

Ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado

Obstetric and Neonatal Advantages of Humanized Delivery

Olga Isabel Restrepo Castro^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-1843-091X>

Adriana Farías Vela¹ <https://orcid.org/0000-0002-2973-3262>

Luisa Capera López¹ <http://orcid.org/0000-0002-3744-3003>

Sofía Ortiz Zornosa² <http://orcid.org/0000-0002-6362-0114>

María Camila Restrepo Guarnizo² <http://orcid.org/0000-0002-1414-2072>

Diana Marcela Díaz Quijano¹ <http://orcid.org/0000-0001-8804-0274>

Marcos Castillo Zamora¹ <http://orcid.org/0000-0001-5443-1883>

¹Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.

²Universidad de La Sabana. Semillero de salud sexual y procreativa. Chía, Colombia.

*Autor para la correspondencia: olga.restrepo@unisabana.edu.co

RESUMEN

Introducción: La implementación del parto humanizado brinda múltiples ventajas a nivel obstétrico y neonatal, las cuales hasta la fecha son poco conocidas. Se encuentran aún múltiples barreras y limitaciones para la implementación del parto humanizado.

Objetivo: Exponer las ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado para promover su implementación y futuros estudios.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados sobre el tema en las bases de datos SciELO, Scopus, Google Scholar, PubMed de enero a mayo del año 2022. Se seleccionaron 36 artículos en inglés y español que cumplían los criterios de inclusión. En una tabla de Excel se tabularon los ocho artículos que tenían información sobre las ventajas obstétricas y neonatales de la implementación del parto humanizado.

Conclusiones: Los beneficios obstétricos y neonatales de la implementación del parto humanizado contribuyen al bienestar de las mujeres gestantes y a promocionar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para lograr una experiencia positiva del parto.

Palabras clave: parto humanizado; implementación; beneficios obstétricos; beneficios neonatales.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of humanized childbirth offers multiple advantages at the obstetric and neonatal level, which to date are little known. However, there are still multiple barriers and limitations for it.

Objective: To describe the obstetric and neonatal advantages of humanized childbirth to promote its implementation and future studies.

Methods: A bibliographic review was carried out of articles published on the subject in the SciELO, Scopus, Google Scholar, and PubMed databases from January to May 2022. Thirty six articles were selected, which met the inclusion criteria in English and Spanish. Eight articles had information on the obstetric and neonatal advantages of the implementation of humanized delivery and they were tabulated in an Excel table.

Conclusions: The obstetric and neonatal benefits of humanized childbirth contribute to the well-being of all pregnant women and to the promotion of the World Health Organization recommendations to achieve a positive childbirth experience.

Keywords: humanized childbirth; implementation; obstetric benefits; neonatal benefits.

Recibido: 19/11/2022

Aceptado: 15/12/2022

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la atención de la maternidad de manera respetuosa, digna, privada, sin daños y malos tratos.^(1,2,3,4,5) El parto humanizado consiste en una serie de prácticas recomendadas por la OMS, que tienen como objetivo dar una experiencia de parto positiva.⁽⁶⁾ Se encuentran múltiples barreras y limitaciones para la implementación del parto humanizado y resalta el poco conocimiento de los beneficios maternos y fetales por parte del personal de salud involucrado en la atención del parto.^(1,2,3,4)

Para comprender los principios del parto humanizado y los múltiples componentes que sustentan su importancia, se hizo una revisión de sus partes basada en la evidencia.

El objetivo del trabajo fue exponer las ventajas obstétricas y neonatales del parto humanizado para promover su implementación y futuros estudios.

Métodos

Se realizó una búsqueda de la bibliografía de enero a mayo del año 2022, sin restricción por el tiempo de publicación. Se revisaron las bases de datos SciELO, Scopus, Google Scholar y PubMed y se incluyeron artículos en inglés y español. Se consideraron los artículos que hablaran sobre los antecedentes para la creación del concepto de parto humanizado, plan de parto y que incluyeran información cuantitativa y cualitativa sobre las ventajas obstétricas y neonatales de la implementación del parto humanizado. Los 36 artículos incluidos fueron analizados por 4 revisores para verificar que cumplieran los criterios de inclusión. Se relacionaron los diferentes hitos y antecedentes del parto humanizado y en una tabla de Excel se tabularon los ocho artículos seleccionados. Se tuvieron en cuenta las variables autor, tipo de estudio, año, país de la publicación, objetivo del estudio, resultados y conclusiones.

Análisis y síntesis de la información

Parto humanizado y violencia obstétrica

Para hablar de la atención del parto se introduce el concepto de parto humanizado como un modo de atender el parto priorizando la voluntad de la mujer, respetando sus tiempos fisiológicos y personales de la forma más natural posible y acompañadas de sus familiares.⁽⁷⁾ Para lograr el objetivo de un parto humanizado la OMS publicó en el 2018 “Las recomendaciones generales para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”. La publicación tiene como fin abordar los problemas e identificar las prácticas más comunes utilizadas, y mejorarlas para llevar a cabo un parto sin complicaciones en los diferentes niveles de atención y basadas en los derechos humanos. Se establecieron 56 recomendaciones en las que se destacan la atención durante todo el trabajo de parto y nacimiento, el respeto a la maternidad, la comunicación afectiva y acompañamiento.⁽⁵⁾

Por otra parte, está el plan de parto, el cual es el conjunto de instrucciones que la gestante deja por escrito para el nacimiento del recién nacido. Es compartido con el médico y enfermeras en el hospital donde el parto será atendido, así como también se puede compartir el plan con la familia y otras personas. Contiene información sobre su deseo de acompañamiento, lugar del parto, tipo de apoyo (respiración, contracciones, masajes), posibilidad de movimiento, alimentación, posibilidad de lactancia temprana, circuncisión del recién nacido en caso de que sea varón y, a quien se le debe de dar información del parto con el fin de incluir a la mujer en la toma de decisiones contribuyendo así a la atención humanizada y disminución de la violencia obstétrica.^(8,9) Esto es importante debido a que actualmente muchas mujeres a nivel mundial deben soportar un trato humillante durante la atención del parto. En la investigación de la OMS "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" se expone el modo en que el personal de salud daba un maltrato físico y psicológico, humillaba constantemente, descuidaba la administración de analgésicos y no garantizaba la información necesaria en el momento de diligenciar el consentimiento informado. Concluye la OMS que: el maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituir una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres.^(10,11)

Iniciativas gubernamentales para combatir la violencia obstétrica y promover el parto humanizado en latinoamérica

En México, en 1993 se publica la Norma Oficial Mexicana "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio". En esta se alinea la humanización del parto con las acciones del personal de salud. Adicionalmente, se desarrolla otro documento, "La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud" el cual enfatiza la importancia de entender la diversidad cultural para el alumbramiento. Es en México donde la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal concibió el parto humanizado como un derecho humano de la mujer.^(12,13,14)

En Argentina, en el año 2004 se creó la Ley Nacional de Derechos en el Nacimiento N° 25.929 que ha servido de referencia a otros países. Esta ley protege los derechos de la madre y el recién nacido, así como también exige informar tanto al padre como a la madre cuando hay riesgos en el embarazo. Hace énfasis en los beneficios para la salud del

protagonismo de la madre y el recién nacido en el momento del parto, incluido también el respeto durante la atención y la obligación de brindar la información necesaria.^(12,15)

En Uruguay existen 2 leyes que rigen el marco legal para el parto humanizado:

- I. Ley de Acompañamiento del Parto y el Nacimiento (Ley 17386 / 2001), en la que se promueve la necesidad de que la madre goce de la compañía de quien ella decida.
- II. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio (2008), cuyo objetivo es dignificar la atención de la mujer en el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio.^(12,16,17)

En Perú, en el año 2005 se crea la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, con el fin de mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud, para la atención de la calidad del parto vertical con adecuación intercultural. Esta norma técnica habla de las posiciones que puede adoptar la mujer durante el parto, puesto que la posición horizontal en muchas mujeres de esta región cae en un desencuentro cultural ya que prefieren en ocasiones la posición en cuclillas, sentada, arrodillada entre otras, dando así una atención más humanizada.^(12,18)

En Colombia, el 11 de julio del año 2022 se radica la ley 2244 por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones, como la "Ley de parto digno, respetado y humanizado". Esta ley establece por primera vez en Colombia el derecho de toda mujer de tener un parto respetado y humanizado el cual tiene 6 prácticas a cumplir: tacto vaginal realizado por el mismo agente de salud de turno en la medida de lo posible, monitoreo fetal intermitente, ingesta de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico durante parto y postparto, movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto, uso de métodos farmacológicos y no farmacológicos para la analgesia y pujo en la fase avanzada del parto de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer. Adicionalmente y relacionado con la atención del parto para que este sea humanizado, se establece el derecho de presentar un plan de parto, mediante el cual a partir de la semana 32 los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el mismo.⁽¹⁹⁾ Como antecedentes de esta ley estaba el proyecto de Ley No. 0.63 del 2017 con el fin de cumplir los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), que establecían los derechos de la mujer a transitar por el trabajo de parto, parto y postparto

con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como también de reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos en todo el territorio nacional, de conformidad con el enfoque diferencial para disminuir la mortalidad materno perinatal.^(20,21)

Evidencia de los beneficios obstétricos y neonatales

En un estudio de cohorte prospectivo realizado en Los Ángeles, EE.UU. se examinaron las asociaciones de implementar un plan de parto con el tipo de parto, las intervenciones obstétricas necesarias y la satisfacción de las pacientes. Como resultado, en los partos con plan de parto se requirió menos oxitocina (61 vs 78 %, $p < 0,1$), menos ruptura de membranas (15 vs 29 %, $p < 0,1$), y menos analgesia epidural (71 vs 93 %, $p < 0,1$) en comparación con aquellas que no contaban con un plan.⁽²²⁾ Así mismo en un estudio retrospectivo realizado en Israel entre los años 2007-2010 se compararon los desenlaces obstétricos de aquellos partos que tuvieron un plan de parto vs. aquellos que no lo tuvieron (154 vs. 462). En este estudio se observó una disminución en la tasa de cesáreas no programadas con el plan de parto (11,7 vs 20,3 %, $p = 0,015$). Sin embargo, en este caso, el plan estuvo más asociado a desgarros perineales de primer y segundo grado (72,1 vs 25,5 %, $p < 0,001$) y al requerimiento de más analgesia epidural (81,2 vs 68,8 %, $p = 0,004$).⁽⁴⁾

Un estudio multicéntrico de casos y controles en el sur de España muestra como lo son los resultados neonatales con la implementación del plan, con respecto a $\text{pH} > 7,20$ (8,7 vs. 21,2 %, $p = 0,01$) y de resucitación neonatal (4 vs. 15,9 %, $p = 0,008$).⁽²³⁾

Según los resultados neonatales retrospectivo analítico descriptivo en el cual se recogieron los datos de las admisiones a sala de partos con un plan de parto entre los años 2009-2013 en un hospital de nivel 3 donde en la mayoría de los partos se evitó mediante monitoreo continuo, la ruptura artificial de membranas, episiotomía y se dio libertad de movimiento. Para los resultados puntuaron los planes de parto como plan de parto de alto o de bajo cumplimiento. Aquellos con alto cumplimiento obtuvieron mejores resultados de Apgar al min y mayor pH del cordón umbilical. El grupo de bajo cumplimiento mostró una tasa de $\text{pH} < 7,20$ con un 14,6 % vs. el de alto cumplimiento con el mismo pH equivalente al 2 %, $p = 0,024$. No obstante, mencionan que no hubo diferencias significativas en el Apgar a los 5 min.⁽³⁾ También en España, en la ciudad de Córdoba, entre los años 2008 y 2011 se hizo un estudio retrospectivo de casos y controles que comparaba los desenlaces

obstétricos y neonatales entre mujeres con y sin plan de parto. Aquí también hacen alusión a que entre los dos grupos no existieron diferencias significativas en el Apgar, sin embargo, si hubo diferencias en el pH del cordón umbilical ($p=,019$) con un $pH < 7,24$ en nulíparas con un plan de parto (14,7 %, $n = 5$) vs (37,5 % $n= 26$) en aquellas con un plan.⁽²⁴⁾ Por otra parte en un estudio multicéntrico retrospectivo en Cataluña, España, se recolectaron datos del momento del parto y posparto y se demostró un inicio temprano de lactancia materna en aquellas mujeres con plan de parto (82,4 % vs. un 73,3 %, $p= 0,024$).⁽²⁵⁾

Es así como también en España, Arrixaca Murcia, se llevó a cabo un estudio de cohorte cuantitativo transversal observacional descriptivo entre los años 2011-2013 donde se demostraron las variables influyentes de un parto humanizado con plan de parto. Se demostró cuan influyentes son el contacto piel a piel (2,3 vs. 60,41 %), la decisión de la mujer en cuanto a la posición de dilatación (48,2 vs. 63,1 %) y rasurado perineal (12,2 vs. 16 %). También mencionan que aquellos partos que seguían un plan tenían un pinzamiento más tardío del cordón (78,3 vs. 63,1 %) y resultaban más eutócicos (81,6 vs. 73,6 %).⁽²⁶⁾ Por último, en un estudio multicéntrico prospectivo realizado entre los años 2012-2013 en Cataluña, España, se observaron los resultados de las cesáreas en gestaciones de mujeres nulíparas con presentación cefálica en las semanas 38-40 + 6 de gestación. Se demostró que aquellas mujeres con plan de parto tenían un buen nivel educativo, preferían cesárea como vía del parto (23 % frente a 19 %, $p= 0,022$) y aquellas con parto natural incurrían en tiempos más prolongados (16 % frente a 9 %, $p < 0,001$).⁽²⁷⁾

Discusión

Para la formación del concepto de parto humanizado se tuvo que profundizar por múltiples años y consensos^(5,28,29,30,31,32,33,34,35,36) A pesar de que su trayectoria ha sido objeto de estudio en organizaciones de salud a nivel mundial y gubernamentales, su implementación todavía no ha sido adoptada como parto regular y de un protocolo de atención del parto, a pesar de que la literatura existente lo aconseja. Esto puede deberse a las limitaciones de los estudios y datos existentes. Por otra parte, se han demostrado beneficios maternos y neonatales como son un menor requerimiento de oxitocina, de analgesia durante el trabajo de parto, menor necesidad de ruptura artificial de membranas y de cesáreas,⁽³⁾ así como mejor puntuación en el Apgar, mayor pH del cordón umbilical,

pinzamiento tardío del cordón y disminución del ingreso en unidades de cuidados neonatales.⁽³⁵⁾ No obstante, así como hay estudios y evidencias que demuestran beneficios únicamente con la implementación de un plan de parto,⁽²²⁾ otros demuestran también desventajas que se pueden presentar con su implementación.⁽⁴⁾ Es así como a partir de estas controversias en cuanto a beneficios y desventajas, hasta la fecha se tienen diferentes visiones por parte de los profesionales de la salud del área obstétrica con respecto a la implementación del parto humanizado. Existe polémica al encontrarnos hoy en día con personal que defiende la actuación tradicional basada en una atención medicalizada y aquel que defiende el parto humanizado.

Es importante destacar que para esto no se encontró información respecto al conocimiento sobre el parto humanizado en el personal de salud, como tampoco lo que implica el concepto y las razones que facilitan u obstaculizan su implementación. De ahí radica la importancia de abordar este tema, revisar la evidencia de la justificación de su implementación. Por otra parte, se requieren ensayos controlados, aleatorizados, que comparen partos atendidos por personal de salud con conocimiento acerca de cómo implementar el parto humanizado vs. aquel que no, ya que la mayoría de los estudios se basaban únicamente en la disposición de un plan de parto, no así en las prácticas del personal de salud.

Se deja abierta la posibilidad de realizar más investigaciones que profundicen en el conocimiento del parto humanizado entre todo el personal de salud involucrado, así como en las ventajas obstétricas y neonatales, los desenlaces y las limitaciones que conlleva su implementación. Esto contribuye al bienestar de todas las mujeres gestantes y logra promover el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS para una experiencia positiva de parto.^(5,37)

Conclusiones

Los beneficios obstétricos y neonatales de la implementación del parto humanizado contribuyen al bienestar de las mujeres gestantes y permite una experiencia positiva del parto, de ahí que se deba tener en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para estos propósitos.

Referencias bibliográficas

1. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(2). DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.3032>
2. Secretaria de Salud de Bogotá. Unidad de Servicios de Salud. 2017. [acceso 02/05/2022]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=315
3. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego M. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>
4. Hadar E, Odded R. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. Informa Health Care. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2012.678438>
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: OMS; 2018. [acceso 02/05/2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
6. Gómez Ángel Y, Ortiz Ferro M. Parto humanizado: percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto. Universidad Nacional de Colombia. 2020 [acceso 02/05/2022]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78858>
7. García Jordá D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica. (Tesis) La Habana: Universidad de La Habana, Facultad de Biología; 2011. [acceso 15/04/2022]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=406>
8. March of Dimes Foundation. Labor & Birth, Your Birth Plan. [acceso 02/05/2022]. Disponible en: <https://www.marchofdimes.org/materials/March-of-Dimes-Birth-Plan-2020.pdf>
9. Guía de parto Humanizado. 2021. España: Hospital Universitario La Zarzuela; 2021 [acceso 02/05/2022]. Disponible en: <https://www.hospitallazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>
10. 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. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>

11. Organización Mundial de La Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014. [acceso 02/05/2022] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
12. Fundación Juan Vives Suriá. El parto y nacimiento humanizado como un derecho humano y un desafío para la transformación social. Caracas, Venezuela: Defensoría del Pueblo; 2012 [acceso 02/05/2022]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37546.pdf>
13. Norma Oficial Mexicana. 1993 [acceso 02/05/2022] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
14. Salud Materno Infantil. Atención intercultural: el trabajo de parto en posición vertical. Gestión del Conocimiento para la mejora de la salud Materno Infantil. 2008 [acceso 02/05/2022] Disponible en: http://saludecuador.org/maternoinfantil/recursos.php?inicio=1350&texto=&tema=&tipo=&id_menu
15. Ley nacional N° 25.929. Parto humanizado. 2022 [acceso 02/05/2022]. Disponible en: http://santarosa.gov.ar/genero/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=69
16. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género de Uruguay. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Cap. Normas de Atención a la Mujer Embarazada. 2007 [acceso 02/05/2022]. Disponible en: https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_08_-_normas_atencion_mujer_embarazada.pdf
17. Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental de Uruguay. Ley No. 17.386. 2001 [acceso 02/05/2022]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2001_ley17386_ury.pdf
18. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2005 [acceso 02/05/2022]. Disponible en: <https://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/Norma20Tecnica20para20Atencion20del20Parto20Vertical.pdf>
19. Ley No. 2244 "Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de "parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones" o "ley de parto digno, respetado y humanizado" 2022. Congreso de la República de Colombia. [acceso 22/07/2022]. Disponible en:

<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY20224420DE201120DE20JULIO20DE202022.pdf>

20. Proyecto de Ley 063 del 2017 Congreso de la República de Colombia. 2017 [acceso 02/05/2022]. Disponible en: <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2017-2018/903-proyecto-de-ley-063-de-2017>
21. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(2):97.
22. Afshar Y, Mei J. Birth Plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12320>
23. Hidalgo- Lopezosa P. Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18020456>
24. Hidalgo- Lopezosa P, Rodríguez-Borrego M, Muñoz-Villanueva M. Are Birth Plans Associated with Improved Maternal or Neonatal Outcomes? 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0b013e31827ea97f>
25. López GE, Falguera-Puig G, Vicente-Hernández MM. Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. PMC Pregnancy and Childbirth. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03739-z>
26. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
27. Burke N, Donnelly JC. Do birth plans improve obstetric outcome for first time mothers: results from the multi-center Genesis Study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.550>
28. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos: La Organización, 2000.
29. Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference. The World Bank. 1987 [acceso 22/07/2022]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/613401467999112108/pdf/99780-WP-Preventing-deaths-Box393211B-PUBLIC.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Fortaleza, Brasil: OMS; 1985. [acceso 22/07/2022]. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS>

31. World Health Organization. World Health Day Safe Motherhood. Geneva, Switzerland: Division of Reproductive Health (Technical Support); 1998. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63845/WHO_98.1-13.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. UNICEF, World Health Organization. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF; 1996. [acceso 22/07/2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63597/WHO_FRH_MSM_96.11.pdf?sequence=1
33. Starr A. Family Care International and Inter-Agency Group for Safe Motherhood. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation. 1997 [acceso 22/07/2022]. Disponible en: <https://files.givewell.org/files/DWDA202009/Interventions/Maternal20Mortality/SafeMotherhoodActionAgenda.pdf>
34. Organización Mundial de La Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018 [acceso 22/07/2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
35. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. World Health Organization. 2006 [acceso 14/03/2022]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
36. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010 [acceso 14/03/2022]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
37. Biurrun Garrido A, Goberna Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica, Matronas Prof., 2013 [acceso 14/03/2022];14(2):62-6. Disponible en: <https://medes.com/publication/85768>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Fuentes de financiación

No hubo ninguna fuente de financiación para realizar este trabajo.