



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Humanización de la asistencia en el
proceso de parto para una mayor
satisfacción materno-infantil.***

Alumno: Lara Castelló Sánchez

Director: María Urtasun Lanza

Madrid, abril del 2018

ÍNDICE

1.	Glosario de abreviaturas	3
2.	Resumen	4
3.	Presentación	5
4.	Estado de la cuestión	6
4.1	Clasificación	7
4.2	Antecedentes	10
4.3	Situación en España	12
4.4	Problemática, necesidad de humanización y educación	13
4.5	Factores de humanización	15
4.5.1	Prácticas innecesarias	17
4.5.2	Prácticas que promover	19
4.5	Complicaciones	23
4.6	Justificación	24
5.	Metodología	26
5.1	Población y Captación	26
5.1.1	Población diana	26
5.1.2	Criterios inclusión y exclusión	27
5.1.3	Captación	28
5.2	Objetivos	28
5.2.1	Objetivo general	28
5.2.2	Objetivos específicos	29
5.3	Contenidos	30
5.4	Planificación General	30
5.4.1	Cronograma	31
5.4.2	Intervención educativa para gestantes	34
5.4.3	Intervención educativa para profesionales	39
5.5	Evaluación	44
6.	Bibliografía	46
7.	Anexos	51
	ANEXO 1: Consentimiento informado participantes del proyecto	52
	ANEXO 2: Listado de asistencia gestantes	53
	ANEXO 3: Listado de asistencia profesionales	54
	ANEXO 4: Evaluación Pre-Test Gestantes	55
	ANEXO 5: Evaluación Pre-Test Profesionales (45)	56
	ANEXO 6: Control asistencia común	57
	ANEXO 7: Cuestionario satisfacción común de las sesiones para los participantes	58
	ANEXO 8: Cuestionario final de conceptos, habilidades y actitudes profesionales	59
	ANEXO 9: Cuestionario final de conceptos, habilidades y actitudes gestantes	60
	ANEXO 10: Ficha de satisfacción general final del taller por parte de los participantes	61
	ANEXO 11: Ficha final evaluación de los resultados generales	62

1. Glosario de abreviaturas

FAME Federación de Asociaciones de Matronas en España

MSC Ministerio de Sanidad y Consumo

OMS Organización mundial de la Salud

PNH Parto y nacimiento humanizado

SEGO Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SNS Sistema Nacional de Salud

UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund

EAP Equipo de Atención Primaria

FIGO Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

EPS: Educación para la salud

EM: Educación Maternal

TCA: Terapias Complementarias y Alternativas

2. Resumen

RESUMEN

Hoy en día, se están desarrollando nuevas tendencias alternativas a la clásica atención al parto, las cuales, pretenden promover una actitud más humana y menos medicalizada. Los programas de Educación Maternal (EM) están siendo fomentados con la finalidad de educar a los futuros padres acerca de conocimientos actualizados, basados en la evidencia científica. Con el objetivo de proporcionar un mayor protagonismo a la mujer en su proceso de parto, se ha realizado una revisión exhaustiva de protocolos de parto, un análisis de recomendaciones, técnicas y procedimientos como las que propone la OMS y otras asociaciones, cuyos resultados han servido de ayuda para impulsar la propuesta de este programa de EM con el que se pretende dar una educación grupal, aumentando la participación en estos programas no solo de futuros padres sino también de los profesionales sanitarios que trabajan en este ámbito, para reducir la insatisfacción de las mujeres en este proceso y garantizar un parto humanizado cuya atención sanitaria satisfaga sus necesidades.

Palabras clave (DeCS): parto natural, educación sanitaria, parto humanizado, parto normal, trabajo de parto.

ABSTRACT

Nowadays, new trends are being developed as alternatives as the classic childbirth assistance, which are trying to promote an human attitude instead a medical attitude. Maternal Education programs (EM) are being changed in order to increase the parents prospective education with updated knowledges based on scientific evidence; promoting an empowerment as objective. This making proposition reason raised, to be using as grupal education, increasing parents and health professionals participants, through an educational project for ensuring a humane delivery whici interest is the health care manage for satisfy their basic necessities.

Key words (MESH): natural birth, health education, delivery humanization, normal delivery, birth labour.

3. Presentación

La necesidad en la humanización de las intervenciones en el proceso de parto es un hecho. Muchas mujeres y sus parejas buscan alternativas a las que se ofrecen hoy en día en los hospitales españoles. Pero para ello es necesario un cambio. Este cambio comienza con la educación: una de las mayores herramientas básicas que tenemos en nuestras manos, con ella podemos cambiar el mundo, empezando por ayudar a los profesionales a proporcionar una atención más humanizada en el proceso de parto; y a las mujeres a conocer este hecho para hacerlas más protagonistas de su proceso.

Existen numerosas pautas y recomendaciones expuestas por diferentes organizaciones obstétricas creadas para cambiar la experiencia del proceso de parto, y poder otorgarle un papel más protagonista a la mujer con objetivo de aumentar su satisfacción. En muchas ocasiones son las propias mujeres embarazadas las que demandan un trato más humano, y participación en los procesos de parto, así como más información acerca de este proceso. Para esto es necesaria la sensibilización de los profesionales de la salud y del desarrollo de estrategias para el cuidado integral de la mujer en el parto.

Es por ello por lo que he decidido centrar mi trabajo como proyecto de Educación para la Salud (EpS). Desde mi experiencia y punto de vista en el mundo de la enfermería asistencial, me he dado cuenta de que transmitir información y procurar una educación con el fin de prevenir, promover y mantener la salud contribuye a uno de los ámbitos más importantes de esta profesión. Considerando como elemento base la comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios, implicando una relación directa con el paciente y su proceso de aprendizaje, el cual, proporciona numerosos beneficios para sus conductas de salud.

Por todo lo nombrado anteriormente, la realización de este proyecto de intervención educativa está basado principalmente en la salud materna para poder conocer hoy en día aquellas intervenciones innecesarias llevadas a cabo por profesionales, cuyo objetivo es fomentar el desarrollo de una asistencia sanitaria óptima, sin tener en consideración que estas acciones no tienen beneficios sobre la satisfacción materna.

4. Estado de la cuestión

La estrategia de búsqueda bibliográfica utilizada para la realización de este proyecto ha consistido en un análisis bibliográfico exhaustivo relacionado primordialmente con la humanización y preparación del parto natural. Las bases de datos consultadas durante la búsqueda han sido: PubMed, Scielo, Dialnet. Algunos de los datos reflejados han sido extraídos de páginas web: OMS, INE, SEGO. Otra información bibliográfica ha sido extraída de páginas web como Federación de Asociaciones de Matronas (FAME), El parto es nuestro o revistas como Prof. Matronas o guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.

En relación con el tema, se ha llevado a cabo una búsqueda de información sobre la Educación para la salud (EPS), enfocada en la EM y dinámicas de grupo. Las palabras clave mediante las cuales se ha realizado la búsqueda de la información han sido las siguientes: parto natural/natural birth, cuidados en el parto/care normal birth, educación sanitaria/ health education, alivio dolor de parto/labor pain relief, programa de educación sanitaria/ health education program, humanization/humanización, delivery room/salas de parto, parto humanizado/ delivery humanization, parto normal/ normal delivery, birthlabour/trabajo de parto, delivery's positions/posiciones de parto, cesáreas/ cesareans, bithplace/lugar de parto.

Con la finalidad de seleccionar las evidencias más actuales y adecuadas un 75% de los resultados filtrados tienen una antigüedad de los últimos 5 años, en idiomas castellano e inglés. Y algunos por antigüedad de más de 10 años. A lo largo del trabajo podemos encontrar información recopilada en tablas de elaboración propia. Con ello, podemos exponer que es el significado de este proceso, cuáles son las intervenciones que están a la orden del día, porque es necesario un cambio y cómo podemos empezar a hacer que prospere.

Todos los seres humanos están unificados por una característica común y fundamental: la vida. Por el simple hecho de existir, todos tienen el derecho de vivir. La naturaleza en su grande sabiduría otorgó a las mujeres la capacidad de engendrar vidas en su interior. Vidas que, tras un transcurso biológico y natural, inician una vida extrauterina, momento comprendido como nacimiento.

“Este tránsito fisiológico es denominado, embarazo, y es lo máximo en su existencia, dar vida a un nuevo ser, a su hijo o hija” (1)

El principio de vida afecta a todos los Seres Humanos en la etapa de la vida, este cambio, comienza por un proceso, conocido como parto. *“El parto es una experiencia importante en la vida de una mujer y su familia. A pesar de que el nacimiento es algo natural, inherente al ser humano, el modo en que se vive esa experiencia dependerá de las creencias, la cultura, los miedos, la existencia o no de redes de apoyo y del nivel de información” (2)*

Es un acontecimiento individualizado y rememorado por los seres humanos durante toda la vida, estos actúan como protagonistas, por lo que deben estar en el punto de mira. Junto con el embarazo son consideradas dos experiencias vitales únicas y posiblemente más importantes experimentadas por las mujeres. No se trata de un único acto sino de un conjunto de acontecimientos que marcar un antes y un después en la vida de una persona.

Desde inicios de la humanidad el parto se realizaba en los hogares, a medida que avanzaba la tecnología, los partos pasaron de realizarse en casa y más tarde pasaron a realizarse en hospitales. Así fue como surgió el paternalismo, también conocido como el modelo clásico de relación entre el ginecólogo-matrona y la embarazada. Basado en la toma de decisiones de forma unilateral únicamente por parte del profesional sobre los tratamientos o intervenciones a realizar (3).

4.1 Clasificación

La FAME define el término parto como *“Proceso fisiológico único 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” (4,5)*

Numerosas son las definiciones que existen hoy en día utilizadas para definir el proceso de parto. Cabe destacar que no existe una definición común que englobe todas ellas (6,7,8,9,10).

Según el tiempo de gestación **(6)**:

- **Parto de término:** “*aquel que se da entre las 37 y 42 semanas de gestación*”.
- **Parto pretérmino:** “*aquel que ocurre entre las 28 y las 37 semanas de gestación*”.
- **Parto postérmino:** “*aquel que ocurre después de las 42 semanas de gestación*”.
- Según su comienzo:
 - **Parto espontáneo:** cuando el feto presenta diversas variedades de presentación, y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión.
 - **Parto inducido-estimulado:** cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena.
- Según su desarrollo y finalización:

Parto eutócico o normal: “*Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina*” Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) **(7)**

“*El comienzo espontáneo del parto de bajo riesgo 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*” Organización Mundial de la Salud (OMS) **(8)**

- **Parto distócico o medicalizado:** “*En un parto medicalizado se separa a la mujer de su propio ambiente y se la rodea con gente extraña, utilizando máquinas extrañas para hacerle cosas extrañas en un esfuerzo por asistirle, el estado mental y físico de la mujer está tan alterado que en la forma en la que lleva adelante este acto tan íntimo debe también alterarse y de forma paralela el estado del recién nacido será alterado*” OMS **(8)**
- **Parto No Intervenido:** “*Trabajo de parto que, por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología de este. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como*

la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería)” SEGO (7)

- **Parto en el agua:** Parto en el que el nacimiento del bebé se lleva a cabo en una bañera o piscina, donde el vientre materno está completamente cubierto por el agua. Generalmente la inversión se realiza cuando la gestante esta dilatada más de 5 cm y presenta contracciones frecuentes e intensas. Puede estar de cuclillas o en posición cuadrupedia, la cual, mejora la eficacia de las contracciones uterinas, así como, alivia el dolor de la parte baja de la espalda **(9, 10)**.
- **Parto en cuclillas:** Realizado del mismo modo que el parto natural, únicamente cambia la posición de la madre, en lugar de estar en la posición ginecológica normal, permanece en cuclillas. Es generalmente un parto más rápido, al estar en posición vertical la gravedad juega un gran papel. La estimulación por oxitocina es menor necesaria, así como la instrumentalización empleada en el parto **(10)**.
- **Cesárea:** Consiste en una incisión del abdomen hasta llegar al feto dentro del útero y extraerlo. Cada parto es distinto. La decisión de parte elegido depende de la gestante, pero, por supuesto, siempre debe guiarse por profesionales de confianza **(9)**.
- **Parto Leboyer:** También llamado el parto sin violencia es un tipo de parto en donde se intenta no estresar al bebé, se promueve un nacimiento en un ambiente tranquilo, con la mayor similitud al útero de la madre convirtiendo la primera experiencia fuera del útero menos traumática.
- **Parto humanizado:** El parto humanizado es una actitud, no un método. La mujer es protagonista del nacimiento de su hijo, donde sus elecciones son respetadas y discutidas con los profesionales con este punto de vista, usando la medicina basada en evidencias científicas **(8)**.

4.2 Antecedentes

A lo largo de la historia la atención prenatal ha sido proporcionada por parteras y enfermeras, poco a poco el papel del médico fue tomando el control a medida que avanzaba el tiempo. La atención prenatal pasó de estar en manos de la partera, la cual, atendía los partos en el hogar, al consultorio del médico hasta que el parto tomó papel a nivel hospitalario. Se pasó de tener una concepción del embarazo como una etapa normal y vinculada al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso prioritariamente médico y desvinculado de los cuidados de enfermería y atención de una partera (11).

Los beneficios de la atención prenatal se han obtenido a través de varios cambios en la atención médica históricamente trascendente, así el avance científico ha contribuido a la disminución de la mortalidad fetal, sin embargo, debe de evaluarse adecuadamente su manera de concebirla, sus formas y procedimientos de implementación.

Hace unos años en Fortaleza, Brasil, se realizó una conferencia llevada a cabo por la OMS, en la cual se declaró que el “*Nacimiento no es una enfermedad*” (7), en ella se recomendaba controlar el parto no solamente por profesionales sanitarios ni centros hospitalarios sino también por cuidados basados en la evidencia, haciéndose referencia a uso excesivo de métodos tecnológicos durante el parto. Ahora, la OMS quiere involucrar a los países para dar un paso hacia adelante, y avanzar: devolver a la mujer y a su familia el proceso de parto. Las parturientas son mujeres humanas. Todas ellas tienen derecho a cometer errores durante su parto ya que es suyo y no de otras personas. Hoy en día podemos clasificar los cuidados maternos en tres clases (7):

Cuidados marginalizados: Hace referencia a los cuidados protocolizados y paternalistas, donde el profesional tiene un control total de las actividades, países como Irlanda, Rusia, Italia, Francia, Bélgica, España, presentan unos cuidados como estos.

Cuidados humanizados: Hace referencia a la autonomía e independencia de la matrona proporcionando reduciendo el número de intervenciones. Común es países como Nueva Zelanda, Noruega, Suiza u Holanda, donde, por ejemplo, se promueve el parto domiciliario para aquellas mujeres que están clasificadas de bajo riesgo no se restringe la libertad de elección. Está cubierto por la sanidad pública. La sanidad pública subcontrata a los pequeños grupos locales de comadronas y lo cubre todo. Y Dinamarca donde se ofrece libertad de elección y el parto domiciliario se incluye dentro de la sanidad pública pero no se promueve.

Cuidados mixtos: Consiste en la mezcla de los dos enfoques anteriores. Estos cuidados se llevan a cabo en países como Alemania, Japón, Canadá, Australia y Gran Bretaña, donde, tienen la libertad de elegir el lugar del parto. El parto domiciliario, el hospitalario o centros de nacimiento están incluidos en el Sistema Sanitario Público. Las comadronas independientes atienden el parto en casa de forma privada.

Los objetivos de las mujeres han sido ejercer más poder de elección dentro de las instituciones y, en particular, para adquirir control sobre el proceso de dar a luz. Las incidencias de inducciones al trabajo de parto y realización de cesáreas deben ser reducidas. Mientras que los partos en el hogar incentivados, así como las barreras institucionales para el contacto entre madre e hijo eliminadas **(12)**.

Humanizar la asistencia en salud durante el parto se entiende cómo “*aplicar el conocimiento técnico científico y, simultáneamente, propiciar el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia*”. No se trata de dejar de tomar decisiones o de dejar de realizar procedimientos necesarios, sino de que la madre sea informada de manera clara y oportuna sobre los procedimientos que se van a realizar, las razones para hacerlos, sus riesgos y beneficios **(13)**. Las decisiones de estas mujeres y sus parejas deben hacerse desde la confianza y fiabilidad que les proporcionan los profesionales sanitarios implicados en su proceso **(14)**.

Se puede definir toda atención humanizada del parto (AHP) como “*el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitir a toda mujer durante el trabajo de parto una vivencia satisfactoria*” **(13)**. Estos atributos pueden diferenciarse como:

- *Respetar la fisiología del parto*
- *Intervenir solo lo necesario*
- *Identificar, comprender y respetar los diferentes aspectos socioculturales*
- *Ofrecer apoyo emocional*
- *Otorgar poder de decisión*
- *Garantizar su autonomía y proporcionar privacidad*

4.3 Situación en España

La propuesta de humanización del parto tuvo gran énfasis en 1987 con el proyecto: La Maternidad Segura. Para que la humanización del parto sea un hecho es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios, las aptitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales **(15)**. La elaboración de una vía clínica puede ser una herramienta de calidad que favorezca mediante: fomento de la formación a profesionales, animar a las mujeres a entregar planes de parto, mejorar la cantidad de métodos de alivio al dolor alternativos a la epidural, aumento de lactancia materna etc.

Tras las recomendaciones presentadas por la OMS, en 1985, sobre la atención a la gestación, se comienzan a implantar en el Sistema Nacional de Salud Español pausadamente durante los últimos 15 años.

En 2007 el Consejo Interterritorial del SNS pone en marcha una estrategia de Atención al Parto Normal, por lo que muchos hospitales implantaron vías clínicas “*planes de atención basados en la evidencia que intentan reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial*”. Las vías clínicas pueden ser consideradas versiones de las guías de práctica clínica **(16)**.

En 2008 se publica “*La Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*” **(17)**. El objetivo de esta guía era humanizar la asistencia al parto, revisar las prácticas llevadas a cabo en ese momento y eliminar todas aquellas intervenciones innecesarias.

En 2010 se publicó la “*Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto*” **(18)** donde se exponen recomendaciones para el uso apropiado de la tecnología y las necesidades básicas de las mujeres durante su proceso de parto para poder proporcionarles un protagonismo y una mayor calidad de atención.

La educación maternal también es una herramienta enriquecedora para la salud materno infantil. En 1956, Aguirre de Cárcel, sistematizó la educación maternal en España con el objetivo de que la mujer llegara psicológicamente madura al parto, introduciendo nuevas técnicas, que posteriormente denominó Educación Maternal **(19)**. A partir de numerosas propuestas desarrolladas por escuelas de EM. La Escuela Española comenzó a manifestar nuevos planteamientos y enfoques. En 1986 la EM se contempla en la cartera de

servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) favoreciendo al posterior desarrollo **(20)**.

En 2015, este tipo de educación fue una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud que valoró algo tan básico como trabajar el “*empoderamiento*” de las personas **(21)**. Como estrategias considero como principal elemento de trabajo los programas de EpS **(22)**. Estos elementos permiten trasladar conocimientos a la mujer y a su pareja combinando elementos educativos de manera unidireccional, o de manera grupal.

4.4 Problemática, necesidad de humanización y educación

Hasta hace 200 años todos los cuidados de parto eran humanizados y mantenían a la mujer en el centro de mira, generalmente respetaban la naturaleza y la cultura.

Hoy la opinión médica, mucho más moderna prevalece frente a la clásica. En los países occidentales el objetivo principal es el de salvar vidas, estos “*intentan atraer los cuidados maternos excesivos bajo control retrógrado*”. La situación actual de los países en vías de desarrollo refuerza la idea de que la única razón por la cual aún existen partos fuera de los hospitales, o partos en hogares con parteas, es, porque la práctica médica moderna todavía no está disponible **(7)**.

La institucionalización, instrumentalización y medicalización de los partos, trajo consigo una desconfianza por parte de la mujer hacia los centros sanitarios, una insatisfacción y malestar que repercutían en una experiencia negativa de un proceso que debería de suponer lo contrario.

En un estudio realizado en Venezuela, en el año 2007, se expuso la definición del término “*violencia obstétrica*” como “*la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*” **(12,23)**.

Una experiencia negativa y no satisfactoria causa un impacto negativo en el bienestar de la mujer. No es una experiencia que desaparezca fugazmente, sino que esta se prolonga en el tiempo pudiéndose involucrar en la relación con él bebe o con el padre, así como en la vida reproductiva o en la negación de próximos embarazos.

La tasa de cesáreas según el Ministerio de Sanidad ha ido en ascenso en los últimos años. En el año 2008, se produjo un descenso de esta práctica estrechamente relacionado con la publicación en ese mismo año, de un documento: Estrategia de Atención al Parto Normal **(24)**. La OMS recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 10-15% y se lleven a cabo únicamente en casos necesarios.

Sin embargo, según el Ministerio de Sanidad, en España, la tasa de cesáreas en los últimos años ha aumentado llegando al 25%, convirtiendo a nuestro país en uno de los que cuenta con mayor tasa de cesáreas de la Unión Europea **(25)**. Con relación al número de episiotomías, cuyos últimos datos son del año 2006, la tasa de episiotomías en el parto eutócico fue del 54,08% (51.177 episiotomías). En los partos instrumentales, la tasa de episiotomías ascendió al 92,62% (20.679 episiotomías) **(26)**.

Otros datos de interés son los datos en centros hospitalarios o casa. En el año 2012 el instituto de Alicante publicó la primera investigación sobre los partos domiciliarios. Se analizaron los datos de partos entre el año 1995 y 2009 que cumplían tres condiciones básicas: único bebé, nacidos a término y con asistencia sanitaria. Se clasificaron entonces los partos, según el sitio donde ocurrieron, en casa o en el hospital, y se contabilizaron los casos de bebés que nacieron muertos o murieron dentro de las 24 horas siguientes al parto. Al analizar los datos, la tasa de muertes perinatales para los partos en centros sanitarios era de 1,60 cada mil nacimientos, mientras que en los partos domiciliarios era prácticamente la misma, de 1,57 cada mil nacidos vivos **(27)**.

Hay estudios que relatan que la influencia de la educación en la cantidad y la calidad de la información puede ayudar a las mujeres. Durante este periodo, éstas, reciben mucha información de fuentes variadas, la cual, puede ser inadecuada, poco actualizada o de fuentes dudosas. Esto puede provocar una ansiedad excesiva e innecesaria, pudiendo influir de forma negativa en su proceso. Por este motivo es necesario llevar a cabo otro tipo de actividades cuyo objetivo sea la mejora de la satisfacción durante este proceso en la vida de una mujer **(19)**. Otros estudios muestran con evidencia científica beneficios que desarrolla una buena EM como son: *“la disminución de la duración de los periodos de dilatación y expulsivo, la disminución en la instrumentación del parto, menor realización de cesáreas, aumento del bienestar fetal, disminución de las complicaciones postparto y prolongación en el tiempo de la lactancia materna”* **(28)**.

4.5 Factores de humanización

Multitud son los factores que condicionan a la mujer y su pareja a la hora de configurar el tipo de parto que desean: La fuente de información, los malentendidos con los profesionales y el miedo a perder el control o fallar.

Es necesario una correcta formación del profesional, pero no centrada únicamente en la teoría sino en el *habitus* médico que hace referencia a todas aquellas predisposiciones aprendidas en cierta estructura para actuar en un campo determinado. El cuidado de los profesionales implica medidas preventivas, promoción del parto normal, detección y asistencia de cualquier tipo de emergencia que se presente para la madre y/o el bebé **(29)**.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica una Guía práctica: *Ayuda al Parto Normal*, donde conceptúa el parto normal y la humanización del parto. Este documento, propone cambios importantes en la práctica obstétrica, donde la mujer asume un papel más participativo en el nacimiento, así como los familiares, eliminando y criticando las prácticas rutinarias e intervencionistas. Presenta cuatro categorías para las prácticas obstétricas **(30)**:

1. *Demostradamente útil: deben ser estimuladas*
2. *Dañosas o ineficaces: deben ser eliminadas*
3. *Aquellas que no tienen evidencias suficientes, deben ser utilizadas con cautelas, hasta que investigaciones más avanzadas clarifiquen la cuestión*
4. *Aquellas usadas frecuentemente de forma inadecuada*

- Desde el punto de vista profesional

Muchos profesionales siguen unos estándares de prácticas comunitarios basados en prácticas clínicas, algunos obstetras tienen una fe ciega en la tecnología y no confían en la naturaleza. Muchas organizaciones continúan creyendo en los peligros de los partos fuera de hospital, en casa o centro de partos. En un estudio realizado en España en el 2006 se exponen una serie de suposiciones que llevan a la orientación de esta práctica clínica **(7)**.

La primera hace referencia a la rapidez en la que ocurren los partos. Pero está demostrado que normalmente las cosas ocurren despacio en el nacimiento.

La segunda se refiere a que las matronas fuera del hospital no tienen nada que hacer cuando se desarrolla un problema, ya que es necesaria la presencia de un obstetra.

La tercera es la falsa suposición de que la acción es más rápida en un hospital. El tiempo de transporte de una mujer que está dando a luz en casa a hospitales cuando es necesaria una cesárea es de una media de 30 minutos, por tanto, es muy importante que exista una buena relación entre la matrona y el hospital.

Es importante que los profesionales estén al día de las investigaciones en obstetricia y en su práctica moderna, todo sistema y todo profesional debe estar abierto a la transformación y actualización para satisfacer las necesidades de las mujeres en este hecho trascendental.

- Desde el punto de vista de la madre

Para que las mujeres puedan tener un mejor grado de satisfacción es necesario conocer sus derechos, velar por la calidad de los servicios de salud no solamente con el personal, equipos, instrumentos para las intervenciones en los partos sino con la sensibilidad del apoyo a las mujeres en este proceso **(25)**.

Es fundamental dejar que fluya el parto de forma normal siempre y cuando no haya ninguna complicación, dar atención a las necesidades específicas de cada mujer y dejar que ella protagonice su propio proceso junto a las personas que quiera a su alrededor.

- Desde el punto de vista de la bioética

Lo principal y más destacado es la elección informada. *“Decidir es un proceso en el que se selecciona una acción entre un conjunto de acciones posibles, siendo numerosos los electos que intervienen en ello. Destaca el acceso a una información válida y relevante, así como distintas circunstancias personales: valores, creencias, temores; experiencias anteriores: percepción personal del riesgo o seguridad y por último los apoyos familiares, sociales y profesionales” (27)*.

El cumplimiento de los 4 principios: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, garantiza la realización de un trato humanizado en las instituciones sanitarias, tal y como marca el Código Deontológico de Enfermeras **(31)**.

Las mujeres deben saber que se trata de un derecho y no de una opción. Ampliar la información y potenciar un trato respetuoso para una mejor preparación tanto mental como física para el parto.

La aplicación de una técnica, la realización de una prueba o llevar a cabo cualquier procedimiento sobre la mujer requiere previamente del consentimiento de esta para su realización. Hablar con anterioridad de los riesgos y beneficios de todo procedimiento y alternativas existentes. Informar con honestidad. Animar a las mujeres a tomar sus propias decisiones según sus principios, valores y necesidades. Puede ocurrir que esta no quiera ser informada, por lo que se deberá respetar este derecho por parte del profesional sanitario.

Elegir, decidir, toma de control y participación en la toma de decisiones tras recibir toda aquella información adecuada es un derecho propio de la mujer durante su proceso de parto para decidir y elegir. Es el derecho determinante del respeto hacia la mujer y su satisfacción. La usuaria es libre de otorgar su consentimiento, decidir sobre su salud y su propio cuerpo, si desea rechazar o aceptar cualquier tratamiento, procedimiento, intervención o técnica.

Por tanto, como declara la FIGO *“todo profesional tiene una serie de obligaciones como garantizar el máximo bienestar de la madre, respetar las decisiones de esta sin imponer ideas u opiniones y por tanto si la mujer opta por técnicas” (1)*. Todo médico tiene la obligación de llevar a cabo y aceptar esta relación médico-paciente, exceptuado las situaciones de emergencia.

4.5.1 Prácticas innecesarias

Tras la lectura de Prácticas Clínicas, Protocolos, Guías, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto (OMS), Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento (1985), Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (2007) etc. Se puede hacer una clasificación (Tabla 1) de todas aquellas prácticas que se han llevado a cabo a lo largo de los años y, hoy en día, aún siguen estando vigentes, cuando deberían ser eliminadas o al menos reducidas en su práctica para una favorable humanización del parto.

Debemos tener en cuenta que no son únicamente las prácticas innecesarias las que caracterizan un parto paternalista, sino también pueden ocurrir complicaciones de forma natural. Por tanto, es importante que la futura madre y su pareja sean conscientes de las posibles complicaciones del proceso de parto, por lo que hay que informar de los contextos que puedan acontecer para conseguir una mejor adaptación ante estas situaciones **(21,27)**.

Tabla 1. Clasificaciones técnicas recomendadas, recomendadas con restricciones o no recomendadas de forma rutinaria (7,17,28,32).

PERIODOS	TÉCNICAS
INGRESO	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento: reduce el dolor, menor número de cesáreas, menor instrumentalización, mayor satisfacción. • Ingesta de líquidos: favorece a la hidratación. • Tactos vaginales. Se recomienda hacer lo menos posible, cada cuatro horas aproximadamente, ya que son molestos pero útiles para comprobar evolución del parto. • Rasurado púbico: es molesto y sin beneficios. • Enema: Se recomienda solo si la mujer lo solicita. • Vía periférica: se pone por rutina incluso a mujeres que deciden tener un parto no intervenido, es remendable por la posible aparición de riesgos durante el transcurso. • Sondaje vesical: no recomendable, es innecesario.
DILATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Oxitocina: aumenta el dolor y la necesidad de analgesia. Dificulta el inicio de la lactancia materna. En algunos casos es recomendable para aceleración del parto. • Rotura de bolsa para acelerar el parto: causa un riesgo mayor de infecciones y produce que las contracciones sean más dolorosas. • Monitorización: Limita la movilidad, pero es recomendable siempre que pueda tratarse de una monitorización deambulatoria. • Tratamiento del dolor: permitir la movilidad (no estar tumbada en la cama). Respiraciones y relajación, permitir tratamientos no farmacológicos. Dejar elegir la postura que la mujer considere más cómoda. • Epidural: Provoca HTA materna, sufrimiento fetal, pujos menos eficaces, ofrecer otros métodos alternativos para el dolor, problemas para el inicio de la lactancia materna.
EXPULSIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Postura libre: la mujer debe elegir la postura en la que se sienta más cómoda para disminuir el dolor y necesidad de analgesia y favorecer una salida del feto más natural. • Litotomía: posición acostada con las piernas en alto, es la postura más cómoda para los sanitarios, pero causa más dolor, y llega menos sangre al feto. • Episiotomía: es doloroso, no evita desgarros, empeora la recuperación, puede traer consigo secuelas a largo plazo como dolor en las relaciones sexuales o incontinencia urinaria. • Separar al recién nacido de la madre inmediatamente tras el parto. Fomentar desde el primer instante el contacto piel con piel. • Pinzar el cordón umbilical: hay que esperar hasta que deje de latir, así se previenen anemias.

Elaboración propia a partir de la información recopilada de los siguientes artículos (7,17,28,32) marzo, 2018.

4.5.2 Prácticas que promover

Lugar de elección

A la hora de preguntarse dónde dar a luz (Tabla 2). Lo importante es planificar bien el proceso: profesional, lugar y preparación física y psicológica. Siempre hay que tener en cuenta que pueden surgir complicaciones, y que, si se elige un parto fuera del complejo hospitalario, hay que tener claro que puede surgir la necesidad de trasladarse al hospital.

En España el parto en casa o en casas de parto no está cubierto por el sistema público de salud. Otras mujeres se hacen acompañar por una matrona, que también costean de su bolsillo, y finalmente se desplazan a un hospital para dar a luz (27). A continuación, se muestra una tabla en la que se describen las diferentes opciones disponibles en nuestro país.

Tabla 2. Diferentes lugares en donde dar a luz (27,32,33)

LOCALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN
HOSPITALES	Son los centros elegidos por excelencia. Existen familias que se sienten más cómodos con el acceso a la tecnología y profesionales capacitados en caso de que surja una emergencia. Sin embargo, en un hospital puede haber más restricciones durante el parto y el nacimiento debido a las directrices y políticas con relación a las técnicas del parto, las intervenciones rutinarias y la atención del recién nacido.
CENTRO DE NACIMIENTO	Donde las parteras son el profesional básico, aunque en algunos casos existen obstetras disponibles a hacer partos en centros de nacimiento ubicados dentro de los hospitales o centros independientes. Estos, por lo general, tienen menos restricciones y permiten una mayor libertad en la toma de decisiones sobre el parto. A menudo se recomiendan para los embarazos que se consideran de bajo riesgo y para las mujeres que buscan tener un parto con pocas intervenciones.
NACIMIENTO EN HOGAR	Elección principal a lo largo de la historia por las mujeres. Las mujeres se sienten más cómodas y relajadas al dar a luz en un ambiente familiar. Esta elección tiene multitud de responsabilidades adicionales. Las familias necesitan estar bien educados sobre los riesgos y complicaciones que pueden surgir: necesidad de transportar la madre y/o el bebé a un hospital en caso de una situación inesperada. Las parteras son las principales proveedoras de la atención. Estos nacimientos se recomiendan a mujeres con embarazos de bajo riesgo o que no quieren ninguna intervención.

Elaboración propia a partir de la información recopilada de los siguientes artículos (27,32,33), marzo 2018.

Parturienta y acompañamiento.

Cuando el parto se desarrollaba en los hogares las mujeres podían estar acompañadas por su pareja familias, personas cercanas a ella. Pero tras la institucionalización del proceso y la medicalización de este, el acompañamiento familiar se restringió y la relación de la gestante con la matrona se volvió más estrecha. Toda mujer debe saber que el acompañamiento en el parto es un derecho, no una opción. La mujer debe estar acompañada de una persona con la que se encuentre tranquila, cómoda, segura y apoyada. La presencia del padre en la habitación de parto o de acompañantes que la mujer elija influye positivamente en la salud de la parturienta tanto física como emocionalmente. La OMS, cito en 2001 “*durante el periodo expulsivo la compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo*” (15).

Numerosos estudios demuestran que la presencia del acompañante trae consigo numerosas ventajas para la mujer y la salud del bebe, ya que con la presencia de un acompañante se disminuye la ansiedad y el dolor (34, 35).

Terapias no farmacológicas

Son consideradas como técnicas alternativas (Tablas 3 y 4) a las actividades protocolizadas. Muchas mujeres comienzan utilizando estas técnicas de alivio y finalizan con la epidural, ya sea por elección propia o por la aparición de complicaciones en el transcurso del parto (37,38).

Tabla 3. Terapias psíquicas no farmacológicas (36,37,38)

TERAPIAS	DESCRIPCIÓN
EL APOYO DURANTE LA DILATACIÓN Y EL PARTO	El apoyo tanto de la pareja como del profesional genera muchos beneficios para la parturienta: aumenta la satisfacción materna, favorece una menor necesidad de oxitocina.
TÉCNICAS DE RELAJACIÓN	Tácticas no farmacológicas que se complementan con otras farmacológicas o no farmacológicas, reducen el nivel de ansiedad y estrés, pero no de dolor.
MUSICOTERAPIA	Consiste en llevar a cabo métodos táctiles-cenestésicos (escuchar, mirar, tocar y moverse) para que la situación se haga más llevadera. Es importante informar a la mujer sobre la posibilidad de escuchar su música. Disminuye el dolor.

Elaboración propia a partir de la información recopilada de los siguientes artículos (36,37,38), marzo 2018.

Tabla 4. Terapias físicas no farmacológicas (9,36,37,38,39,40)

TERAPIAS	DESCRIPCIÓN
HIDROTERAPIA	Se trata de un baño de agua caliente. El uso de agua supone un beneficio ya que fomenta la producción de endorfinas y reduce la necesidad de analgesia, disminuye la duración del trabajo de parto y aumenta la movilidad de la mujer. La inmersión es más efectiva durante la primera etapa: dilatación, debido al mayor número de complicaciones que se producen.
TERMOTERAPIA	Se trata de masajes en la zona lumbar durante el periodo de dilatación y en la zona perianal durante el periodo expulsivo. Es la técnica más utilizada que produciendo un alto grado de satisfacción ya que los masajes reducen la percepción del dolor y la ansiedad.
INYECCIONES DE AGUA ESTÉRIL	Esta técnica solo es efectiva en la zona lumbar. Consiste en la inyección de agua estéril mediante vía intercutánea en el rombo de Michaelis, a ambos lados de la columna vertebral. Esto produce un bloqueo de los estímulos nerviosos espinales entre contracciones, reduciendo el dolor.
PASEOS Y POSTURAS PERÍODO DILATACIÓN	Deambular durante la primera fase y el uso de pelotas disminuye la percepción del dolor y las sensaciones dolorosas. Que la parturienta tenga libertad de movimientos y pueda posicionarse en la manera que se sienta más cómoda disminuye el estrés y mejora el bienestar, la sensación de protagonismo y control.
ACUPUNTURA	Se trata de una técnica complementaria utilizada para el alivio del dolor. Se insertan agujas finas en ciertos puntos del cuerpo para mantener un equilibrio de la energía.
TENS	Definida como estimulación nerviosa subcutánea, consiste en la estimulación nerviosa a nivel vertebral mediante la colocación de electrodos colocados en la parte media e inferior de la espalda, esta técnica inhibe la sensación dolorosa ya que inhibe la transmisión nerviosa.

Elaboración propia a partir de la información recopilada de los siguientes artículos (9,36,37,38,39,40), marzo 2018.

Elección postural (Tabla 5)

La libertad de elección de la postura de parto es una gran ventaja con la que cuentan las mujeres para la humanización del parto. Está científicamente demostrado y soportado por la OMS que la posición vertical en el parto crea una fuerza de gravedad dada por el peso del útero: bebe, líquido amniótico, placenta etc. que desciende e impide oprimir los vasos y/o arterias pélvicas y bulbares, por lo que no causa alteraciones en la circulación de la mujer, ni

placentaria, por lo que tampoco afecta a la oxigenación del feto. A efectos las ventajas fisiológicas son muy favorables **(15,41)**:

- Efectos respiratorios: la fuerza de la gravedad hace que el útero descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones por lo que la capacidad respiratoria y oxigenación es mayor.
- Efectos mecánicos: la fuerza de gravedad hace que el feto se encaje y acomode mejor por lo que la duración de parto es menor y el feto trabaja menos favoreciendo a la no alteración de los latidos cardiacos.

Tabla 5. Posiciones más comunes (41)

POSICIONES	DESCRIPCIÓN
DECÚBITO SUPINO	También denominada litotomía. Es la posición más cómoda para el obstetra. Existe un menor riesgo de hemorragia en el parto y postparto.
POSICIÓN DE PIE	Con los miembros inferiores extendidos está comprobado que existe una menor tasa de episiotomías, requiere menor analgesia y oxitocina y ofrece una mayor eficacia contracciones uterinas y oxigenación fetal.
DECÚBITO LATERAL	Proporciona un mejor control de la cabeza del bebe durante el nacimiento y, por tanto, una relajación de la musculatura perineal al disminuir las laceraciones del periné.
SEDESTACIÓN	Alivia el dolor de espalda y mejora las contracciones uterinas.
POSICIÓN CUADRUPEDIA	Favorece el descenso fetal debido a que la elasticidad perineal es mayor y a gravedad aleja la presión del periné.
POSICIÓN DE CUCLILLAS	Disminuye los partos instrumentados al disminuir las laceraciones perineales por un aumento del diámetro pélvico reduciendo la necesidad de oxitocina es menor.

Elaboración propia a partir de la información recopilada del siguiente artículo (42), marzo 2018.

La mayoría de las mujeres prefiere estar sentadas o de pie, ya que facilita la libertad de movimiento. Caminar entre una contracción y otra, detenerse con la contracción, sentarse entre las contracciones, mantenerse de pie al iniciar la contracción son diferentes patrones que las parturientas adquieren en su proceso, además de los beneficios fisiológicos también suponen beneficios económicos debido a la disminución de las actividades asistenciales instrumentales.

4.5 Complicaciones

Sospecha de pérdida del bienestar fetal

Falta de oxígeno: producido por nudos del cordón umbilical. Las sospechas se confirman con alteraciones patológicas del latido fetal. Se recomienda que la madre ante esta situación se tumbe sobre el lado izquierdo, para que no exista compresión de ninguna de las arterias y venas.

Coloración verdosa de las aguas: producido por expulsión de meconio del feto a causa de una relajación del esfínter por la falta de oxígeno.

Parto prematuro

Aparición de contracciones uterinas rítmicas antes de las 36 semanas de gestación, se debe acudir al hospital para llevar a cabo las actividades oportunas para detener el parto. Si este no se puede detener, el nacimiento deberá llevarse a cabo con la atención debida al prematuro y a la madre, ya que en la mayoría de las ocasiones se culpan a sí mismas.

Problemas de salud del feto o malformaciones

Aunque a lo largo del embarazo se realizan numerosas pruebas y revisiones para la detección previa de numerosas anomalías, siempre existe un pequeño porcentaje de algunos tipos de malformaciones congénitas que no se pueden detectar antes del embarazo o que se dan en el proceso de parto.

4.6 Justificación

En la actualidad, la OMS y otras organizaciones están intentando volver a hacer protagonista a la mujer en su proceso. Existe una tendencia al cambio en la asistencia sanitaria perinatal dejando atrás los modelos anteriores eminentemente medicalizados. Desde hace ya un tiempo, hay cada vez mayor número de parejas que reivindican sus derechos a un trato digno, a tomar sus propias decisiones. Dar información y educación a las familias, ser conscientes de la gravedad de la situación, los factores personales y las prácticas que se realizan son elementos fundamentales para tener en cuenta a la hora de promover una correcta humanización del parto.

En el actual Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de sanidad y Consumo, se expone que el papel de la ciudadanía cada vez cobra más importancia en los sistemas de salud modernos. Aun así, la mayoría de los programas de EM existentes en nuestro país, se basan en contenidos que los profesionales desean impartir, sin coincidir los contenidos muchas veces con el deseo de información por parte de las gestantes acerca de su embarazo y salud **(42)**.

Los profesionales que trabajan en la educación prenatal tienen que comprender la situación actual de las mujeres y saber orientarlas hacia la toma de decisiones en base a conocimientos con evidencia científica. También es necesario erradicar la creencia actual de que la tecnología y las intervenciones médicas garantizan todo el bienestar y la seguridad de las mujeres en el parto. Por todo ello, la educación a las mujeres y a sus parejas sobre los cuidados del embarazo, parto y postparto sigue teniendo, en siglo XXI, una gran preocupación por recuperar la vivencia del parto para las mujeres y porque el nacimiento de un ser humano vuelva a ser una parte integral de la experiencia de la familia desde el comienzo del embarazo **(20)**.

Las mujeres y sus parejas tienen en el mundo desarrollado más oportunidades de información sobre el embarazo y el parto que nunca, pero ¿les llega realmente esta información de forma que sean capaces de aplicarla a su momento personal?

La EM es un subtipo de EpS que pretende favorecer la adquisición de comportamientos saludables, permanentes y transmisibles a la familia, proporcionando a la mujer y a su pareja los instrumentos que les permitan actuar responsablemente durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido y lograr bienestar para la madre y el hijo durante el parto. Estos programas, de educación prenatal, son una poderosa herramienta

para aumentar la salud materno-infantil. El objetivo principal no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino un cambio cualitativo en las actitudes, que lleve a una modificación real de las conductas, puesto que no se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de adquirir capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera distinta **(42,43,44)**.

El trabajo se centrará en la formación de mujeres y profesionales de la salud mediante técnicas educativas para garantizar un parto humanizado en el que el eje central sea administrar unos cuidados más adecuados y eficaces. Así como dotar a las futuras madres de formación para recibir una atención sanitaria de mayor calidad sobre su propio proceso, cuya evolución haya sido y sea normal.

5. Metodología

El presente trabajo se trata de un proyecto educativo. La planificación de esta propuesta de programa comenzó con el hallazgo del problema, posteriormente se llevó a cabo la búsqueda de información y más tarde la formalización del diseño del proyecto. Aun no se ha llevado a la acción por lo que se pretende que posterior a esta propuesta se lleve a cabo el proyecto.

5.1 Población y Captación

5.1.1 Población diana

El proyecto a está pensado para la formación de mujeres sin experiencias previas de parto. Mayores de 18 años residentes en la Comunidad de Madrid, primigestas en su tercer trimestre de gestación.

Así mismo este programa está dirigido también a los profesionales sanitarios formados para el campo de la obstetricia sobre todo matronas y ginecólogos, que desarrollen actividades para la misma, encargados de dar la asistencia a las mujeres que quieran vivir un parto natural y cuyas condiciones obstétricas lo permitan.

Se abrirá a todas las madres y profesionales del Municipio de Madrid hasta completar un aforo de los cursos de 25 personas (mujeres) y 25 personas (profesionales). Una vez concluido y evaluado el programa, si el resultado es satisfactorio se le propondrá al Servicio de salud de la Comunidad de Madrid que lo adopte y escale para que pueda acceder más población y profesionales.

5.1.2 Criterios inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
MUJERES	PROFESIONALES
<ul style="list-style-type: none">• Mujeres mayores de edad, que pertenezcan a la Sanidad Pública y Seguridad Social en la Comunidad de Madrid y quieran participar voluntariamente en el proyecto. Será válido a todas aquellas mujeres que manifiesten su deseo de participación en el proyecto.• Embarazadas de bajo riesgo obstétrico, que manifiesten su interés por tener a sus hijos mediante partos naturales humanizados.• Gestantes en previsión de parto eutócico• Mujeres que, en su tercer mes de gestación, el desarrollo de embarazado haya sido normal. Podrán venir acompañadas de sus respectivas parejas o familiar más allegado.• Gestantes nulíparas.	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales sanitarios del servicio madrileño de salud: obstetras y matronas de la Sanidad Pública y Privada de la Comunidad de Madrid que expresen su conformidad para participar en el programa. Deben manifestar además su disposición para mejorar, seguir formándose, innovar y evolucionar en su campo por voluntad propia.• Profesionales que ejerzan su profesión por cuenta ajena y hayan tenido contacto indirecto con el programa.• Futuros profesionales dentro del campo de la ginecología y obstetricia (MIR de ginecología o EIR de matrona) de la Comunidad de Madrid.

A las mujeres que no cumplan los criterios anteriores pero que a juicio de los profesionales sanitarios se puedan beneficiar del programa podrán realizar todas las sesiones de este, aunque, no se contabilizará a efectos de evaluación, siempre y cuando no hayan atendido a la formación desde la primera sesión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
MUJERES	PROFESIONALES
<ul style="list-style-type: none">• Gestantes que tienen un bebé que no ha crecido adecuadamente• Gestantes que padecen algún problema (HTA O DG).• Gestantes que necesitan una cesárea o inducción al parto.	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales sanitarios no especializados en el ámbito ginecológico-específico.• Profesionales con menos de 1 año de experiencia profesional.

5.1.3 Captación

Con el fin de poder llegar a un mayor número de población diana, se hará una captación activa desde los Centros de Salud y las escuelas de Enfermería y Obstetras.

- La captación activa de las mujeres desde los EAP se puede realizar a través de la consulta programada, a demanda o visita domiciliaria con la matrona. Para facilitar la captación activa en los Centros de Salud, la Dirección General facilitará un listado escrito para la inscripción a dicho programa.
- La captación activa desde clínicas privadas se realizará del mismo modo en el proceso de consulta con la embarazada.
- La captación de los profesionales sanitarios se realizará desde los propios EAP, hospitales públicos y clínicas privadas. Así como de aquellos que ejerzan su profesión por cuenta ajena y hayan tenido contacto con el programa.

Además, se realizará una captación pasiva a través de los medios de comunicación para lo cual se han diseñado carteles de campaña y folletos informativos. A los participantes voluntarios se les informará de las características de este de forma verbal y por escrito a través de una hoja informativa y se les indicará que se inscriban de forma escrita en los listados que les proporcionarán los propios centros. Al inscribirse deberán rellenar un consentimiento informado para la autorización del registro de los datos que se obtendrán **(Anexo I)**

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo general

Formar a mujeres y profesionales de la salud mediante un proyecto educativo para garantizar un parto humanizado en el que el eje central sea administrar unos cuidados y atención sanitaria que satisfaga las necesidades de las futuras madres.

5.2.2 Objetivos específicos

A continuación, se formulan los objetivos específicos. Se diferenciarán por color, aquellos objetivos relacionados con la formación de las mujeres se presentarán en color rosa, mientras aquellos destinados a la formación de profesionales se diferenciarán con el color azul.

MUJERES		
CONOCIMIENTO	HABILIDAD	ACTITUD
<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el conocimiento general de las mujeres acerca de las opciones de elección que poseen. Informar de las principales intervenciones llevadas a cabo y si están soportadas o no por la evidencia científica. 	<ul style="list-style-type: none"> Habilitar a las gestantes y sus acompañantes para que sean capaces de elaborar un plan de parto de manera autónoma y personal, teniendo en cuenta, alternativas de las que disponen y las posibles complicaciones que pueden surgir en el parto. Aprender a diferenciar alternativas de elección para conseguir un parto feliz. 	<ul style="list-style-type: none"> Exponer miedos, referencias, expectativas. Ser capaces de reconocer sensaciones, amenazas y posibles soluciones.

PROFESIONALES		
CONOCIMIENTO	HABILIDAD	APTITUD
<ul style="list-style-type: none"> Relacionar los cuidados específicos llevados a cabo durante el proceso de parto por los profesionales con evidencia científica y determinar que prácticas son innecesarias. Analizar el impacto físico y psicológico que produce en las mujeres las prácticas paternalistas llevadas a cabo en los procesos de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Detectar y resolver problemas en las intervenciones por parte de los profesionales. Actividad: Revisión de prácticas no evidenciadas científicamente que se llevan a cabo de manera rutinaria. Proporcionar prácticas de los cuidados maternos basados en la evidencia para la promoción en la humanización del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Compartir una autocrítica de su práctica diaria y ser capaces de verbalizar que comportamientos y/o capacidades nuevas han adquirido tras la información obtenida. Desarrollar nuevas actitudes respecto al manejo de las intervenciones en el proceso de parto.

5.3 Contenidos

Humanización del parto y nacimiento

- Definición y diferencias entre parto normal, natural y humanizado
- Historia de la medicalización del parto
- Informar sobre la importancia de la humanización del parto

Técnicas intervencionistas y prácticas alternativas

- Identificación y orientación intervenciones instrumentistas
- Recomendaciones de la OMS
- Procedimientos innecesarios en la práctica rutinaria
- Exponer prácticas alternativas

Atención integral y Humanizada el proceso de parto

- Informar sobre los derechos y deberes de los usuarios y profesionales
- Recomendaciones de la OMS
- Reforzar conductas positivas durante el parto
- Importancia comunicación, elección y negociación

5.4 Planificación General

La intervención educativa se llevará a cabo en diferentes sesiones de formación, una a la semana hasta completar las cinco sesiones programadas para dicho proyecto. Cada una de ellas tendrá una duración de 2 horas y será impartida por los creadores de este nuevo proyecto Y dos profesionales obstétricos (matrona y ginecólogo) los cuales lleven a cabo prácticas del parto humanizado como método de asistencia sanitaria. El número de participantes por sesión estará limitado a 25 personas tanto en la intervención educativa dirigida a los profesionales como a aquella dirigida a las gestantes. Las sesiones de formación tendrán lugar en un centro de formación profesional sanitaria.

Para la exposición de los puntos formativos habrá la opción de elegir uno de los dos días determinados de la semana que se ofrecen (lunes o miércoles para profesionales; martes o jueves para las gestantes) y uno de los dos turnos (mañana o tarde). El horario para el desarrollo de las 5 sesiones está previsto para realizarse en las opciones que mejor se adapten a los diferentes participantes, estos al inscribirse tendrán la opción de elegir en que horario y fechas propuestas tienen mayor disponibilidad para llevar a cabo las sesiones (Tabla 6) Eligiendo un día a la semana y un turno: mañana o tarde.

Tabla 6: Fechas y horarios propuestos para la realización de las sesiones.

	1º SESION	2º SESIÓN	3º SESION	4º SESION	5º SESION
MUJERES	Martes o jueves	Martes o jueves	Martes o jueves	Martes o jueves	Martes o jueves
	10:30- 12:30 o 16:00 -18:00	10:30- 12:30 o 16:00 -18:00			
PROFESIONALES	Lunes o miércoles	Lunes o miércoles	Lunes o miércoles.	Lunes o miércoles.	Lunes o miércoles
	10:30- 12:30 o 16:00 -18:00	10:30- 12:30 o 16:00 -18:00			

5.4.1 Cronograma

Con este programa no solo se pretende exponer y adquirir conocimientos, sino también experimentar sentimientos, emociones y desarrollar las habilidades necesarias para hacer frente al parto, tanto física como psicológicamente. Estos contenidos están pensados para dar solución a la falta de información acerca del parto y a las necesidades que expresan las gestantes y sus familias, como de la misma manera, preparar a los profesionales que se dedican a la preparación y continuidad del nacimiento.

La intervención de este proyecto consiste en el planteamiento de un programa de educación al parto que consta de 5 sesiones para mujeres y otras 5 sesiones para profesionales. Las sesiones planteadas se muestran en la siguiente tabla.

En ella se exponen como van a ser distribuidas en el tiempo las etapas a realizar y una propuesta de puesta en marcha (Tablas 7-8).

Tabla 7: Sesiones planteadas para el proyecto educativo dirigido a los profesionales.

N.º	SESIÓN	CONTENIDOS	DURACION	LUGAR	RECURSOS
1	¡EL PARTO ES SUYO!	Clasificación de los tipos de parto según su desarrollo. Exponer el problema y la necesidad de humanización.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes
2	¡NUNCA ES TARDE!	Identificación y orientación intervenciones instrumentistas. Recomendaciones de la OMS Conocer los derechos y deberes de las mujeres.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes
3	¡SOMOS NECESARIOS!	Prácticas obstétricas y procedimientos innecesarios según la OMS. Prácticas que promover: posiciones en el parto.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes
4	¡ESTÁ EN NUESTRAS MANOS!	Conocer los derechos y deberes de los profesionales. Aprender a percibir y comprender sentimientos, miedos y preocupaciones de las gestantes. Métodos y terapias físico- psíquicas alternativas.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes
5	¡ELLA ES LA PROTAGNITA!	Importancia comunicación, elección y negociación. Aprender a ayudar a reforzar conductas positivas durante el parto.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes

Tabla 8: Sesiones planteadas para el proyecto educativo dirigido a las mujeres.

N.º	SESIÓN	CONTENIDOS	DURACIÓN	LUGAR	RECURSOS
1	¡ES LA HORA!	El parto: Definición Clasificación, complicaciones. Importancia humanización.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes
2	¡PONLE VOZ!	Miedos y Preocupaciones. Derechos.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes
3	¿QUÉ PUEDO HACER?	Prácticas innecesarias y alternativas.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes
4	¡ESTÁ EN TUS MANOS!	Dolor y terapias no farmacológicas. Destrezas y habilidades para el parto.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes
5	COMINEZA UNA NUEVA ETAPA	Entrenamiento físico y psicológico para la preparación del parto.	2H	Centro de formación profesional	15 participantes 3 docentes

5.4.2 Intervención educativa para gestantes

SESIÓN 1: ¡ES LA HORA!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Acogida	Presentación de los educadores. Presentación del taller. Exposición objetivo y dinámica del taller	Expositiva: charla	GG	5 minutos	Encuadre, objetivos y metodología del taller.
Presentación de los asistentes. Nombre y apellidos.		Rueda	GG	10 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 2
Valoración del conocimiento previo de los participantes		Investigación: Lluvia de ideas	GG	10 minutos	Cuestionario Pre-Test ANEXO 4
Primera intervención educativa	Definición de parto, tipos, clasificación. Aprender a cerca de las diferentes actuaciones en las distintas fases de parto.	Expositiva: charla/lección	GG	35 minutos	Video Power Point Ficha de imágenes
Dinámica de grupo	Conocer las actuaciones durante el proceso de parto	Análisis imágenes	GP	10 minutos	Ficha de imágenes
Segunda intervención educativa	Necesidad e importancia de humanización	Análisis casos	GG/GP	30 minutos	Diapositivas de casos
Síntesis de la sesión	Reconocer ideas clave ¿Lo que más te ha impactado? ¿Lo que más te ha emocionado?	Rueda final	GP/IND	20 minutos	Pizarra individual
Evaluación sesión			IND	5 minutos	Ficha satisfacción ANEXO 7

GG: Grupo grande

GP: Grupo pequeño

IND: Individual

SESIÓN 2: ¡PONLE VOZ!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Presentación sesión	Reorganizar conocimientos sobre sesión anterior	Investigación: Tormenta de conocimientos	GG	5 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 6
Primera intervención educativa	Complicaciones proceso de parto: Sospecha de malestar fetal, partos prematuros y malformaciones en el feto	Expositiva: charla	GG	30 minutos	PowerPoint
Dinámica de grupos	Exposición de experiencias personales sobre el momento del parto, con el fin de analizar sentimientos, miedos y preocupaciones.	Análisis caso	GG	20 minutos	Ficha de experiencias personales del parto de diferentes mujeres
Reflexión personal	Analizar diferentes sucesos con el fin de concienciar que no todas las experiencias son totalmente negativas o positivas. Necesidad mantener actitud positiva ante las diversas circunstancias Necesidad de buscar soluciones	Análisis de casos/experiencias	IND	30 minutos	Ficha de El cuento de los prejuicios
Segunda intervención educativa	Conocer los derechos y deberes	Expositiva: charla	GG	10 minutos	Power point
Síntesis de la sesión	Resolución de dudas y preocupaciones	Rueda final	GG	20 minutos	
Evaluación sesión			IND	5 minutos	Ficha satisfacción ANEXO 7

SESIÓN 3: ¿QUÉ PUEDO HACER?

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Presentación sesión	Reorganizar conocimientos sobre sesión anterior	Investigación: Tormenta de conocimientos	GG	5 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 6
Primera intervención educativa	Importancia papel de la mujer y acompañantes	Expositiva	GG	10 minutos	Video: El parto es nuestro
Segunda intervención educativa	Conocimientos prácticas innecesarias llevadas a cabo sin evidencia científica según la OMS	Análisis de casos/Discusión	GG	15 minutos	Estudios/Informes/Documentos
Tercera intervención educativa	Opciones de lugar de parto: Ventajas y desventajas	Expositiva: vídeo	GG/GP	40 minutos	Power Point Ficha con posturas durante el trabajo de parto
	Acompañamiento y rol del acompañante	Desarrollo habilidades: Rol-Play			
	Libre elección postural				
Dinámica individual	Determinar que actos desean "piden" las mujeres para su parto	Desarrollo actitudes: ejercicio	GP/IND	30 minutos	Pizarra
Dinámica de grupos	Experiencia de mujeres tras influir en su parto	Exposición de casos	GG	15 minutos	Diapositivas de casos
Evaluación sesión	Síntesis sesión y resolución de dudas	Rueda final	GG	10 minutos	Ficha satisfacción ANEXO 7

SESIÓN 4: ¡ESTÁ EN TUS MANOS!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Presentación sesión	Reorganizar conocimientos sobre sesión anterior	Investigación: Lluvia de conocimientos	GG	5 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 6
Primera intervención educativa	Dolor: motivos y fases Demostrar a las gestantes la existencia de técnicas no farmacológicas de alivio de dolor en el parto. Exposición habilidades físicas	Expositiva: charla y vídeo	GG	40 minutos	PowerPoint: Dolor y Métodos no farmacológicos de alivio del dolor Ficha Destrezas y habilidades para el parto
Segunda intervención educativa	Interpretar situaciones de parto para poder implantar los diferentes métodos de alivio del dolor no farmacológico	Desarrollo habilidades: Rol-Play	GG	15 minutos	Ficha explicativa de las técnicas
Dinámica individual/parejas	Valorar nivel de satisfacción mediante la complementación de una ficha de evaluación	Desarrollo actitudes	GP/IND	30 minutos	Cuestionario de satisfacción
Ruegos y preguntas	Síntesis de la sesión Resolución de dudas	Rueda final	GG	15 minutos	
Evaluación sesión			IND	5 minutos	Ficha satisfacción ANEXO 7

SESIÓN 5: ¡COMIENZA UNA NUEVA ETAPA!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Presentación sesión	Reorganizar conocimientos sobre sesión anterior	Investigación: Tormenta de conocimientos	GG	5 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 6
Primera intervención educativa	Conocer las diferentes alternativas psíquicas no farmacológicas para el alivio del dolor.	Expositiva: charla y vídeo	GG	15 minutos	Power Point Ficha Destrezas y habilidades para el parto
Dinámica pareja	Mejorar las habilidades psíquicas como entrenamiento al parto: - Masaje - Respiración - Relajación	Desarrollo habilidades: Rol-Play	GG/GP	30 minutos	Ordenador con reproductor de música relajante Colchonetas
Dinámica de grupos	Los sentimientos, el dolor, el acompañamiento.	Desarrollo actitudes	IND	15 minutos	Pizarra
Segunda intervención educativa	Reforzar las ideas más relevantes	Exposición: casos/ experiencias	GG	10 minutos	Diapositivas
Ruegos y preguntas	Resolución de dudas y preocupaciones	Desarrollo actitudes	GG	10 minutos	
Cuestionario final	Evaluación de los conocimientos adquiridos	Desarrollo conocimientos	IND	10 minutos	Cuestionario final de conceptos ANEXO 8
Conclusión y despedida del programa	Síntesis del taller	Investigación: Lluvia de conocimientos	GG	15 minutos	
Evaluación de la sesión y final del taller			IND	10 minutos	Ficha satisfacción ANEXO 7 Ficha evaluación taller ANEXO 10

5.4.3 Intervención educativa para profesionales

SESIÓN 1: ¡EL PARTO ES SUYO!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Acogida	Presentación de los educadores. Presentación del taller. Exposición objetivo y dinámica del taller	Expositiva: charla	GG	5 minutos	Encuadre, objetivos y metodología del taller.
Presentación de los asistentes. Nombre y apellidos.	Introducción al curso	Rueda	GG	10 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 3
Valoración del conocimiento previo de los participantes	Test de evaluación a los profesionales	Investigación: Lluvia de ideas	GG	10 minutos	Cuestionario Pre-Test ANEXO 5
Primera intervención educativa	Clasificación de los tipos de parto según su desarrollo. Analizar que técnicas se llevan a cabo en cada fase de parto	Expositiva: charla/lección	GG	20 minutos	Video Power Point Ficha de imágenes
Dinámica de grupo	Conocer la gravedad del problema y exponer la necesidad de humanización	Análisis de casos	GP	20 minutos	Ficha de casos
Segunda intervención educativa	Necesidad e importancia de humanización	Análisis casos	GG/GP	30 minutos	Diapositivas de casos
Síntesis de la sesión	Reconocer conceptos clave ¿Lo que más llevas a la práctica? ¿A que le das más o menos importancia?	Rueda final	GP/IND	20 minutos	Pizarra individual
Evaluación taller			IND	5 minutos	Ficha satisfacción sesión ANEXO 7

GG: Grupo grande

GP: Grupo pequeño

IND: Individual

SESIÓN 2: ¡NUNCA ES TARDE!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Presentación sesión	Reorganizar conocimientos sobre sesión anterior	Investigación: Tormenta de conocimientos	GG	5 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 6
Primera intervención educativa	Identificación y análisis de las intervenciones instrumentistas rutinarias	Expositiva: charla	GG	20 minutos	PowerPoint
Dinámica de grupos	Analizar diferentes casos cuyos sucesos fueron perjudiciales para las mujeres	Análisis caso	GP	25 minutos	Videos experiencias personales del parto de diferentes mujeres
Segunda intervención educativa	Conocer procedimientos no basados en una evidencia científica: Recomendaciones OMS	Expositiva: charla	GG	10 minutos	Power Point
Reflexión personal	Exposición de experiencias negativas personales ocurridas en algún parto	Análisis de casos	GG	15 minutos	Pizarra
Tercera intervención educativa	Conocer los derechos y deberes de las mujeres	Expositiva: charla	GG	10 minutos	Power point
Ruegos y preguntas	Síntesis de la sesión Resolución de dudas	Rueda final	GG	20 minutos	
Evaluación sesión			IND	5 minutos	Ficha satisfacción ANEXO 7

SESIÓN 3: ¡SOMOS NECESARIOS!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Presentación sesión	Reorganizar conocimientos sobre sesión anterior	Investigación: Tormenta de conocimientos	GG	5 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 6
Primera intervención educativa	Exposición y justificación de las prácticas obstétricas y procedimientos innecesarios según la OMS	Expositiva	GG	15 minutos	Power Point
Dinámica de grupos	Aprender a diferenciar entre la buena praxis de la mala.	Desarrollo actitudes: ejercicio	GP	20 minutos	Video Ficha de evaluación individual
Segunda intervención educativa	Conocer métodos y terapias alternativas	Expositiva	GG	15 minutos	Power Point
Dinámica individual	Identificar qué actividades desarrollas en su trayectoria de la profesión son perjudiciales para la mujer	Desarrollo actitudes: ejercicio	INV	20 minutos	Pizarra
Tercera intervención educativa	Conocer diferentes entornos físicos durante el proceso de parto. Importancia de la movilidad de la mujer y las diferentes posiciones maternas.	Expositiva	GG	15 minutos	Power point
Evaluación sesión	Síntesis sesión y resolución de dudas	Rueda final	GG	10 minutos	Ficha satisfacción ANEXO 7

SESIÓN 4: ¡ESTÁ EN NUESTRAS MANOS!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Presentación sesión	Reorganizar conocimientos sobre sesión anterior	Investigación: Lluvia de conocimientos	GG	5 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 6
Primera intervención educativa	Conocer los derechos y deberes de los profesionales.	Expositiva: charla	GG	15 minutos	Power Point
Dinámica grupos	Aprender a percibir y comprender sentimientos, miedos y preocupaciones de las gestantes	Desarrollo actitudes	GP	30 minutos	Fichas casos
Segunda intervención educativa	Conocer las habilidades físico-psíquicas alternativas para el parto	Expositiva: charla	GG	20 minutos	Power Point Vídeos
Dinámica grupos	Saber desarrollar alternativas para el parto	Desarrollo habilidades: Ejercicio	GP	20 minutos	
Ruegos y preguntas	Síntesis de la sesión Resolución de dudas	Rueda final	GG	15 minutos	
Evaluación sesión			IND	5 minutos	Ficha satisfacción ANEXO 7

SESIÓN 5: ¡ELLA ES LA PROTAGONISTA DE SU PROPIA HISTORIA!

Organización	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos (anexos y/o materiales)
Presentación sesión	Reorganizar conocimientos sobre sesión anterior	Investigación: Tormenta de conocimientos	GG	5 minutos	Ficha de asistencia ANEXO 6
Primera intervención educativa	Importancia comunicación, elección y negociación. Individualización del proceso	Expositiva: charla	GG	10 minutos	Power Point
Dinámica de grupo	Aprender a ayudar a reforzar conductas positivas durante el parto: Garantizar autonomía Otorgar poder de decisión	Desarrollo habilidades: roll-play	GP	20 minutos	
Dinámica de grupo	Fomentar la sensibilización de los profesionales para promover una relación próxima con las gestantes	Desarrollo actitudes: ejercicio	GP/IND	20 minutos	Casos y diapositivas
Ruegos y preguntas	Resolución de dudas y preocupaciones		GG	15 minutos	
Cuestionario final	Evaluación de los conocimientos adquiridos	Desarrollo conocimientos	IND	10 minutos	Cuestionario final de conceptos ANEXO 9
Conclusión y despedida del programa	Síntesis del taller	Investigación: Lluvia de conocimientos	GG	15 minutos	
Evaluación de la sesión y final del taller			IND	10 minutos	Ficha satisfacción sesión ANEXO 7 Ficha satisfacción taller ANEXO 10

5.5 Evaluación

Este proyecto se evaluará mediante la medición de las actividades desarrolladas en el programa. El objetivo es cuantificar el número de asistentes a las sesiones, mejorar el cumplimiento de las expectativas de las mujeres embarazadas en la Comunidad de Madrid, identificar el conocimiento general de las mujeres acerca de las opciones de elección de las que poseen y evaluar su satisfacción general. Se comprobará de manera continua la consecución de los objetivos: inicio del taller, durante el desarrollo de este y tras su finalización. Estos ítems serán evaluados mediante:

Comienzo del taller:

- En la sesión dirigida a las gestantes, el primer día, se deberá rellenar un **listado de asistencia** en el que se hará constar las características de las participantes, sus edades y semanas de gestación y si acuden solas o en compañía (**Anexo 2**). En la primera sesión dirigida a los profesionales, se hará constar si se trata de matronas o ginecólogos y edad, esto nos permite valorar el perfil de los participantes (**Anexo 3**).
- En la primera sesión las gestantes y los profesionales realizarán un **test previo al taller (Anexo 4 y 5)** para evaluar los conocimientos previos de los participantes.

Durante el transcurso del taller:

- Se deberá rellenar un listado o **ficha de asistencia (Anexo 6)** que se cumplimentará tras cada sesión tanto para mujeres como profesionales.
- Tras cada sesión se entregará a los participantes un **cuestionario de satisfacción (Anexo 7)**. Además, se dejará un espacio en el que los participantes puedan añadir ideas, o manifestar opiniones para colaborar en la mejoría.

Al finalizar el taller:

- Los participantes realizarán un **cuestionario final de conceptos, habilidades y actitudes (Anexos 8 y 9)** que complementarán el último día, a modo de examen, para una evaluación final en cuanto a la retención de los conceptos principales y básicos del programa.

- También rellenarán un **cuestionario de satisfacción** general del taller común para ambos colectivos (**Anexo 10**).

Tras la finalización del proyecto educativo, se evaluarán los resultados obtenidos mediante la medición de objetivos. Esta etapa consiste en determinar si el objetivo general y los específicos del proyecto se han cumplido. Para ello se valorarán los conocimientos, habilidades y actitudes de las gestantes y de los profesionales. Tras la obtención de estos resultados, el equipo gestor del proyecto llevará a cabo la complementación de la **Ficha de evaluación de resultados generales (Anexo 11)** que se rellenará tras la finalización del proyecto, como cierre de este y resultado final.

Del mismo modo que en el apartado anterior, mediante una serie de indicadores, la información proporcionada por los cuestionares y las fichas de evaluación, podremos obtener un valor numérico para evaluar los resultados del programa.

6. Bibliografía

(1) Uzcátegui U Ofelia. El derecho de la mujer a elegir la vía del nacimiento. Rev. Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2011 dic [citado 2018 Ene 08];71 (4): 219-222. Disponible en:

http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322011000400001&lng=es

(2) Fabbro MRC, Santos Sd. La elección de un parto natural: elementos transformadores y elementos excluyentes. CIMIE17 29-30Junio 2017

(3) CÁCERES-MANRIQUE, Flor de María; NIEVES-CUERVO, Giselly Mayerly. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, [S.l.], v. 68, n. 2, p. 128-134, june 2017. ISSN 2463-0225. Disponible en:

<<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3022>>. Fecha de acceso: 09 jan. 2018 doi: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3022>

(4) Federación de Asociaciones de Matronas de España [Sede web]. Madrid: FAME; Julio 2003 [Consultado 5 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/>

(5) FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España). Iniciativa Parto Normal: Guía para madres y padres. Pamplona; 2011.p.11-31

(6) Castán S, Tobajas JJ. Obstetricia para matronas. Guía Práctica. Editorial Medico Panamericana; Madrid, 2013

(7) Recomendaciones sobre atención al parto normal. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Madrid, 2007 Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de Sanidad. Madrid, 2010

(8) Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: la necesidad de humanizar el parto. Medicina naturista 2006 Jul 1, (10):120-132

(9) Mackey M. Use of water in labor and birth. Clinical Obstetrics and gynecology. Volume 44, number 4, pp 733-749. 2001

(10) Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Mar [citado 2018 Mar 12]; 38(1): 134-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es

(11) Dutra IL, Meyer DE. Natural, normal, and friendly, childbirth: homonymous terms. Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS 2007 Jun;28(2):21

(12) Montesinos-Segura R, Taype-Rondán A. ¿Qué sabemos sobre la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en el Perú? [carta]. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2015;32(3):608-10

(13) Cáceres-Manrique, Flor de María; Nieves-Cuervo, Giselly Mayerly. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica. y social de la materna. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 68, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 128-134

(14) Cook, K., & Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. The Journal of Perinatal Education, 21(3), 158–168. <http://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>

(15) Rangel da Silva L, De Souza Serrano N, Moreira Christoffel M. La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. 2006.

(16) Xunta de Galicia. Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía técnica do proceso de atención ó parto normal e puerperio. Xunta de Galicia; 2008.

(17) Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad y consumo; 2008.

(18) Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de ciencia e innovación, ministerio de sanidad y política social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2011, 32-34

(19) Martínez JM, Rodríguez MD. Contribución de la educación maternal a la salud materno infantil. Prof Matronas. 2015(4):137–41

(20) Fernández y Fernández-Arroyo Matilde. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. Index Enferm [Internet]. 2013 jun [citado 2018 Ene 03]; 22(1-2): 40-44

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100009&lng=es

(21) Department of Reproductive Health & Researcg. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. 1996;7–46

(22) Amparan Ruiz M, Martín Seco Y, Otero García A. (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Gobierno de Cantabria). Programa de preparación para la maternidad y paternidad. 2010. p. 18– 23

(23) Cassiano Alexandra do Nascimento, Santos Milena Gabriela dos, Santos Flávia Andréia Pereira Soares dos, Holanda Cristyanne Samara Miranda de, Leite Jovanka Bitenkout Carvalho, Maranhão Tercia Maria de Oliveira et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. Enferm. glob. [Internet]. 2016 oct [citado 2018 Mar 14]; 15(44): 452-464.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400018&lng=es

(24) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Evolución de la tasa de cesáreas del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011. Seri Informes Breves CMBD [Internet]. Madrid.

Disponible:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesareas.pdf

(25) Recio A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. DILEMATA. 2015, (18): 13-26.

(26) Asociación el parto es nuestro. Disponible en:

<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/conoce-tus-derechos>

(27) Martínez Mollá TM. Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio. Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería. Universitat d'Alacant (España) 2015.

(28) Martínez Galiano J. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido. Universidad de Granada; 2012.

(29) Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Revista CONAMED N.º. 1, 2014, págs. 37-42 2014;19(1):37-42

(30) Cuidados en el parto normal: Una Guía Práctica. Grupo de trabajo técnico, Organización Mundial de la Salud (OMS). 1996

(31) Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código deontológico para la profesión de enfermería. Ginebra; 2012.

(32) Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women's decision-making experiences. Rebecca J. Wood, Javier Mignone, Maureen I. Heaman, Kristine J. Robinson, Kerstin Stieber Roger Midwifery. 2016 Aug; 39: 12–19. Published online 2016 Apr 19. doi: 10.1016/j.midw.2016.04.003

(33) Laza Vásquez C. ¿Cuál y por qué es la mejor experiencia para la mujer: la atención del parto normal en el hogar o en el hospital? Evidencia: Revista de enfermería basada en la evidencia. Vol. 8, N.º. 34, 2011

(34) Lokugamage A. In pursuit of the benefits of physiological birth. Midwifery today with international midwife 2013(108):38

(35) Romito P. The humanizing of childbirth: the response of medical institutions to women's demand for change. Midwifery. 1986 Sep; 2(3): 135–140

(36) Servicio de Salud Madrileño. Para una maternidad saludable: Nueve meses para compartir. Madrid; 2012. p. 27–31

(37) Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matron's Prof. 2006; 7(1): 14-22

(38) Muñoz Selles E, Gobernó Trices J. Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. Prof matron as. 2012;13(2):50–4

(39) American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery. *Jobs Gynecol.* 2014;123(594):912–5

(40) Bedwell C, Dowswell T, Neilson J, Lavender T. The use of transcutaneous electrical nerve simulation (TENS) for pain relief in labour: a review of the evidence. *Midwifery.* 2011; 27:141–8

(41) Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].* 2012 Mar [citado 2018 Mar 14]; 38(1): 134-145

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es

(42) Ministerio de Sanidad S públicos e igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2006. p. 1–13

(43) Pauli Cabezas A. La conducción de grupos en educación para la salud. *Matronas Prof.* 2005;6(1):23–9

(44) Álvarez Holgado P, et al. Análisis de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna. *Nure Inv.* 13 (82); Mayo-junio 2016

(45) UNICEF España. Cuestionario de Autoevaluación de los Hospitales IHAN. Madrid: UNICEF; 2015. 1-14 p

7. Anexos

ANEXO 1: Consentimiento informado participantes del proyecto

Yo, _____ (nombre _____ y _____ apellidos)
_____, con DNI
_____, y domicilio en _____

_____ manifiesto que he recibido la información suficiente sobre la intervención a realizar, en la cual he solicitado mi participación y autorizo al registro de datos y al trabajo con los mismos.

Tras la firma de este documento, me comprometo a asistir a todas las sesiones de formación impartida en este proyecto educativo.

En consecuencia, presto libremente mi conformidad para participar en el programa.

En Madrid a de....., de 20....

Firma:

ANEXO 4: Evaluación Pre-Test Gestantes

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
¿Conoce el concepto de parto natural?		
¿Ha sido informada acerca de los cuidados que va a recibir?		
¿Sabría definir que es la humanización y que engloba?		
¿Sabe que fases se desarrollan en todo parto?		
¿Es capaz de manifestar sus emociones, miedos y sentimientos?		
¿Conoce cuáles son sus derechos y obligaciones?		
¿Esta familiarizada con las prácticas se llevan a cabo en un parto?		
¿Conoces medidas alternativas de analgesia y confort?		
¿Sabría enumerar algunas actividades alternativas en el trabajo de parto?		
¿Sería capaz de diferenciar que prácticas quieren que se le lleven a cabo con fin de crear su plan de parto?		
¿Es consciente de las complicaciones que pueden darse en un parto?		
¿Sabría diferenciar entre el bienestar y comodidad suya y/o del profesional que la atiende?		
¿Se ha sentido bien atendida por la matrona y ginecólogos implicados durante su embarazo?		

ANEXO 5: Evaluación Pre-Test Profesionales (45)

Responda a las siguientes cuestiones	SI	NO
¿Eres capaz llevar a cabo en la medida de lo posible un Plan de parto donde expresen sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas de la mujer sobre su proceso?		
¿Permitiría la presencia de acompañantes en todas las etapas del trabajo de parto? Teniendo en cuenta que esta elección les brinda apoyo físico y emocional constante durante el proceso.		
¿Permitiría la presencia de acompañantes durante el parto? Teniendo en cuenta que esta elección les brinda apoyo físico y emocional constante durante el proceso.		
¿Evita procedimientos rutinarios como el uso del enema y el rasurado del vello genital?		
¿Informa a las mujeres y pone a su disposición métodos de alivio del dolor no farmacológicos, respetando sus preferencias personales?		
¿Evita procedimientos invasivos, (exceptuando que sean necesarios por complicaciones)? Teniendo en cuenta siempre antes informar y dar explicaciones a la mujer.		
¿Permite que tomen líquidos y alimentos ligeros durante el trabajo de parto?		
Evita procedimientos invasivos y/o innecesarios en la atención al recién nacido tras el nacimiento, a no ser que la situación clínica del niño lo requiera?		
¿Una vez iniciado el trabajo de parto, permite la presencia de acompañantes para darle a la madre el apoyo que ella quiere?		
¿Anima a las mujeres en la práctica, a que caminen, se muevan durante el trabajo de parto y adopten las posiciones que elijan para dar a luz, excepto en el caso de que se requiera una restricción a causa de una complicación?		

ANEXO 7: Cuestionario satisfacción común de las sesiones para los participantes

Número de Sesión	1	2	3	4	5
	Nada	Poco	Normal	Bastante	Mucho
¿Cree atractiva la información desarrollada en la sesión?					
¿Observa atractivo el tema tratado en la sesión?					
¿Piensa que los materiales utilizados durante la sesión han sido los correctos?					
¿Añadiría algún tema a parte de los tratados?					
¿Se ha sentido cómoda/o con las propuestas y actividades?					
¿Está satisfecho con su asistencia a la sesión?					
Observaciones/ Sugerencias:					

ANEXO 8: Cuestionario final de conceptos, habilidades y actitudes profesionales

<i>Responda a las siguientes cuestiones</i>	SI	NO	Comentarios
¿Sería capaz de animar a las mujeres para llevar a cabo siempre que sea posible un Plan de parto donde expresen sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas de la mujer sobre su proceso?			
¿Conoce sus derechos y obligaciones? ¿Sería capaz de informar a las gestantes sobre los suyos?			
¿Cree que la libre elección de brindan apoyo físico y emocional constante durante el trabajo de parto y parto a las mujeres?			
¿Es capaz de informar a las mujeres acerca de medidas alternativas en el proceso de parto? Respetando las preferencias personales.			
¿Tiene intención de aplicarlas? ¿Cómo?			
¿Sería capaz de evitar procedimientos invasivos dando opción a aplicar los aprendidos?			
¿Podría ser capaz de animar a las mujeres y brindarles apoyo psicológico?			

ANEXO 9: Cuestionario final de conceptos, habilidades y actitudes gestantes

Responda a las siguientes cuestiones

SI

NO

¿Conoce el concepto de parto natural?		
¿Ha sido informada acerca de los cuidados que puede recibir?		
¿Sabría definir que es la humanización y que engloba?		
¿Sabe que fases se desarrollan en todo parto y que interviene en el mismo?		
¿Sería de manifestar sus emociones, miedos y sentimientos?		
¿Conoce cuáles son sus derechos y obligaciones?		
¿Sería capaz de identificar que prácticas innecesarias se llevan a cabo en un parto?		
¿Conoces medidas alternativas de analgesia y confort?		
¿Sabrías enumerarlas?		
¿Sería capaz de identificar qué actividades alternativas desearía para su trabajo de parto?		
¿Conoce que complicaciones que pueden darse en un parto?		

ANEXO 10: Ficha de satisfacción general final del taller por parte de los participantes

	Insatisfactorio	Indiferente	Satisfactorio	Muy satisfactorio	Observaciones
Información recibida					
Información proporcionada acerca de los cuidados					
Atención y comodidad brindada					
Número de profesionales que realizaron el taller					
Medidas y herramientas utilizadas					
Instalaciones en las que ha tenido lugar					
Accesibilidad al proyecto y a la información					
Horario y cronograma					
Comentarios:					

ANEXO 11: Ficha final evaluación de los resultados generales

INDICADORES	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
¿Hay participación en las actividades propuestas?				
¿Comprenden la información impartida?				
¿Disfrutan y muestran interés con las actividades prácticas propuestas?				
¿Se establecen relaciones entre los conceptos?				
¿Existe participación por parte de los inscritos al proyecto?				
¿Se utilizan estrategias comunicativas para interactuar con el grupo?				
¿Es necesario reforzar la información establecida para cada una de las sesiones?				
¿Sería de ayuda reforzar las sesiones con mayor número de materiales y recursos?				
¿Son adecuadas el número de sesiones impartidas?				
¿Cumplen con los horarios y normas establecidas?				
¿Es adecuada la ambientación en la que se llevan a cabo las sesiones?				
¿Existe participación en diferentes funciones de todas las personas				

adscritas en el taller?				
-------------------------	--	--	--	--