



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

PARTO EN CASA INTERVENIDO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE HUMANIZADO

ARTÍCULO ESPECIALIZADO PARA PÚBLICAR EN REVISTA INDIZADA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

LIZBETH FABIOLA ALONSO CARDENAS

ASESOR

DR. EN E. JUAN MANUEL SÁNCHEZ SOTO

REVISORA. DRA. EN C. E. ANABELEM SOBERANES MARTÍN

REVISORA. M. EN A.H.S.P. MARÍA DE LOS ÁNGELES FRANCISCO
AGRÍCOLA

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO, OCTUBRE 2024



**PARTO EN CASA INTERVENIDO POR
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CON
ENFOQUE HUMANIZADO**

ÍNDICE

I. RESUMEN	6
II. INTRODUCCIÓN	10
III. METODOLOGÍA.....	19
IV. RESULTADOS/DISCUSIÓN	20
V. CONCLUSIÓN	25
VI. REFERENCIAS.....	26

I. RESUMEN

El presente trabajo tiene como objeto de estudio el análisis sobre los factores que influyen para que se lleve a cabo el parto en casa asistido por profesionales de enfermería con enfoque humanizado por lo cual se realizó un análisis documental de artículos revisados en algunas fuentes de datos tales como lo son la secretaria de salud, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en ciertos metabuscadores como lo son: Redalyc, Google académico, Scielo, PubMed y Dialnet, la búsqueda se realizó con las siguientes palabras clave: parto, parto en casa, parto humanizado, trabajo de parto, parto asistido por enfermería y parto en el hogar humanizado. Obteniendo así que el parto ha sido contemplado desde épocas muy antiguas sin embargo el hecho de que no existiera acceso médico y hospitalario llevo a la creación de parterasempíricas quienes atendían estos partos, sin embargo, la deficiencia de conocimientos ocasionaba constantemente perdidas de vida. Además, un parto en casa anteriormente era visto natural sin embargo estos no eran con atención, ni cuidados adecuados, era una opción que se tomaba pues era la única forma que se existía dentro de las comunidades que no contaban con servicios de salud. En los hospitales gracias a los avances científicos y tecnológicos poco a poco se fue teniendo importancia en esta área de la gineco-obstetricia, disminuyendo la tasa de muertes materno-fetales, logrando un avance en torno a la salud reproductiva. Por el otro lado la atención intrahospitalaria fue encaminada a prestar servicios óptimos y de calidad a la mujer gestante, lo cual esto implico de la mano un trato deshumanizado que se comenzó a tener por parte del profesional de la salud hacia las mujeres lo cual vio afectada la parte humanitaria y el deseo de no llevar a cabo el parto en un entorno hospitalario pues los derechos e intimidad de las gestantes se vieron afectadas por este comportamiento, pues el hecho de parir en este entorno las comenzó a llevar a un nivel de estrés que incluso en circunstancias normales

tras un embarazo sano las llevaban a un parto instrumentado, perdiendo el enfoque tal como un acto completamente natural convirtiéndolo en un proceso que incluso desencadenó otros procedimientos, como cesáreas, medicando e interviniendo de manera rutinaria y no precisamente necesaria. Así mismo se concluye que un parto en casa asistido por profesionales de enfermería siempre planificado con un criterio en específico (embarazos categorizados como de bajo riesgo) la mejor de sus opciones sería elegir parir en casa en compañía de sus seres queridos, en un ambiente tranquilo, óptimo, adecuado, con libre expresión, libertad de movimiento e ingesta no restringida, con técnicas de apoyo para facilitar y mejorar el trabajo de parto como masajes terapéuticos, musicoterapia para relajar a la mujer, ejercicios y posturas que desencadenen un parto exitoso llevándolas a vivir un parto humanizado es decir con un trato digno y respetuoso para la mujer, recién nacido y familia, posicionándola como protagonista de su propio parto en casa. Cuidando y perseverando los derechos de las mujeres, brindando confianza, dando seguridad y apoyo profesional.

Palabras Clave: parto, parto en casa, parto humanizado y parto asistido por enfermería.

ABSTRACT

The object of the present work is the analysis of the factors involved in carrying out a home birth assisted by nursing professionals with a humanized approach, for which a computational analysis of articles reviewed in some data sources such as They are the Secretary of Health, the National Institute of Statistics, Geography and Informatics (INEGI), in certain metasearch engines such as: Redalyc, Google academic, Scielo, PubMed and Dialnet, the search was carried out with the following keywords: childbirth, childbirth at home, humanized birth, labor, nurse-assisted birth and humanized home birth. Thus, obtaining that childbirth has been contemplated since very ancient times, however the fact that there was no medical and hospital access led to the creation of empirical midwives who attended these births, however, the deficiency of knowledge constantly caused loss of life. In addition, a home birth was previously seen as natural, however this does not mean that it was attended with adequate care, it was an option that was taken because it was the only way that existed within communities that did not have health services. In hospitals, thanks to scientific and technological advances, little by little, importance was gained in this area of gynecology-obstetrics, reducing the rate of maternal-fetal deaths, achieving progress in reproductive health. On the other hand, in-hospital care was aimed at providing optimal and quality services to the pregnant woman, however this implied the dehumanized treatment that the health professional began to have towards the women, which affected the humanitarian part and the desire not to carry out the birth in a hospital environment because the rights and privacy of the pregnant women were affected by this behavior, since the fact of giving birth in this environment began to lead them to a level of stress that even in normal circumstances After a healthy pregnancy, they were taken to an instrumented birth, losing focus as a completely natural act, turning it into a process that even triggered the procedure of cesarean sections, medicating and intervening in a routine and not exactly necessary way. Likewise, it is concluded that a home birth

assisted by nursing professionals is always planned with a specific criterion (pregnancies categorized as low risk). The best option would be to choose to give birth at home in the company of your loved ones, in a quiet environment. , optimal, adequate, with free expression, freedom of movement and unrestricted intake, with support techniques to facilitate and improve labor such as therapeutic massages, music therapy to relax the woman, exercises and postures that trigger a successful birth, leading them to experiencing a humanized birth, that is, with dignified and respectful treatment for the woman, newborn and family, positioning her as the protagonist of her own birth at home. Caring for and persevering women's rights, providing trust, security and professional support.

Keywords: birth, home birth, humanized birth and nurse-assisted birth.

II. INTRODUCCIÓN

El parto se define como el momento en que se comienza la fase activa, el cual comienza a partir de contracciones intrauterinas para dilatar el canal cervicouterino y así llegar al alumbramiento. El trabajo de “parto se divide en dos fases: fase latente (ocurre al término del embarazo hasta antes de comenzar con las contracciones) y fase activa (la cual se divide en tres periodos): Primer periodo: se hacen presentes dichas contracciones con la frecuencia, intensidad y duración idóneas hasta producir el borramiento del cuello uterino, Segundo periodo: inicia cuando se da el borramiento completo y el producto es expulsado y Tercer periodo: abarca desde la expulsión del producto hasta el alumbramiento” (Andina, 2002).

El parto humanizado desarrolla ciertas características, dando prioridad a los deseos, dignidad, igualdad, libertad y confidencialidad, esto evita la intervención médica innecesaria como lo son: enemas, rasurados, episiotomías bajando así la tasa de cesáreas rutinarias, permitiendo concentrándose específica en la atención al ambiente, volviéndolo acogedor, tranquilo y armonioso para la comodidad de la mujer, la OMS recomienda prácticas para un parto humanizado lo cual plantea la libertad de movimiento, acompañamiento, la ingesta de líquidos y alimentos (Borges, Sánchez, Domínguez & Sixto, 2018).

El nacimiento humanizado se basa prácticamente en reconocer a la madre e hijo como protagonistas, proporcionar educación del embarazo tanto a la madre como a la pareja, respetando sus necesidades y privilegiar el apego inmediato (Almaguer, García & Vargas, 2012), la seguridad del parto en casa actualmente es tema de controversia entre profesionales gineco obstetras, debido al confinamiento en sus hogares durante COVID-19, así como a la sobrecarga de trabajo en distintas instituciones ante este virus, mujeres se vieron en la necesidad de optar por un parto planificado en casa (Campos &

Vásquez, 2021), durante la pandemia de covid-19 se visualizó un gran incremento en la opción de las gestantes al optar por un parto en un lugar seguro puesto que en hospitales tenían riesgo de contagio, las mujeres que tomaron la decisión de parir en casa durante la pandemia hacen conocer que fue la mejor decisión que tomaron pues se sintieron en un ambiente tranquilo, seguro, refiriendo haber tenido un parto feliz y placentero (Costa & Goberna, 2021), siendo una opción que contemplan cada vez más mujeres, pues reduce la medicación, considerándolo un acto completamente natural.

Está demostrado que existen pocos partos fisiológicos en un ámbito hospitalario ya que el uso de la medicación, acelera en muchos casos este proceso (Rico & Sánchez, 2022), para la OMS es una prioridad el cuidado materno ya que esto implica disminuir la muerte materno fetal, la OMS recomienda optar por la colocación de un catéter heparinizado en vez de una solución para así en caso necesario tener una vía permeable lo cual mejora la deambulación de la mujer. (Almaguer, García & Vargas, 2012).

Las acciones directas del cuidado de enfermería durante el trabajo de parto asegura un cuidado de calidad, la relación entre enfermera-paciente tiene la capacidad de observar las necesidades de la mujer (Campos & Vásquez, 2021), el trabajo de parto es una experiencia única para la mujer, sin embargo el trato intrahospitalario deja mucho que desear, haciendo de esto una vivencia estresante, provocando miedo e inseguridad, por esto el papel de enfermería es acompañar, informar, atender y guiar en todo momento, evitando complicaciones físicas o psico-emocionales, el cuidado de enfermería requiere trascender la barrera, pues el contacto físico brinda confianza, empatía y apoyo emocional, es decir no basta con otorgarle cuidados estandarizados y rutinarios, por lo que actuar con habilidades y competencias brinda un cuidado respetuoso y digno para toda mujer (Campos & Vásquez, 2021).

Para la mujer es de relevancia tanto la pareja como la familia, pues el hecho de verse en un escenario sin el acompañamiento de sus seres queridos, crea angustia por lo que enfermería crea este puente de dialogo entre la mujer y familia, lo cual es muy ameno para la situación, proporcionando a la paciente ayuda para obtener nuevamente su independencia (Campos & Vásquez, 2021). Dentro de las implicaciones de enfermería en la analgesia se busca proporcionar una atención integral y oportuna con el fin de proporcionar una experiencia agradable, bienestar físico y emocional brindando confort y tranquilidad, detectando oportunamente complicaciones y/o riesgos (Barrios, 2022), algunos de los cuidados asistenciales por parte de enfermería van desde enseñar y reforzar técnicas de relajación, elogiar, proporcionar ánimo, promover el reposo entre contracciones, evaluar y verificar la eficacia de analgesia, cambios de posición, masaje y deambulación entre otras (Barrios, 2022).

Los ejercicios de respiración brindan grandes beneficios como lo son: “aumentar el umbral de dolor, permitir la eficacia del útero, proporciona una adecuada oxigenación materno-fetal y aprovechar la energía al máximo” (Barrios, 2022), en cuanto al apoyo emocional y el respeto favorecen la liberación de oxitocina natural, producción de endorfinas y relaxina lo que en consecuencia disminuye adrenalina favoreciendo al parto fisiológico.

Desde el año 2007 la Secretaria de Salud diseño artefactos que facilitan esta labor, favoreciendo principalmente a la parturienta siendo estos una mesa obstétrica, bancos obstétricos, batas para lactancia que cuidan la privacidad, calentadores y zapatos de tela que permiten la deambulación pues el crear conciencia, unificar e implementar estrategias basadas en evidencia científica son de utilidad (Almaguer, García & Vargas, 2012), el parto hospitalario a menudo se vive con frustración respecto a las expectativas debido a violencia física y emocional obstétrica, en general esto conlleva una discusión sobre el retorno a la práctica de partos planeados en el hogar, pues las parteras son responsables

del nacimiento de 450.000 niños, representando el 18% de nacimientos anual, situando a Enfermería como ampliamente cualificado de forma técnica y científica para la asistencia de partos domiciliarios pues el Ministerio de Salud y sus Secretarías establecieron políticas que aseguran el actuar durante un partovía vaginal (Martins, Almeida & Mattos, 2012).

La eficacia del parto domiciliario planeado por profesionales, representa un gran avance, centrado en un enfoque natural, sin intervención innecesaria, siendo indispensable capacitar al Sector Salud a fin de satisfacer la demanda de la población femenina (Martins, Almeida & Mattos, 2012), por lo que es de gran relevancia prestar atención a la práctica hospitalaria, modificando y reivindicando protocolos a fin de otorgar atención con calidad humana (Martínez, Siles & Solano, 2019), pues se han encontrado mayores ventajas tras un parto domiciliario en comparación a uno intrahospitalario, uno de estos es cuando los derechos de la mujer como la autonomía, la privacidad, el respeto y dignidad no son tomados en cuenta se está ejerciendo violencia obstétrica (Martínez, Siles & Solano, 2019), la violencia puede ser categorizada tanto física como psíquica (Malacalza, 2017) por ende, la población ha cambiado el modelo reproductivo pues cada vez se posterga más la maternidad, siendo mujeres preparadas quienes están abiertas a mayores alternativas (Muñoz, Contreras & Manríquez, 2018) ya que el parto debe verse como un proceso natural que tiene impacto cultural y social (Almaguer, García & Vargas, 2012).

La evidencia científica ha sintetizado algunos estándares con el fin de atender un parto humanizado en el hogar con la mayor seguridad posible como lo son presentar embarazo de bajo riesgo, la compañía de un especialista certificado y un sistema de transferencia sanitario en caso de ser necesario (Rodríguez & Goberna, 2020), el proceso de atención durante el parto domiciliario debe contar con insumos clínicos, medicamentos y personal capacitado, lo cual es clave para un parto exitoso, la decisión conlleva ser un tema controversial público, pues la falta de investigaciones científicas respecto

a diferenciar cual de ambas situaciones involucra mayor tasa de mortalidad materno-fetal hasta el momento ha concluido en que no varía significativamente entre la seguridad del parto hospitalario o domiciliario (Rodríguez & Goberna, 2020).

Para la gran mayoría de mujeres en cuanto a su percepción de un trato humanizado durante la labor de parto es inadecuada pues evidencian la falta de comunicación, la poca o nula información que se les brinda, así como el no recibir autorización o consentimiento sobre los procedimientos que se le realizan (García, Feliz & Álvarez, 2020)

Dentro del territorio nacional la ley de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia no especifica la violencia obstétrica, como lo es en el caso de Venezuela donde ya hay una ley específica sobre el parto humanizado (García, Feliz & Álvarez, 2020), así como en Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz donde este último la violencia obstétrica esta nombrada como delito (Pozzio, 2016), la falta de conciencia sobre el trato digno hacia la mujer conlleva presentar una ruptura comunicativa, lo cual determina directamente las cifras de muerte materno-fetal (García, Feliz & Álvarez, 2020).

Además de que la infraestructura hospitalaria no cuenta con las condiciones necesarias para un parto digno, desde el simple hecho en cuanto a la escases de espacio, esta no permite que se le otorgue un acompañante a la mujer que le motive y ayude tanto física como emocional, múltiples estudios han reportado que el trato digno tiene ciertas limitantes como lo son el nivel socio-económico, grado de estudios y edad entre otros, es decir que en cuanto menor posibilidad se tenga y por ende se encuentre en desventaja reciben mayormente este tipo de maltrato (García, Feliz & Álvarez, 2020), demostrando que una de cada tres gestantes concluye el trabajo de parto con traumas psíquicos y el 5% de la población sufre de estrés postraumático debido a esta causa (Costa & Goberna, 2021), por ende se deben elaborar prácticas, modelos de atención, planes y programas que busquen reducir o bien eliminar la

violencia obstétrica realizando un cambio entendiendo estas necesidades (Pozzio, 2016), pues realizar un cambio va de la mano conforme al estar abiertos siendo una determinante la edad, pues se estima que las próximas generaciones puedan hacer un cambio y lograr enfoques hacia un parto dignificado, sin embargo esto influye con el tipo de personal, pues hay personal abierto quien está dispuesto a modificar las prácticas, en cambio hay quienes se resisten al cambio el cual continua con prácticas violentas, también hay quienes son flexibles a negociar (Pozzio, 2016).

El objetivo del presente estudio es evidenciar la práctica que presenta enfermería durante el parto en el hogar con la posibilidad de otorgar cuidados humanitarios y con conocimiento científico, logrando amplificar oportunidades en el campo laboral de enfermería con autonomía, haciendo conciencia sobre las distintas alternativas que se le ofrecen a la población femenina durante la gestación para tomar una decisión libre y respetada sobre la forma en que opte por tener su parto.

En el 2018 la OMS menciona algunos criterios para considerar un parto humanizado:

- Atender de manera digna, respetuosa y privada.
- Brindar buena comunicación enfermera-paciente.
- Respetar decisiones de la mujer al momento de parir.
- Informar a la paciente sobre las fases (latente y activa).
- No establecer un punto de referencia para la dilatación a 1cm/h, ya que se considera inexacta.
- No aconsejar acelerar el trabajo de parto (oxitocina o cesárea) antes de tener 5cm de dilatación.
- No aconsejar la pelvimetría clínica de rutina.
- Realizar evaluación fetal a través de la auscultación por ultrasonido Doppler.

- No se aconseja rasurado genital, limpieza con clorhexidina o enemas de manera rutinaria.
- En embarazadas de bajo riesgo realizar tacto vaginal cada 4hr.
- Aliviar el dolor según la preferencia de la mujer (analgesia epidural u opioides parenterales como fentanilo, morfina y petidina) o simplemente no utilizar ningún método.
- Realizar técnicas de relajación si la mujer así lo desea (música, meditación, masajes, compresas, etc.).
- Permitir la ingesta de sólidos y líquidos durante el trabajo de parto (solo a mujeres con bajo riesgo).
- Ejercer su derecho como mujer sobre la postura en que desea parir.
- Durante la fase expulsiva alentar a la mujer a seguir su propio impulso de pujar.
- En pacientes con anestesia epidural durante la segunda fase de trabajo de parto se recomienda retrasar el pujo una o dos horas después de la completa dilatación o bien en el momento que desea pujar siempre y cuando se cuente con lo necesario para una posible hipoxia perinatal.
- Evitar la episiotomía durante un parto vaginal espontaneo.
- Libre elección de la paciente para disminuir trauma en zona perineal (compresas, masaje, etc.).
- Administrar uterotónicos como prevención de hemorragia posparto (Oxitocina UI IV/IM).
- Cortar el cordón umbilical por lo menos al minuto.
- No es necesario succionar boca ni nariz al recién nacido si este respira por sí solo.
- Estimular lazos afectivos, prevenir hipotermia y estimular la lactancia materna teniendo contacto piel con piel madre e hijo dentro de la primera hora posparto.
- Bañar al recién nacido esperando por menos pasar las 24 horas.

Según el INEGI durante el año 2020 se registraron 1,629,211 nacimientos, ocurriendo 1,454,905 (89.3%) en el hospital o clínica y el 69,336 (4.3%) en domicilio particular, el 82,191 (5.0%) no fue especificado el lugar y el 22,779 (1.4%) fue en otro lugar, lo que implica que un gran número de casos está optando por un parto en casa humanizado asistido por profesionales de enfermería, comadronas, parteras, matronas, y médicos, lo que cuestiona la práctica intrahospitalaria o bien las carencias del sistema de salud con el que se cuenta, debido a que la falta de espacio e insumos hospitalarios da como resultados una atención de baja calidad, el cual desafortunadamente no ofrece la oportunidad de contar con lo suficiente para otorgar un cuidado en óptimas condiciones, en cambio, las bajas oportunidades que ofrece el sistema público de salud, no justifican el desconocimiento y falta de educación entre profesionales, al no mostrar respeto y brindar un trato digno a los pacientes en general, en este caso a la gestante y recién nacido, englobando tanto a la pareja o familiar acompañante.

El INEGI declaró en 2020 que la atención de partos en general fue atendida el 1,445,199 (88.7%) por personal médico, el 75,209 (4.6%) por personal de enfermería y el 90,449 (5.6%) no está especificado, por ende el papel que ejerce enfermería en este ámbito es de relevancia pues aporta distinción (Campos, 2021) mencionando que enfermería otorga un trato digno, el cual engloba tanto física como humanitaria desde el otorgar intervenciones con sustento científico hasta el acompañamiento, transmitiendo sentimiento de comprensión y motivación a la mujer para lograr un parto exitoso, además, el hecho de cambiar el escenario en cuanto a realizar el parto en el hogar de la propia mujer cambia el contexto referente al trato individualizado, haciéndola el centro de atención enfocándola como un todo, prestando atención dentro de un ambiente cálido que favorece la inducción del parto digno y respetado, igualmente la OMS señala

que pone a disposición de las mujeres embarazadas el conocimiento científico que se caracteriza por ser especialmente racional en el servicio de enfermería, puesto que al actuar de enfermería busca brindar la eficacia de un parto domiciliario humanizado bajo una planeación, aunque aún es un tema de polémica, esta decisión es una de las pocas opciones que se tienen sobre la forma en que se desea parir, la cual es una opción que busca satisfacer las necesidades de esta población, superando las expectativas y favoreciendo la fluidez de un parto natural.

III. METODOLOGÍA

El presente estudio es con un enfoque analítico de tipo, documental, transversal y prospectivo, en donde se realizó un metaanálisis de los artículos previamente establecidos en las fuentes de información de consulta en la secretaria de salud, INEGI, Meta- buscadores: Redalyc, Google académico, Scielo, PubMed.

El metaanálisis es el conjunto de artículos relacionados con un tema determinado, evaluando cada uno de ellos para que de esta forma se haga un artículo individual, proceso determinado por definir variables, elección de términos de búsqueda y bibliografías, revisión sistemática, análisis estadístico de los resultados encontrados (García, 2015).

La búsqueda se realizará del 01 de octubre del 2023 al 01 de noviembre del 2023 para la realización del protocolo y posteriormente hasta el 01 de enero del 2024 para continuar con la escritura final del artículo, utilizando las palabras clave “parto” “parto en casa” “parto humanizado” “parto en el hogar humanizado” “trabajo de parto” y “parto asistido por enfermería”. Las bases de datos y fuentes de información consultadas serán: Google académico, Scielo, PubMed, Redalyc, Dialnet, así como las oficiales del instituto mexicano del seguro social, la Secretaría de Salud, OMS e INEGI.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos serán: que exista una asociación, con su respectiva descripción, de las palabras claves, buscandocada una de las características.

Finalmente, la búsqueda se realizará en publicaciones en español e inglés. Posteriormente se realizará la selección de contenidos por títulos, resumen y contenido relacionados a las variables. Se van a utilizar los artículos en los que exista un efecto directo entre la correlación entre parto asistido por enfermería y parto en casa humanizado. Se destacarán todos aquellos artículos en los que no exista una correlación.

IV. RESULTADOS/DISCUSIÓN

En la actualidad el hecho de prestar un servicio de salud especialmente un parto en casa se torna un tanto compleja pues la brecha de desigualdades encamina dos posibles alternativas centrado en el acceso económico situado en el país, por lo tanto, en países precarios se opta mayormente por partos en casa, sin embargo, esto no es del todo segura pues se llevan a cabo sin una atención profesional e incluso sin recursos ni materiales pertinentes puesto que las mujeres no tienen otra opción para parir, por otro lado, en países desarrollados este tipo de prácticas se encuentran institucionalizadas, así como la asistencia profesional también llegan a existir casas de partos, algunos incluso financiados por el estado (Ortega, Cairos, Clemente, Rojas & Pérez, 2017), en cambio México estando en vías de desarrollo ya cuenta con casas de partos o asistencia profesional inclusive algunas con partería tradicional (Márquez, 2021).

Si bien, el parto hospitalario e institucionalizado disminuyo notablemente complicaciones durante el parto, así como la reducción de la tasa morbimortalidad materna y neonatal debido al gran avance tecnológico científico, estos son cada vez menos humanizados, por lo que el parto en el hogar se ha vuelto una opción cada vez más considerada, ya que presentan libertad y confianza, claramente existen ciertas características a cumplir para esta ideal, como lo son: embarazo de bajo riesgo, no presentar enfermedades cardiovasculares, neurológicas o respiratorias (Sánchez & Cristoltan, 2022).

Una de las grandes consecuencias del parto instrumentado ha sido que en algunos países como lo es en el caso de Brasil donde la cesárea es casi un protocolo para toda paciente, aun sin requerirla, estando en contra de los derechos sexuales y reproductivos para la mujer, por lo que este tipo de acontecimientos a empoderado al parto domiciliario seguro intervenido siempre

Por un equipo especializado y profesional (Sánchez & Cristoltan, 2022).

Algunos estudios realizados sobre el impacto que impone un parto en el hogar e institucionalizado encontraron lo siguiente:

En Finlandia la morbimortalidad hasta los siete años de vida en niños no muestra diferencia, aunque si se encontró un mayor número de visitas hospitalarias por alergias o asma en niños que nacieron en un entorno intrahospitalario (Ovaskainen, Ojala, Gissler, Luukkaala & Tammela, 2021).

En Cataluña un estudio con embarazos de bajo riesgo y parto en casa con una muestra de 750 mujeres, el 92.7% no requirió instrumentos, el 85.6% tuvieron parto vaginal espontaneo, el 27% fueron dentro del agua, el 4% fueron mediante cesárea, el 1.5% al 2.6% tuvieron algún incidente como hemorragia en 1.1% (Sánchez & Cristoltan, 2022).

Uruguay tras una entrevista a profesionales de la salud se determinaron cinco barreras que influyen en que las mujeres no logren ser protagonistas de su parto (Rodríguez & Barbero, 2021) lo cual debe comenzar a tomar importancia para lograr un sector público de salud idóneo brindando atención de forma segura.

Alcaraz, Escuriet, Sarries, Gonc & Robleda en su estudio de 2021 la tasa de mortalidad perinatal fue de 1,3 por cada mil cien nacimientos. Lo cual concluye que la morbimortalidad neonatal no depende del lugar de nacimiento.

El INEGI en 2020 registro 1,629,211 nacimientos, de los cuales el 69,336 fueron partos en domicilio particular y del total de nacimientos el 75,209 fueron atendidos exclusivamente por el personal de enfermería, obteniendo una labor de amplia importancia social y sanitaria.

Si bien el funcionamiento institucional no está formado para generar este tipo de prácticas con un vínculo de confianza tal y como lo es durante el acompañamiento que brindan el personal especializado para la atención de partos en el hogar o bien parteras existe una brecha entre la asistencia de partos institucionales y partos en el hogar (Rodríguez & Barbero, 2021), lo que nos lleva a tomar en cuenta que el rol de enfermería está jugando un papel sumamente importante, pues como profesionales se busca cumplir los deseos de la mujer, garantizando la autonomía, además de estar ampliamente capacitada para brindar cuidados óptimos y de calidad (Barruecos, 2021).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó un informe en el año 2018 donde proporciona una lista de 56 características que deben cumplirse para realizar un parto humanizado de manera óptima.

En la actualidad el parto domiciliario ha tomado importancia y seriedad, puesto que desde el punto legal ya es considerado un derecho de la mujer la elección sobre el lugar deseado para parir, el parto en casa a pesar de ser un tema de discusión, algunos la consideran una decisión acertada en cambio para otros es un acto riesgoso, sin embargo, se sabe que se debe contar con algunos estándares para poder brindar un servicio de atención obstétrica oportuna y segura tales como: ecografía, protocolos clínicos, insumos y siempre acompañado de un profesional sanitario con formación académica (Márquez, 2021).

Un parto debe ser considerado como un proceso biológico completamente natural, es decir no instrumentado ni medicalizado, solo serlo en caso de ser necesario debido a complicaciones, siempre siendo el profesional claro y explícito con información oportuna tanto a la mujer como a la familia siendo una decisión siempre tomada solo por la protagonista (Sánchez & Cristoltan, 2022), el parto debe tornarse siendo una experiencia positiva, superando las expectativas de la mujer, lo que conlleva a que el recién nacido nazca sano tanto clínicamente como psicológicamente, lo que quiere decir en un ambiente

tranquilo confortable y seguro, contando con el apoyo emocional, acompañada de su familia y profesionales con competencias apropiadas al parto en el hogar (Ayres, Henriques & Amorim, 2018).

Como hemos observado el parto domiciliario aún se encuentra en desventaja respecto al hospital por múltiples factores, en cambio varios estudios siguen encontrando múltiples beneficios al momento de un parto en el hogar, siempre tratándose de embarazos con bajo riesgo, así como tasas de intervenciones quirúrgicas más bajas como: cesáreas, episiotomía, parto instrumentado y reducción de lesiones perineales (Sánchez & Cristoltan, 2022).

El Colegio Americano de Obstetras y ginecólogos (ACOG), la FAME (Federación de Asociación de Matronas de España, la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Política Social del Sistema Nacional de Salud comparten algunos criterios para un parto en el hogar planificado:

- Embarazo a término (37-42 semanas de gestación).
- Historia clínica y obstétrica sin complicaciones relevantes (ausencia de signos y síntomas durante la gestación como lo son pre eclampsia, crecimiento intrauterino retardado, etc.).
- Feto único.
- Presentación cefálica.
- Inicio de parto espontáneo que se desarrolla y finaliza sin dificultad hasta el alumbramiento.
- Binomio en óptimas condiciones.

La NICE (Instituto Nacional para la Salud y Excelencia de Cuidado) añade dos criterios más:

-Presentar Hemoglobina $>10\text{g/dl}$.

-Presentar un índice de masa corporal (IMC) $<30\text{kg/m}^2$ tras el embarazo.

El hecho es que tanto a la parte autoritaria le corresponde otorgar servicios con establecimientos y equipamiento óptimo y adecuado para la atención sanitaria hablando específicamente al área de la salud sexual-reproductiva, también se debe trabajar sobre la formación académica y laboral, pues estas juegan un papel muy importante, ya que esto determina los valores y conocimientos ideales para brindar servicios de calidad a la población.

Concluyendo que el parto humanizado es la mejor opción para la pronta recuperación tanto de la madre como del recién nacido, algunos países como España optaron por el parto en el hogar, reduciendo a un 75% de partos intrahospitalarios, llevándolos a crear redes de parteras que atienden en casa a la población femenina (Yupangui, 2022).

Los hallazgos obtenidos pueden ser variables, debido a la selección de artículos que provienen de diferentes países. Dónde el contexto es totalmente cambiante, pues la prestación de servicios y modelos de atención e integración en los servicios de gineco-obstetricia se manejan distinto en cada región, la OMS declara que del 70% al 80% de embarazos son considerados debajo riesgo (Alcaraz, Escuriet, Sarries, Gonc & Robleda, 2021) (Torres, Bermúdez, Soto & Rosillo, 2023).

Si bien la literatura solo nos muestra guías de práctica clínica establecidas en cuanto al ámbito hospitalario, esta no incluye evidencia enfocada al parto extra hospitalario (Vázquez, Gómez, Fernández, Briebe & Rodríguez, 2018) ciertamente existen artículos que abordan el tema sin embargo es muy incompleta.

V. CONCLUSIÓN

El parto domiciliario planificado es una opción cada vez más contemplada por la población femenina en edad reproductiva, ya que brinda grandes beneficios específicamente para la población de mujeres con embarazo de bajo riesgo. Pues la atención intrahospitalaria prolifera al estrés influyendo durante la fase activa del parto, disminuyendo la producción de oxitócica y una liberación de endorfinas, las cuales actúan como potentes estimulantes durante la fase expulsiva. En definitiva, la labor de parto en el hogar planificado tiene enfoque exclusivo en pacientes con embarazo de bajo riesgo, pues es un hecho que esta práctica presenta múltiples beneficios. Pues el parto domiciliario además brinda una excelente posibilidad a minimizar la tasa de muerte materno-fetal.

Lo cual implica un gran avance científico en el rol de la enfermería, pues el proporcionar este servicio de salud posiciona a enfermería en un rango con mayor amplitud, reconociéndose como ciencia que proporciona atención y cuidados óptimos, oportunos y de calidad pues cuenta con bases necesarias para la atención gineco-obstetras con un enfoque humanitario.

VI. REFERENCIAS

- Alcaraz V, Escuriet R, Sarries Z, Gonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia: A Descriptive study. *Midwifery*. 2021; 98: Doi: 10.1016/j.midw.2021.102977
- Almaguer G, García R & Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. género y salud en cifras [Internet] 2012; vol. 10 (2/3): Disponible en: [https://www. Gob. Mx/cms/uploads/attachment/ file/245170/ Nacimientohumanizado.pdf](https://www.Gob.Mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf)
- Andina. Trabajo de parto y parto normal. *Rev. Hospital Materno Infantil Ramon Sarda* [Internet] 2002; vol. 21 (2). Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/912/91221202.pdf>
- Ayres L, Henriques B, Amorim W. The cultural representation of "natural childbirth": the outlook on the pregnant body in the mid-twentieth century. *Ciencia & saude colectiva* 2018 ;23(11):3525- 3534. Disponible en: <https://www.scielo.br/ij/csc/a/vzyCnXjcGvpzySDMVqVCfXG/?lang=pt>
- Barrios I. Implicaciones de enfermería en la analgesia durante el trabajo de parto. *Rev. Asociación nacional de enfermeras de Panamá* [Internet] 2022; vol.1 (2). Disponible en: <http://revistas. Anep. Org. Pa/index. Php/edh/article/ view/ 36>
- Barruecos P, Calderón R, Rodríguez R, Guayacundo A, Mancera G & Castiblanco M. Enfermera matrona: beneficios, competencias e investigaciones: *Rev. Ciencia y cuidado scientific journal of nursing* [internet] 2021 (2024); vol. 18 (2): pág. 96-110.
- Borges D, Sánchez M, Domínguez H & Sixto P. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet] 2018; vol. 44 (3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0138-600x2018 000 300002

- Campos Q & Vásquez-T. El cuidado de enfermería generador de confianza de la mujer durante el trabajo de parto. Rev. Colomb. Enf [Internet] 2021; vol. 20 (1). Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rce.v20il.2830>
- Comunicado de prensa. Características de los nacimientos registrados en México durante 2020. INEGI.[Internet]2020;535(21):1-7. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
- Costa A & Goberna T. Experiencia del embarazo y parto en casa durante la pandemia de Covid-19. SCIELO [Internet] 2021; 30 (3): Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200019&ing=es.Epub 06-Jun-2022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200019&ing=es.Epub%2006-Jun-2022)
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Recomendaciones sobre la atención al parto en casa. Documento basado en la evidencia [internet]. Madrid: FAME; 2022. Disponible en: <https://cuty.io/ZWUy>
- García. Conceptos Fundamentales de las revisiones sistemáticas/ metaanálisis. ScienceDirect. Rev. S.C.U [Internet] 2015; vol. 24
- García T, Feliz O & Álvarez V. Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. Rev. Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457768136007>
- Malacalza. Definiciones institucionales para el abordaje de la evidencia obstétrica en la provincia de Buenos Aires. Rev. Scielo [Internet] 2017; vol. 23 (1)
- Márquez M. Parto en casa: conocimientos y saberes de mujeres y matronas en Santiago de Chile. Musas[internet] 2021; vol. 6 (2).
- Martínez M, Siles J & Solano C. Evitar la violencia obstétrica: Motivo para decidir el parto en casa. Musas [Internet] 2019; vol. 4 (2); vol. 4 (2.4): Disponible en: [https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol 4.num 2.4](https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol%204.num%202.4)

- Martins C, Almeida N & Mattos D. Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. Rev. Enf. Global [Internet] 2012; 11 (27): Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300016>
- Muñoz D, Contreras G & Manríquez V. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. Rev. CHIL OBSTET GINECOL [Internet] 2018; vol. 83(6): Disponible en: https://www.scielo.cl/php?Script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600586
- Ortega B, Cairos V, Clemente C, Rojas L & Pérez G. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa: Rev. Scielo [Internet] 2017; vol. 11. (1)
- Ovaskainen K, Ojalá R, Gissler M, Luukkaala T, Tammela O. Is birth out-of-hospital associated with mortality and morbidity by seven years of age 2021; 16(4): Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0250163>
- Colegio oficial de enfermería de Cataluña. Guía de asistencia al parto en casa, 2018
- Pozzio M. La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. SCIELO. Est. Fem [Internet] 2016; 24 (1): Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ref/a/cBdk4QnLYGLXdWt9Hbbp7Fz/>
- Rico B & Sánchez N. La seguridad del parto planificado en casa: algunas consideraciones a partir de un estudio cualitativo. Cultura de los cuidados [Internet] 2022; 26 (62). Disponible en: <http://dx.Doi.org/10.14198/cuid.2022.62.16>
- Rodríguez G & Goberna T. (In) seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. Matronas Prof. [Internet] 2020; 21 (2): Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7840833>

- Rodríguez L & Barbero M. Parto domiciliario planificado: una mirada desde la desmedicalización y la resistencia: Universidad de la república Uruguay [internet] 2021; pág. 7-18, 31-48.
- Sánchez R, Cernada, Boix, Espinosa F, González P, Martín, Pérez M & Couce: an pediatría [internet] 2020 vol. 93 (4). Disponible en: www.analespediatria.org
- Sánchez P & Cristoltan A. Proyecto educativo sobre la asistencia al parto en el hogar: "hacia la humanización del parto. Comillas Uni. Pontificia [internet] 2022; pág. 6-17, 27.
- Torres H, Bermúdez C, Soto R & Rosillo O. Revisión bibliográfica sobre parto en casa planificado en embarazos de bajo riesgo: CHUIMI [internet] 2023; 241-246.
- Vázquez L, Gómez S, Fernández C, Brieba, & Rodríguez D. Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido: Rev. Esp. Salud publica [internet] 2018; vol. 92 (4).
- Yupangui C. El parto humanizado: aportes desde la sociología: Rev. minerva de investigación científica [internet] 2022; vol. 5 (15)

