Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado

Evidence-based recommendations for achieving humanized Birth

Sebastián Lavanderos* y Carol Díaz-Castillo

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Santiago, Chile

Resumen

Introducción: El cambio de modelo en la atención en salud ha traído varias transformaciones, entre ellas el empoderamiento de las mujeres por recuperar sus derechos y control sobre el parto, concepto conocido como «parto respetado». En Chile, a diferencia de otros países, no se ha incorporado dentro de la legislación. La Organización Mundial de la Salud ha elaborado guías con recomendaciones basadas en la evidencia para lograr un parto respetado. **Objetivo:** Generar una recomendación y propuesta de parto respetado para el sistema de salud chileno. **Método:** Búsqueda bibliográfica dirigida de los principales puntos descritos en la literatura y la evidencia que los respalda. **Resultados:** Se recomienda definir fase activa del parto sobre 5 cm de dilatación, preferir auscultación intermitente, manejar el dolor según las preferencias de la mujer, favorecer el movimiento, el apego inmediato y el retraso en el pinzamiento del cordón, y restringir episiotomías, amniotomías, cesáreas y tactos vaginales. **Conclusiones:** Las recomendaciones basadas en la evidencia contribuirán a conseguir un parto respetado, dado que muchas de las intervenciones consideradas violencia obstétrica, o que no colaboran con un parto respetado, no están basadas en la evidencia, y por tanto representan intervenciones innecesarias para el proceso del parto.

Palabras clave: Parto humanizado. Violencia contra la mujer. Medicina basada en la evidencia.

Abstract

Introduction: The change in healthcare paradigm has brought many transformations, between them women's empowerment in taking back their rights and control over birth. This is known as respected birth. Chile, in contrast to other countries, has not incorporated these regulations into law. World Healthcare Organization made guidelines with evidence-based recommendations for achieving respected birth. **Objective:** Generate recommendations and proposal for respected birth at the Chilean public health system. **Methodology:** directed bibliographic review of main topics addressed in literature and evidence that supports them. **Results:** Active labor should be defined over 5 cm of dilation, use intermittent auscultation, manage pain according women desires, favor movement, immediate skin-to-skin contact, delayed umbilical cord clamping, and restrict episiotomies, amniotomies, caesarians and vaginal examinations. **Conclusions:** Following evidence-based recommendations will contribute to achieve respected birth, given that many of interventions considered as obstetric violence or that are not contributing to a respected birth are not evidence-based, and therefore represent unnecessary interventions for the parturition process.

Keywords: Humanized birth. Violence against woman. Evidence-based medicine.

Correspondencia:

*Sebastián Lavanderos

E-mail: sebastianlavanderos@ug.uchile.cl

0048-766X / © 2021 Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 28-01-2021

Fecha de aceptación: 09-12-2021

DOI: 10.24875/RECHOG.M21000034

Disponible en internet: 07-02-2022

Rev Chil Obstet Ginecol. 2021;86(6):563-572

www.rechog.com

Introducción

La medicina ha avanzado de un modelo paternalista a uno más participativo, basado en los derechos y deberes de pacientes y usuarias de los sistemas de salud, y en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

El parto, un proceso fisiológico de la mujer, se ha complejizado, hasta el punto de que en Chile actualmente es extraño que un parto no reciba atención profesional (99,75% para el año 2017)¹. Esto ha permitido alcanzar indicadores sociodemográficos dignos de un país desarrollado², pero con válidos cuestionamientos en torno a su desigualdad en indicadores de desarrollo³⁻⁵.

Matrones y matronas han tenido un papel importante en alcanzar estos macroindicadores, formándose desde 1834 con objeto de otorgar atención profesional de calidad a las mujeres a lo largo del territorio nacional⁶.

El proceso de transición demográfica, sumado a la postergación de la maternidad⁷, el sobrepeso y la obesidad¹, hacen que cada día nos enfrentemos a embarazos más complejos.

El objetivo de esta revisión es exponer una actualización en parto respetado y la evidencia que sostiene cada una de las recomendaciones que se sugieren para alcanzarlo, y de esta forma generar una recomendación y propuesta de parto respetado para el sistema de salud chileno.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica dirigida en PubMed, Cochrane, SciELO, Google Académico y la página del Ministerio de Salud de Chile, con las palabras clave «*humanized birth*», «*respected birth*», «parto humanizado» y «parto respetado», sin filtro de fechas ni idioma. Luego se identificaron las recomendaciones de la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se realizó una búsqueda dirigida en las mismas bases de datos para cada una de sus recomendaciones.

Los riesgos relativos (RR) se resumen junto con su intervalo de confianza al 95% reportado.

Definición

No existe consenso en la literatura sobre la definición de parto respetado; más representa un constructo que ha tomado fuerza recientemente gracias al

empoderamiento de la mujer en recuperar el control de su proceso reproductivo.

La mayoría de la literatura internacional habla de *humanización* del parto, concepto que sería equivalente al respeto en términos prácticos. Su principal definición es la «disminución en las intervenciones médicas en el proceso de un parto normal»⁸.

Otra definición comúnmente utilizada se refiere a tomar en consideración los sentimientos, los valores, las creencias, las emociones, la dignidad y la autonomía de la mujer sobre su embarazo y parto⁹.

En Chile no existe una política clara de humanización del parto; sin embargo, en el año 2008 el Ministerio de Salud publicó el *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*, con un capítulo especial dedicado al trabajo de parto¹⁰. El programa *Chile Crece Contigo* estipula que el concepto de parto respetado en el país corresponde a la atención personalizada¹¹, que incorpora a la mujer y su acompañante, y propone evitar intervenciones innecesarias y capacitación continua al equipo de salud. Lamentablemente, indica que esta opción es más dependiente del equipo que atiende a la mujer que del lugar de atención, lo que representa un factor a mejorar en el futuro. Asimismo, se observan falencias en el número de profesionales y las plantas físicas hospitalarias, no aptas para este proceso.

En Latinoamérica, en Argentina el parto respetado es ley desde 2004, aplica al sistema público y privado, y otorga lineamientos para implementarlo, como el derecho a la información, respeto, consideración, evitar intervenciones innecesarias y procurar acompañamiento, entre otros¹².

Importancia

La OMS aboga hace varios años por mejorar la experiencia del parto y el nacimiento, y en 2018 elaboró su última guía de recomendaciones¹³, que sugiere beneficios para la madre y su recién nacido al no realizar actos innecesarios sobre un trabajo de parto fisiológico (a veces respaldados por escasa o nula evidencia), y respetar la autonomía de la mujer, incorporándola en la toma de decisiones. La evidencia muestra que un parto respetado aumenta la satisfacción de las mujeres, mientras que una mala experiencia en el parto la disminuye, las lleva a buscar otros equipos médicos u hospitales en el próximo embarazo, y aumenta la ansiedad y el miedo, siendo recuerdos indelebles^{8,14,15}.

Asimismo, se ha propuesto que la forma en que nacemos podría modificar la expresión génica, tal cual

Tabla 1. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para alcanzar un parto respetado

Recomendado	No recomendado
Atención respetuosa	Definir tiempos específicos para progresión del trabajo de parto
Comunicación efectiva	Monitorización electrónica fetal sistemática
Acompañamiento	Rasurado sistemático
Definición de fase activa del trabajo de parto sobre 5 cm de dilatación, sin una duración estándar definida	Enema sistemático
Auscultación de latidos fetales con Doppler o estetoscopio de Pinard	Amniotomía sistemática
Manejo del dolor consensuado y de acuerdo con las preferencias de la paciente, considerando métodos farmacológicos y no farmacológicos	Uso de regla de oxitocina en mujeres con analgesia peridural
Permitir alimentación	Episiotomía sistemática
Movilidad y posicionamiento libres para la mujer	Presión en el fondo uterino
Apego precoz durante la primera hora de vida del recién nacido fomentando la lactancia materna	

otros factores como la dieta, el estrés o la exposición a toxinas, concepto que se conoce como «epigenética». Se sabe que estas modificaciones pueden tras pasarse a otras generaciones, y que su mayor sensibilidad es en los momentos previos e inmediatamente posteriores al parto¹⁶.

Recomendaciones para lograrlo

La última guía de la OMS¹³ realiza una serie de recomendaciones para alcanzar este objetivo, resumidas en la [tabla 1](#).

Tiempos

Se define fase activa como la dilatación sobre 5 cm, puesto que por encima de este valor aumenta exponencialmente la velocidad de progresión en la mayoría de las mujeres, con variaciones según el uso de analgesia peridural. Se han establecido recomendaciones para la duración del percentil 95 del período expulsivo, resumidas en la [tabla 2](#)¹⁷.

Monitorización

La OMS¹³ recomienda la auscultación intermitente (mediante Doppler o estetoscopio de Pinard), en contra de la monitorización electrónica fetal continua.

Una revisión Cochrane del año 2017¹⁸ comparó el uso de monitorización electrónica fetal continua contra auscultación intermitente, y encontró que el uso de la primera se asocia a un aumento de las cesáreas y de los partos vaginales instrumentados, con menor tasa de convulsiones neonatales, pero sin diferencias en la tasa de parálisis cerebral ni en la mortalidad infantil.

Tabla 2. Recomendaciones para la duración del percentil 95 del período expulsivo

	Percentil 95
Múltiparas	
Período expulsivo sin analgesia epidural	2 h
Período expulsivo con analgesia epidural	3 h
Nulíparas	
Período expulsivo sin analgesia epidural	3 h
Período expulsivo con analgesia epidural	4 h

Adaptada de Spong et al.¹⁷

El uso de monitorización electrónica fetal continua podría impactar negativamente el trabajo de parto, al limitar el movimiento, la posición y la comodidad de la mujer, a menos que se cuente con monitores inalámbricos, aún no disponibles en nuestro medio.

Manejo del dolor

El 59% de las nulíparas y el 43% de las múltiparas describen el dolor de parto como peor que el de los pacientes con cáncer¹⁹, y un 60% de las mujeres describe su dolor de parto como intenso o extremadamente intenso²⁰, lo que resalta la relevancia de su alivio. Para ello, existen métodos farmacológicos y no farmacológicos, que se resumen en la [tabla 3](#).

El dolor aumenta las hormonas relacionadas con el estrés (corticotropina, cortisol, catecolaminas y β -endorfinas). La epinefrina y la norepinefrina pueden disminuir el flujo sanguíneo uterino sin afectar la frecuencia cardíaca ni la presión arterial de la madre, lo que generaría asfixia fetal oculta²¹. Los estudios en primates han demostrado que el estrés psicológico materno produce deterioro en el flujo sanguíneo uterino y en el estado

Tabla 3. Resumen de las intervenciones descritas para el alivio del dolor en el trabajo de parto

Farmacológicas	No farmacológicas
Analgesia peridural y sus derivados Analgesia intravenosa	Psicoprofilaxis Apoyo continuo durante el parto Masajes Reflexología Acupuntura Acupresión Inmersión en agua Estimulación eléctrica transcutánea Inyecciones de agua intradérmica

ácido-base fetal²². El parto supone un estrés fisiológico inevitable, pero la analgesia puede reducir las respuestas añadidas de estrés al dolor, con efectos beneficiosos, como disminuir los efectos cognitivos negativos en puerperas²³ y la depresión posparto²⁴, y aumenta la participación y la satisfacción paterna con el proceso de parto²⁵.

Debido a estos beneficios, la OMS recomienda la analgesia durante el parto¹³. Su uso ha aumentado, alcanzando en particular la analgesia peridural un 60% de cobertura en los Estados Unidos de América²⁶ y en Inglaterra²⁷. En Chile fue incorporada como una garantía explícita en salud el año 2007, y desde entonces se ha observado un aumento mantenido del uso de analgesia peridural, desde un 35,64% en 2005 hasta un 51,46% en 2011²⁸.

Una revisión Cochrane publicada en 2008²⁹ mostró que la analgesia epidural tendría beneficios sobre los otros métodos: menores cuantificaciones de dolor, mayor proporción de mujeres satisfechas y disminución en el uso de métodos adicionales. Además, se observó que las preocupaciones vistas en estudios previos, como aumento de los partos instrumentados, no se observan en los estudios publicados después del año 2005, lo que se explicaría por el uso de técnicas más modernas con menores dosis de medicamentos. Tampoco se evidenciaron diferencias en las tasas de cesárea ni resultados neonatales. Lo anterior se ve limitado por la baja calidad de la evidencia en general.

Asimismo, en comparación con la analgesia intravenosa con opiáceos, el uso de analgesia epidural no aumenta las concentraciones de adrenalina, noradrenalina, endorfinas, cortisol y 11-hidroxycorticoesteroides durante el parto³⁰.

Movimiento durante el trabajo de parto

Las guías de la OMS recomiendan alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo

de parto, sin obligar a una posición específica durante el periodo expulsivo¹³. Dentro de las medidas para favorecer la movilidad se encuentra el uso de instrumentos como el balón kinésico y la lenteja de parto.

Respecto al uso del balón kinésico, existen dos ensayos controlados aleatorizados que han evaluado su uso y han encontrado que disminuye significativamente las mediciones de dolor, sin afectar los tiempos de dilatación y expulsivo ni el intervalo entre contracciones^{31,32}. Otro ensayo encontró una disminución estadísticamente significativa en los puntajes de dolor, menor duración de la primera etapa del parto, menor uso de analgesia epidural y menor tasa de cesáreas³³. Se ha propuesto que la lenteja de parto sería equivalente al balón kinésico, con la ventaja de otorgar mayor seguridad y estabilidad a las mujeres, efectos similares y sin efectos perjudiciales demostrados³⁴.

Colaboraría con lograr este objetivo la instauración de salas de parto distintas del pabellón tradicional, medida que en Chile se conoce como «salas de atención integral de parto», que cuenten con elementos como balón kinésico, lenteja de parto o sillas de parto. Se ha implementado este tipo de salas en instituciones públicas y privadas, pero aún no están disponibles en todo el país.

Apego y lactancia

La tecnologización de la medicina llevó a separar precozmente al recién nacido de su madre para efectuar la evaluación y los procedimientos neonatales. Para humanizar el parto se recomienda permitir el apego inmediato del recién nacido con su madre en el posparto inmediato, difiriendo estas evaluaciones si el estado del recién nacido lo permite, hasta que haya terminado su primera lactancia.

Una revisión Cochrane del año 2016³⁵ muestra que el apego inmediato favorece el establecimiento de la lactancia materna, su exclusividad y una mayor duración de esta, y mejores glucemias, sin diferencias en la termorregulación. Sin embargo, los análisis no mostraron diferencias para estos resultados según la precocidad del apego (antes de 10 minutos o mayor) ni su duración (menor o mayor de 60 minutos).

La cesárea, ya sea programada o de emergencia, también es un momento factible para realizar el apego. Si las condiciones lo permiten, puede realizarse apego en túnel (traspaso del recién nacido debajo del campo estéril, recibiendo la madre con apoyo de la matrona hacia su pecho, favoreciendo la lactancia). Si se realiza una cesárea de emergencia con anestesia general, o

si la condición de la madre no lo permite, el apego con el padre tendría efectos beneficiosos³⁶.

Al aumentar la probabilidad de una lactancia materna exitosa se genera un círculo virtuoso, con efectos positivos tanto para el recién nacido como para la madre.

Para el recién nacido, está documentado que la lactancia materna es un factor protector para enfermedades infecciosas, alérgicas y cardiovasculares a futuro, mejora el coeficiente intelectual, y podría disminuir las alteraciones conductuales y el déficit atencional. Además, es económica y ecológica, y podría prevenir un 13% de la mortalidad infantil en el mundo y reducir en un 36% la muerte súbita³⁷. Para la madre tiene efectos inmediatos: ayuda a la involución uterina, disminuye el sangrado y la infección posparto, el peso, la depresión posparto, el estrés y la ansiedad, y además otorga un método anticonceptivo que permite espaciar los nacimientos, mientras que a largo plazo reduce los riesgos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y metabólicas, artritis reumatoidea, enfermedad de Alzheimer y esclerosis múltiple³⁸.

Retraso en el pinzamiento del cordón

El pinzamiento del cordón se realizaba inmediatamente después del parto, por comodidad para el operador. Sin embargo, la evidencia recomienda realizar un pinzamiento tardío para mejorar los resultados de salud y nutricionales para la madre y el recién nacido¹³.

Dos revisiones Cochrane^{39,40} han revisado este tema. La primera evaluó el pinzamiento tardío (> 2 min) e inmediato del cordón en recién nacidos de término, y encontró un aumento importante del hematocrito y de los depósitos de hierro en el lactante a los 2-6 meses, sin incremento en el riesgo de hemorragia materna³⁹; sin embargo, se observan aumentos de policitemia neonatal y de necesidad de tratamiento de ictericia neonatal en el mismo grupo⁴⁰. Al comparar el pinzamiento tardío (> 30 s) e inmediato del cordón en recién nacido prematuros (< 37 sem) se encuentran disminuciones importantes en anemia que requiere transfusiones, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante en los recién nacidos con pinzamiento tardío, y un aumento en los niveles de bilirrubina⁴⁰.

Estos resultados observados en las revisiones Cochrane son similares a los publicados en otra revisión sistemática previa realizada por Hutton y Hassan⁴¹ en 2007, en la que se sugiere que el pinzamiento tardío (> 2 min) en recién nacidos de término sería beneficioso para el recién nacido, con efectos hasta su infancia, y que la policitemia observada sería una condición benigna.

Basándose en lo anterior, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) avala desde 2012 esta práctica en prematuros, debido a la evidencia de una reducción de hasta el 50% en el riesgo de hemorragia intraventricular; sin embargo, para los recién nacidos de término indican que no existe evidencia suficiente para emitir una recomendación⁴².

Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género en la que se infringe el derecho humano de la mujer a la no discriminación, la libertad y la seguridad como persona, su salud reproductiva y autonomía, y no ser sometida a un tratamiento cruel, inhumano y degradante⁴³. Es, en suma, un ataque a la dignidad humana y consiste en lo contrario a un parto respetado, donde se ve a la mujer como sexo frágil, que necesita someterse a una autoridad patriarcal (en este caso el médico) para decidir qué es lo mejor para ella⁴⁴.

Un parto no respetado, sin tomar en cuenta los deseos y las preocupaciones de la mujer, debería considerarse como violencia obstétrica; sin embargo, este ha sido el estándar de cuidado durante muchos años y, lamentablemente, solo se le ha dado importancia a este concepto durante la última década.

Acciones constitutivas de violencia obstétrica serían el uso sistemático de episiotomía o de amniotomía, sin justificación clínica, o someter a la mujer a rasurado o enemas, prácticas clásicas sin evidencia ni beneficio para la mujer, y por tanto faltas a los principios de autonomía y beneficencia. Igualmente, la presión fúndica (maniobra de Kristeller), la instrumentalización del parto injustificada y las cesáreas innecesarias.

Un trato respetuoso, siguiendo los lineamientos de la OMS¹³, respetando los principios bioéticos fundamentales y poniendo a la mujer en el centro de la atención, contribuirá a erradicar la violencia obstétrica.

En los Estados Unidos de América ha tomado especial importancia la visualización de este tema⁴³, con propuestas interesantes para su erradicación, como importar leyes de países latinoamericanos que han incorporado este concepto⁴⁵.

Episiotomía

Descrita en 1741, en sus inicios se mantuvo como un último recurso. En 1920 esto cambió y se comenzó a realizar sistemáticamente con fines profilácticos, para evitar desgarros perineales que podrían dañar el piso

pélvico y el esfínter anal, con la consecuente incontinencia o prolapsos a futuro⁴⁶. Actualmente no se recomienda su uso sistemático y la OMS propuso en 1996 que debería realizarse como máximo en el 10% de los partos⁴⁷. En todo el mundo su tasa es muy variable, y los países que alcanzan este estándar propuesto son escasos. Los que lo cumplen, como Suecia, Islandia y Dinamarca, han experimentado disminuciones en sus tasas, probablemente explicadas por la importancia dada al concepto de parto fisiológico. Otros, como Australia, Canadá y los Estados Unidos de América, han experimentado disminuciones que no alcanzan las metas propuestas por la OMS. Los países asiáticos destacan por tasas muy altas (incluso el 100% en Taiwán). En Latinoamérica, destaca la disminución en Brasil y Colombia. Las tasas chilenas⁴⁸ se detallan en la figura 1 y se comparan con las de otros países en la tabla 4.

Sorprende que, para ser una intervención tan frecuentemente realizada, existan cuestionamientos sobre su efectividad de larga data. En 2005 se publicó una primera revisión sistemática⁴⁹ en la que se evidenció la superioridad de la episiotomía en términos de desgarros perineales, dolor y uso de analgésicos. No se observaron beneficios con su uso sistemático en cuanto a prevención de la incontinencia de orina o fecal, ni de prolapsos pélvicos; con la salvedad de que los estudios disponibles no realizaban seguimiento hasta la edad en que las mujeres comúnmente presentan estas quejas.

Posteriormente, en 2017, una revisión Cochrane⁵⁰ postuló que una política de episiotomías restrictivas resultaría en una reducción del 30% de los desgarros vaginales o perineales graves, sin resultados adversos neonatales ni diferencias en infecciones perineales. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dolor al tercer día posparto, ni dispareunia a largo plazo (≥ 6 meses), y tampoco en incontinencia de orina a largo plazo (≥ 6 meses) ni en prolapsos al tercer año posparto⁵⁰.

En 2019 se publicó un ensayo clínico aleatorizado realizado en Tailandia⁵¹, con objeto de evaluar las diferencias entre la episiotomía restrictiva y la episiotomía sistemática. Se encontró que, a pesar de no haber diferencias estadísticamente significativas en los desgarros perineales (RR: 0,72 [0,46-1,12]), el uso de episiotomía restrictiva resultó en más perinés indemnes en las mujeres multíparas (RR: 3,09 [2,10-4,56]). El uso de episiotomía restrictiva aumentó el riesgo de desgarros vaginales en las primíparas (RR: 1,96 [1,62-2,37]) y las multíparas (RR: 2,21 [1,77-2,75]), pero sin mayor

Figura 1. Tasa de episiotomías en Chile, por período, dividido por sistema de salud (público o privado). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile⁴⁸.

Tabla 4. Tasa de episiotomías por país y período, ordenadas de mayor a menor.

País	Tasa (%)	Período	Referencia
Taiwán	100	2002	43
Ecuador	96,2	1995-1998	43
Uruguay	95,1	1995-1998	43
Rep. Dominicana	94,9	1995-1998	43
Perú	94,4	1995-1998	43
Bolivia*	94,2	1995-1998	43
Brasil*	94,2	1995-1998	43
Tailandia	91	2005	43
Colombia	86,2	1995-1998	43
China	85,5	2003	43
Chile (privado)	50,8	2014-2017	48
Colombia	44	2005	43
Chile (público)	44	2014-2017	48
Canadá	17	2007	43
Brasil	16	2012	43
Australia	11,6	2002	43
Estados Unidos	11,6	2012	43
Islandia	7,2	2010	43
Suecia	6,6	2010	43
Dinamarca	4,9	2010	43

*Todas las tasas son globales, excepto las marcadas con asterisco, que corresponden a nulíparas.

necesidad de sutura. Los riesgos de desgarros cervicales, hemorragia posparto, complicaciones de la

herida, asfixia neonatal y admisión a unidades de cuidado intensivo neonatal fueron comparables entre grupos, por lo que los autores concluyen que estos resultados reafirman la certeza de la revisión Cochrane en apoyar el uso de episiotomías restrictivas⁵¹.

Amniotomía

Inicialmente pensada para impedir el estancamiento del trabajo de parto y así evitar una cesárea, luego se cuestionó su seguridad. En 1993, Fraser et al.⁵² evaluaron el efecto de una amniotomía precoz en el riesgo de distocia (definida como enlentecimiento en la progresión del trabajo de parto sobre los 3 cm de dilatación) en nulíparas y reportaron que la amniotomía solo redujo su frecuencia si la dilatación inicial era ≥ 3 cm ($p < 0,001$), en comparación con las que tenían < 3 cm ($p = 0,06$). Además, observaron un menor uso de oxitocina en el grupo sometido a amniotomía precoz, sin diferencias significativas en los resultados neonatales ni en la tasa de cesáreas⁵².

Una revisión Cochrane evaluó en 2013 el uso de amniotomía para acortar el parto espontáneo, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en la duración de la primera etapa del parto, la tasa de cesáreas, la satisfacción materna con la experiencia de parto ni la puntuación APGAR < 7 a los 5 minutos.

Un ensayo clínico aleatorizado realizado en 2015 evaluó el efecto de la amniotomía precoz en el riesgo de distocia y cesárea, y encontró que su uso disminuye la probabilidad de distocia en un 80,6% y la de cesárea en un 81,7%, además de disminuir la duración del trabajo de parto y los desprendimientos de placenta⁵⁴.

Dados estos resultados contradictorios, los autores del estudio de 2015 sugieren realizar nuevos metaanálisis para verificar estos hallazgos.

Cesáreas innecesarias

Discusión importante supone la realización de cesáreas sin justificación clínica, no exentas de complicaciones a corto y largo plazo. Al momento de referirse a la violencia obstétrica y a un parto respetado es inevitable tener en consideración que la cesárea debe ser un procedimiento médico efectuado ante las indicaciones respaldadas por evidencia para ello, y siempre consentido por la mujer. Sin embargo, es preocupante que cada vez hay más mujeres que, por temor, desconocimiento u otras razones, solicitan de entrada la realización de esta cirugía, fenómeno

observado en Chile principalmente en el sistema privado, donde la tasa de cesáreas alcanza casi el doble que la del sistema público (63% frente a 33% en 2017). Un papel importante en esto ha tenido la implementación de los bonos PAD (Pago Asociado al Diagnóstico) por parte del seguro público de salud⁵⁴.

Podría considerarse que, así como hay mujeres que solicitan un parto natural, también sería respetable el ejercicio de su autonomía para solicitar una cesárea; sin embargo, esto debería ir siempre acompañado de una exhaustiva educación a la mujer sobre los beneficios de un parto vaginal y las potenciales complicaciones de una cesárea, tanto a corto como a largo plazo. Se han visto un efecto positivo en la educación prenatal y una disminución de solicitud materna de cesáreas⁵⁵. Aceptar el deseo materno como indicación de cesárea en el sistema público podría aumentar los costos y la morbilidad, por lo que debe estudiarse a futuro.

Tactos vaginales

De acuerdo con la recomendación de la OMS, los tactos vaginales deberían realizarse sistemáticamente cada 4 horas. Las guías nacionales recomiendan realizar como máximo cinco, aumentando sobre este número la incidencia de endometritis puerperal⁵⁶.

Por lo anterior, se recomienda limitar los tactos vaginales y que sean realizados por el mismo operador, evitando incorporar tactos «docentes» y sobreexponer a la mujer a mayores incomodidades si no habrá cambios en la conducta. Un papel importante en la formación de futuros profesionales tendrá la simulación clínica como instancia docente.

Intervenciones prenatales

La educación prenatal y la continuidad del cuidado también tendrían importancia para alcanzar el concepto de parto respetado. Una buena educación prenatal permitirá a la mujer saber a qué se enfrentará en el momento del parto, lo cual es especialmente relevante en las primíparas⁵⁷. En este momento es adecuado educar en tiempos del parto, opciones disponibles de analgesia, posibilidades de participación del padre o de un acompañante significativo, políticas locales de episiotomía y amniotomía, entre otras; así se contribuye a disminuir la ansiedad del parto, logrando un efecto positivo que permitirá alcanzar un parto respetado. En este sentido, se ha visto que la educación prenatal disminuye las quejas y mejora la

Tabla 5. Resumen de recomendaciones basadas en la evidencia para lograr un parto respetado

Aspecto	Recomendación basada en la evidencia
<i>Tiempos</i>	Esperar por lo menos 3 h en múltiparas y 4 h en nulíparas con analgesia peridural en su período expulsivo antes de generar intervención (Tabla 2)
<i>Monitorización</i>	Preferir el uso de auscultación intermitente por sobre la monitorización electrónica fetal continua
<i>Manejo del dolor</i>	Ofrecer los métodos disponibles para manejo del dolor y que la mujer decida su uso en ejercicio de su autonomía
<i>Movimiento</i>	Promover el movimiento libre durante el trabajo de parto, fomentando el uso de balón kinésico o lenteja de parto Para lograr este objetivo sería buena idea contar con salas de atención integral de parto
<i>Apego y lactancia</i>	Favorecer el apego inmediato en todo tipo de parto, difiriendo la evaluación neonatológica si es posible Si las condiciones de la madre no lo permiten, el apego con el padre también tiene efectos beneficiosos
<i>Retraso en el pinzamiento del cordón</i>	Implementar pinzamiento tardío en todos los partos (30-120 s) o cuando deje de latir espontáneamente
<i>Episiotomía</i>	Implementar una política de episiotomías restrictivas permitiría aumentar los perinés indemnes en múltiparas, aunque se observaría un aumento en los desgarros, pero sin mayor necesidad de sutura, y sin riesgos reportados a largo plazo
<i>Amniotomía</i>	Evidencia de buena calidad no muestra beneficios de la realización sistemática de amniotomía, por lo que debería evitarse
<i>Cesáreas</i>	Procedimiento médico que debe ser respaldado por una indicación médica La educación prenatal es fundamental para disminuirlas
<i>Tactos vaginales</i>	Evitar realizar tactos vaginales sin justificación clínica, limitando el número a cinco durante el trabajo de parto, idealmente por el mismo operador

calidad de vida de las mujeres⁵⁸. Igualmente importante es la continuidad del cuidado y de la educación en la sala de partos, donde persiste la tarea de consolidar la información entregada durante los controles prenatales, asegurar la oportunidad de la mujer de ejercer sus derechos y lograr que ella se haga cargo de su trabajo de parto. Es importante otorgarle un ambiente cómodo, idealmente con luces bajas, música, libertad de posición y participación de su acompañante significativo, poniendo en el centro a la mujer.

Discusión

Esta revisión repasa el concepto de parto respetado para aterrizarlo a la realidad chilena, y podría servir para implementarlo en los centros de salud nacionales. Basándose en la evidencia disponible, se repasan las medidas consideradas dentro del manejo del trabajo de parto que se ha identificado que tienen importancia para las mujeres. Seguir las recomendaciones basadas en la evidencia contribuirá enormemente a conseguir un parto respetado, dado que muchas de las

intervenciones comúnmente ejecutadas que se consideran violencia obstétrica no colaboran con un parto respetado o no están basadas en evidencia, y por tanto son riesgosas e innecesarias.

De la misma forma, hacer una medicina más participativa, e incorporar a la mujer y su pareja o acompañante significativo en la toma de decisiones, de manera ideal en un modelo basado en la continuidad de la atención, con múltiples instancias educativas desde la etapa preconcepcional y prenatal, constituirá la base de cualquier estrategia que busque implementar un parto respetado. Después de todo, cualquier medida que el profesional a cargo decida realizar, basada en la evidencia, será bien recibida por la mujer y su entorno si se trata de una decisión bien consensuada y explicada.

Lo más importante es aplicar estas medidas en la práctica obstétrica habitual, incluyendo inducciones, partos instrumentalizados y cesáreas, con las estrategias que se han detallado. Sin duda esto colaborará con mejorar la satisfacción de los involucrados en el proceso, que debe ser bajo toda lógica gratificante

para quienes participan en él, tanto del lado de la mujer como de los proveedores de salud.

Lo anterior, sumado a las recomendaciones entregadas basadas en la evidencia (Tabla 5), ayudará a lograr una buena experiencia y, por tanto, un parto respetado.

Conclusiones

Se han revisado los puntos más importantes para lograr un parto respetado, notando que la evidencia respalda las acciones que llevan a conseguirlo. Este es un tema de gran relevancia actual dada la idea de legislar en contra de la violencia obstétrica en nuestro país⁵⁹, lo que resalta la relevancia de la evidencia científica que respalda nuestro actuar. Seguir estas recomendaciones permitirá mejorar la atención en salud, disminuir la desigualdad y aumentar la satisfacción de nuestras pacientes.

Financiamiento

Este trabajo no obtuvo financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Indicadores básicos de salud. Chile; 2017. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: <https://repositoriodeis.minsal.cl/Deis/indicadores/IBS%202017.pdf>.
- Gonzalez R. Chile, un buen lugar donde nacer: morbilidad materna e infantil a nivel global y nacional. *Rev Med Clin Condes*. 2014;25:874-8.
- Morales A, Landerretche O, Martínez A. Mortalidad infantil en Chile: un indicador de desigualdad. *Trabajos de Investigación en Políticas Públicas*, Departamento de Economía, Universidad de Chile; 2015. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: <http://www.econ.uchile.cl/uploads/publicacion/31eb2b5ef1ced034b75000d64b52a6240af9e2fb.pdf>.
- Lavanderos S, Haase J, Riquelme C, Morales A, Martínez A. Embarazo adolescente en Chile: una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84:490-508.
- Riquelme C, Haase J, Lavanderos S, Morales A. Desigualdad en recursos financieros de la Atención Primaria de Salud Municipal en Chile, 2001-2013. *Rev Med Chil*. 2017;145:723-33.
- Cerda L. Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2020;85:115-22.
- Fuentes A, Jesam C, Devoto L, Angarita B, Galleguillos A, Torres A, et al. Postergación de la maternidad en Chile: una realidad oculta. *Rev Med Chil*. 2010;138:1240-5.
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Womens Health*. 2011;11:53.
- Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75 (Suppl 1):S25-S37.
- Ministerio de Salud. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Santiago; 2008. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf.
- Chile crece contigo. Preguntas frecuentes: ¿puedo tener un parto respetado en el sistema público? (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/faqs/puedo-tener-un-parto-respetado-en-el-sistema-publico>
- Ley 25.929: Parto humanizado. 1.ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, Argentina; 2018.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra; 2018. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos*. 2010;13:49-58.
- Muñoz-Dueñas C, Contreras-García Y, Manríquez-Vidal C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83:586-95.
- Gutiérrez JJ, González de la Torre H. It's high time for humanized birth. Parto humanizado, ¿para cuándo? *Enferm Clin*. 2019;29:205-6.
- Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstet Gynecol*. 2012;120:1181-93.
- Alfirevic Z, Devane D, Gyte G, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 3;2(2):CD006066.
- Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica Lecture). *Pain*. 1984;19:321.
- Sng BL, Sia ATH. Maintenance of epidural labour analgesia: the old, the new and the future. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2017;31:15e22.
- Shnider SM, Wright RG, Levinson G, Roizen MF, Wallis KL, Rolbin SH, et al. Uterine blood flow and plasma norepinephrine changes during maternal stress in the pregnant ewe. *Anesthesiology*. 1979;50:524-7.
- Morishima HO, Yeh MN, James LS. Reduced uterine blood flow and fetal hypoxemia with acute maternal stress: experimental observation in the pregnant baboon. *Am J Obstet Gynecol*. 1979;134:270-5.
- Eidelman AI, Hoffmann NW, Kaitz M. Cognitive deficits in women after childbirth. *Obstet Gynecol*. 1993;81:764-7.
- Ding T, Dong-Xin W, Qu Y, Chen Q, Zhu SN. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesthesiology*. 2014;119:383.
- Campogna G, Camorcia M, Stirparo S. Expectant fathers' experience during labor with or without epidural analgesia. *Int J Obstet Anesth*. 2007;16:110.
- Grant EN, Tao W, Craig M, McIntire D, Leveno K. Neuraxial analgesia effects on labour progression: facts, fallacies, uncertainties and the future. *BJOG*. 2015;122:288-93.
- Department of Health. NHS Maternity Statistics, England 2019-20. London, UK: Department of Health, 2020. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2019-20/deliveries---1920-hes>.
- Villagrán M, Pérez E, Merino W, Silva R, Venegas C, Becerra H. Perfil del manejo de la analgesia del trabajo de parto en el sector público de salud en Chile entre los años 2005 y 2011. *Rev Chil Anest*. 2012;41:231-2.
- Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(5):CD000331.

30. Reynolds F, Sharma SK, Seed PT. Analgesia in labour and fetal acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *BJOG*. 2002;109:1344-53.
31. Taavoni S, Abdolalian S, Haghani H, Neysani L. Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *J Midwifery Womens Health*. 2011;56:137-40.
32. Delgado-García BE, Orts-Cortés MI, Poveda-Bernabeu A, Caballero-Pérez P. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. *Enferm Clin*. 2012;22:35-40.
33. Gau ML, Chang CY, Tian SH, Lin KC. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*. 2011;27:e293-e300.
34. Luces A, Mosquera L, Onandia M, Tizón E. La lenteja de parto: un recurso favorecedor de la movilidad pélvica. *Ene*. 2016;10(1). (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100004&lng=es.
35. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(11):CD003519.
36. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007;34:105-14.
37. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88:7-14.
38. Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40:354-9.
39. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD004074.
40. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD003248.
41. Hutton E, Hassan E. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007;297:1241.
42. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 543. Timing of umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol*. 2012;120:1522-6.
43. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. 2016;24:56-64.
44. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3069.
45. Borges MT. A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law J*. 2018;67:827-62.
46. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: comparative systematic review of changing practices. *Health Care Women Int*. 2018;39:644-62.
47. World Health Organisation. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: Department of Reproductive Health & Research of the World Health Organisation; 1996. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
48. Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile; 2018. (Consultado el 23-11-2021.) Disponible en: <https://ovochile.cl/destacados/descarga-resultados-primer-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>.
49. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;293:2141-8.
50. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD000081.
51. Sangkomkarnhang U, Kongwattanakul K, Kietpeerakool C, Thinkhamrop J, Wannasiri P, Khunpradit S, et al. Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. *BJOG*. 2020;127:397-403.
52. Fraser WD, Marcoux S, Moutquin JM, Christen A. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. The Canadian Early Amniotomy Study Group. *N Engl J Med*. 1993;328:1145-9.
53. Ghafarzadeh M, Moeninasab S, Namdari M. Effect of early amniotomy on dystocia risk and cesarean delivery in nulliparous women: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292:321-5.
54. De Elejalde R, Giolito E. Altas tasas de cesáreas en clínicas privadas, ¿una relación causal? Observatorio Económico. 2019;135:4-5. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: https://fen.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2019/04/OE_marzo_2019.pdf.
55. Gao Y, Tang Y, Tong M, Du Y, Chen Q. Does attendance of a prenatal education course reduce rates of caesarean section on maternal request? A questionnaire study in a tertiary women hospital in Shanghai, China. *BMJ Open*. 2019;9:e029437.
56. Ministerio de Salud. Guía perinatal. Santiago; 2015. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf.
57. Fakhraei R, Terrior JL. Identifying and exploring the informational and emotional support needs of primipara women: a focus on supportive communication. *J Perinat Educ*. 2017;26:195-207.
58. Yikar SK, Nazik E. Effects of prenatal education on complaints during pregnancy and on quality of life. *Patient Educ Couns*. 2019;102:119-25.
59. Biblioteca del Congreso Nacional. Boletín 12148-11 "Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica", 2 de octubre del 2018. (Consultado el 18-11-2021.) Disponible en: https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12148-11.