



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**EL MOMENTO DEL PARTO, UN ACONTECIMIENTO
PARA DISFRUTAR**

Autor/a: Raquel Valiente Castillo

Tutor/a: Ana Anguas Gracia

ÍNDICE

Resumen	.....	3-4
Introducción	.....	5-8
Metodología	.....	9-11
Desarrollo	.....	12-16
Conclusiones	.....	17
Bibliografía	.....	18-20
Anexos	.....	21

RESUMEN

La atención al parto en nuestro Sistema de Salud se lleva a cabo en los hospitales, los cuales están dotados con medios cada vez más sofisticados, lo que permite garantizar una adecuada asistencia al parto, especialmente en los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también la atención al parto normal se ha visto afectada por la intervención médica creciente.

El objetivo de este trabajo fue revisar las alternativas existentes que se pueden realizar durante el proceso del parto, evitando la excesiva tecnificación, así como explicar la posibilidad que tienen las mujeres de disfrutar de su parto y de ser las protagonistas en la toma de decisiones.

Se siguió un diseño de carácter descriptivo basado en una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, limitando los años de la búsqueda entre el 2000 y 2013, con el análisis de una muestra de los artículos originales publicados.

Como conclusión se destaca la posibilidad de disfrutar de un parto digno, íntimo, humanizado y lo más fisiológico posible. Es fundamental que la mujer pueda ser partícipe de la toma de decisiones, sintiéndose protagonista durante todo el proceso del parto.

ABSTRACT

Delivery care in our health system is performed at hospitals, which are equipped with increasingly sophisticated means, which ensures an adequate birth assistance, especially in risky cases that present or may present complications. But also regular birth care has been affected by increasing medical intervention.

The aim of this study was to review the existing alternative practices that can be performed during the birth process, avoiding excessive technification and explain the possibility for women to enjoy the birth

experience and to be the key ones in charge when it comes to decision making.

This project followed a descriptive design based on bibliographic research of data in different databases, limiting the research between 2000 and 2013, with an analysis of a sample of the original published articles.

As conclusion, it is highlighted that there is the possibility to enjoy a dignified, intimate, humanized and as physiological as possible delivery. It is essential that women are able to part of decision making, feeling protagonist throughout the birthing process.

1. INTRODUCCION

El nacimiento es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de las personas y las familias, ya que da inicio a una nueva vida. Que esta experiencia sea satisfactoria, íntima y placentera depende del ser humano. Respetar la fisiología, la intimidad y el ritmo de cada mujer para parir y de cada bebé para nacer, sin necesidad de acelerar este momento y sin que haya razones para intervenir, facilita que el proceso ocurra de la forma más segura posible. ⁽¹⁾

En España a principios de siglo XX la asistencia a los partos estaba fundamentalmente en manos de las comadronas, profesionales entrenadas que atendían los partos normales a domicilio, acompañando a las mujeres en todo el proceso de parto y que contaban con la posibilidad de llamar al médico rural si se presentaba algún tipo de dificultad. En las ciudades, la asistencia al parto también se llevaba a cabo en los domicilios, quedando reservada la hospitalización a casos graves o para la atención de madres solteras, o mujeres sin recursos, asistencia poco intervencionista de la que presumía la comunidad científica de la época. ^(2, 3)

Tras la Guerra Civil los partos se trasladaron al medio hospitalario, promovido por la idea de disminuir la morbilidad materna y fetal. Comenzó a aplicarse un alto nivel de intervencionismo y medicalización, que no distinguía entre los partos de alto y bajo riesgo, generando en algunos casos insatisfacción en las mujeres. ^(2, 4)

Es en 1985 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una serie de recomendaciones con el objetivo de conseguir un parto fisiológico con el menor nivel posible de intervención. ^(5, 6)

España es uno de los países con más ralentización en la implantación de estas recomendaciones, cuya consecuencia es el aumento constante del número de cesáreas y partos instrumentalizados. Las tasas de cesáreas en España desde el año 2004 hasta el 2011 se han mantenido alrededor del 22-23% (*véase Anexo 1*), por encima de las recomendaciones de la OMS de

1985, que refería como criterio de calidad una tasa de cesáreas en el 15 % de los partos. ^(5, 7, 8, 9)

Desde hace unos 15 años en algunos países de Europa y América del Norte se han generado movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto normal menos intervencionista, apoyados con publicaciones que nos muestran aquellas prácticas que deben ser promovidas en la asistencia al parto y que están avaladas por la evidencia científica. ^(2, 3)

En la actualidad, los servicios sanitarios están dotados con medios cada vez más sofisticados, lo que permite garantizar una adecuada asistencia al parto, especialmente en los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también la atención al parto normal se ha visto afectada por la intervención médica creciente. ⁽⁸⁾

En las últimas décadas se ha observado una rápida expansión en el desarrollo y uso de un abanico de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos. Sin embargo, la medicalización del parto considera a la mujer una enferma, utilizando técnicas que hacen que la mujer viva esta experiencia como un proceso no natural. ^(5, 6, 10, 11)

El modelo social del nacimiento, concibe el parto como parte del proceso natural de la vida y presta más atención a las consideraciones psicológicas y sociales, pretendiendo que la atención perinatal, sea más humanizada y más centrada en la familia. ^(12, 13, 14)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define 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."* ^(5, 6)

Aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad semejantes a los de los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, participación, confort, intimidad y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto,

sobre los que hay un sentimiento generalizado de necesidad de mejora, al verse anulados por completo en este intervencionismo. (6, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 19)

El objetivo de esta revisión es relacionar el parto fisiológico con un momento de satisfacción y bienestar materno, con el propósito de que los profesionales que trabajan en este ámbito proporcionen un cuidado integral, humanizado y basado en las necesidades de la embarazada, favoreciendo la inclusión de los planes de parto en los hospitales, respetando a la mujer y haciéndola participe en la toma de decisiones.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo se puede enfocar el proceso del parto desde una perspectiva más humanizadora?
- ¿Es posible la relajación en esos momentos del parto que se caracterizan como dolorosos?

OBJETIVOS

- Realizar una revisión de las alternativas existentes en cada una de las intervenciones sanitarias en el proceso del parto.
- Analizar el empoderamiento de la mujer, su derecho y posibilidad de disfrutar del parto.

2. METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

El diseño del estudio se basa en una revisión sistemática de carácter descriptivo, para la cual se realizó una estrategia de búsqueda en fuentes bibliográficas, así como en la aplicación de las competencias del Plan de Estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza

Estrategia de búsqueda:

La información para la elaboración del estudio fue obtenida en las siguientes bases de datos: Cuiden, Medline, IME, Science Direct, Dialnet, Lilacs; considerando como válidos aquellos artículos publicados tanto en inglés como en español, revisándose únicamente los artículos que se podían consultar a texto completo y que se correspondían con los objetivos del estudio.

Se establecieron como límites artículos publicados en los últimos 13 años, con el fin de obtener información lo más actualizada posible.

También se consultaron diferentes revistas científicas en soporte electrónico, guías clínicas como la elaborada por la OMS en 1996, o la elaborada por el Ministerio de Sanidad y política social en el año 2010.

Debido a la labor importe de diferentes asociaciones como "Vía Láctea", "El parto es Nuestro", la "Federación de Asociación de Matronas", las cuales desarrollan su trabajo para conseguir un parto y una lactancia natural, se consideró imprescindible la consulta de sus paginas webs.

Se han encontrado numerosos relatos de vida, que resultan importantes para conocer las experiencias vividas por mujeres durante el proceso del parto. Su validez es absoluta, al estar analizados desde la metodología cualitativa

Los descriptores de salud utilizados tanto en español como en inglés (DeCS, MeSh) fueron: "Parto Obstétrico"/"Delivery Obstetric", "Parto Domiciliario"/"Home Childbirth", "Parto Normal"/"Humanizing Delivery", "Dolor en el Parto"/"Labor Pain", "Cesárea"/"Cesarean Section", "Cuidados de Enfermería"/"Nursing Care".

La estrategia de búsqueda se elaboró con la ayuda de los operadores booleanos.

Con los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica se diseñó la siguiente tabla:

BASE DE DATOS	DESCRIPTORES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS CONSULTADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CUIDEN	Parto Natural Parto Humanizado Dolor en el Parto Parto Domiciliario Cesáreas	54	17	8
DIALNET		44	10	7
LILACS		8	2	2
IME		11	3	1
MEDLINE		17	2	1
SCIENCE DIRECT		37	4	1

Desarrollo temporal del estudio:

El trabajo se llevó a cabo en el periodo de tiempo comprendido entre Enero y Mayo de 2013.

Población diana:

La población a la que está destinado el trabajo son todas aquellas mujeres que puedan tener descendencia, deseen ser tratadas con mayor humanidad y quieran prescindir de los partos instrumentales en la manera de lo posible, así como a sus parejas y a los profesionales de la salud de los que depende que esta práctica pueda reducirse.

Ámbito de aplicación del estudio:

Puede resultar de interés como futura línea de investigación, la realización de un programa de Educación para la Salud para su posterior aplicación en Centros de Atención Primaria, tarea que podría llevarse a cabo por la matrona del centro.

La realización del EPS no entra dentro de este trabajo pero podría ser una ampliación del mismo.

3. DESARROLLO

Para responder al primer objetivo del estudio, se ha realizado una revisión de las diferentes técnicas que se llevan a cabo durante el parto y de sus alternativas posibles.

La valoración inicial y una evaluación continuada, es fundamental en toda mujer embarazada para poder prevenir o identificar cualquier complicación y conseguir proporcionar un cuidado adecuado.

En la asistencia al parto se han desarrollado una serie de técnicas como: la medición de la temperatura corporal, el pulso y tensión arterial, el enema seguido del rasurado, la prescripción del ayuno, el uso de anestesia epidural, la episiotomía, etc. que se consideran rutinarias. Sin embargo, la OMS ha establecido una serie de recomendaciones a partir de las cuales clasifica algunos de estos procedimientos como perjudiciales o ineficaces.

La utilización del partograma como herramienta de trabajo permite realizar una adecuada evaluación del proceso de parto, teniendo en cuenta los distintos factores que pudieran afectarlo, como son las constantes vitales maternas, el estado fetal y de la bolsa amniótica, el color de las aguas, la evolución de la dilatación y la dinámica uterina. ^(19, 20, 21, 22)

La medición de la temperatura, el pulso y la tensión arterial son procedimientos que no deben de ser excluidos pero deben de explicarse a la gestante, ya que pueden influir en el manejo del parto. ^(5, 12)

En cuanto a la monitorización fetal existen evidencias de que la monitorización continua parece aumentar el porcentaje de partos instrumentales y cesáreas. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la OMS, coinciden en que la auscultación periódica de la frecuencia cardiaca fetal es suficiente para el seguimiento del estado del feto. ^(5, 6, 12, 20, 21, 22)

El uso del enema de limpieza y el rasurado del vello púbico son actuaciones muy frecuentes cuya práctica es difícil de erradicar. Estudios elaborados por López Gallego MF, Matute Albo JI, Da Silva FMB et al, Herrera B et al, apoyados en las recomendaciones de la OMS aseguran que su uso resulta incómodo y que el riesgo de infección no se reduce, además de ser calificados como desagradables e invasivos.

La restricción de los alimentos y los líquidos durante el trabajo del parto se lleva a cabo por el riesgo de aspiración de contenido gástrico en la anestesia general (síndrome de Mendelson). Esta prohibición no tiene justificación en los embarazos de bajo riesgo ya que se tiene en cuenta que en un parto de evolución normal la posibilidad de tener que realizarse una cesárea es baja. Se debe avisar a la mujer de que la ingesta de sólidos y líquidos pueden producir náuseas, pero su restricción no es necesaria. La ingesta de líquidos durante el parto no influye sobre la evolución del mismo, ni sobre los resultados del recién nacido. Además, se considera que mejora el confort y no incrementa las complicaciones maternas. (5, 6, 12, 19, 20, 21, 22)

La episiotomía es ampliamente utilizada durante el parto, a pesar de la pobre evidencia científica sobre sus beneficios, siendo todavía un procedimiento muy controvertido. Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de la episiotomía tiene efectos perjudiciales y por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal. La episiotomía solamente estaría indicada en caso de sufrimiento fetal agudo, con antecedentes de desgarro perineal grave, tipo mutilación genital femenina, o en partos complicados. (5, 6, 20, 21, 22)

Las contracciones y sensaciones que experimentan las mujeres en el parto son controladas por hormonas, principalmente oxitocina, adrenalina y endorfinas. No se pueden controlar conscientemente, por lo que el resultado son reacciones instintivas y respuestas innatas.

La oxitocina es conocida como la *hormona de amor*. Durante la estimulación sexual, es la hormona que se libera y que produce sensaciones

de placer y sentimientos de amor; provoca comportamientos de apoyo, confort y protección y fortalece la cercanía y el vínculo entre la pareja.

En las mujeres se libera oxitocina cuando se estimula la vagina, el clítoris, el cuello del útero y los pezones. Para que el parto fluya con seguridad, se requieren condiciones que permitan la producción amplia de oxitocina. Son las mismas condiciones que se precisan para cualquier acto de amor: sentirse segura, protegida, amada, privada, respetada, estimulada, especial, etc. Cuando dichas condiciones no existen, el proceso se podría detener y, asimismo producir dolor, tanto físico como emocional.

(23, 24)

La necesidad biológica del dolor durante el parto se ve amortiguada por la capacidad del cuerpo para producir endorfinas en momentos de estrés físico agudo. Las endorfinas ayudan a superar el dolor incluso a olvidarlo. Los efectos de las endorfinas son: disminuir la percepción de dolor, crear una sensación de bienestar y alterar la percepción de tiempo y lugar. ⁽²³⁾

La oxitocina sintética se utiliza tanto para inducir como para acelerar el parto. La OMS concluye que, con los datos disponibles, no hay evidencias de que el uso de oxitocina sea beneficioso. ^(5, 12, 19, 25)

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente.

En los países desarrollados, el alivio farmacológico del dolor es el procedimiento más utilizado.

Entre los fármacos más usados se encuentran: alcaloides opiáceos (petidina), derivados de la fenotiacina (prometacina), benzodiazepinas etc. También se ha utilizado la inhalación de agentes anestésicos como el óxido nitroso. Todos estos agentes pueden proporcionar un gran alivio, pero producen efectos secundarios no deseados. Todos los fármacos sistémicos empleados para alivio del dolor atraviesan la placenta y todos, a excepción del óxido nitroso, producen depresión respiratoria fetal y conductas neonatales anormales, incluyendo el rechazo a mamar. ^(5, 21)

De las diferentes técnicas de analgesia local, la anestesia epidural es la más usada durante el parto. Con la epidural hay una tendencia a que el período de dilatación se alargue ligeramente y que sea más frecuente el uso

de oxitocina. Estos métodos también pueden dificultar la colaboración de la parturienta en caso de presentarse complicaciones. (5, 19, 21, 26)

Aunque la analgesia epidural se ha impuesto como método para el alivio del dolor en el parto, existen métodos no farmacológicos, ni invasivos que también pueden ser utilizados.

Factores como el miedo, el estrés, la tensión, hambre, soledad, e ignorar lo que está ocurriendo pueden intensificar el dolor, mientras que la relajación, la confianza, estar informado, el apoyo continuo de amigos y familiares, un ambiente cómodo y sentirse protagonistas del acontecimiento que están viviendo, pueden reducir la percepción dolorosa.

Poder moverse libremente durante el parto ayuda a la mujer a afrontar el dolor. La posición de decúbito supino no es la más aconsejable en el trabajo del parto, debido a que la compresión que se ejerce en la aorta-cava puede comprometer el bienestar fetal. La posición en decúbito lateral sería la postura óptima si la mujer tiene contracciones fuertes y desea descansar. Otras posturas que pueden adoptarse son: sentada, de pie, apoyada con las manos en la pared y con las piernas bien separadas, de rodillas, sobre el suelo y con la espalda recta, a cuatro patas y en cuclillas.

Tanto la verticalidad como el movimiento favorecen que el bebe tenga el máximo espacio para descender. (20, 22, 26)

Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes dados por el acompañante ya que están asociados a experiencias positivas, al proporcionar una sensación de atención y asistencia. Lo mismo ocurre con los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor, mediante terapias para concentrar la atención, como técnicas de respiración, relajación, etc. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias incluyendo prácticas psicosomáticas como hipnosis, música, reflexología, aromaterapia y acupuntura, de las que no se han encontrado evidencias científicas. (4, 6, 12, 15, 19, 20, 21, 22, 26)

Para evitar la deshumanización la OMS defiende que el cuidado en el parto se debe realizar con las mínimas intervenciones que sean necesarias, teniendo en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

El proceso de humanización tiene la intención de ampliar el diálogo con los profesionales de la salud, y llamar la atención sobre las prácticas abusivas sin evidencia científica, que se aplican durante el proceso del parto. ⁽¹⁴⁾

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y a un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo la participación en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados recibidos.

Cuando una mujer manifiesta su deseo de tener un parto normal, la matrona que la atiende puede facilitarle la elaboración de un plan de parto.

El plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, sus deseos, necesidades y expectativas sobre el parto y el nacimiento.

A lo largo de la gestación la mujer habrá planificado, con la matrona que le atiende, cómo desea su parto: el lugar, qué intervenciones desea que le sean practicadas y cuáles no, qué aspectos particulares quiere que se tengan en cuenta, por quién desea ser acompañada, y los aspectos del nacimiento y cuidado de su bebé. ^(7, 22, 28)

La mujer que desea un parto con baja intervención necesita un entorno favorable, donde pueda expresarse de forma libre y sentirse segura, desde el principio hasta el final. Lo ideal es tener un ambiente parecido a la habitación de un hogar, dirigida por matronas y separada de las salas de partos tradicionales. ^(5, 7, 21, 22)

Todas las embarazadas deben contar con apoyo durante el trabajo del parto. Es necesario potenciar y estimular que las gestantes se encuentren acompañadas por una persona de su confianza, ya sea su pareja, un familiar o un amigo. Es necesario que las gestantes se sientan atendidas y no sólo en el aspecto clínico, sino fundamentalmente en el aspecto emocional y psicológico; que se sientan escuchadas, acompañadas, entendidas, que sientan una asistencia individual y personalizada. ^{(5, 7, 8, 20, 21,}

22)

4. CONCLUSIONES

Las mujeres nacen con la habilidad de dar a luz, con reflejos instintivos que posibilitan el desarrollo del embarazo, el parto y el nacimiento. Sin embargo, estas reacciones innatas en la mujer pueden ser anuladas o estimuladas según el ambiente y los sentimientos que se producen durante el parto. Michel Odent decía que los mamíferos se aíslan para dar a luz, garantizándose la intimidad y la tranquilidad, lo cual debe ser una necesidad en el parto. Se deben crear o conseguir ambientes en los que las mujeres sientan esa tranquilidad y vean protegida su intimidad. De esta forma aumentará la secreción de oxitocina, facilitadora del parto.

Con el análisis exhaustivo de evidencias científicas acerca de las prácticas y conductas que se llevan a cabo durante el parto, y la posibilidad de elección informada de las mujeres, debe ser posible encontrar un equilibrio entre la tecnología y lo natural.

El embarazo, el parto y la lactancia se deben vivir como un hecho fisiológico y saludable, evitando el intervencionismo excesivo.

Que la mujer pueda tener un parto digno, consciente, siendo la protagonista y participando en la decisión de su forma de parir y de elegir el lugar y la compañía adecuada para ese momento, depende en gran parte de los profesionales sanitarios. Por ello debemos de hacer una reflexión acerca de cómo debe ser nuestra actuación ante una mujer en proceso de parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blázquez MJ. El parto desde la perspectiva ecológica. La Ecología al comienzo de nuestra vida. Editado por el Gobierno de Aragón; 2007.
2. De Molina MI, Duran Suárez F, Miralles RM. Parto natural... pasado, presente y futuro. Rev. Ginecol Obstet. 2009; 10 (2):94-98.
3. Germán Bes C, Chamizo Vega C. Revisión histórica de los cuidados e imagen social de las matronas con perspectiva de género. Temperamentvm. 2008; 8.
4. Arjona Reichard V. Información y libertad: Apropiaciones y expropiaciones del cuerpo materno. Medicina naturista. 2006; (10): 689-692.
5. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra; 1996.
6. Matute Albo JI. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. Medicina Naturista. 2006; (10):533-537.
7. Fernández Guillén F. Nosotras parimos ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. Medicina Naturista. 2006;(10): 507-516.
8. Ministerio de Sanidad y consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
9. Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [Acceso 20 de Abril de 2013]. Disponible en: www.msps.es.
10. Ortiz Albarín MD, Huete Morales MD, Molina Reyes CY. Hacia un cambio de actitud en la asistencia normal al parto. Rev. Paraninfo Digital. 2008; 4.
11. Valenzuela Mujica MJ, Uribe Torres C, Contreras Mejías A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2011; 20(4).

12. López Gallego MF. Parto natural: evidencia científica a partir de las recomendaciones de la OMS. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; 2007.
13. Lecumberri L. Parto natural o respetuoso en un hospital terciario. *Medicina Naturista*, 2006; (10):546-547.
14. Moura Pires F, Delgado Crizostomo C, Sampiao Nery I, Magalhaes Mendoca R, Arcujo Dias O, Santiago de Rocha S. Humanization and nursing assistance to normal childbirth. *Rev. Bras Enfermera Brasilia*. Agosto 2007; 60 (4).
15. Catalán Morera M. El placer y el dolor en el parto. *Medicina naturista*, 2006; (10):578-588.
16. Blázquez García, MJ. Vía láctea, 20 años de ayuda madre a madre. *Medicina naturista*, 2006; (10):526-532.
17. Sartori AL, Viera F, Almeida NAM, Bezerra ALQ, Martins CA. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. *Enfermería global*. Enero 2011; (21).
18. Rangel da Silva L, Da Souza Serrano N, Moreira Christoffel M. La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. *Enfermería global*. Noviembre 2006; (9).
19. Da Silva FMB, De Oliveira SM, Silva LM, Fernández Tuesta E. Prácticas para estimular el parto normal. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2011; 20(3).
20. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof*. 2006; 7(1): 27-33.
21. Federación de Asociaciones de Matronas [Internet]. Ministerio de sanidad y política social. Octubre 2010. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. [Acceso 11 de Abril de 2013]. Disponible en: www.fame.es.
22. Federación de Asociaciones de Matronas [Internet]. Iniciativa al parto normal. Mayo 2009. [Acceso 11 de Abril de 2013]. Disponible en: www.fame.es.

23. Lemay G. La naturaleza de parir y nacer [Internet]. El Parto es Nuestro. Diciembre 2011. [Acceso 13 de Abril de 2013]. Disponible en: www.elpartoesnuestro.es
24. Rodrigáñez Bustos C. La maternidad y la correlación entre la libido y la fisiología. *Medicina naturista*, 2006; (10):488-501.
25. Olza I. Neurobiología del parto, administración de oxitocina sintética [Internet]. El Parto es Nuestro. 2011. [Acceso 13 de Abril de 2013]. Disponible en: www.elpartoesnuestro.es
26. Ramón Arbués E, Díaz Bella I. Controversias del uso de analgesia epidural en el trabajo del parto. *Nure Investigación*. Noviembre-Diciembre 2008; 37.
27. Aguilera A, Mesas A, Muñoz C, Sialarú. Therapeutic alternatives to epidural analgesic in labor pain of childbirth. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133(15): 599-601.
28. Grupo de trabajo técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Plan de Parto y nacimiento. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. 2012.

ANEXOS

ANEXO 1:

Porcentaje de cesáreas en hospitales públicos de España durante el periodo del 2004-2011.

AÑO	% PARTOS VAGINALES NO INSTRUMENTALES	% PARTOS VAGINALES INSTRUMENTALES	% CESAREAS
2004	62,87%	14,61%	22,52%
2005	62,20%	14,71%	23,09%
2006	62,56%	14,37%	23,07%
2007	63,25%	13,77%	22,98%
2008	63,75%	13,66%	22,58%
2009	62,93%	14,07%	23,00%
2010	63,30%	14,36%	22,34%
2011	63,18%	14,53%	22,30%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Datos recogidos el 14 de Abril de 2013.