

**Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos  
de asistencia al parto en primíparas**

**Descriptive Study of Obstetric and Neonatal Outcomes in Two Models  
of Delivery Assistance in Primiparous Women**

**Um estudo descritivo dos resultados obstétricos e neonatais em dois modelos  
de assistência ao parto em primíparas**

*María Belén Conesa Ferrer*<sup>1</sup>, ORCID 0000-0002-2970-8358  
*Marcos Camacho Ávila*<sup>2</sup>, ORCID 0000-0002-7575-0418  
*Encarnación Hernández Sánchez*<sup>3</sup>, ORCID 0000-0001-6020-939X  
*Esther María López Martínez*<sup>4</sup>, ORCID 0000-0002-7295-6197  
*Ester Marín Conesa*<sup>5</sup>, ORCID 0000-0003-3934-548X

<sup>1</sup> *Universidad de Murcia, España*

<sup>2</sup> *Hospital de Huércal Overa, España*

<sup>3,4</sup> *Hospital Universitario de Torrevieja, España*

<sup>5</sup> *Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, España*

**Resumen:** Introducción: En el siglo XX el parto pasó de ser atendido en casa al ámbito hospitalario. Se adoptaron de forma acrítica intervenciones inapropiadas e innecesarias que condujeron a una deshumanización del parto. Este es el modelo que existe actualmente en la mayoría de los hospitales españoles y que fue cuestionado por la OMS ya en 1996. Objetivo: Describir las diferencias que existen en los resultados obstétricos y neonatales en primíparas en dos modelos distintos de asistencia al parto (biomédico y humanizado). Método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal. Se obtuvo una muestra por conveniencia de 205 primíparas, 110 del modelo biomédico y 95 del humanizado. Se compararon los resultados obstétricos y neonatales en dos hospitales con modelos diferentes de asistencia al parto en España. Resultados: En el modelo humanizado de asistencia al parto se obtuvieron unos mejores resultados obstétricos (inicio espontáneo, parto eutócico, periné íntegro o desgarro de I grado y menos episiotomías) que en el biomédico. No hubo diferencias en los resultados neonatales. Conclusión: Los beneficios de instaurar un modelo humanizado de asistencia al parto deberían ser considerados por los responsables de políticas sanitarias y reflejados en la mujer y su criatura.

**Palabras claves:** parto humanizado; atención perinatal; matrona; resultado del embarazo.

**Abstract:** Introduction: In the 20th century, childbirth went from being attended at home to the hospital setting. Inappropriate and unnecessary interventions were uncritically adopted,

leading to a dehumanization of childbirth. This is the model that currently exists in most Spanish hospitals, which has been questioned by the World Health Organization as early as 1996. Objective: The aim is to describe the differences in obstetrical and neonatal results across two different models of maternity care (biomedical model and humanised birth). Method: A correlational descriptive and multicenter study was carried out. A convenience sample of 205 primiparous women, 110 biomedical model and 95 humanised model, were recruited. Obstetrical and neonatal results were compared in two hospitals with different models of maternity care in Spain. Results: The humanised model of maternity care produces better obstetrical outcomes (spontaneous beginning of labour, normal vaginal birth, intact perineum and I degree tear and less episiotomies) than the biomedical model. There were no differences in neonatal outcomes. Conclusion: The benefits of implementing a humanised model of delivery care should be considered by health policy makers and reflected in the woman and her baby.

**Keywords:** humanising delivery; perinatal care; midwife; pregnancy outcome.

**Resumo:** Introdução: No século XX, o parto deixou de ser realizado em casa para ser realizado no ambiente hospitalar. Intervenções inadequadas e desnecessárias foram adotadas acriticamente, levando a uma desumanização do parto. Este é o modelo que existe atualmente na maioria dos hospitais espanhóis e que foi questionado pela Organização Mundial da Saúde já em 1996. Objetivo: O objetivo principal desse estudo é descrever as diferenças existentes nos resultados obstétricos e neonatais em primíparas em dois modelos distintos de assistência ao parto (biomédico e humanizado). Método: Foi realizado um estudo descritivo, transversal. Obteve-se uma amostra por conveniência de 205 primíparas, 110 do modelo biomédico e 95 do modelo humanizado. Os resultados obstétricos e neonatais foram comparados em dois hospitais com diferentes modelos de assistência ao parto na Espanha. Resultados: No modelo humanizado de assistência ao parto obtiveram-se melhores resultados obstétricos (início espontâneo, parto eutócico, períneo íntegro ou laceração grau I e menos episiotomias) do que no modelo biomédico. Não houve diferença nos resultados neonatais. Conclusão: Os benefícios da implementação de um modelo humanizado de assistência ao parto devem ser considerados pelos formuladores de políticas de saúde e refletidos na mulher e em seu bebê.

**Palavras-chave:** parto humanizado; assistência perinatal; matrona; resultado da gravidez.

Recibido: 26/01/2022

Aceptado: 13/09/2022

Cómo citar:

Conesa Ferrer MB, Camacho Ávila M, Hernández Sánchez E, López Martínez EM, Marín Conesa E. Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2022;11(2):e2798. DOI: 10.22235/ech.v11i2.2798

---

Correspondencia: María Belén Conesa Ferrer. E-mail: mb.conesaferrer@um.es

## Introducción

La rápida expansión tecnológica que surgió a mediados del siglo XX influyó en la atención al parto y esta tecnología se aplicó a la obstetricia. El parto pasó de ser atendido en casa a ser asistido en el ámbito hospitalario. Con la intención de mejorar la asistencia al parto se adoptaron de forma acrítica intervenciones inapropiadas e innecesarias y, muchas veces, arriesgadas, sin comprobar su efectividad y seguridad.<sup>(1-3)</sup> Este modelo de atención al parto en el ámbito hospitalario, en el que predomina la parte médica e intervencionista, es el modelo biomédico, que en la actualidad predomina en la mayoría de los hospitales españoles.

Frente a esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) redacta unas recomendaciones en las que aparece un nuevo modelo de atención al parto: el modelo humanizado. En la Conferencia Internacional acerca de la Humanización, celebrada en Brasil (2000), se definió el concepto de “humanización” y se enfatizó que podría ser aplicado al parto, evidenciándose la humanización del parto como una necesidad urgente.<sup>(4)</sup> El parto humanizado significa poner a la mujer en el centro del proceso, y promover su control y su participación activa en este.<sup>(5)</sup> Humanizar el parto también significa considerar las creencias, valores y sentimientos de la mujer y respetar su autonomía y dignidad durante el proceso del parto.<sup>(6-8)</sup> Además, este nuevo paradigma de atención al parto pretende reducir el uso de intervenciones tecnológicas en el parto normal porque es considerado como un proceso fisiológico y no como potencialmente patológico.<sup>(6,9)</sup>

En 2006, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia redactó un documento en el que se recomendaba el uso selectivo de la episiotomía y no realizar rasurado púbico, prácticas que se realizaban de forma sistemática en todos los partos.<sup>(10)</sup> La Federación de Asociaciones de Matronas de España redactó un documento de consenso basado en la evidencia científica denominado *Iniciativa al Parto Normal*. Este se usó como una guía para los profesionales que asisten el parto normal.<sup>(11)</sup>

El Sistema Nacional de Salud Español aprobó la *Estrategia de Atención al Parto Normal* en todas las Comunidades Autónomas. Este documento presenta una visión del parto como un proceso fisiológico. Pone de manifiesto la importancia de realizar un cuidado holístico que integre aspectos biológicos, emocionales y de la familia basados en la evidencia científica y respetando el rol activo de la mujer.<sup>(12)</sup> En 2010, el Ministerio de Sanidad y Política Social Español desarrolló una *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. En ella se reseñaba que debía haber una razón válida para intervenir en el parto normal, que es considerado como un proceso natural.<sup>(13)</sup>

Actualmente se asiste al nacimiento de un nuevo paradigma en la asistencia al parto, que es demandado, por un lado, por los profesionales sanitarios, por las mujeres y sus familias; y, por otro, por los sistemas sanitarios de los diferentes países del mundo. Las personas quieren ser tratadas no solo en su faceta biológica, sino de forma integral, como seres biopsicosociales; por ello, el modelo biomédico de atención al parto está siendo cuestionado por las usuarias de los servicios sanitarios.<sup>(14)</sup> La medicina basada en la evidencia científica está demostrando que el modelo actual no obtiene los resultados perinatales esperados, en cambio, un modelo humanizado podría mejorarlos y, lo más importante, lograr una mayor satisfacción para la mujer y la familia, debido a que los sitúa como centro de este proceso del parto, uno de los momentos más importantes de su vida.<sup>(15,16)</sup>

El objetivo de este estudio es identificar las diferencias que existen en los resultados obstétricos y neonatales en primíparas en dos modelos distintos de asistencia al parto

(biomédico y humanizado). La hipótesis que se plantea es que el modelo humanizado de atención al parto normal presenta mejores resultados obstétricos que el modelo biomédico, con unos resultados neonatales similares.

## **Método**

### ***Diseño del estudio***

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se exponen las diferencias que existen en los resultados obstétricos y neonatales en primíparas en dos modelos distintos de asistencia al parto (biomédico y humanizado).

### ***Escenario***

El estudio fue realizado entre abril de 2013 y octubre de 2013 en dos hospitales del sureste de España, uno localizado en Murcia y el otro en Alicante.

### ***Descripción de los hospitales del estudio***

El hospital A es un hospital público con gestión privada que cubre el Departamento 22 de Salud de la Agencia Valenciana de Salud. En el año 2013 hubo un total de 1189 nacimientos. El entorno físico está constituido por 5 salas de dilatación individuales, utilizadas tanto para el proceso de dilatación, expulsivo y puerperio inmediato (2 primeras horas), 2 salas de paritorio y un quirófano. En el hospital A se realiza el modelo humanizado.

El hospital B es un hospital público que cubre el Área I de salud del Servicio Murciano de Salud. En el año 2013 hubo un total de 7288 nacimientos. El entorno físico está constituido por 4 salas de dilatación dobles, que se utilizan para el proceso de dilatación, y una individual, que no se encuentra ubicada junto al resto y que se utiliza para preparación de mujeres con cesárea programada o en situaciones en que la mujer debería estar sola, como es en caso de aborto o muerte fetal. También hay una sala de epidural, 3 salas de paritorio y un servicio de recuperación de madres, donde permanecen las dos horas posteriores al parto. En el hospital B se realiza el modelo biomédico.

### ***Descripción de los modelos de atención al parto***

**Modelo humanizado:** En este modelo existe una asistencia al parto de bajo riesgo dirigido por matronas que sigue las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social. No se realizan intervenciones rutinarias en los partos, siempre y cuando estos se mantengan dentro de los límites de la normalidad. En la atención al parto normal se da a las mujeres la posibilidad de libertad de movimiento, tanto en el proceso de dilatación como en el expulsivo, y se permite la presencia de un acompañante de su elección durante todo el proceso. Se aplican métodos alternativos para el dolor (posturales, masajes, calor local, hidroterapia, inyección con agua estéril, Entonox), se permite la alimentación durante el parto y se realiza un contacto piel con piel de la madre con el recién nacido en todos los nacimientos, inclusive los realizados por cesárea. No se separa el neonato de su madre hasta las dos horas postparto, transcurridas las cuales se hace el pesaje y se administra la profilaxis ocular y la vitamina K; se lo viste cuando sube a la planta de maternidad. Se promociona la lactancia materna precoz.

**Modelo biomédico:** En este modelo existe una asistencia al parto de bajo riesgo con un alto nivel de intervención. Es un modelo de atención compartida (profesionales matronas y ginecólogos). Se permite la presencia del acompañante que la mujer elija durante todo el proceso, excepto en la sala de recuperación de madres debido a que es común a todas las

puérperas. El expulsivo se realiza en las salas de paritorio, después del cual el recién nacido se coloca encima de su madre para establecer el primer contacto con sus padres. Luego es recogido para pesarlo y vestirlo en la sala de paritorio. La profilaxis ocular y la vitamina K se administran en la planta de maternidad. Se promociona un inicio precoz de la lactancia materna.

### ***Población***

La población de referencia fueron las mujeres que dieron a luz en estos hospitales en el año 2013: en el hospital A hubo 1189 nacimientos y en el hospital B de 7288 nacimientos.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres que ingresasen en proceso de parto, mujeres primíparas que entendiesen el español o el inglés para poder cumplimentar el cuestionario sobre datos sociodemográficos y firmar el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres que ingresaban para cesárea programada.

Se realizó un muestreo por conveniencia con un tamaño muestral ajustado para el contraste de igualdad de dos proporciones para un nivel de significación del 5 % y una potencia del 80 % que detectaría una diferencia de un 15 % entre ambas proporciones con un tamaño de la muestra de 188. Admitiendo una pérdida de un 10 % se seleccionó un 10 % más.

### ***Técnica de recolección de datos***

Después del parto se recogió información sobre los datos del parto de la historia clínica informatizada. Los datos sociodemográficos se recogieron en el cuestionario que rellenaron las mujeres durante su estancia postparto en el hospital.

Se tomó como referencia el documento *Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*, en el que se describen como mejores resultados de la atención al parto: la obtención de mayores tasas de partos eutócicos, partos eutócicos tras cesáreas y menores tasas de amniotomías, maniobra de Kristeller, cesáreas, partos instrumentados, con ventosa, fórceps o espátulas, inducciones, episiotomías y partos eutócicos con utilización de oxitocina.

### ***Aspectos éticos***

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación de ambos centros. Se respetaron los principios éticos de la declaración de Helsinki respecto a las investigaciones que implican a seres humanos. Las mujeres fueron informadas de que su participación era voluntaria y que la información que aportasen sería confidencial. Las mujeres que accedieron a participar en el estudio firmaron previamente un consentimiento informado. A las mujeres menores de 18 años se les pidió consentimiento informado firmado por ellas y su tutor legal.

### ***Análisis de datos***

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.0 para Windows para el análisis de los datos obtenidos. En primer lugar, se realizó una estadística descriptiva usando tablas de frecuencia para exponer los datos sociodemográficos, resultados obstétricos y neonatales de la muestra. Después se realizó una comparativa de las variables de estudio entre los dos modelos de atención al parto mediante tablas de contingencia usando el test de chi-cuadrado de Pearson para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las variables cualitativas del estudio. Además, se obtuvieron la frecuencia observada, la frecuencia esperada y los residuos corregidos. Se consideró que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos modelos de atención cuando  $p < 0.05$ , los residuos

corregidos  $>$  o igual a 2 y la frecuencia esperada  $>$  5. Se realizó un análisis de regresión logística para valorar posibles variables de confusión.

## Resultados

Participaron en el estudio un total de 205 mujeres primíparas, de las cuales 110 dieron a luz en el hospital B y 95 en el Hospital A. Las características sociodemográficas se comparan en la Tabla 1. Solo se observan diferencias entre ambos grupos en el país de origen de las participantes. En el modelo humanizado se encontraron más mujeres del resto de Europa y en el modelo biomédico más mujeres españolas. Tras el análisis de regresión logística se observaron las mismas diferencias estadísticamente significativas entre ambos modelos, incluyendo la variable etnia.

**Tabla 1. Características sociodemográficas (n=205)**

Modelos de atención al parto	Modelo biomédico		Modelo humanizado		p
	N=110 n	%	N=95 n	%	
<b>Edad</b>					0.381
≤18	6	5.5	2	2.1	
19-35	87	79.8	82	86.3	
≥ 35	16	14.7	11	11.6	
<b>País de origen</b>					<b>0.005</b>
España	<b>94</b>	<b>85.5</b>	69	72.6	
Resto de Europa	4	3.7	<b>20</b>	<b>21</b>	
Sudamérica	10	9	6	6.3	
África	2	1.8	0	0	
<b>Estado civil</b>					0.551
Casada/ Pareja estable	105	95.5	88	92.6	
Soltera con apoyo familiar	5	4.5	5	5.3	
<b>Nivel educativo</b>					0.316
Primaria/EGB	18	16.4	14	14.7	
ESO/Bachillerato					
Ciclos formativos	46	41.8	54	56.8	
Estudios universitarios	46	41.8	26	27.9	
<b>Situación laboral</b>					0.970
Empleada	63	58.9	55	57.9	
Desempleada	44	41.1	38	40	
<b>Asistencia a clases preparación parto</b>					0.720
Sí	74	67.3	61	64.2	
No	36	32.7	33	34.7	

Fuente: Elaboración propia (2022)

Como se puede observar en la Tabla 1 se han perdido algunos datos sociodemográficos debido a que las participantes no los cumplimentaron en el cuestionario: faltan datos en la edad (1 en el modelo biomédico), en el estado civil (2 en el modelo humanizado), en el nivel educativo (1 en el modelo humanizado), situación laboral (3 en el modelo biomédico y 2 en el humanizado), en la asistencia a clases de preparación al parto (1 en el modelo humanizado).

Los datos del parto de la muestra se comparan en la Tabla 2. Aparecen en negrita aquellos factores en que existe una diferencia estadísticamente significativa. Se puede observar que en el hospital B un 76.3 % de los partos se inician con una inducción o con estimulación, sin embargo, en el hospital A se inician espontáneamente un 63.2 % de los mismos.

En cuanto a los métodos de alivio del dolor, en el hospital A se puede observar que las mujeres pueden elegir el uso de otros métodos alternativos. En cuanto al tipo de parto observamos que en el hospital A un 71.6 % de las mujeres presentan un parto eutócico existiendo un mayor número de partos instrumentales en el hospital B.

Aunque se realizan más estimulaciones en el hospital B, la duración del parto no es menor, sino que en el hospital A hay una mayor proporción de mujeres cuyo parto dura menos de 4 horas.

En cuanto al estado del periné se observa que existe una mayor proporción de episiotomías (68.2 %) en el hospital B, mientras que en el hospital A el 65 % de las mujeres presentan periné íntegro o desgarro de I grado.

**Tabla 2. Resultados obstétricos y neonatales (n=205)**

Modelos de atención al parto	Modelo biomédico		Modelo humanizado		p
	N=110		N= 95		
	n	%	n	%	
<b>Inicio del parto</b>					<b>0.0005</b>
Espontáneo	26	23.6	<b>60</b>	<b>63.2</b>	
Estimulación	<b>38</b>	<b>34.5</b>	0	0	
Inducción	46	41.8	35	36.8	
<b>Métodos de alivio dolor</b>					<b>0.008</b>
Ninguna					
Epidural	2	1.8	<b>10</b>	<b>10.05</b>	
Métodos alternativos	<b>103</b>	<b>93.6</b>	76	80	
Anestesia local	0	0	5	5.3	
Raquianestesia	4	3.6	4	4.2	
	1	0.9	0	0	
<b>Tipo de parto</b>					<b>0.003</b>
Eutócico	57	51.8	<b>68</b>	<b>71.6</b>	
Instrumental	<b>42</b>	<b>38.2</b>	16	16.8	
Cesárea	11	10	11	11.6	
<b>Duración parto</b>					<b>0.026</b>
0-4h	15	14	<b>25</b>	<b>26.6</b>	
> 4h	<b>92</b>	<b>86</b>	69	73.4	
<b>Estado del periné</b>					<b>0.0005</b>
Periné íntegro	19	14.5	<b>34</b>	<b>35.5</b>	
Desgarro I grado	7	6.4	<b>28</b>	<b>29.5</b>	
Desgarro II grado	5	4.5	<b>16</b>	<b>16.8</b>	
Desgarro III grado	0	0	0	0	
Episiotomía	<b>75</b>	<b>68.2</b>	17	17.9	
<b>APGAR 1/5 minutos</b>					0.883/0.990
Apgar ≥ 9 a 1 min	102	92.7	88	94.7	
Apgar ≥ 9 a 5 min	108	98.2	95	100	

Fuente: Elaboración propia (2022)

En la Tabla 2 se observa que faltan algunos datos debido a que no se han introducido en la historia clínica informatizada: en la duración del parto (falta 1 del modelo humanizado y 3 del biomédico), en el estado del periné (faltan 4 del modelo biomédico), en el test de Apgar al minuto (faltan 8 en el modelo biomédico y 7 en el humanizado) y en el test de Apgar a los 5 minutos (faltan 2 en el modelo biomédico).

### Discusión

En la comparativa de los datos del parto se observa la diferencia que existe entre ambos modelos de asistencia: el biomédico, donde predomina la medicalización, y el

humanizado, donde se considera el parto un proceso fisiológico y no se realiza ninguna intervención si se trata de un parto normal. <sup>(11, 13)</sup>

En el presente estudio se observa que en el modelo humanizado un mayor número de gestantes inician el parto de forma espontánea, en contraste con el modelo biomédico en el que la mayor proporción de gestantes lo inician con estimulaciones. La amniorrexis artificial rutinaria, acompañada o no del uso de oxitocina, es un procedimiento común en la asistencia al parto normal en España. Sin embargo, en la *Guía de Práctica Clínica sobre la Asistencia al Parto Normal* del Ministerio de Sanidad y Política Social Español no se recomienda su uso rutinario, porque no se ha observado que mejore los resultados en partos vaginales que progresan de forma normal. Además, existen interrogantes sobre los efectos no deseados en la madre y el feto. <sup>(13)</sup> La OMS no recomienda la estimulación del parto, ni la amniorrexis y el uso de oxitocina de forma rutinaria como medidas para un parto que evoluciona de forma normal. <sup>(3)</sup> Diversos estudios han evidenciado que, en modelos dirigidos por matronas, estas son menos intervencionistas y hay un menor uso de oxitocina. <sup>(18-22)</sup> Además en el presente estudio se observa que, a pesar de un mayor uso de oxitocina para la estimulación del parto en el modelo biomédico, la duración del parto es mayor que en el modelo humanizado. En un estudio de revisión conducido en 2015 tampoco se evidenciaron diferencias en la duración del parto entre el grupo asistido por matronas y el grupo asistido por obstetras. <sup>(22)</sup>

En cuanto al número de inducciones, no se observó una diferencia estadísticamente significativa. Esto es consistente con un estudio llevado a cabo en Brasil, en el que se compararon modelos de asistencia al parto dirigidos por matronas con otros modelos. <sup>(23)</sup>

En cuanto a los métodos usados para el alivio del dolor en el parto, en este estudio en el modelo humanizado se observaron diversos medios de alivio del dolor, farmacológicos y no farmacológicos (libertad de movimiento, calor inmersión en el agua, inyección de agua estéril, etc.), mientras que en el modelo biomédico se utilizan métodos farmacológicos. La OMS, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Federación de Asociaciones de Matronas de España recomiendan el uso de métodos alternativos para el alivio del dolor en el parto además de los métodos farmacológicos. <sup>(3, 11, 13)</sup> El uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor se ha observado en modelos de asistencia al parto dirigidos por matronas. <sup>(24)</sup>

En el presente estudio, en el modelo humanizado se permite a la mujer comer durante el período activo de parto si se trata de un parto normal, dato que también se encontró en la bibliografía sobre los partos asistidos por matronas. <sup>(24)</sup>

En los resultados obtenidos según el tipo de parto, en este estudio se observa que en el modelo humanizado de atención al parto hay un mayor número de partos eutócicos que en el modelo biomédico, donde se observa un mayor número de partos instrumentales. En varias revisiones sistemáticas de la bibliografía en las que se comparaban modelos de asistencia al parto dirigidos por matronas con modelos dirigidos por obstetras también se evidenció que en los modelos de matronas se producían menos intervenciones, menos partos instrumentados y un mayor número de partos espontáneos. <sup>(17, 23)</sup> En estas revisiones no se observaron diferencias en el número de cesáreas entre ambos grupos, al igual que ocurre en el presente estudio. En un estudio de cohortes retrospectivo y una revisión Cochrane donde se incluyeron 15 ensayos clínicos aleatorizados, en los que participaron un total de 17674 mujeres, se vio que se daba una menor proporción de cesáreas en el modelo dirigido por matronas. <sup>(22, 27)</sup>

Con respecto al estado del periné después del parto, en este estudio se puede ver que existen importantes diferencias entre los dos modelos comparados: en el modelo biomédico existe una mayor proporción de episiotomías que en el modelo humanizado. La OMS recomienda no realizar más de un 20 % de episiotomías, en los indicadores de calidad del Sistema Nacional de Salud de España el estándar de calidad para las episiotomías está en un 15 % y la Federación de Asociaciones de Matronas de España aconseja no superar el 10 % de episiotomías en partos normales.<sup>(11,25)</sup> Como se puede observar, el porcentaje de episiotomías es muy superior al recomendado en el modelo biomédico, esto también se observa en diversos estudios, en los modelos de atención al parto de matronas se realizan menos episiotomías, incluso en un estudio se asoció un mayor coste económico debido al mayor uso de esta en modelos de asistencia al parto dirigidos por médicos.<sup>(23, 24, 27)</sup>

Se compararon los resultados neonatales mediante el test de Apgar. En este estudio no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos modelos de atención al parto. En otros estudios también se concluyó que los modelos de asistencia al parto son igual de seguros que los dirigidos por obstetras, en cuanto a los resultados neonatales porque no se han observado diferencias entre ellos, y además incrementan la satisfacción de la mujer con su proceso de parto.<sup>(19, 23, 26, 28)</sup>

Este estudio presenta algunas limitaciones, entre ellas, que la muestra recogida fue pequeña y por conveniencia. El hecho de usar una muestra por conveniencia se justifica porque supone un menor coste económico y que se haya podido realizar en un período de tiempo más breve. Debido al tamaño muestral, no se pueden generalizar los resultados obtenidos. Harían falta más estudios similares para poder extrapolar y generalizar los resultados.

## Conclusión

En el modelo humanizado de asistencia al parto se obtienen unos mejores resultados obstétricos que el modelo biomédico: mayor porcentaje de inicio del parto de forma espontánea, menor duración del parto, mayor uso de métodos alternativos de alivio del dolor y menor uso de analgesia epidural, más partos eutócicos, mayor porcentaje de periné íntegro y desgarros de I grado y menos episiotomías. Los resultados neonatales en ambos modelos son óptimos, sin que exista diferencias entre estos.

Esto es importante para los profesionales sanitarios implicados en la asistencia al parto, sobre todo para las matronas, debido a que son los profesionales más adecuados para la atención al parto normal. El modelo humanizado de atención al parto intenta prevenir el uso innecesario de intervenciones médicas. Se obtienen unos resultados obstétricos excelentes y se ajusta a las actuales recomendaciones de la OMS, y es igual de seguro para la madre y el recién nacido. Además, promueve que los profesionales establezcan una relación empática con las mujeres, al interesarse por sus expectativas y necesidades.

Para los administradores y gestores del sistema sanitario este estudio puede ser un modelo referente para implantar en el medio hospitalario, debido a que produce importantes beneficios para la mujer y su criatura como es un alto nivel de satisfacción.

Entre los beneficios que se han evidenciado en los modelos humanizados de asistencia al parto para la mujer y su criatura se encuentra que es un modelo centrado en la mujer, el niño y la familia, a quienes se les ofrece información durante la asistencia en el trabajo de parto. Esto incrementa su percepción de control interna y externa, además de facilitar la comprensión sobre el cuidado realizado y posibilitar su participación en los

procesos decisivos. Además, se respeta la privacidad y dignidad del paciente y la familia. El hecho de obtener mejores resultados obstétricos (más partos eutócicos y menos episiotomías) hace que la mujer tenga una mejor recuperación postparto, menos dolor en el postparto, mayor capacidad para realizar actividades de la vida diaria y un inicio de la lactancia materna más satisfactorio.

### Referencias bibliográficas

1. Cerdán-Jiménez MD, Carballo-Aliseda MD, Gómez-Fernández A, Heredia-Prim F, Salgado-Poveda I, Cayuela-Font E. Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófano. *Musas Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* [Internet]. 2017 [citado 23 mar 2022];2(1):42-56. DOI: 10.1344/musas2017.vol2.num1.3
2. Luces Lago AM, Mosquera Pan L, Freire Barja N, Pena Fernández D, Tizón Bouza E. Humanización del parto: prácticas recomendadas en partos de bajo riesgo. *Tiempos de enfermería y salud* [Internet]. 2019 [citado 23 mar 2022];2(7):36-41. Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/78>
3. Borges Damas L, Sixto Pérez A, Sánchez Machado R. Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2018 [citado 23 mar 2022];34(2). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1426/357>
4. Macías Intriago MG, Tacoamán Acurio IJ, Giler Saltos LA, Quimis Guerrido WM, Choez Reyes ML, Álvarez Lara MM. Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2018 [citado 23 mar 2022];2(3):730-45. DOI: 10.26820/recimundo/2.(3).septiembre.2018.730-745
5. Jiménez Hernández GE, Peña Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2018 [citado 23 mar 2022];50(4):320-7. DOI: 10.18273/revsal.v50n4-2018005
6. Franco Coffre JA, Calderon Intriago LG, Cujilan Alvarado MC, Salazar Menéndez JP. Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi “Dr. José Cevallos Ruíz”. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2018 [citado 23 mar 2022];2(1):716-36. DOI: 10.26820/recimundo/2.1.2018.716-736
7. Lanero S, Lanero A. La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto. *Matronas Prof.* 2020;21(2):54-61.
8. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women’s Health.* 2011;11(1):53. DOI: 10.1186/1472-6874-11-53

9. Martín-Castañeda LB. “Lo más natural posible”: Narrativas de matrona de atención primaria y hospitalaria en el paradigma del parto humanizado. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* [Internet]. 2021 [citado 23 mar 2022];6(1):38-58. DOI: 10.1344/musas2021.vol6.num1.3
10. Biurrun Garrido A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol [Tesis de doctorado]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2017. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/118125>
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2008 [citado 2 ene 2022]. Disponible en: <http://www.060.es>.
12. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [internet]. País Vasco: Ministerio de Sanidad y Política Social; [citado 18 ene 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>
13. McCourt C. Technologies of birth and models of midwifery care. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp):168-77.
14. Cifre RL. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Prof*. 2018;19(1):12-20.
15. Mayra da Silva Lira I, Santos e Silva Melo S, Teles de Oliveira Gouveia M, Cipriano Feitosa V, Maria Melo Guimarães T. Intervenção educacional para melhoria na assistência ao trabalho de parto normal. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 [citado 23 mar 2022];19(2):226-56. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/382581>
16. Souter V, Nethery E, Kopas ML, Wurz H, Sitcov K, Caughey AB. Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstet Gynecol*. 2019 Nov;134(5):1056-1065. PMID: 31599830. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003521.
17. Declercq ER, Belanoff C, Sakala C. Intrapartum Care and Experiences of Women with Midwives Versus Obstetricians in the Listening to Mothers in California Survey. *J Midwifery Womens Health*. 2020 Jan;65(1):45-55. Epub 2019 Aug 26. PMID: 31448884; PMCID: PMC7028014. DOI: 10.1111/jmwh.13027.
18. Voon ST, Lay JTS, San WTW, Shorey S, Lin SKS. Comparison of midwife-led care and obstetrician-led care on maternal and neonatal outcomes in Singapore: A retrospective cohort study. *Midwifery*. 2017 Oct;53:71-79. Epub 2017 Jul 18. PMID: 28778037. DOI: 10.1016/j.midw.2017.07.010.
19. Poškienė I, Vanagas G, Kirkilytė A, Nadišauskienė RJ. Comparison of vaginal birth outcomes in midwifery-led versus physician-led setting: A propensity score-matched analysis. *Open Med (Wars)*. 2021 Oct 15;16(1):1537-1543. PMID: 34722889; PMCID: PMC8520123. DOI: 10.1515/med-2021-0373.
20. Raipuria HD, Lovett B, Lucas L, Hughes V. A Literature Review of Midwifery-Led Care in Reducing Labor and Birth Interventions. *Nurs Womens Health*. 2018 Oct;22(5):387-400. Epub 2018 Sep 6. DOI: 10.1016/j.nwh.2018.07.002.

21. Bartuseviciene E, Kacerauskiene J, Bartusevicius A, Paulionyte M, Nadisauskiene RJ, Kliucinskas M, et al. Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study. *Midwifery*. 2018 Oct;65:67-71. Epub 2018 Jun 21. DOI: 10.1016/j.midw.2018.06.017.
22. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;(4):CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
23. Granado Nogueira da Gama S, Fernandes Viellas E, Alves Torres J, Helena Bastos M, Brüggemann OM, Theme Filha MM et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive Health*. 2016;13(1):123. DOI 10.1186/s12978-016-0236-7.
24. Recio Alcaide A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata* [Internet]. 2015;7(18):13-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106931.pdf>
25. Neal JL, Carlson NS, Phillippi JC, Tilden EL, Smith DC, Breman RB, Dietrich MS, Lowe NK. Midwifery presence in United States medical centers and labor care and birth outcomes among low-risk nulliparous women: A Consortium on Safe Labor study. *Birth*. 2019 Sep;46(3):475-486. Epub 2018 Nov 11. PMID: 30417436; PMCID: PMC6511333. DOI: 10.1111/birt.12407.
26. Attanasio LB, Alarid-Escudero F, Kozhimannil KB. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth*. 2020 Mar;47(1):57-66. Epub 2019 Nov 3. DOI: 10.1111/birt.12464.
27. Mattison CA, Dion ML, Lavis JN, Hutton EK, Wilson MG. Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*. 2018 Sep;45(3):322-327. Epub 2018 Apr 24. DOI: 10.1111/birt.12352.

**Contribución de los autores:** a) Concepción y diseño del trabajo, b) Adquisición de datos, c) Análisis e interpretación de datos, d) Redacción del manuscrito, e) Revisión crítica del manuscrito.

M. B. C. F. ha contribuido en a, b, c, d, e; M. C. A. en b, e; E. H. S. en d; E. M. L. M. en c; E. M. C. en a, b, e.

**Editora científica responsable:** Dra. Natalie Figueredo