando lugar a tener que terminar el parto con una cesárea urgente. Y por último, la utilización de opiáceos tienen un efecto moderado en el alivio del dolor del parto.

La posición durante el periodo de dilatación y expulsivo, es un área al que se debe prestar atención debido a que un ambiente positivo y de apoyo en la elección de cómo quiere posicionarse la mujer durante el trabajo de parto influye positivamente en su experiencia. Hay que informar a la mujer de las ventajas e inconvenientes de cada posición y que sea ella la que elija en la que está más cómoda en cada momento.

En el momento del nacimiento debemos ofrecer un clampaje tardío del cordón, al menos tres minutos después del parto o cuando este deja de latir, puesto que se ha probado que ayuda a la adaptación a la vida extrauterina del bebé, aportando oxígeno, mejorando los niveles de hierro en neonatos con una reducción de la anemia durante la infancia. Se debe ofrecer, el contacto piel con piel, puesto que hay evidencia de que es beneficioso, a corto plazo para mantener la temperatura del niño y a largo plazo para aumentar el éxito de la lactancia materna y afianzar la vinculación afectiva de madre e hijo. También hay que fomentar la lactancia materna desde los primeros momentos del nacimiento, dejando que sea el recién nacido quien encuentre el pezón y se afiance al pecho de manera espontánea en estas primeras horas, se ha visto que facilita el agarre y tiene menos problemas de grietas por mal agarre.

Cuidar a una mujer y su bebé en momentos tan importantes como son la dilatación, el parto y el postparto conlleva estar informado de la mejor evidencia disponible es todo momento y de esa forma poder prestar apoyo, con una buena información, a la mujer sobre todas sus posibilidades y que sea ella la que decida sobre su proceso y así formar parte activa de ese momento tan importante para ella y su pareja, siempre que la situación lo permita.

Por otro lado, lo que tenemos que conseguir es, mejorar la calidad asistencial, con las actuaciones que se han demostrado como mejores para esa madre y ese bebé; así como aumentar la satisfacción de las madres por formar parte

activa en su parto, y conseguir fomentar la prevalencia y duración de la lactancia materna. Por ende, mejorar la salud de los recién nacidos y sus madres.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- 1- El Banco Mundial. Tasa de mortalidad materna [Internet]. Washington. [Consultado 10/12/2015] Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>
- 2- El Banco Mundial. Tasa de mortalidad neonatal [Internet]. Washington. [Consultado 10/12/2015] Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN/countries/1W?display=default>
- 3- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 2001; 28(3): 202-7.
- 4- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: años 2001-2011. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- 5- Maroto G, Sánchez S, García M. Atención al embarazo, parto y postparto en España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2006.
- 6- Reveiz L, Gaitán H, Cuervo L. Enemas durante el trabajo de parto. Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 4.
- 7- El parto es nuestro [Internet]. Madrid. [Consultado 15/12/2015] Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- 8- Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de trabajo de la OMS. Ginebra: OMS; 1996.
- 9- Organización Mundial de la Salud. Declaración conjunta OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna: la función especial de los servicios de maternidad. Grupo Técnico de trabajo de la OMS. Ginebra: OMS-UNICEF; 1989.

- 10-Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Madrid: Centro de publicaciones ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011.
- 11-Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: OMS; 2015.
- 12-Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones ministerio de sanidad y consumo; 2008.
- 13-Organización Mundial de la Salud. Introducción: definición de Parto Normal. En: OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996. P: 7-8.
- 14-Smulders B, Croon M. Parto Seguro, una guía completa. 1th ed. Barcelona: Medici; 2002.
- 15-Federación de Asociaciones de Matronas de España. Definición de parto normal [Internet]. Vélez-Málaga: FAME;2006. [consultado 18/12/2015] Disponible en: www.federacion-matronas.org/ipm
- 16-Planeta Mamá. Definición parto medicalizado [Internet]. [Consultado 23/12/2015] Disponible en: <http://www.planetamama.com.ar/>
- 17-Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2004; 47(9):414-422.
- 18-Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012; [consultado 23/12/2015] 5. Disponible en: <http://pregnancy.cochrane.org/>
- 19-Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Parte I: Origen, implantación, organigrama y proyectos de la IHAN. En: calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la

- lactancia. 1 ed. Madrid: centro de publicaciones ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011. P. 9-51.
- 20-IHAN. Registro de hospitales amigos de los niños [Internet]. [consultado 05/01/2016] Disponible en: <http://www.ihan.es/centros-sanitarios/registro-de-hospitales/>
- 21- Organización Mundial de la Salud. Definición factores de riesgo [internet]. [Consultado 12/01/2016] Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- 22-Tonda, P. Concepto de alto riesgo en reproducción. Obstetricia y Medicina Perinatal. 2006; 1: 87-95.
- 23-Cabero L, Martínez A. Identificación y control anteparto de las pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico. Barcelona: Masson; 1996.
- 24-Boulvain M, Kelly A, Loshe C, Stan C, Irión O. Métodos mecánicos para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2006; [Acceso 05-01-2016] (1) Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 25-Cabrillo E, Ucieda R, Melchor JC, Usandizaga M. Inducción del parto. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2006.
- 26-Fajardo O, Humaran I, Piloto M. Inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o ambas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2001; 27(2): 135-140.
- 27-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Definiciones perinatológicas. Protocolos Asistenciales en Obstetricia [Internet]. [Actualizado 07/2016; consultado 10/01/2016] Disponible en: <http://www.prosego.es>
- 28-Librero J, Peiró S, Belda A, Calabuig J. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. Revista Española de Salud Pública. 2014; 88(3): 315-326.

- 29- Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2004; [Consultado 12/01/2016] Disponible en: <http://www.update-software.com>
- 30-Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Viernes 15 noviembre 2002 BOE núm. 274 22188 LEY 41/2002.
- 31-Davim R, Torres G, Melo E. Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument. Revista latino-americana de enfermería. 2007;15(6), 1150-1156.
- 32-Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Dilatación: primera etapa del parto. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 1ª ed. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010. p 57-98.
- 33-Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. Matronas prof. 2006; 7(1): 27-33.
- 34- Cuervo L, Rodríguez M, Delgado M. Enemas en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2005; [consultado 15/01/2016] (4) Disponible en: <http://www.update-software.com>
- 35-Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2005; [consultado 15/01/2016] (4) Disponible en: <http://www.update-software.com>
- 36-López D, Amato F, Andina E, Laterra C, Almada R, Frailuna A. Trabajo de parto y parto normal: guía de prácticas y procedimientos. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2002; 21(2): 63-74.

- 37-Dueñas J, Bailón E, Dotor M, Rodríguez R, Rufo A. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª ed. Sevilla: Consejería de salud; 2005.
- 38-Bloom SL, McIntire DD. Lack of Effect of Walking on Labor and Delivery. The New England Journal of Medicina. 1998; 339(2): 76-79.
- 39-Thacker SB, Stroup D, Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2005; [consultado 17/01/2016] (4) Disponible en: <http://www.update-software.com>
- 40-Smith R, Aldred S, Markham C. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2005; [consultado 17/01/2016] (4) Disponible en: <http://www.update-software.com>
- 41-Ramón E, Azón E. Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. Nure Investigación. 2009; 6(41).
- 42-Smith C, Collins C, Cyna A, Crowther C. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2005; [consultado 05/02/2016] (4) Disponible en: <http://www.update-software.com>
- 43-Cluett E, Nikodem V, McCandlish R, Burns E. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2005; [consultado 05/02/2016] (4) Disponible en: <http://www.update-software.com>
- 44-Simkin P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002; 186(5): 131-159.

- 45-Huntley A, Thompson J, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004; 191(1): 36-44.
- 46-Martensson L, Wallin G. Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour: a review. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008; 48(4): 369-374.
- 47-ACOG. Obstetric analgesia and anesthesia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2002; 78: 321-335.
- 48-Leighton B, Halpern S. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 186(5): 69-77.
- 49-Lieberman E, O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 186(5): 31-68.
- 50-Rosen M. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 186(5): 110-126.
- 51-Elbourne D, Wiseman R. Types of intra-muscular opioids for maternal pain relief in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2006; [consultado 10/02/2016] (2) Disponible en: <http://www.update-software.com>
- 52-Gupta J, Hofmeyr G. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *La biblioteca Cochrane Plus*. 2008; (2).
- 53- Stremmler R, Hodnett E, Petryshen P, et al. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*. 2005; 32(4): 243- 251.
- 54-Soto C, Teuber H, Cabrera C, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2006; 71(2): 98-103.

- 55-McDonald S, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008; (2).
- 56-Chaparro C, Fornes R, Neufeld L, Alvarez G, Cedillo R, Dewey K. Early umbilical cord clamping contributes to elevate blood lead levels among infants with higher lead exposure. Journal Pediatric. 2007; 151: 506-512.
- 57-Gupta R, Ramji S. Effect of delayed cord clamping on iron stores in infants born to anemic: a randomized controlled trial. Indian Pediatric. 2002; 39(2): 130-105.
- 58-Moore E, Anderson G, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; (1).
- 59-Valdés V. Cómo favorecer el establecimiento de una lactancia exitosa. Biblioteca de UNICEF [Internet]. 2008; [Consultado 29/04/2016] Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod06/Mod%206%20Diez%20pasos.pdf>
- 60-Martín M, Jiménez R, González R, Bergillos S, Núñez A, Subires M. Estrategias para fomentar la lactancia materna en la unidad de puerperio. Revista Enfermería Docente. 2016; 1(106): 316.
- 61-Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica. 1ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.