



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Proyecto educativo dirigido a sanitarios  
para fomentar el parto humanizado.***

Alumno: Natalia García Sánchez-Paniagua  
Director: Matilde Fernández y Fernández Arroyo

**Madrid, abril de 2021**

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>2</b>
<b>Presentación.....</b>	<b>3</b>
<b>Agradecimientos.....</b>	<b>4</b>
<b>Estado de la cuestión .....</b>	<b>5</b>
<b>1.Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>2.Estrategia de búsqueda bibliográfica .....</b>	<b>5</b>
<b>3.Evolución histórica .....</b>	<b>8</b>
<b>4.El parto, fundamentación .....</b>	<b>10</b>
4.1. Definiciones del parto .....	10
4.2. Parto humanizado .....	11
4.3. Violencia obstétrica .....	12
<b>Justificación.....</b>	<b>20</b>
<b>7. Metodología.....</b>	<b>22</b>
<b>7.1 Población y captación .....</b>	<b>22</b>
7.1.1 Población diana .....	22
7.1.2 Captación .....	23
<b>7.2 Objetivos .....</b>	<b>24</b>
7.2.1 Objetivos generales.....	24
7.2.2 Objetivos específicos .....	24
<b>7.3 Contenidos .....</b>	<b>25</b>
<b>7.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales .....</b>	<b>27</b>
7.4.1 Planificación general .....	27
7.4.2 Cronograma general .....	27
7.4.3 Número de participantes .....	28
7.4.4 Docentes .....	28
7.4.5 Sesiones .....	29
7.4.6 Lugar de celebración.....	38
<b>7.5 Evaluación.....</b>	<b>38</b>

7.5.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo.....	38
7.5.2 Evaluación de los resultados educativos.....	39
<b><i>Bibliografía</i></b> .....	<b>40</b>
<b><i>Anexos</i></b> .....	<b>45</b>
<b>Anexo 1: Folleto proyecto educativo .....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo 2: Cuestionario pre-post.....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo 3: Hoja de asistencia.....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo 4: Encuesta de satisfacción .....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo 5: Cuestionario evaluación de conocimientos final.....</b>	<b>50</b>
<b>Anexo 6: Cuestionario evaluación a medio y/o largo plazo.....</b>	<b>51</b>

## Resumen

**Introducción:** En los últimos años se está produciendo un gran cambio respecto al modelo de atención sanitaria al parto, mostrando una tendencia hacia el concepto de humanización. Para su implantación se han publicado diferentes estrategias a nivel mundial. Estas iniciativas tienen como objeto proporcionar mayor autonomía a la mujer, devolviéndole el protagonismo que tiene en esta situación, y, permitiéndole expresar sus preferencias, expectativas y deseos.

Para que estas recomendaciones puedan ser llevadas a cabo, es necesario sensibilizar al personal sanitario de la importancia y beneficio que éstas aportan.

**Objetivo general:** fomentar las prácticas humanizadas durante la atención al parto, proporcionando mayor autonomía a la mujer y asegurando la seguridad materno-infantil.

**Metodología:** se ha realizado una revisión bibliográfica con las palabras clave. Tras la aplicación de los criterios de selección se obtuvieron 49 trabajos. Su estudio ha permitido realizar la fundamentación y el desarrollo de un proyecto educativo dirigido a matronas y enfermeras del área obstétrica. Se impartirán tres sesiones de forma presencial en el Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. La metodología empleada ayudará a la adquisición de habilidades y al análisis de actitudes. **Implicación para la práctica enfermera:** aumentar la calidad obstétrica asistencial, y, consecuentemente, conseguir aumentar la satisfacción maternal respecto al proceso del parto. Actuando, en todo momento, basándose en la evidencia científica y siguiendo las recomendaciones más actualizadas.

**Palabras clave:** Parto Humanizado, Parto Normal, Educación en Enfermería, Mujeres embarazadas, Mejoramiento de la Calidad

## Abstract

**Introduction:** In the last decades, there has been a big change, which is still developing, with regard to the health care model for childbirth. This is showing a trend towards the concept of humanization. For doing this, different global strategies have been published. These initiatives have as a main object the empowerment of the woman, giving them back their main role in the situation and allowing them to express their preferences, expectations and desires.

In order to implement these recommendations, it is necessary to raise awareness among health workers of how important and how beneficial these techniques are.

**General objective:** to promote humane practices while the childbirth is being carried out, so that this gives a higher autonomy to women and ensures maternal and infant safety. **Methodology:** a bibliographic review has been carried out with the keywords. After the application of the selection criteria, 49 papers were obtained. Its study has enabled the foundation and development of an educational project aimed at midwives and nurses in the obstetric area. There will be three face-to-face sessions hold at the Gregorio Marañón Maternity Hospital. The methodology used would help the acquisition of different skills and the analysis of attitudes. **Implications for nursing practice:** to increase the obstetric care quality and, consequently, to raise maternal satisfaction towards the birth process. Acting, at any times, on the basis of scientific evidence and following the most updated recommendations.

**Key words:** Humanizing Delivery, Natural Childbirth, Education, Nursing, Pregnant women, Quality Improvement

## **Presentación**

El parto es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una mujer, pues, además de suponer la culminación del embarazo también es el comienzo de una nueva vida, y todo lo que ello implica. Por ello, este proceso debe ser abordado desde diferentes perspectivas, asegurando la salud materno infantil y proporcionando una asistencia de calidad y humanizada.

A pesar de la gran evolución que ha experimentado la atención obstétrica en los últimos años, sigue siendo necesario un cambio en el proceso de atención al parto, haciendo que éste sea más humanizado y reduciendo prácticas intervencionistas.

La enfermería es una parte necesaria de los cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio. Los cuidados que se presten a las mujeres y a su entorno estarán directamente relacionados con la satisfacción de una de las experiencias más importantes de su vida.

La mejor herramienta para llevar a cabo un cambio en el proceso del parto es formar adecuadamente a los profesionales de la salud que acompañarán a la mujer en esta etapa, proporcionándole un cuidado integral.

Por ello, he decidido realizar un proyecto educativo dirigido a enfermeras y matronas, ya que, una buena atención se relaciona con una buena formación. Además, es necesario entender que el parto debe ser atendido desde una perspectiva holística, sin olvidar que la mujer debe ser el centro de este proceso.

Con la realización de este Trabajo de Fin de Grado, pretendo visibilizar la gran importancia que tiene la prestación de cuidados humanizados durante el parto, y conseguir con ello que este proceso sea una experiencia positiva e inolvidable.

## **Agradecimientos**

A mis padres, que siempre han sido y serán mi mayor apoyo durante los momentos más difíciles. Quiero darles las gracias por inculcarme los mejores valores, los cuales aplicaré siempre en mi día a día, tanto en el ámbito personal como en el laboral.

A mi hermana Lara, por compartir con alegría la cotidianidad de los días y confiar siempre en mí, por su compañía y cariño.

A mis amigos, por aportarme tanto durante todos estos años y estar siempre en los buenos momentos y en los malos.

A la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia “San Juan de Dios” que me ha brindado una formación enfermera con una visión humanista, lo cual marca la diferencia en enfermería.

A Matilde Fernández y Fernández Arroyo por su tiempo y constante dedicación a la elaboración de este proyecto.

# **Estado de la cuestión**

## **1.Introducción**

El parto es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación. Es, por tanto, un momento fundamental para la perpetuación de las especies, cuya reproducción se desarrolla dentro del útero materno. Es un proceso en el que el entorno y las actuaciones sanitarias tienen una gran influencia.

La atención al parto ha ido evolucionando a medida que la sociedad y la tecnología lo han hecho. Hoy en día se está imponiendo la corriente de la atención natural al parto frente a la atención medicalizada de éste. Esto está siendo posible gracias a las estrategias implantadas por diferentes organismos, entre muchas otras iniciativas promovidas por el personal sanitario.

Sin embargo, queda un gran camino por recorrer hasta alcanzar una atención humanizada y holística durante el proceso del parto.

En primer lugar, se tratará la evolución histórica del parto. Seguidamente, se expondrán las diferentes definiciones del parto, centrándose, posteriormente, en el parto humanizado. A continuación, se tratará el concepto de violencia obstétrica. Posteriormente, se analizarán los antecedentes, hasta llegar a la situación actual. Tras todo lo mencionado anteriormente, se elaborará un proyecto educativo dirigido a profesionales sanitarios cuyo objetivo es aumentar la calidad de la atención obstétrica.

## **2.Estrategia de búsqueda bibliográfica**

Para abordar el tema se ha planteado una pregunta de investigación según el modelo PICO, en la que el apartado de población se ha determinado como los profesionales sanitarios del área de obstetricia. La intervención consiste en educar a los profesionales del área obstétrica para aumentar la calidad de la atención obstétrica. Se comparará entre la atención obstétrica prestada por los profesionales formados en calidad de la atención y los no formados en calidad. El resultado esperado es aumentar la calidad de la atención obstétrica de los profesionales sanitarios.

Por lo tanto, la pregunta de investigación planteada es: “¿Aumentamos la calidad de la atención obstétrica formando en ello a los profesionales sanitarios?”.

Con el fin de obtener toda la información necesaria sobre la calidad de la atención obstétrica, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica desde el mes de octubre de 2020 a diciembre de 2020.

Los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los términos del lenguaje controlado Medical Subject Headings (MesH) utilizados en la búsqueda se encuentran reflejados en la *Tabla 1*.

<b>Términos DeCS</b>	Parto Humanizado	Parto Normal	Educación en Enfermería	Mujeres embarazadas	Mejoramiento de la Calidad
<b>Términos MesH</b>	Humanizing Delivery	Natural Childbirth	Education, Nursing	Pregnant women	Quality Improvement

*Tabla 1: Términos DeCS y MesH*

Las bases de datos empleadas para la realización de este proyecto han sido: Pubmed, Dialnet, Scielo, Ebsco y Google Académico.

También se han utilizado las siguientes páginas webs: OMS, INE, FAME.

Al menos un 75% de los artículos seleccionados tienen menos de 5 años de antigüedad, aunque se ha incluido alguno que no cumple este criterio debido a su relevancia.

Se aplicó el filtro de idioma (español/ inglés). Se empleó el boleano “AND” para la búsqueda.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Que trataran sobre el parto humanizado o la violencia obstétrica.
- Que los términos MesH y DeCS expuesto en la *Tabla 1* estuviesen incluidos en los artículos.
- Que estuviesen en español o en inglés.
- Que, en su mayoría, estuviesen publicados en los últimos 5 años.

A continuación, en la *Figura 1*, se expone un diagrama que muestra cómo ha sido la selección de artículos dentro del proceso de búsqueda bibliográfica.

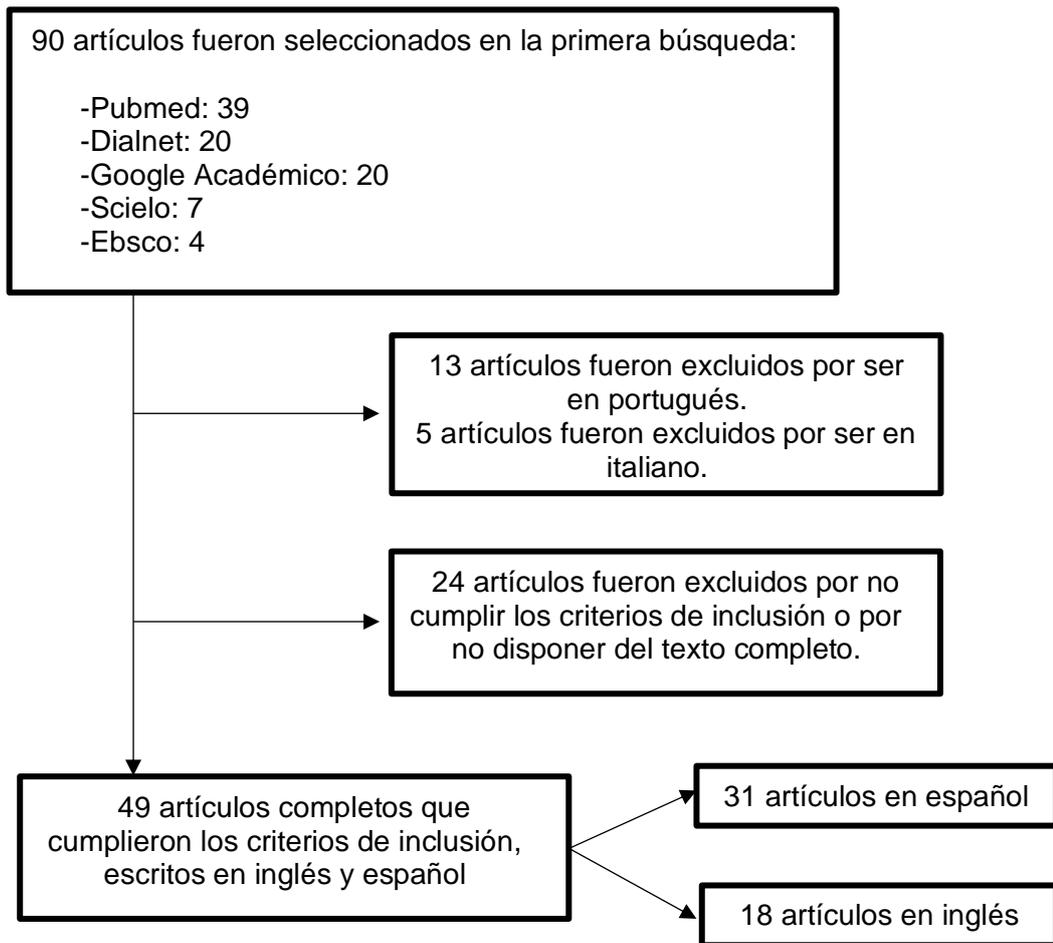


Figura 1. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda.

### **3.Evolución histórica**

Desde los inicios, las matronas han sido las responsables de proporcionar una buena atención al parto, manteniendo, normalmente, una actitud expectante y no intervencionista (1). En ese momento, la asistencia del médico solo era necesaria cuando existían complicaciones en el parto (2).

A mediados del siglo XX se produjo un cambio significativo en la atención al parto, pues éste pasó de ser atendido en casa a llevarse a cabo en el hospital (3). Fue entonces, cuando comenzó la medicalización del parto. Asimismo, se empezó a considerar a la gestante como una mujer enferma, necesitando siempre asistencia médica (4).

Al incorporarse esta nueva corriente, se establecieron ciertas prácticas rutinarias como la episiotomía, la estimulación al parto, los enemas o el rasurado. Dichas prácticas comenzaron a realizarse de forma rutinaria sin una clara evidencia científica (3). Además, debido a la medicalización del parto, se pasó del parto vertical, el cual es considerado la posición natural, al parto horizontal (5).

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tras revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, alertó del abuso de la tecnología en el proceso del parto. Por ello, creó unas recomendaciones en las cuales se reivindicaba la necesidad de que la mujer volviese a tener el rol principal en este proceso tan importante, además de evitar prácticas no justificadas (1)(6).

En ese mismo año se celebró el Congreso Europeo de Medicina Perinatal, en el que se concluyó que "Toda mujer tiene, independientemente de su cultura, un gran compromiso emocional con su gestación y parto, y el parto es un evento psicosomático por excelencia, que involucra el cuerpo y la mente de la madre" (7).

En España, en torno al año 1990, tanto los profesionales sanitarios como las mujeres comenzaron a reivindicar la necesidad de reducir la medicalización en el parto (6).

En este contexto, cabe destacar la gran importancia que tuvieron los diferentes movimientos sociales, como el feminista, en la lucha por conseguir volver a una atención al parto más natural. Además, también fueron de gran importancia las leyes desarrolladas para conseguir el objetivo previamente mencionado (4).

En el año 1996, en Génova, la OMS publicó la guía “Cuidados en el parto normal: una guía práctica” en ella se defendía el parto natural. A partir de esta publicación el empoderamiento de la mujer se vio incrementado, quedando plasmado en la recomendación internacional de que las mujeres elaboren su propio plan de parto y nacimiento. Estos planes son la expresión de los deseos de las mujeres acerca de la atención sanitaria en su proceso de parto y sirven de guía al personal sanitario para respetar las preferencias de la gestante durante el parto en condiciones normales. Además, una de las principales ventajas de su implantación es el aumento de la satisfacción de la parturienta en el proceso del parto (3)(6).

Es importante resaltar que el Programa de Humanización en el periodo Prenatal y el Nacimiento, creado en el año 2000, y, cuyo propósito principal fue promocionar el parto vaginal, disminuir la medicalización y las intervenciones innecesarias. También pretendía mejorar el acceso, la cobertura y la calidad del acompañamiento durante toda la gestación, parto y puerperio (8)(9). Además, este programa potenciaba la importancia de proporcionar a la gestante la privacidad, la autonomía y el respeto necesarios. Sin embargo, estas propuestas no son llevadas a cabo en la realidad tal y como se recomienda (10).

En España, tras la demanda de numerosas asociaciones de mujeres y parejas, se elaboró en 2006 el “Informe del Defensor del Pueblo” en el que se recomienda “respetar la progresión natural del parto cuando se presente de forma espontánea y sin factores de riesgo” (1).

En los últimos años, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha diseñado diferentes guías con el fin de conseguir una atención obstétrica de calidad y de reducir el intervencionismo en los partos de bajo riesgo. Su fin principal es proporcionar una atención más eficaz, segura y personalizada. Cabe destacar la “Estrategia de atención al parto normal en el SNS”, publicada en el año 2007. También fue de gran importancia la guía publicada en 2010, “Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio” (1)(9)(11).

Sin embargo, debido al desconocimiento de las estrategias previamente mencionadas, tanto por parte de la mujer como de los propios profesionales de la salud, hace que la implementación de una atención humanizada sea aún un reto en la sociedad actual (8).

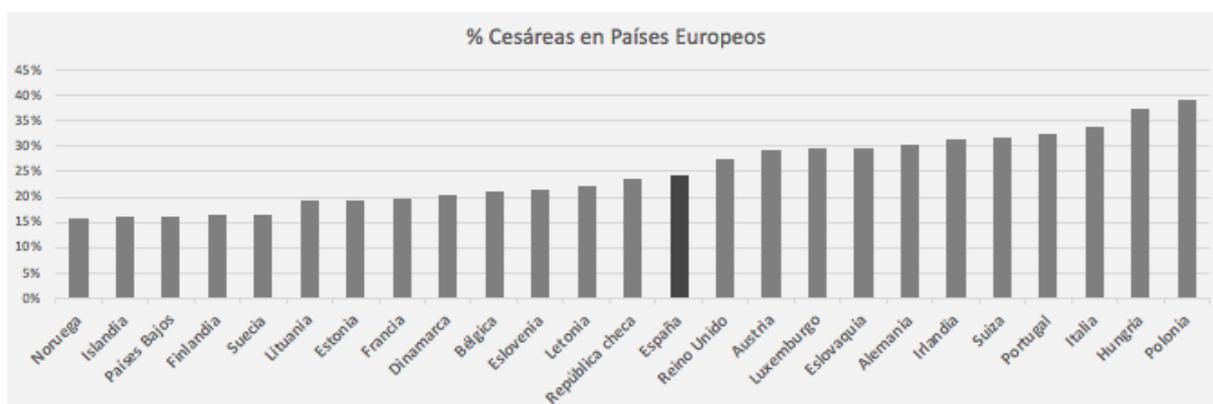
## 4.El parto, fundamentación

### 4.1. Definiciones del parto

El parto es el proceso fisiológico en el que el feto y la placenta son expulsados del útero. Tiene una gran importancia, tanto desde el punto de vista médico como psicosocial. Además, tal y como afirma la Organización Mundial de la Salud, es un derecho de la mujer vivir y recordar el parto con agrado. Para conseguir este objetivo es necesario actuar en base a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (12)(13)(14)(15).

Es un proceso natural, el cual no debería requerir intervención, a no ser que la vida de la madre o del bebé estén en peligro. En este caso, la elección de una cesárea sería un proceso justificado (16). Sin embargo, según el informe de la OMS publicado en 2018, la mayoría de los partos no presentan complicaciones. A pesar de esta afirmación, el número de cesáreas y de intervenciones se han visto incrementadas en los últimos años (17).

A continuación, en el *Gráfico 1*, se muestra el porcentaje de cesáreas en países europeos en el año 2019.



*Gráfico 1. Porcentaje de cesáreas en países europeos.  
Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la OECD Health Statistics 2019.*

A día de hoy, no existe un acuerdo en la definición de “Parto natural” (13).

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), definió en 2016 el concepto de Parto Normal como “El 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” (19).

La OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo califican el Parto Normal como “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (4).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia define el Parto Normal como el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37<sup>a</sup>-42<sup>a</sup> 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. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica (9).

#### **4.2. Parto humanizado**

El término de parto humanizado surge en Brasil con la publicación del Programa de Humanización en el periodo Prenatal y el Nacimiento. Esto es debido a la instauración del parto medicalizado en los hospitales, que ha disminuido la atención a las necesidades culturales, emocionales y sociales de las mujeres (20) (21).

Humanizar el parto consiste en respetar el proceso fisiológico de éste, interviniendo, solamente, si es necesario, y, partiendo siempre de la comprensión e individualizando cada caso. Es un conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cuyo objetivo es conseguir que la mujer se vea empoderada, otorgándole el papel principal.

Es decir, el acompañante debe adaptarse a sus demandas y deseos. Para lograrlo, es necesario tener en cuenta los valores y creencias de la mujer, tratándola con dignidad, sensibilidad, respeto y privacidad (3) (22) (23) (15).

Es importante recordar que debemos proporcionar a la mujer un cuidado integral, atendiendo la dimensión psicológica, espiritual y biológica del ser humano. Dicho cuidado debe ser aplicado durante el parto, embarazo y puerperio (21)(23).

Para que el parto sea humanizado es fundamental proporcionar la información necesaria a la mujer y a su familia, pues el hecho de que no se realice una intervención no implica

que éste sea considerado humanizado. Para alcanzar el éxito de este modelo es necesario que tanto la mujer como su familia tengan suficiente información sobre las posibles opciones, dándole la libertad de elegir dónde, cómo y con quien parir. Para ello, una gran herramienta son los programas de educación para la maternidad/paternidad (14)(20)(21)(22).

La enfermería tiene un papel fundamental en la implementación de la humanización del parto, pues, además de tener amplios conocimientos científicos son los responsables de proporcionar los cuidados y facilitar los recursos para que la mujer controle sus sensaciones durante el parto, teniendo en cuenta su cultura y diferentes aspectos que pueden influir en la experiencia del parto. Es necesario el compromiso de los profesionales para que la atención sanitaria sea más holística y humanizada, es decir, teniendo en cuenta los deseos y necesidades de cada mujer.

Además, otro aspecto positivo de este modelo es la reducción de cesáreas, del uso de analgésicos y de la tasa de mortalidad materna (8)(15)(24)(25) (26).

Diversos estudios afirman que el hecho de estar en un entorno desconocido y de recibir atención medicalizada y mecanizada, aumentan el estrés de la mujer. Es por ello, que la intervención de las enfermeras es de gran utilidad, ofreciéndoles diferentes recursos para el control del dolor y para preservar su dignidad a través de la escucha activa y de comunicación sincera y veraz (22) (27).

### **4.3. Violencia obstétrica**

El término de violencia obstétrica fue legalmente definido en Venezuela en el año 2007 como la “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico 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” (28).

Según datos ofrecidos por la OMS, un elevado número de mujeres sufren violencia obstétrica en todo el mundo. Esta práctica engloba diferentes comportamientos que suponen la violación de ciertos derechos recogidos en la Constitución Española, como la libertad personal y la intimidad. Las mujeres se ven sometidas a faltas de respeto, abusos, negación al tratamiento e incluso negligencias (29)(30).

Diferentes factores hacen que el maltrato en las salas de parto se vea incrementado, como la edad de la gestante, aumentando la violencia obstétrica cuando ésta es adolescente. También existe un riesgo mayor si el nivel socioeconómico es bajo o si son embarazos de alto riesgo (15).

Tras la instauración del parto medicalizado, los casos de violencia obstétrica se vieron incrementados. Por ello, la OMS declaró en el año 2014 la "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" (31).

Otro parámetro de gran importancia es el aumento de la tasa de cesáreas. Esta cirugía se basa en realizar una incisión en la pared abdominal y uterina, para, a través de ésta, extraer el feto, la placenta y los anexos ovulares. Su realización es cada vez más frecuente, tanto en países desarrollados como en los no desarrollados (32)(33).

Es el procedimiento más realizado en mujeres. Y, aunque su principal objetivo sea reducir la morbilidad materna y neonatal, esta intervención, cuando es realizada sin una clara evidencia, supone un riesgo tanto para la madre como para el bebé. Al ser una cirugía mayor, existe la posibilidad de que aparezcan complicaciones durante o tras dicha intervención. Además, supone un coste más elevado, y el tiempo de hospitalización es mayor que si se realizase un parto vaginal (3)(12)(25) (34).

Las indicaciones más comunes para realizar una cesárea son el estrés fetal, la presentación de nalgas, haber sido sometida a una cesárea previamente o por solicitud propia de la madre. Esta última opción se presta a una gran controversia, ya que, debido al desconocimiento del proceso del parto por parte las mujeres, muchas de ellas deciden solicitar una cesárea para evitar el dolor que supondría el parto natural (16)(35).

Diferentes factores pueden haber provocado un aumento del número de cesáreas, como el aumento de la edad de la embarazada, la aparición de la cesárea por demanda, los partos múltiples o las debidas a una mala práctica por parte del personal sanitario (36).

Por último, una de las prácticas obstétricas más controvertidas es la realización o no de episiotomía. Este procedimiento consiste en la realización de una incisión en la parte inferior de la vagina y el tejido perineal durante la fase del expulsivo, facilitando así la salida del feto y acortando dicho periodo (37).

Esta técnica, a pesar de no contar con una clara evidencia científica, comenzó a realizarse de forma rutinaria, ya que consideraban que disminuía el dolor y prevenía posibles desgarros.

Sin embargo, a partir del siglo XX comienza a cuestionarse si esta técnica debía ser aplicada de forma sistemática. Es por ello, que hoy en día, la OMS solo aprueba la realización de la episiotomía si existe sufrimiento fetal, riesgo de desgarro de tercer grado o si el parto no progresa (38)(39).

## **5. Antecedentes**

En nuestro país, la tasa de natalidad ha ido disminuyendo progresivamente en la última década. Uno de los principales motivos por los que este suceso está ocurriendo es por el retraso en la edad de la maternidad. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España se produjeron 359.770 nacimientos en el año 2019, lo que supuso un descenso del 3'5% respecto al año anterior (40).

La tasa de mortalidad materna registrada en España en el año 2015 fue de 15 defunciones por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Esta cifra es muy similar a la registrada en la última década (41).

La prevalencia de la violencia obstétrica varía entre un 15% y un 91%, dependiendo del país en el que se lleve a cabo la asistencia al parto, además de diversos factores, como la definición que se le dé a esta (42).

En el caso de España, según un estudio publicado en el año 2020, casi un 40% de las mujeres entrevistadas reportaron haber sufrido violencia obstétrica (43).

El incremento de las cesáreas es una de las principales preocupaciones para el personal sanitario y objeto de numerosos estudios e investigaciones (35).

Según el informe publicado por la OMS en 2018, de los 140 millones de partos que tienen lugar anualmente, la mayoría, no presentan complicaciones. Sin embargo, esta misma organización afirmaba en Brasil en el año 1985 que la tasa de cesáreas no debía superar el 10-15%. Este porcentaje fue establecido basándose en aquellos países en los que la tasa de mortalidad perinatal era menor, ya que, un porcentaje superior al mencionado no implica una reducción de dicha tasa (17)(33)(44).

Sin embargo, los porcentajes estimados de cesáreas son del 15'9% en Asia, del 19% en Europa y del 3'5% en África. Además, estos porcentajes se ven incrementados cada año (45).

En 2015, la OMS sugirió utilizar el método de clasificación de Robson para comparar las tasas de cesáreas entre instituciones y en el tiempo. Éste se basa en cuatro conceptos obstétricos: los antecedentes obstétricos, el progreso del trabajo de parto, la categoría del embarazo y la edad gestacional, a continuación, se clasifica a las mujeres en 10 grupos diferentes, que se exponen en la *Tabla 2* (46)(47).

<b>1. Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación y en trabajo de parto espontáneo.</b>
<b>2. Nulíparas con un embarazo único, presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación. Parto inducido o cesárea programada.</b>
<b>3. Multíparas sin cicatriz uterina previa, embarazo único y presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación y en trabajo de parto espontáneo.</b>
<b>4. Multíparas sin cicatriz uterina previa, embarazo único y presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación, que se les ha inducido el parto o se ha realizado una cesárea programada.</b>
<b>5. Multíparas con, al menos, una cicatriz uterina previa, embarazo único presentación cefálica, de 37 semanas o más de gestación.</b>
<b>6. Nulíparas con embarazo único y presentación de nalgas.</b>
<b>7. Multíparas con embarazo único y presentación de nalgas, incluidas aquellas con cicatrices uterinas previas.</b>
<b>8. Mujeres con embarazos múltiples, incluidas aquellas que tienen cicatrices uterinas previas.</b>
<b>9. Mujeres con embarazo único con una situación transversa, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previas.</b>
<b>10. Mujeres con embarazo único y presentación cefálica de menos de 37 semanas de gestación, incluidas las que tienen cicatrices uterinas previa.</b>

*Tabla 2. Clasificación de Robson. Elaboración propia a partir de datos obtenidos de la OMS.*

En España, según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad en 2012, una de cada cuatro mujeres es sometida a una cesárea, superando claramente el porcentaje recomendado por la OMS (44).

El número de cesáreas difiere de una Comunidad Autónoma a otra, esto es debido a las diferentes políticas sanitarias existentes en cada una de ellas.

También existe variabilidad según si la mujer da a luz en un hospital público o privado, siendo más elevada la tasa de cesáreas en el sector privado. Además, en éste también se realizan más episiotomías, partos instrumentales e inducciones. Este resultado carece de lógica, ya que los partos de alto riesgo, que son los que necesitarían una mayor intervención, son atendidos en los hospitales públicos (44).

En el año 2012, la Comunidad Autónoma que presentó la tasa de cesáreas más elevada fue la Comunidad Valenciana, con un 30'1%, mientras que el País Vasco tan solo presento un 15'1%, acercándose al porcentaje recomendado por la OMS (44).

En la *Tabla 3* se muestra el número de partos que tuvieron lugar en el año 2015, clasificados por Comunidades Autónomas, y el porcentaje de aquellos que se realizaron por cesárea y los que fueron de forma natural.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TODOS LOS PARTOS	PARTO NATURAL	PARTO POR CESÁREA
<b>Total</b>	412.266	74%	26%
<b>Andalucía</b>	79.251	74%	26%
<b>Aragón</b>	11.080	77%	23%
<b>Principado de Asturias</b>	6.361	80%	20%
<b>Islas Baleares</b>	10.385	77%	23%
<b>Canarias</b>	15.860	78%	22%
<b>Cantabria</b>	4.280	74%	26%
<b>Castilla y León</b>	17.032	74%	26%
<b>Castilla-La Mancha</b>	17.843	75%	25%
<b>Cataluña</b>	69.144	71%	29%
<b>Comunidad Valenciana</b>	42.514	70%	30%
<b>Extremadura</b>	8.737	70%	30%
<b>Galicia</b>	19.110	76%	24%
<b>Comunidad de Madrid</b>	63.527	75%	25%
<b>Región de Murcia</b>	15.739	74%	26%
<b>Comunidad Foral de Navarra</b>	5.863	83%	17%
<b>País Vasco</b>	18.437	84%	16%
<b>La Rioja</b>	2.680	76%	24%
<b>Ceuta</b>	1.086	74%	26%
<b>Melilla</b>	1.492	69%	31%

*Tabla 3. Número de partos por Comunidad Autónoma y tipo de parto. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Año 2015.*

La OMS y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia consideran que las episiotomías deben ser realizadas de forma selectiva, y que el porcentaje de éstas no debe superar el 30% (39).

Es cierto que el número de episiotomías ha disminuido en los últimos años, debido, principalmente, a los cambios establecidos por diferentes organismos para conseguir que el parto sea más humanizado. Sin embargo, según el informe *European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*, España es el octavo país europeo con mayor tasa de realización de episiotomías con un 43% (37).

Al igual que ocurre con la tasa de cesáreas, el número realizado de episiotomías varía según la Comunidad Autónoma en la que la mujer sea atendida y según si el centro es público o privado, siendo, al igual que las cesáreas, superior en el sector privado (44).

## 6. Situación actual

En el año 2007, en España, se publicó la “Estrategia de atención al parto normal en el SNS”, cuyo objetivo principal es fomentar la humanización de la atención al parto en todo el país. Se elaboró tras la revisión de las prácticas actuales, basándose en la evidencia científica.

Esta publicación pretende impulsar un gran cambio en el modelo de atención al parto, atendiendo las necesidades individuales de cada mujer. Además, este modelo tiene en cuenta las emociones que puede sentir la mujer durante el proceso del parto (48).

Las principales prácticas recomendadas en esta publicación se exponen en las *Tablas 4, 5, 6, 7 y 8*.

<b>MANEJO DEL DOLOR</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar previamente a la gestante sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos.</li><li>• No realizar analgesia de rutina.</li></ul>

*Tabla 4. Recomendaciones para el manejo del dolor. Elaboración propia a partir de la Estrategia de atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad, 2007.*

<b>ENEMA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se desaconseja su administración rutinaria.</li><li>• Puede ser aplicado opcionalmente, informando previamente a la gestante, si ésta lo desea por algún motivo.</li></ul>

*Tabla 5. Recomendaciones del uso del enema. Elaboración propia a partir de la Estrategia de atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad, 2007.*

<b>RASURADO DEL PERINÉ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar realizar esta práctica de forma rutinaria a las mujeres de parto.</li> <li>• Si se considerase necesario para realizar una sutura, se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano, o según petición de la parturienta.</li> </ul>

*Tabla 6. Recomendaciones del rasurado del periné. Elaboración propia a partir de la Estrategia de atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad, 2007.*

<b>EPISIOTOMÍA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No suturar los desgarros leves o cortes menores.</li> <li>• Mejorar formación sobre la protección del periné.</li> <li>• Si es necesaria, se recomienda realizar sutura medio-lateral.</li> </ul>

*Tabla 7. Recomendaciones de la realización de episiotomía. Elaboración propia a partir de la Estrategia de atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad, 2007.*

<b>ACOMPañAMIENTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la gestante lo desea contará con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido.</li> </ul>

*Tabla 8. Recomendaciones del acompañamiento de la gestante en el proceso del parto. Elaboración propia a partir de la Estrategia de atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad, 2007.*

## Justificación

El término de violencia obstétrica es de gran importancia a nivel global. Es por ello, que prestigiosas organizaciones como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS han publicado diferentes declaraciones y manifiestos acerca del tema (49).

Además, tal es su importancia, que diferentes estudios realizados en Brasil y en España demostraron la asociación entre sufrir violencia obstétrica y el aumento de las posibilidades de padecer depresión postparto (43).

Tal y como afirman Recio Alcaide y Aguilar Redondo en sus respectivos estudios, el 25'3% de las mujeres en España son sometidas a una cesárea, con todas las posibles complicaciones que puede originar la realización de esta cirugía. Esta cifra es preocupante, ya que, según la OMS este porcentaje debería ser inferior al 15% (36) (42).

Según el estudio realizado por Sadornil-Vicario, el número de episiotomías realizadas en España es muy elevado. Debido a ello, es necesario respetar los diferentes protocolos y estrategias, los cuales aprueban la realización de ésta siempre y cuando sea de forma selectiva y no sistemática (39).

Hoy en día, siguen realizándose diferentes acciones que dan lugar a numerosos casos de violencia obstétrica, y así lo refieren Martínez Galiano o Mena-Tudela, entre otros. Sin embargo, ciertos profesionales afirman que realizan dichas acciones sin ser consciente de lo perjudicial que puede llegar a ser para la mujer. Por ello, el personal sanitario, respaldado por las políticas públicas del Gobierno, debe estar sensibilizado ante este tema y conocer las recomendaciones para evitar que se produzcan más casos (30) (43) (44).

Además, tal y como muestran los datos epidemiológicos, la tasa de cesáreas y el número de intervenciones no recomendadas siguen siendo muy elevadas.

Es necesario devolverle a la mujer el protagonismo y el poder de decidir en diferentes aspectos que se llevan a cabo durante el proceso del parto. Para alcanzar este objetivo se requiere que el personal de enfermería ponga en práctica las propuestas de los diferentes organismos y asociaciones.

Para lograr reducir dichas tasas y aumentar la calidad de la atención obstétrica, se va a realizar un proyecto educativo dirigido a enfermeras y matronas consiguiendo así ampliar sus conocimientos sobre la modalidad del parto humanizado, y, consecuentemente, aumentar la satisfacción de la mujer.

## **7. Metodología**

### **7.1 Población y captación**

#### **7.1.1 Población diana**

Este proyecto educativo va dirigido a los profesionales sanitarios, concretamente, a matronas y enfermeros del área de obstetricia. Se incluirá al personal sanitario que trabaje en paritorio, quirófano y plantas de hospitalización obstétrica.

Además, los alumnos en formación de cualquiera de los colectivos mencionados previamente podrán asistir a las diferentes sesiones programadas si así lo desean.

Este colectivo, tal y como se ha mencionado anteriormente, es imprescindible en la prestación de cuidados a la mujer durante el proceso del embarazo, parto y puerperio. Por ello, este proyecto ayudará a actualizar sus conocimientos y, poder así, actuar en base a la evidencia científica, siguiendo las recomendaciones establecidas por las diferentes organizaciones oficiales.

El proyecto educativo se desarrollará en el Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, siendo éste un hospital universitario de referencia a nivel nacional. Además de ser una de las maternidades con mayor actividad en España. Dicho hospital se encuentra ubicado en Madrid, concretamente, en la calle O' Donell.

En definitiva, los criterios de inclusión son los siguientes:

- Estar en posesión del título correspondiente (matrona o enfermera)
- Estudiantes que estén realizando sus prácticas clínicas (EIR matrona y/o alumnos de enfermería)
- Encontrarse trabajando en el área de obstetricia del Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.

En el hospital Gregorio Marañón la plantilla de matronas es de 50 profesionales, la plantilla de enfermeras en el quirófano de 16 y en el área obstétrica 34. Lo que hace un total de 100 profesionales.

### 7.1.2 Captación

Para poder organizar la captación se solicitarán los correspondientes permisos a la dirección de enfermería del hospital y del área obstétrica. Se mostrará el estudio de necesidades realizado previamente, así como el programa y su fundamentación.

El curso se enviará a la acreditación de formación continuada de la Comunidad de Madrid para formación de profesionales sanitarios. Conseguir esta acreditación del curso le dará valor de formación profesional acreditada, con lo que su valor aumentará y los profesionales tendrán mayor facilidad institucional de acceso y mayor motivación, ya que les puntuará como formación continuada.

Una vez obtenidos los permisos de impartición del programa, la captación para que el personal sanitario conozca y se interese por las diferentes sesiones que se impartirán, se realizará a través de diferentes vías:

- Sesión informativa: En cada una de las unidades en las que se va a captar el personal se va a realizar una sesión informativa sobre el mismo.
- Cartelería: se repartirá un folleto (*Anexo 1*), a todas las matronas y a todas las enfermeras de quirófano y del área obstétrica, así como a las residentes de matrona y alumnos de enfermería que se encuentren realizando la formación en ese momento en dichos servicios del hospital. También se colocará en los tablones de diferentes servicios seleccionados.
- Mensajería: se enviará un mensaje de información a todos los profesionales en el que se adjuntará el folleto informativo (*Anexo nº 1*). Se enviarán mensajes de recordatorio de fechas en las que pueden inscribirse y después de las fechas en las que hayan sido inscritos
- Recuerdo directo: se solicitará a todas las supervisoras, de las diferentes unidades, que faciliten la asistencia de los profesionales a los diferentes grupos en los que se va a impartir el programa y que les recuerden las fechas en las que hayan sido inscritos.

Este proceso se llevará a cabo entre los meses de marzo y abril del año 2021, fijándose la primera sesión en mayo de ese mismo año.

## 7.2 Objetivos

### 7.2.1 Objetivos generales

El objetivo general por el que se va a desarrollar este proyecto es que los profesionales sanitarios que trabajen en el área obstétrica conozcan los cuidados que favorecen una atención más humanizada del parto, y consigan así aumentar la calidad de la atención obstétrica.

### 7.2.2 Objetivos específicos

Teniendo en cuenta las diferentes áreas de aprendizaje, se organizan en el área cognitiva, de habilidades y de actitudes.

- Área cognitiva
  - Al finalizar el programa educativo, el participante será capaz de:
    - Identificar su conocimiento previo mediante un pretest sobre la atención al parto.
    - Conocer los principales conceptos relacionados con el parto.
    - Conocer la problemática actual de la atención obstétrica.
    - Conocer el concepto de parto humanizado y el cambio que conlleva en la atención obstétrica.
    - Enumerar las indicaciones de las cesáreas y episiotomías, así como las estrategias para minimizarlas.
    - Conocer el concepto de violencia obstétrica.
    - Enumerar las principales recomendaciones de atención al parto normal.
    - Conocer el Plan de Parto en España.

- Área de habilidades:
  - Realizar una simulación aplicando el concepto de humanización adquirido en las sesiones.
  - Adquieran estrategias para minimizar la práctica de cesáreas y episiotomías.
  - Entrenen estrategias de humanización del parto a través del estudio de un caso clínico.
  - Aplicar las recomendaciones de atención al parto normal a través de una dinámica de roles.
  - Aplicar el Plan de Parto en una simulación.
  
- Área afectiva
  - Expresar pensamientos y emociones respecto a la atención obstétrica en la práctica clínica.
  - Debatir sobre la problemática actual del parto.
  - Resolver dudas sobre la atención al parto.
  - Identificar su opinión sobre la violencia obstétrica a través del coloquio grupal.
  - Interiorizar la aplicación de las recomendaciones de atención al parto normal a través de una dinámica de roles.

### **7.3 Contenidos**

#### Introducción

- Presentación de los docentes y participantes
- Contenidos a abordar y objetivos a conseguir
- Conocer los conocimientos previos de los participantes sobre la asistencia obstétrica (cuestionario pre)

#### Conceptos principales del parto

- Definiciones de parto
- Evolución histórica
- Debatir sobre la problemática actual

### Parto humanizado

- Definición del concepto parto humanizado
- Beneficios del parto humanizado

### Cesáreas

- Indicaciones para su realización
- Posibles complicaciones
- Estrategias para minimizarlas
- Porcentaje actual

### Episiotomías

- Indicaciones para su realización
- Posibles complicaciones
- Estrategias para minimizarlas
- Porcentaje actual

### Violencia obstétrica

- Definición de violencia obstétrica
- Prácticas que dan lugar a violencia obstétrica
- Trabajo del concepto mediante experiencias de parto

### ¿Cómo podemos prestar una atención obstétrica de calidad?

- Tormenta de ideas

### Estrategias de atención humanizada en el parto

- Resolución de caso clínico

### Plan de parto actual

- Recomendaciones de atención al parto normal
- “Estrategia de atención al parto normal en el SNS”
- Aplicación de las recomendaciones de atención al parto normal y el Plan de Parto (juego de roles)

## Conclusiones

- Conocer los conocimientos adquiridos por los participantes (cuestionario post)
- Resolución de dudas e identificación de conceptos clave

## **7.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales**

### 7.4.1 Planificación general

- Definir la población diana
- Formular los objetivos generales
- Formular los objetivos específicos (área cognitiva, área de habilidades y área afectiva)
- Contenidos a abordar en el proyecto
- Establecer un cronograma general
- Captar al personal sanitario
- Inscripción de los participantes
- Impartición de 3 sesiones de 1 hora y 45 minutos de duración
- Evaluar a corto, medio y largo plazo
- Conclusiones

### 7.4.2 Cronograma general

El proyecto constará de 3 sesiones, con una duración de 1 hora y 45 minutos cada una ellas. Se realizarán lunes, miércoles y viernes en turno de mañana. También se impartirán estas mismas sesiones en turno de tarde, para facilitar así la asistencia. Las fechas y horarios establecidos se muestran en la *Tabla 9*.

	<b>1ª SESIÓN</b>	<b>2ª SESIÓN</b>	<b>3ª SESIÓN</b>
<b>GRUPO 1</b> <b>(11:00 -12:45)</b>	26 de mayo del 2021	27 de mayo de 2021	28 de mayo del 2021
<b>GRUPO 2</b> <b>(17:00 – 18:45)</b>	26 de mayo del 2021	27 de mayo del 2021	28 de mayo del 2021
<b>GRUPO 3</b> <b>(11:00 -12:45)</b>	29 de mayo del 2021	30 de mayo del 2021	31 de mayo del 2021
<b>GRUPO 4</b> <b>(17:00 – 18:45)</b>	29 de mayo del 2021	30 de mayo del 2021	31 de mayo del 2021

*Tabla 9. Cronograma general*

#### 7.4.3 Número de participantes

El número de participantes será de un máximo de 25 personas, respetando en todo momento las necesarias medidas de seguridad contra el SARS-CoV-2, manteniendo la distancia mínima de seguridad, haciendo uso de mascarilla en todo momento y la obligación de utilizar gel hidroalcohólico antes de entrar en la sala.

#### 7.4.4 Docentes

Cada sesión estará dirigida por dos docentes, una matrona y una enfermera.

#### 7.4.5 Sesiones

En las siguientes tablas se muestran las características de cada sesión. Incluyendo los contenidos que serán impartidos en cada una de ellas, la duración de cada apartado, los objetivos a conseguir, la técnica utilizada, los recursos empleados, y, por último, la evaluación.

##### **Sesión 1**

En primer lugar, se procederá a la presentación de los docentes. Tras finalizar este apartado, para que los participantes se conozcan entre ellos, se procederá a utilizar una técnica de iniciación grupal, en este caso se empleará la dinámica del Ovillo, en la que cada persona, cuando reciba el ovillo de lana, se presentará, diciendo su nombre y profesión. El objetivo de esta técnica es crear un ambiente de confianza y fomentar la participación. Además, dicha técnica facilitará la expresión de sentimientos y la verbalización de sus experiencias respecto al tema tratado.

A continuación, los docentes mencionarán los temas a tratar y el orden a seguir durante las 3 sesiones. Además, se mostrarán los objetivos que se esperan alcanzar tras finalizar dichas sesiones.

Seguidamente, se repartirá un cuestionario pre para valorar los conocimientos previos de los participantes sobre la asistencia obstétrica (*Anexo 2*).

En el apartado de introducción se comenzará utilizando la técnica expositiva, en este caso se llevará a cabo mediante un debate. Se expondrán las definiciones del parto ofrecidas por los diferentes organismos oficiales. Posteriormente, se tratará la evolución de la atención al parto, centrándose en la medicalización de éste. A continuación, se mostrará y debatirá sobre la problemática actual, analizando los datos epidemiológicos.

Finalmente, se procederá a la resolución de las posibles dudas y preguntas. Además, los participantes identificarán los conceptos clave.

## CONCEPTOS GENERALES DEL PARTO

### 1ª SESIÓN

FECHA	DURACIÓN	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	EVALUACIÓN
24/05/21	20 minutos	Que los participantes conozcan a los docentes y se conozcan entre ellos para que se cree un ambiente de confianza que facilite la participación	Presentación de los docentes y de los participantes	Técnica de iniciación grupal: dinámica del ovillo	Disposición de la sala en círculo.  Ovillo de lana	Cuestionario de satisfacción
	10 minutos	Que los participantes conozcan los objetivos y los contenidos que se abordarán en el taller	Contenidos a tratar y objetivos a conseguir	Técnica expositiva: charla-coloquio	Presentación Power Point	Observación
	15 minutos	Que los participantes muestren sus conocimientos previos sobre la asistencia obstétrica	Realización de cuestionario pre sobre la asistencia obstétrica	Técnica de evaluación test pre-post	Papel y bolígrafos	Cuestionario de evaluación pre

	45 minutos	Que los participantes conozcan los conceptos principales del parto y debatan sobre la problemática actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Definiciones de parto</li> <li>-Evolución histórica</li> <li>-Problemática actual</li> </ul>	Técnica expositiva: debate	Presentación Power Point	Observación
	15 minutos	Que los participantes aclaren sus dudas e identifiquen los conceptos clave	Dudas y conclusiones	--	--	Observación y participación

## **Sesión 2**

En esta segunda sesión se introducirá el apartado del parto humanizado, comenzando con la definición de éste y sus beneficios.

A continuación, se expondrán las indicaciones para la realización de una cesárea y de las episiotomías, además de sus posibles complicaciones. También se expondrán las estrategias para minimizarlas. Todo ello se llevará a cabo mediante técnica expositiva y debate.

Posteriormente, se tratará el concepto de violencia obstétrica, centrándose en las prácticas que deben ser evitadas. Se trabajará el concepto mediante experiencias de parto.

Seguidamente, se utilizará la técnica de tormenta de ideas, a partir de la pregunta “¿Cómo podemos prestar una atención obstétrica de calidad?”, en la que los participantes expondrán diferentes propuestas para mejorar la atención obstétrica, y poder así compartir sensaciones acerca de la atención obstétrica actual.

Una vez finalizado este bloque, se analizará un caso clínico, en el que la atención no sea humanizada. Deberá debatirse conjuntamente y buscar una solución, basándose en las definiciones aprendidas. De esta manera, los participantes entrenarán las estrategias de humanización en el parto.

Por último, se hará un resumen de los conocimientos adquiridos para que los participantes puedan identificar los conceptos clave trabajados durante la sesión y se dejará tiempo para posibles dudas y preguntas.

<b>PARTO HUMANIZADO</b>						
<b>2ª SESIÓN</b>						
<b>FECHA</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>OBJETIVOS EDUCATIVOS</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>26/05/21</b>	10 minutos	Que los participantes conozcan el concepto de parto humanizado y sus beneficios	Definición de parto humanizado y sus beneficios	Técnica expositiva	Presentación Power Point	Observación
	20 minutos	Que los participantes conozcan las indicaciones de las cesáreas y episiotomías, así como las estrategias para minimizarlas	Indicación de cesáreas y episiotomías, posibles complicaciones. Estrategias para minimizarlas	Técnica expositiva y debate	Presentación Power Point	Observación
	20 minutos	Que los participantes conozcan el concepto de violencia obstétrica y trabajen el concepto	Definición de violencia obstétrica. Trabajo del concepto mediante experiencias de parto	Técnica expositiva Técnica participativa de exploración de experiencias de parto	Presentación Power Point Pizarra y rotuladores	Observación

	15 minutos	Que los participantes compartan y escuchen sensaciones acerca de la atención obstétrica en la práctica clínica	¿Cómo podemos prestar una atención obstétrica de calidad?	Método de "Investigación de aula": tormenta de ideas	Pizarra y rotuladores	Observación
	25 minutos	Que los participantes entrenen las estrategias de humanización del parto	Estrategias de atención humanizada en el parto	Técnica de análisis de caso	Papel con explicación del caso	Caso clínico
	15 minutos	Que los participantes aclaren sus dudas e identifiquen los conceptos clave	Dudas y conclusiones	--	--	Observación y participación

### **Sesión 3**

En esta última sesión, se expondrán las principales recomendaciones de atención al parto normal y el Plan de Parto actual en España, basándose en la “Estrategia de atención al parto normal en el SNS”

A continuación, se llevará a cabo una dinámica de roles, que ayudará a reforzar el área de habilidades, y poder así aplicar las recomendaciones de atención al parto normal y el Plan de Parto explicados anteriormente. En dicha técnica, se necesitará la participación de tres asistentes. Uno de ellos actuará de embarazada, otro de acompañante, y otro de enfermera o matrona, según a que colectivo pertenezca.

Se recreará una situación real, en la cual, el profesional sanitario deberá actuar en base a las prácticas recomendadas previamente expuestas.

Finalmente, se realizará el cuestionario post, para comprobar si se han adquirido los conocimientos previstos.

Por último, se dejará tiempo para resolver dudas e identificar los conceptos clave. Y, finalmente, se agradecerá la asistencia a las sesiones.

## RECOMENDACIONES Y PLAN DE PARTO

### 3ª SESIÓN

FECHA	DURACIÓN	OBJETIVOS EDUCATIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	EVALUACIÓN
<b>28/05/21</b>	20 minutos	Que los participantes conozcan las principales recomendaciones de atención al parto normal	Recomendaciones de atención al parto normal	Técnica expositiva	Presentación Power Point	Observación
	20 minutos	Que los participantes conozcan el Plan de Parto en España	“Estrategia de atención al parto normal en el SNS”	Técnica expositiva	Presentación Power Point	Observación
	35 minutos	Que los participantes apliquen las recomendaciones de atención al parto normal	Aplicación de las recomendaciones de atención al parto normal y Plan de Parto	Técnica para el desarrollo de habilidades (dinámica de roles)	Camilla y batas	Juego de roles
	15 minutos	Que los participantes muestren los conocimientos adquiridos	Realización de cuestionario post	Técnica de evaluación test pre-post	Papel y bolígrafos	Cuestionario de evaluación post

	15 minutos	Que los participantes aclaren sus dudas e identifiquen los conceptos clave	Dudas y conclusiones	--	--	Observación y participación
--	------------	--	----------------------	----	----	-----------------------------

#### 7.4.6 Lugar de celebración

Las sesiones se llevarán a cabo en la sala de formación del Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Dicha sala se encuentra situada en la planta baja del Hospital, junto a la consulta de enfermería de Diabetes Gestacional. Dispone de iluminación natural y calefacción. Sin embargo, las ventanas permanecerán abiertas para garantizar una correcta ventilación debido al SARS-CoV-2. Cuenta con sillas con mesa incorporada, y su capacidad total es de 50 asistentes. Siendo el número total de asistentes por sesión de 25 personas, permitirá mantener la distancia de seguridad entre los participantes.

### 7.5 Evaluación

Este apartado es de gran importancia, ya que permitirá juzgar la utilidad del proyecto. Es decir, servirá para determinar si el aprendizaje es significativo y para valorar la consecución de los objetivos marcados. Además, permitirá observar los posibles errores cometidos para mejorar en la próxima ocasión. Se tendrá en cuenta si el número de asistentes y el lugar en el que se ha llevado a cabo ha sido adecuado. También se valorará si el cronograma estaba adaptado a las necesidades de los participantes y si las técnicas empleadas durante las sesiones han sido de utilidad.

#### 7.5.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo

En este apartado, los docentes deberán verificar el número de asistentes a cada sesión. Para ello dispondrán de una hoja de asistencia (*Anexo 3*). En dicha hoja podremos observar a que población hemos captado para que acudan a las sesiones.

Los educadores también deberán valorar mediante observación el ambiente percibido en las sesiones.

Por otra parte, tras finalizar el proyecto, se entregará una encuesta de satisfacción (*Anexo 4*). En dicha encuesta se valorará mediante una escala tipo Likert del 1 al 5 el grado de satisfacción con los elementos evaluados. De la estructura se valorarán los siguientes parámetros: información previa al inicio del taller, facilidad para la inscripción al taller, organización del curso, duración y horario del curso. También se valorará el lugar del taller, la adecuación de las instalaciones y la amplitud y luminosidad del aula en el que se impartieron las sesiones.

El profesorado se evaluará mediante los siguientes parámetros: conocimiento del profesorado, cercanía del profesorado, aclaración de dudas y evaluación global del profesorado.

Por último, del proceso se valorarán los siguientes parámetros: métodos didácticos empleados, aplicación del contenido a su profesión, claridad en las explicaciones, cumplimiento de objetivos, incitación a la participación, cumplimiento de las medidas COVID-19, recomendación del taller, opinión global del taller impartido, observaciones y sugerencias.

## 7.5.2 Evaluación de los resultados educativos

Este apartado es necesario para valorar si los objetivos del proyecto educativo se han cumplido. Se llevará a cabo mediante la realización de un cuestionario para verificar que los participantes han adquirido los conocimientos, actitudes y habilidades impartidas en las diversas sesiones (*Anexo 5*).

### 7.5.2.1 Evaluación a corto plazo

Los docentes evaluarán la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes propuestos en los objetivos específicos del programa. Pasarán un cuestionario de conocimientos previo para orientarse del nivel de conocimientos del alumnado (*Anexo 2*). Al finalizar el curso pasarán un cuestionario de evaluación de adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes (*Anexo 5*).

### 7.5.2.2 Evaluación a medio y/o largo plazo

Seis meses después de impartir el taller, los educadores evaluarán si los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos con el programa educativo permanecen en los profesionales tras estos meses.

Para ello, se mandará un correo electrónico a cada uno de los participantes con un cuestionario que deben rellenar (*Anexo 6*).

## Bibliografía

1. Biurrún-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2013;14(2):62–66.
2. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery.* 2017;21(4):1-6.
3. Macías MG, Haro-Alvarado JI, Piloso-Gómez FE, Galarza-Soledispa GL, Triviño-Vera B. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias.* 2018;4(3):392–415.
4. Arnau Sánchez J, Martínez Roche MA, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana.* 2012; 7(2):225-247.
5. Riquelme R, Mar M, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. *Matronas Prof.* 2005; 6(4): 9-12.
6. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015 May 1;23(3):520–6.
7. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Rev Cuba Obstetr Ginecol.* 2018;44(3):1-12.
8. Vilela AT, Tenório DDS, Silva RM dos S, Silva JCB da, Albuquerque NLA. Perception of obstetric nurses before humanized birth. *Rev Enferm UFPE On Line.* [Internet]. 2019 [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241480/33474>
9. Arnau Sánchez J, Martínez Roche M, Nicolás Viguera M, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los Conceptos Del Parto Normal Natural Y Humanizado. *Rev Antropol Iberoam.* 2012;7(2):225-247.
10. Mabuchi AS, Fustinoni SM. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2008; 21(3): 420-6.
11. Llobera CR. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas, *Matronas Prof.* 2018; 19(1): 12-20.

12. Dehnavieh R, Nia RG, Nazeri Z. The challenges and achievements in the implementation of the natural childbirth instruction program: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020;25(6):502–13.
13. Carvajal Cabrera JA, Martinovic CP, Fernández CA. Parto natural ¿Qué nos dice la evidencia? *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas.* 2017;42(1):49-60.
14. Palma-Espinoza M. Parto Humanizado. *Acta Médica Costarricense.* 2020; 62(2):52-53.
15. Cáceres F, Nieves G. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2017;68(2):128-34.
16. Esmaeili Darmian M, Yousefzadeh S, Fathi Najafi T, Javadi SV. Comparative study of teaching natural delivery benefits and optimism training on mothers' attitude and intention to select a type of delivery: an educational experiment. *Electron Physician.* 2018;10(7):7038–45.
17. Laboratorios Andrómaco. Recomendaciones de la OMS para un parto humanizado [Internet]. *Andromaco.com.* Laboratorios Andrómaco; 2018 [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.andromaco.com/conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado>
18. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España). *Iniciativa Parto Normal: Guía para madres y padres.* Pamplona; 2011.p.11-31
20. Parto Humanizado Como Estrategia De Salud Publica En Atención Primaria. *Rev Científica Mundo la Investig y el Conoc.* 2018;2(3):730-745.
21. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. Nacimiento humanizado. Aportes a la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en Cifras.* 2012;10(2):44-59.
22. Lira IM da S, e Silva Melo SS, Gouveia MT de O, Feitosa VC, Guimarães TMM. Educational intervention to improve normal childbirth care. *Enferm Glob.* 2020;19(2):247–56.
23. Versiani CDC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. The meaning of humanized childbirth for pregnant women. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2015;7(1):1927-1935.

- 24.** Silva D, da Silva BT, Batista TF, Rodrigues QP. Humanization practices with pregnant women in the hospital environment: Integrative review. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32: e21517.
- 25.** Silva Ú, Fernandes BM, Paes MSL, Duque DAA. Nursing care experienced by women during the childbirth in the humanization perspective. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(4):1273-9.
- 26.** Henao Lopez CP, Osorio Galeano SP, Salazar Blandón DA. Relación entre el personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo de parto. *Rev Cienc y Cuid.* 2020;17(1):71–84.
- 27.** Contreras M, Guaymás M. Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado. *Notas de Enfermería.* 2017;17(29):9-16.
- 28.** Castro A, Savage V. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Med Anthropol Cross Cult Stud Heal Illn.* 2019;38(2):123-36.
- 29.** Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Lat.Am. Enfermagem* [Internet] 2018 [acceso el 29 de marzo de 2021];26: e3069. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8037882/>.
- 30.** Al Adib Mendiri M, Ibáñez Bernáldez M, Casado Blanco M, Santos Redondo P. Revisión bibliográfica la violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. 2017;34(1):104-111.
- 31.** Antonio J, Araujo E. VIOLENCIA OBSTETRICA. Reseña del libro de Margarita Boladeras y Josefina Goberna sobre el tema [Internet]. 2018. [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/329514901>
- 32.** Medina-Pinto SE, Ortiz-Gavilán AV, Miño LC. Incidencia e indicaciones de cesáreas. *Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina.* 2011;207: 11-15
- 33.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1)
- 34.** Fonseca-Pérez JE. Cesárea por solicitud materna (CPSM). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017;68(1):7-10.
- 35.** Heidari Z, Kohan S. The Comparison of Knowledge and Attitude of Midwifery and Nursing Students towards Natural Childbirth and Cesarean Section. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.* 2015; 3(4):437-443.

**36.** Aguilar Redondo R, Manrique Fuentes G, Aisa Denaroso LM, Delgado Martínez L. Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. *Rev Chil Obstet y Ginecol.* 2016; 81(2): 99-104.

**37.** Martínez-Roche E, Isabel García Lorca Calle Enrique Tierno Galván número A, Raal E. Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de la Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Rev Esp Salud Pública [Internet].* 2019; 93:16–7. [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: [www.msc.es/resp](http://www.msc.es/resp)

**38.** Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Abarca-Cañada E. Episiotomía restrictiva en el Hospital Universitario de La Ribera (Alzira, Valencia). *Matronas Hoy.* 2016; 4(1): 11-6.

**39.** Sadornil-Vicario ME, Espinilla-Sanz B, González-Nicolás I, Albillos-Alonso L, Marcos-Peña S, Fernández-Pernia B. Evolución de la tasa de episiotomías en el Hospital Universitario de Burgos y su relación con los resultados perineales y neonatales. *Matronas Profesión.* 2016;17(2): 39-46.

**40.** Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. Ine.es. [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e301/provi&file=pcaxis>

**41.** Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2018 [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.2\\_SituacionSalud.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.2_SituacionSalud.pdf)

**42.** Recio A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *DILEMATA.* 2015; (18):13–26.

**43.** Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth.* [Internet]. Octubre 2020. [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519220303590>

**44.** Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Nov 1;17(21):1–14.

**45.** Wang LH, Seow KM, Chen LR, Chen KH. The health impact of surgical techniques and assistive methods used in cesarean deliveries: A systemic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* MDPI AG; 2020;17(18):1–16.

**46.** Aguirre R, Antón JI, Triunfo P. An analysis of caesarean sections in Uruguay by type of hospital. *Gac Sanit.* 2019 Jul 1;33(4):333–40.

**47.** Manny-Zitle AI, Tovar-Rodríguez JM. Incidence of cesarean section according to Robson's classification in the department of Gynecology and Obstetrics of the General Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, ISSSTE. Cir y Cir English Ed. 2018 May 1;86(3):261–9.

**48.** Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (España), de Sanidad. PBD, de Ciencia e Innovación. EM, de Sanidad y Política Social. EM. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal: versión resumida. Vitoria, España: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [acceso el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eguidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

**49.** Iglesias S, Conde M, González S, Parada ME. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. Musas. 2019;(4):77–97.

## Anexos

### Anexo 1: Folleto proyecto educativo



**TALLER DE HUMANIZACIÓN EN EL PARTO**

Dirigido a matronas y enfermeras

**LUGAR:** sala de formación Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón

**FECHA:** del 26 al 31 de mayo de 2021

**HORARIO:** 11:00 - 12:45  
ó  
17:00 - 18:45



- España supera el porcentaje de cesáreas que fija la OMS.
- Es el octavo país europeo con mayor tasa de episiotomías.
- Se darán a conocer las recomendaciones oficiales, basadas en la evidencia científica.
- Queremos que la mujer viva el parto como una experiencia positiva.

**¡Apúntate a través del correo corporativo!**



## Anexo 2: Cuestionario pre-post

PREGUNTA	GRADO DE CONOCIMIENTO				
	1	2	3	4	5
¿En qué grado puede describir la fisiología del parto?	<input type="radio"/>				
¿En qué grado conoce el concepto de parto humanizado?	<input type="radio"/>				
¿Conoce la problemática actual relacionada con el parto?	<input type="radio"/>				
¿En qué grado está familiarizado con la “Estrategia de atención al parto normal en el SNS”?	<input type="radio"/>				
¿Considera que sigue las recomendaciones oficiales establecidas?	<input type="radio"/>				
¿Considera que le da importancia al acompañante durante el proceso del parto?	<input type="radio"/>				
¿En qué grado conoce el concepto de violencia obstétrica?	<input type="radio"/>				
¿En que grado considera que le da protagonismo a la mujer en el proceso del parto?	<input type="radio"/>				
¿Sabría enumerar las posibles complicaciones de una cesárea?	<input type="radio"/>				
¿Sabría enumerar las posibles complicaciones de una episiotomía?	<input type="radio"/>				
¿Evita procedimientos no basados en la evidencia científica?	<input type="radio"/>				
¿Anima a la mujer a expresar sus deseos y preferencias?	<input type="radio"/>				



## Anexo 4: Encuesta de satisfacción

PREGUNTA	GRADO DE SATISFACCIÓN				
	1	2	3	4	5
Información previa al inicio del taller	0	0	0	0	0
Facilidad para la inscripción al taller	0	0	0	0	0
Organización del curso	0	0	0	0	0
Duración del curso	0	0	0	0	0
Horario del curso	0	0	0	0	0
Lugar del taller	0	0	0	0	0
Adecuación de las instalaciones	0	0	0	0	0
El aula tenía la amplitud e iluminación suficiente	0	0	0	0	0
Conocimiento del profesorado	0	0	0	0	0
Cercanía del profesorado	0	0	0	0	0
Aclaración de dudas	0	0	0	0	0
Evaluación global del profesorado	0	0	0	0	0
Métodos didácticos empleados	0	0	0	0	0

Aplicación del contenido a su profesión	<input type="radio"/>				
Claridad en las explicaciones	<input type="radio"/>				
Cumplimiento de los objetivos	<input type="radio"/>				
Incitación a la participación	<input type="radio"/>				
Cumplimiento de las medidas COVID-19	<input type="radio"/>				
Recomendación del taller	<input type="radio"/>				
Opinión global del taller impartido	<input type="radio"/>				
Observaciones y sugerencias					

## Anexo 5: Cuestionario evaluación de conocimientos final

PREGUNTA	RESPUESTA
Defina el concepto de parto	
¿En que posición se encuentra España respecto al número de cesáreas realizadas en Europa?	
¿Qué es el parto humanizado?	
¿Qué prácticas dan lugar a la violencia obstétrica?	
¿Cuándo está indicada la realización de una cesárea?	
¿Qué estrategias podemos emplear para disminuir el número de cesáreas?	
¿Cuándo está indicada la realización de una episiotomía?	
¿Qué estrategias podemos emplear para disminuir el número de episiotomías?	
Enumere 4 prácticas recomendadas durante la atención al parto	
Enumere 2 técnicas alternativas para el manejo del dolor durante el proceso del parto	
Enumere 2 procedimientos realizados de forma rutinaria que deberían ser evitados	
¿Cuándo está indicado el sondaje vesical?	

## Anexo 6: Cuestionario evaluación a medio y/o largo plazo

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SÍ	NO
¿Anima a la mujer a elaborar un Plan de Parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Aplica analgesia de forma rutinaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Informa a la mujer de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Permite que la mujer esté acompañada durante todo el proceso del parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Anima al acompañante a implicarse en proceso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Realiza rasurado del periné de forma rutinaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ofrece cuidados individualizados, basándose en las preferencias de la mujer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Restringe la toma de líquidos durante el trabajo de un parto normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Suele realizar la maniobra de Kristeller?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Realiza sondaje vesical de forma rutinaria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Anima a la mujer a elegir la posición para dar a luz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Anima a la mujer a deambular durante el proceso del parto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Aplica las recomendaciones oficiales enseñadas en el taller?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>