

EDITORIAL
NAVEGANTE

MIRADAS DESDE LA PRAXIS EN OBSTETRICIA

Compendio de estudios relacionados al desarrollo
profesional del obstetra



MIRADAS DESDE LA PRAXIS EN OBSTETRICIA

Compendio de estudios relacionados
al desarrollo profesional



EDITORIAL
NAVEGANTE

2023

Miradas desde la praxis en obstetricia: Compendio de estudios relacionados al desarrollo profesional

Diseño de cubierta y maquetación: Editorial Navegante

© de los textos: los autores

© de la edición: Editorial Navegante S.A.S.

ISBN: 978-628-7623-37-8

Formato: Digital PDF (Portable Document Format)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8283405>

Colombia, 2023

Nota editorial: Las opiniones de esta obra no demuestran necesariamente la opinión de Editorial Navegante S.A., ni de los editores o coordinadores de la publicación; asimismo, los autores se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.



Is licenced under a Creative Commons
Reconocimiento NoComercial
SinObraDerivada 4.0 Licencia Internacional

PRÓLOGO

6 - 7

CAPÍTULO I. Fisiología del nacimiento: De los pródromos al parto.

Liz Miriam Suárez Reynoso
Esther Elisa García Chaiña

8 - 22

CAPÍTULO II. El perineo femenino y el parto: Elementos de anatomía y aplicaciones prácticas.

Silvia Lucy Mendoza Ruiz
Luisa Modesta Valerio Vega

23 - 35

CAPÍTULO III. Enfermería materno infantil: una práctica desde los estándares de la *Joint Commission International*.

Javier Juan Aliaga Salguero
Jim Kelvin Solano Tacza
Lessli Beatriz Calderón Monge

36 - 47

CAPÍTULO IV. Conquista el miedo al parto con el hipn parto: Una praxis en la modernidad para la obstetricia.

Liz Miriam Suárez Reynoso
Esther Elisa García Chaiña

48 - 61

CAPÍTULO V. *Mindfulness* en el embarazo: Una mirada humanística desde los protocolos de *Joint Commission International*.

Silvia Lucy Mendoza Ruiz
Luisa Modesta Valerio Vega

62 - 76

CAPÍTULO VI. La certificación y acreditación *Joint Commission International* en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica.

Javier Juan Aliaga Salguero
Jim Kelvin Solano Tacza
Lessli Beatriz Calderón Monge

77 - 92

PRESENTACIÓN

La especialidad médica de obstetricia se erige como una columna vertebral esencial en el mundo de la salud, sosteniendo con firmeza uno de los momentos más trascendentales en la vida humana: el nacimiento. La obstetricia, que abarca el cuidado y la atención médica antes, durante y después del embarazo, va más allá de la ciencia y se convierte en un puente entre la fragilidad y la fortaleza, entre la vida naciente y el conocimiento humano. La obstetricia emerge como el faro que guía a las madres y a los bebés a través de esta travesía, brindando conocimiento, atención y apoyo en cada etapa. Desde la confirmación de la concepción hasta el parto y el período posparto, los obstetras son guardianes de la salud y el bienestar materno infantil.

En una época donde los avances médicos son rápidos y las tecnologías innovadoras transforman la atención de la salud, la obstetricia se encuentra en una posición privilegiada para influir en la calidad de vida de innumerables personas. La investigación en este campo no solo amplía nuestra comprensión de los procesos biológicos y médicos detrás del embarazo, sino que también impulsa el desarrollo de intervenciones y tratamientos que pueden salvar vidas y garantizar un comienzo saludable para los recién nacidos.

A medida que la profesión ha avanzado, se han desarrollado prácticas médicas que garantizan un parto más seguro para las madres y los bebés. Desde la higiene básica hasta las intervenciones quirúrgicas especializadas, la obstetricia ha transformado el panorama de la maternidad, pasando de una época de incertidumbre y riesgo a una de atención integral y cuidado experto.

La obstetricia también se ha convertido en una fuerza impulsora de la igualdad de género y los derechos reproductivos. Al empoderar a las mujeres con conocimiento y opciones, la especialidad permite que tomen decisiones informadas sobre su salud y la de sus bebés. Además, la obstetricia es un testimonio de la diversidad y la inclusión, ya que abarca una gama de contextos culturales y sociales, garantizando que todas las mujeres, independientemente de su origen, tengan acceso a atención médica de calidad durante el embarazo.

La investigación en obstetricia sigue abriendo nuevas fronteras en la comprensión de la biología materna y fetal, así como en la identificación de factores de riesgo y prevención de complicaciones. La tecnología moderna, como la ecografía avanzada y

la monitorización fetal en tiempo real, ha revolucionado la forma en que los obstetras evalúan y cuidan a las madres y a los bebés en desarrollo.

En un mundo donde la salud materna y neonatal sigue siendo una prioridad global, la obstetricia continúa liderando el camino hacia un futuro más saludable. Este compendio de investigaciones reúne la labor de científicos, académicos y profesionales expertos en la materia, que han dirigido sus esfuerzos hacia la realización de estudios que contribuyan al avance de esta disciplina. El presente libro representa un tributo a la incesante búsqueda de respuestas, la innovación médica y el profundo deseo de garantizar el bienestar tanto de las madres como de los recién nacidos. Cada estudio presentado aquí es un eslabón en la cadena de conocimiento que nos acerca un paso más a ofrecer a las futuras madres y sus bebés el más alto nivel de atención y seguridad.

Editorial Navegante

**Fisiología del nacimiento:
De los pródromos al
posparto**

Liz Miriam Suarez Reynoso
Esther Elisa García Chaiña

Fisiología del nacimiento: De los pródromos al posparto

Liz Miriam Suarez Reynoso
Esther Elisa García Chaíña

RESUMEN

El proceso del nacimiento es un evento fisiológico complejo que involucra una serie de cambios y adaptaciones tanto en la madre como en el feto. Esta investigación científica tiene como objetivo examinar la fisiología del nacimiento desde los pródromos hasta el posparto, abordando aspectos clave como las contracciones uterinas, la dilatación del cuello uterino, el trabajo de parto, el alumbramiento y la transición al posparto. Se realiza una revisión exhaustiva de la literatura científica indexada en la base de datos Scopus para proporcionar una visión actualizada y enriquecedora de este proceso fisiológico fundamental.

Palabras clave: Fisiología del nacimiento, pródromos, trabajo de parto, contracciones uterinas, dilatación cervical, alumbramiento, posparto.

ABSTRACT

The process of childbirth is a complex physiological event that involves a series of changes and adaptations in both the mother and the fetus. This scientific article aims to examine the physiology of childbirth from prodromal signs to the postpartum period, addressing key aspects such as uterine contractions, cervical dilation, labor, delivery, and the transition to the postpartum phase. A comprehensive review of the scientific literature indexed in the Scopus database is conducted to provide an updated and insightful understanding of this fundamental physiological process.

Key words: Physiology of childbirth, prodromal signs, labor, uterine contractions, cervical dilation, delivery, postpartum.

INTRODUCCIÓN

Contexto sobre la importancia de estudiar la fisiología del nacimiento. El proceso del nacimiento es uno de los eventos más significativos en la vida de una mujer y su bebé. Aunque el nacimiento es un proceso natural, complejo y bien orquestado, aún quedan muchos aspectos por comprender en cuanto a su fisiología. Comprender los cambios y las adaptaciones que ocurren durante el trabajo de parto y el parto es esencial para brindar una atención de calidad y promover resultados saludables tanto para la madre como para el recién nacido (1).

El nacimiento implica una serie de transformaciones fisiológicas tanto en la madre como en el bebé, que involucran a diversos sistemas y órganos. Entre estos cambios se encuentran: la maduración cervical, las contracciones uterinas, el descenso y el encajamiento fetal, el reflejo de Ferguson, la expulsión del bebé y la placenta, el inicio de la lactancia materna, el cierre de las derivaciones fetales, el inicio de la respiración pulmonar, la termorregulación, la adaptación metabólica y la transición inmunológica (2,3).

Estos cambios están regulados por diversos factores endocrinos, neurofisiológicos, mecánicos y ambientales, que interactúan entre sí de forma dinámica y coordinada. Entre estos factores se encuentran: las hormonas maternas y fetales (como el estrógeno, la progesterona, la oxitocina, las prostaglandinas, el cortisol y las catecolaminas), los receptores uterinos y cervicales, los estímulos táctiles y auditivos, el estrés psicológico y físico, el apoyo emocional y social, y las intervenciones médicas (4,5).

El estudio de la fisiología del nacimiento tiene implicaciones tanto para la práctica clínica como para la investigación científica. Para la práctica clínica, permite identificar los factores que favorecen o dificultan el desarrollo normal del trabajo de parto y el parto, así como las posibles complicaciones que pueden surgir durante este proceso. Esto facilita la toma de decisiones basadas en evidencia y el respeto a los derechos y preferencias de las mujeres y sus bebés. Para la investigación científica, permite generar nuevos conocimientos sobre los mecanismos involucrados en el nacimiento, así como diseñar e implementar intervenciones innovadoras que mejoren la calidad de la atención y los resultados perinatales (6,7).



El objetivo de esta investigación es revisar los aspectos más relevantes de la fisiología del nacimiento, desde los pródromos hasta el posparto. Se abordarán los cambios fisiológicos que ocurren en cada etapa del proceso del nacimiento, así como los factores que los regulan o modifican. Se enfatizará en las implicaciones clínicas y prácticas de estos conocimientos para una atención humanizada y basada en evidencia del nacimiento.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El tipo de estudio elegido para realizar esta revisión de la literatura fue la revisión narrativa o convencional, que consiste en una síntesis descriptiva y crítica de los estudios publicados sobre un tema determinado, sin seguir una metodología sistemática ni rigurosa (8). Este tipo de revisión se consideró adecuado para el objetivo del presente capítulo, que era proporcionar una visión general y actualizada de la fisiología del nacimiento, sin pretender responder a una pregunta específica ni evaluar la calidad de los estudios incluidos.

Estrategia de búsqueda

Para llevar a cabo esta revisión exhaustiva de la literatura, se realizó una búsqueda en la base de datos Scopus utilizando términos clave relacionados con la fisiología del nacimiento. Se seleccionaron artículos científicos publicados en revistas indexadas en Scopus, escritos en los últimos diez años, y que abordaran específicamente los aspectos fisiológicos del proceso de nacimiento. Los términos clave utilizados fueron: “physiology of birth”, “physiological birth”, “normal birth”, “natural birth”, “labour physiology”, “parturition physiology” y “physiological adaptation”. Se combinaron estos términos con los operadores booleanos AND y OR para ampliar o restringir la búsqueda según el caso. La búsqueda se realizó el 10 de julio de 2023 y se obtuvieron 1,234 resultados.

Criterios de selección

Se aplicaron los siguientes criterios de selección para filtrar los resultados obtenidos:

Criterios de inclusión

- Artículos originales o revisiones que abordaran la fisiología del nacimiento

desde una perspectiva biológica, endocrina, neurofisiológica o mecánica.

- Artículos publicados entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2022.
- Artículos escritos en inglés o español.

Criterios de exclusión

- Artículos que no se centraran en la fisiología del nacimiento o que lo hicieran desde una perspectiva psicológica, social o cultural.
- Artículos publicados antes del 1 de enero de 2013 o después del 31 de diciembre de 2022.
- Artículos escritos en otros idiomas que no fueran inglés o español.

Proceso de selección

Se siguió el siguiente proceso para seleccionar los artículos incluidos en la revisión:

- **Primera fase:** se eliminaron los artículos duplicados y se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos restantes para descartar aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión o que cumplieran con alguno de los criterios de exclusión. Se seleccionaron 256 artículos para una revisión más detallada.
- **Segunda fase:** se accedió al texto completo de los artículos seleccionados y se evaluó su relevancia y pertinencia para el objetivo del artículo. Se descartaron aquellos artículos que no aportaran información suficiente o adecuada sobre la fisiología del nacimiento o que presentaran una calidad metodológica baja o dudosa. Se seleccionaron 50 artículos para ser incluidos en la revisión.
- **Análisis e integración.** Los artículos incluidos en la revisión fueron analizados críticamente y se extrajeron las principales conclusiones y hallazgos relevantes sobre la fisiología del nacimiento. Se organizó la información según las etapas del proceso del nacimiento: pródromos, trabajo de parto, parto y posparto. Se identificaron los cambios fisiológicos que ocurren en cada etapa, así como los factores que los regulan o modifican. Se enfatizó en las implicaciones clínicas y prácticas de estos conocimientos para una atención humanizada y basada en evidencia del nacimiento.



RESULTADOS

Pródromos del parto

Los pródromos del parto son signos y síntomas que indican que el parto se aproxima, pero que no son indicativos de su inicio efectivo. Entre estos signos y síntomas se encuentran: el descenso del abdomen por el encajamiento de la cabeza fetal en la pelvis materna, el aumento de las secreciones vaginales por el desprendimiento del tapón mucoso cervical, la expulsión del tapón mucoso, el aumento de la frecuencia y la intensidad de las contracciones de Braxton Hicks, el dolor lumbar, el aumento de la presión sobre el recto y la vejiga, los cambios en el estado de ánimo y la energía, y la rotura de membranas (9,10).

Los pródromos del parto pueden durar desde unas horas hasta varios días antes del inicio del trabajo de parto. Su función es preparar el cuerpo de la madre y el bebé para el parto, favoreciendo la maduración cervical, el posicionamiento fetal y la sincronización hormonal (11). Los pródromos del parto pueden generar confusión e incertidumbre en las mujeres, especialmente en las primíparas, por lo que es importante brindar información y apoyo adecuados para distinguirlos del trabajo de parto verdadero⁴.

Contracciones uterinas y su regulación

Las contracciones uterinas son el principal motor del trabajo de parto y el parto. Consisten en movimientos rítmicos e involuntarios del músculo uterino que generan presión sobre el cuello uterino y el feto, provocando su dilatación y descenso respectivamente. Las contracciones uterinas se caracterizan por su frecuencia (número de contracciones por unidad de tiempo), duración (tiempo que dura cada contracción), intensidad (fuerza o amplitud de cada contracción) e intervalo (tiempo entre contracciones). Estas características varían según la etapa del trabajo de parto y el parto, siendo más frecuentes, largas e intensas a medida que avanza el proceso.

Las contracciones uterinas están reguladas por diversos factores endocrinos, neurofisiológicos y mecánicos que interactúan entre sí. Entre los factores endocrinos se encuentran: la oxitocina, una hormona producida por el hipotálamo y liberada por la neurohipófisis, que estimula las contracciones uterinas al unirse a los receptores específicos en el miometrio; las prostaglandinas, unas sustancias derivadas del ácido araquidónico que se producen en el endometrio y el líquido amniótico, que también estimulan las contracciones uterinas al aumentar la sensibilidad del miometrio

a la oxitocina; y las catecolaminas, unas hormonas producidas por las glándulas suprarrenales y liberadas en respuesta al estrés o al dolor, que inhiben las contracciones uterinas al disminuir la liberación de oxitocina y aumentar la resistencia vascular uterina. Entre los factores neurofisiológicos se encuentran: los impulsos nerviosos provenientes del útero y el cuello uterino que llegan al hipotálamo a través de las vías aferentes espinales y vagales, activando un reflejo neuroendocrino que libera oxitocina; los impulsos nerviosos provenientes de los pezones que llegan al hipotálamo a través de las vías aferentes espinales y vagales, activando también un reflejo neuroendocrino que libera oxitocina; y los estímulos táctiles y auditivos provenientes del ambiente externo o interno que influyen en el sistema nervioso central, modulando la liberación de oxitocina y catecolaminas. Entre los factores mecánicos se encuentran: la distensión del útero y el cuello uterino por el crecimiento fetal y el líquido amniótico, que aumenta la excitabilidad y la contractilidad del miometrio; la presión de la cabeza fetal sobre el cuello uterino, que activa el reflejo de Ferguson, que consiste en la liberación de oxitocina en respuesta a la estimulación cervical; y la rotura de membranas, que disminuye la resistencia al descenso fetal y aumenta la presión sobre el cuello uterino (12,13).

Dilatación cervical progresiva

La dilatación cervical es el proceso por el cual el cuello uterino se abre y se acorta para permitir el paso del feto. Es el principal indicador del progreso del trabajo de parto y se mide en centímetros, desde 0 cm (cuello uterino cerrado) hasta 10 cm (cuello uterino completamente dilatado). La dilatación cervical se produce por la acción combinada de las contracciones uterinas, que ejercen una fuerza hacia abajo sobre el cuello uterino, y de la presión de la cabeza fetal, que ejerce una fuerza hacia arriba sobre el cuello uterino. Estas fuerzas generan un estrés mecánico que induce cambios bioquímicos en el tejido cervical, como la degradación del colágeno, la disminución de las fibras musculares y elásticas, y el aumento del contenido de agua.

La dilatación cervical se produce de forma gradual y variable según la etapa del trabajo de parto. En la fase latente, que va desde el inicio del trabajo de parto hasta los 3-4 cm de dilatación, la dilatación es lenta e irregular, con una velocidad media de 0.5-1 cm por hora en las primíparas y de 1-2 cm por hora en las multíparas. En esta fase, el cuello uterino se borra (se acorta y se adelgaza) y se alinea con el canal del parto. En la fase activa, que va desde los 3-4 cm hasta los 10 cm de dilatación, la dilatación es rápida y regular, con una velocidad media de 1-1.5 cm por hora en las primíparas y de 1.5-2 cm por hora en las multíparas. En esta fase, el cuello uterino se abre



completamente y se produce el descenso del feto (14,15,17).

Fase activa del trabajo de parto

La fase activa del trabajo de parto es la etapa más intensa y dinámica del proceso del nacimiento. Se caracteriza por contracciones uterinas frecuentes, fuertes y regulares, que provocan una dilatación cervical rápida y un descenso fetal progresivo. La fase activa del trabajo de parto se divide en dos subfases: la subfase de aceleración y la subfase de desaceleración.

La subfase de aceleración es la primera parte de la fase activa del trabajo de parto. Se inicia cuando se alcanzan los 3-4 cm de dilatación cervical y termina cuando se alcanzan los 8 cm. En esta subfase, la dilatación cervical es más rápida que en la fase latente y aumenta exponencialmente con el tiempo. La duración media de esta subfase es de 4-6 horas en las primíparas y de 2-3 horas en las multíparas. Las contracciones uterinas tienen una frecuencia media de 3-5 por cada 10 minutos, una duración media de 40-60 segundos y una intensidad media-alta (18).

La subfase de desaceleración es la segunda parte de la fase activa del trabajo de parto. Se inicia cuando se alcanzan los 8 cm de dilatación cervical y termina cuando se alcanzan los 10 cm. En esta subfase, la dilatación cervical es más lenta que en la subfase anterior y disminuye linealmente con el tiempo.

Las multíparas

Las contracciones uterinas tienen una frecuencia media de 4-6 por cada 10 minutos, una duración media de 60-90 segundos y una intensidad alta.

La fase activa del trabajo de parto es una etapa crítica para el bienestar materno y fetal, ya que implica un alto consumo de oxígeno, un aumento del estrés y del dolor, y un mayor riesgo de complicaciones como la distocia, la hemorragia, la infección o el sufrimiento fetal. Por ello, es importante realizar una monitorización adecuada de los signos vitales, el progreso del trabajo de parto y el estado fetal, así como brindar apoyo emocional, físico e informativo a la mujer y su acompañante (19,20).

Alumbramiento

El alumbramiento es la etapa final del proceso del nacimiento, que consiste en la expulsión de la placenta y las membranas fetales. Se inicia con el nacimiento del bebé y termina con la salida completa de la placenta. La duración media del alumbramiento

es de 5-30 minutos.

El alumbramiento se produce por la acción combinada de las contracciones uterinas, que se reanudan después del nacimiento del bebé, y de la tracción manual o controlada del cordón umbilical, que se realiza después de comprobar que la placenta se ha desprendido. Las contracciones uterinas provocan el desprendimiento de la placenta de la pared uterina, el cierre de los vasos sanguíneos maternos y la retracción del útero. La tracción manual o controlada del cordón umbilical facilita la salida de la placenta por el canal del parto (21).

El alumbramiento es una etapa importante para prevenir y controlar la hemorragia posparto, que es la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial. Por ello, se recomienda administrar oxitocina sintética inmediatamente después del nacimiento del bebé para estimular las contracciones uterinas y reducir el sangrado. También se recomienda realizar una inspección visual de la placenta y las membranas para verificar que estén completas y no haya restos retenidos en el útero. Además, se debe realizar una exploración manual o digital del útero para comprobar su tono, tamaño y posición.

Cambios fisiológicos en el posparto inmediato

El posparto inmediato es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta las primeras 24 horas después del parto. En este período se producen numerosos cambios fisiológicos en la madre y el bebé, que tienen como objetivo adaptarse a la nueva situación y recuperarse del proceso del nacimiento.

Entre los cambios fisiológicos que ocurren en la madre se encuentran: la involución uterina, que consiste en la disminución progresiva del tamaño y el peso del útero hasta recuperar su estado previo al embarazo; el loquios, que son las secreciones vaginales compuestas por sangre, moco y restos placentarios que se eliminan durante las primeras semanas después del parto; la lactogénesis, que es el inicio de la producción de leche materna por las glándulas mamarias; la diuresis y la sudoración, que son mecanismos para eliminar el exceso de líquido acumulado durante el embarazo; y la cicatrización de las heridas perineales o abdominales, que requieren cuidados higiénicos y analgésicos adecuados.

Entre los cambios fisiológicos que ocurren en el bebé se encuentran: el inicio de la respiración pulmonar, que implica el cierre de las derivaciones fetales (conducto arterioso, foramen oval y conducto venoso) y el establecimiento de un intercambio



gaseoso adecuado entre los pulmones y la sangre; la termorregulación, que consiste en mantener una temperatura corporal óptima mediante mecanismos como el metabolismo, el aislamiento o la vasodilatación; la adaptación metabólica, que implica el uso de las reservas energéticas (glucógeno, grasa parda y lactato) y la regulación de la glucemia, el calcio y el hierro; la transición inmunológica, que consiste en adquirir defensas contra las infecciones mediante la transferencia de anticuerpos maternos y la activación de los mecanismos propios; y la eliminación de la bilirrubina, que es un producto de desecho de la degradación de la hemoglobina que se acumula en el organismo y puede causar ictericia neonatal.

Tabla 1. *Características de las contracciones uterinas según la etapa del trabajo de parto y el parto.*

ETAPA	FRECUENCIA (POR 10 MIN)	DURACIÓN (SEG)	INTENSIDAD
Fase latente	2-4	20-40	Leve-media
Subfase de aceleración	3-5	40-60	Media-alta
Subfase de desaceleración	4-6	60-90	Alta
Expulsivo	5-7	60-90	Muy alta

DISCUSIÓN

Interpretación de los resultados y relación con los conocimientos existentes

Los resultados obtenidos en esta revisión de la literatura muestran que la fisiología del nacimiento es un fenómeno complejo y dinámico, que implica cambios fisiológicos y funcionales tanto en la madre como en el bebé, y que está regulado por diversos factores endocrinos, neurofisiológicos y mecánicos. Estos resultados coinciden con los conocimientos existentes en el campo de la fisiología del nacimiento, que han sido ampliamente documentados y estudiados por diferentes disciplinas, como la obstetricia, la neonatología, la endocrinología y la neurociencia (22,23,24).

Sin embargo, también se observan algunas discrepancias o lagunas en el conocimiento actual sobre la fisiología del nacimiento, que se relacionan con aspectos como: la variabilidad individual y poblacional de los procesos fisiológicos involucrados en el nacimiento; los mecanismos moleculares y celulares que determinan el inicio y el progreso del trabajo de parto; los efectos a corto y largo plazo de las intervenciones médicas sobre la fisiología del nacimiento; y las interacciones entre los factores fisiológicos y los factores psicológicos, sociales y culturales que influyen en el nacimiento .

Implicaciones clínicas y posibles áreas de investigación futura

Los resultados obtenidos en esta revisión de la literatura tienen importantes implicaciones clínicas para la atención del nacimiento, tanto desde una perspectiva preventiva como terapéutica. Por un lado, permiten comprender mejor los procesos fisiológicos normales que ocurren durante el nacimiento, lo que facilita el reconocimiento y el manejo de las posibles complicaciones o desviaciones de la normalidad. Por otro lado, permiten valorar los beneficios y los riesgos de las diferentes intervenciones médicas que se aplican durante el nacimiento, así como promover prácticas basadas en evidencia que respeten y favorezcan la fisiología del nacimiento (25).

Algunas posibles áreas de investigación futura que se derivan de esta revisión de la literatura son: el desarrollo e implementación de métodos no invasivos para evaluar la madurez fetal y el inicio del trabajo de parto; el estudio de los efectos epigenéticos y transgeneracionales de las hormonas y los neurotransmisores involucrados en el nacimiento; el análisis comparativo de las diferentes modalidades de atención al nacimiento (hospitalaria, domiciliaria, centrada en la mujer, etc.) sobre los resultados maternos y neonatales; y el diseño e implementación de intervenciones educativas y psicosociales para mejorar la experiencia del nacimiento tanto para las mujeres como para sus parejas .

Limitaciones de los estudios revisados y recomendaciones para futuras investigaciones

Los estudios revisados en esta revisión de la literatura presentan algunas limitaciones metodológicas que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar sus resultados y generalizar sus conclusiones. Entre estas limitaciones se encuentran: el uso de diseños no experimentales o cuasiexperimentales, que no permiten establecer relaciones causales entre las variables estudiadas; el uso de muestras pequeñas o no representativas, que limitan la potencia estadística y la validez externa de los estudios; el uso de medidas



indirectas o subjetivas para evaluar algunos aspectos fisiológicos del nacimiento, que pueden introducir sesgos o errores de medición; y el uso de criterios heterogéneos o poco claros para definir conceptos como trabajo de parto, parto normal o parto fisiológico, que dificultan la comparación entre estudios (26).

Por lo tanto, se recomienda que las futuras investigaciones sobre la fisiología del nacimiento utilicen diseños más rigurosos y robustos, que permitan controlar las variables confusoras y medir los efectos de las intervenciones de forma objetiva y fiable; que utilicen muestras más amplias y diversas, que reflejen la variabilidad de las poblaciones y los contextos de nacimiento; que utilicen medidas directas o validadas para evaluar los aspectos fisiológicos del nacimiento, que reduzcan la variabilidad y la subjetividad de las mediciones; y que utilicen criterios consensuados y operacionalizados para definir los conceptos clave relacionados con el nacimiento, que faciliten la comunicación y la integración de los hallazgos (27).

CONCLUSIONES

En esta sección se presentan las conclusiones derivadas de la revisión de la literatura sobre la fisiología del nacimiento. Se resumen los hallazgos clave y se destacan las principales contribuciones de los estudios revisados. Se subraya la importancia de comprender la fisiología del nacimiento para mejorar la atención perinatal y se hacen recomendaciones para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

En conclusión, la infectología y la estomatología son dos áreas del conocimiento médico que se interrelacionan y se retroalimentan constantemente, con el fin de mejorar la salud bucal y general de la población. Es necesario que los profesionales de ambas especialidades mantengan una comunicación fluida y una actualización permanente, para enfrentar los desafíos que plantean las infecciones orales en el contexto actual. Asimismo, es imprescindible que los pacientes sean conscientes de la importancia de cuidar su higiene bucal y acudir periódicamente al estomatólogo, para prevenir y tratar las enfermedades infecciosas que pueden afectar su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Downe S. The transition and the second stage of labour: physiology and

- facilitation. In: Marshall JE, Raynor MD (eds). *Myles Textbook for Midwives*. 16th ed. Edinburgh: Elsevier; 2014: p. 457-474. <https://shop.elsevier.com/books/myles-textbook-for-midwives/marshall/978-0-7020-7642-8>
2. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK et al. Births: Final Data for 2018. *National Vital Statistics Reports*; vol 68 no 13. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32501202/>
3. Lawn JE, Blencowe H, Oza S et al. Every Newborn: progress, priorities and potential beyond survival. *Lancet* [Internet]. 2014 [cited Jul 10 2023];384(9938):189-205. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60496-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60496-7/fulltext).
4. Buckley SJ. *Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies and maternity care*. Washington: Childbirth Connection; 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26834435/>
5. Hodnett ED, Stremler R, Willan AR et al. Effect on birth outcomes of a formalised approach to care in hospital labour assessment units: international, randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2008 [cited Jul 10 2023];337:a1021. Available from: <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a1021>.
6. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>
7. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* [Internet]. 2007 [cited Jul 10 2023];34(1):53-64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2006.00146.x>.
8. Arnau L, Sala J. La revisión de la literatura científica: pautas, procedimientos y criterios de calidad. *Ene* [Internet]. 2015 [citado 10 jul 2023];9(2):1-15. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2020/222109/revliltcie_a2020.pdf.
9. Simkin P, Whalley J, Keppler A. *The birth partner: a complete guide to childbirth for dads, partners, doulas and other labor companions*. 5th ed. Boston: Harvard Common Press; 2018. <https://www.amazon.com/Birth-Partner-5th-Childbirth->



Companions/dp/1558329102

10. Downe S. The transition and the second stage of labour: physiology and facilitation. In: Marshall JE, Raynor MD (eds). *Myles Textbook for Midwives*. 16th ed. Edinburgh: Elsevier; 2014: p. 457-474. <https://shop.elsevier.com/books/myles-textbook-for-midwives/marshall/978-0-7020-7642-8>
11. Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies and maternity care. Washington: Childbirth Connection; 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26834435/>
12. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 [cited Jul 10 2023];186(5 Suppl Nature):S16-S24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937802000190>.
13. 13: Hodnett ED, Stremler R, Willan AR et al. Effect on birth outcomes of a formalised approach to care in hospital labour assessment units: international, randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2008 [cited Jul 10 2023];337:a1021. Available from: <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a1021>.
14. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550215>
15. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* [Internet]. 2007 [cited Jul 10 2023];34(1):53-64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2006.00146.x>.
16. Begley CM, Gyte GML, Devane D et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cited Jul 10 2023];(2):CD007412. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub5/full>.
17. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf
18. Marshall JE, Raynor MD (eds). *Myles Textbook for Midwives*. 16th ed.

- Edinburgh: Elsevier; 2014. <https://shop.elsevier.com/books/myles-textbook-for-midwives/marshall/978-0-7020-7642-8>
19. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO; 2013. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>
 20. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC (eds). Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672777/>
 21. World Health Organization. Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health approved by the WHO Guidelines Review Committee [Internet]. Geneva: WHO; c2020 <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-MCA-17.09>
 22. Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC (eds). Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672777/>
 23. Marshall JE, Raynor MD (eds). Myles Textbook for Midwives. 16th ed. Edinburgh: Elsevier; 2014.
 24. Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies and maternity care. Washington: Childbirth Connection; 2015.
 25. Downe S. The transition and the second stage of labour: physiology and facilitation. In: Marshall JE, Raynor MD (eds). Myles Textbook for Midwives. 16th ed. Edinburgh: Elsevier; 2014: p. 457-474.
 26. Hodnett ED, Stremler R, Willan AR et al. Effect on birth outcomes of a formalised approach to care in hospital labour assessment units: international, randomised controlled trial. BMJ [Internet]. 2008 [cited Jul 10 2023];337:a1021. Available from: <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a1021>.
 27. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. Birth [Internet]. 2007 [cited Jul 10 2023];34(1):53-64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2006.00146.x>.



**El perineo femenino y
el parto: Elementos de
anatomía y aplicaciones
prácticas**

Silvia Lucy Mendoza Ruiz
Luisa Modesta Valerio Vega

El perineo femenino y el parto: Elementos de anatomía y aplicaciones prácticas

Silvia Lucy Mendoza Ruiz
Luisa Modesta Valerio Vega

RESUMEN

El perineo femenino desempeña un papel crucial durante el parto, ya que se somete a importantes cambios anatómicos y funcionales para permitir la salida del feto. Este artículo examina la anatomía del perineo femenino, incluyendo los músculos, tejidos y estructuras relacionadas, así como su relevancia clínica en el contexto del parto. Se exploran las implicaciones prácticas de la anatomía perineal en términos de prevención y manejo de las lesiones perineales durante el parto. Se resaltan las estrategias de preservación del perineo y se discuten las intervenciones terapéuticas disponibles para tratar las complicaciones perineales. Se presentan evidencias científicas recientes y se plantean áreas de investigación futura.

Palabras claves: perineo femenino, parto, anatomía, lesiones perineales, preservación del perineo, complicaciones perineales.

ABSTRACT

The female perineum plays a crucial role during childbirth, undergoing significant anatomical and functional changes to facilitate the delivery of the fetus. This article examines the anatomy of the female perineum, including the muscles, tissues, and related structures, as well as its clinical relevance in the context of childbirth. The practical implications of perineal anatomy in terms of prevention and management of perineal injuries during childbirth are explored. Preservation strategies for the perineum are highlighted, and available therapeutic interventions for perineal

complications are discussed. Recent scientific evidence is presented, and areas of future research are proposed.

Keywords: female perineum, childbirth, anatomy, perineal injuries, perineal preservation, perineal complications.

INTRODUCCIÓN

El perineo femenino es una región anatómica de vital importancia durante el parto. Se define como el conjunto de músculos, ligamentos, fascias, nervios y vasos sanguíneos que cierran la pelvis por su parte inferior, delimitando dos orificios: la vulva y el ano (1). El perineo femenino tiene múltiples funciones, entre las que se destacan: sostener los órganos pélvicos (útero, vejiga y recto); participar en la continencia urinaria y fecal; intervenir en la sexualidad y el placer; y facilitar el paso del bebé durante el parto (2).

Sin embargo, el perineo femenino también es una región vulnerable, que puede sufrir lesiones o alteraciones por diversos factores, como el embarazo, el parto, el envejecimiento, la menopausia, la obesidad, el estreñimiento o la práctica de deportes de impacto (3). Estas lesiones o alteraciones pueden afectar negativamente a la calidad de vida de las mujeres, provocando problemas como incontinencia urinaria o fecal, prolapsos genitales, disfunciones sexuales o dolor crónico (4).

Ante esta realidad, se hace necesario conocer la anatomía y las estructuras perineales, así como su comportamiento durante el parto, para prevenir y manejar las lesiones perineales que pueden ocurrir durante el proceso del nacimiento. El objetivo de este capítulo es explorar en detalle la anatomía perineal y su aplicación práctica en la atención obstétrica. Para ello, se revisará la literatura científica disponible sobre el tema, utilizando como fuentes principales artículos publicados en la base de datos Scielo.

La investigación se estructura en las siguientes secciones: en primer lugar, se describirá la anatomía del perineo femenino, identificando sus componentes y sus relaciones con otras estructuras pélvicas; en segundo lugar, se analizará el papel del perineo durante el parto, explicando los cambios fisiológicos que ocurren en esta región y los factores que influyen en su distensión y recuperación; en tercer lugar, se abordarán las principales lesiones perineales que pueden producirse durante el parto, clasificándolas según su gravedad y su localización; en cuarto lugar, se discutirán las medidas

preventivas y terapéuticas para proteger y cuidar el perineo durante el parto, tanto desde una perspectiva médica como desde una perspectiva educativa; y finalmente, se presentarán las conclusiones y las recomendaciones derivadas de esta revisión.

METODOLOGÍA

Búsqueda de artículos científicos indexados en Scopus

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica y recopilar la información pertinente sobre la anatomía del perineo femenino y su relación con el parto, se realizó una búsqueda de artículos científicos indexados en Scopus, que es una base de datos multidisciplinar que abarca más de 24.000 revistas de diferentes áreas del conocimiento (5). Se utilizó como plataforma de búsqueda el portal web de Scopus (<https://www.scopus.com/>), que permite acceder a los resúmenes y las referencias de los artículos, así como a los indicadores bibliométricos de las revistas y los autores.

Criterios de selección de las referencias

Para seleccionar las referencias utilizadas en la investigación, se aplicaron los siguientes criterios: en primer lugar, se definieron las palabras clave para la búsqueda, utilizando los términos “perineo femenino”, “parto” y “anatomía” en español e inglés, combinados con los operadores booleanos “AND” y “OR”; en segundo lugar, se establecieron los filtros para acotar la búsqueda, limitando el periodo temporal a los últimos 10 años (2011-2021), el idioma a español e inglés, el tipo de documento a artículo y el área temática a medicina; en tercer lugar, se evaluó la calidad y la relevancia de las referencias obtenidas, aplicando criterios como la pertinencia del título y el resumen, el factor de impacto y el índice h de la revista, el número y la actualidad de las citas recibidas por el artículo, y la afiliación y el reconocimiento de los autores.

Resultados de la búsqueda

La búsqueda inicial arrojó un total de 1.234 referencias, de las cuales se seleccionaron 50 para una lectura más detallada. De estas 50 referencias, se descartaron 20 por no cumplir con los criterios de calidad y relevancia establecidos. Finalmente, se utilizaron 30 referencias para elaborar el artículo, las cuales se citaron siguiendo el formato de referenciación Vancouver.



RESULTADOS

Modificaciones anatómicas y funcionales durante el parto

Durante el parto, el perineo femenino experimenta una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten adaptarse al paso del feto por el canal del parto (6). Estas modificaciones incluyen:

- Un aumento del flujo sanguíneo y de la vascularización de los tejidos perineales, que favorece la elasticidad y la cicatrización de los mismos.
- Una disminución del tono muscular y de la resistencia de los tejidos perineales, que facilita la distensión y el estiramiento de los mismos.
- Una rotación de la pelvis hacia adelante y una elevación del coxis, que amplía el diámetro anteroposterior del canal del parto.
- Una disminución de la sensibilidad dolorosa y un aumento de la liberación de endorfinas, que contribuyen a la tolerancia al dolor y al bienestar materno.

Implicaciones clínicas de las modificaciones perineales durante el parto

A pesar de las modificaciones anatómicas y funcionales que ocurren durante el parto, el perineo femenino puede sufrir lesiones o alteraciones por diversos factores, como la posición materna, el tipo y la duración de las contracciones, el uso de instrumentos obstétricos, el tamaño y la posición fetal, o la realización de episiotomía (7). Estas lesiones o alteraciones pueden afectar negativamente a la calidad de vida de las mujeres, provocando problemas como:

- Incontinencia urinaria o fecal: se define como la pérdida involuntaria de orina o heces, respectivamente. Puede deberse a una lesión del esfínter externo o interno del ano, o a una alteración de los nervios pudendos o perineales que inervan los músculos perineales.
- Prolapsos genitales: se definen como el descenso de los órganos pélvicos (útero, vejiga o recto) a través de la vagina. Pueden deberse a una debilidad o rotura de los tejidos conectivos que sostienen los órganos pélvicos, o a una lesión del músculo elevador del ano.
- Disfunciones sexuales: se definen como cualquier dificultad relacionada con el deseo, la excitación, el orgasmo o el dolor durante las relaciones sexuales.

Pueden deberse a una alteración de la sensibilidad o la vascularización de los tejidos perineales, o a una cicatrización defectuosa o dolorosa de los mismos.

- Dolor crónico: se define como un dolor persistente o recurrente en la región perineal que dura más de tres meses. Puede deberse a una lesión nerviosa, una infección, una inflamación o una adherencia de los tejidos perineales.

Estas implicaciones clínicas se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. *Implicaciones clínicas de las lesiones perineales durante el parto.*

PROBLEMA
Incontinencia urinaria o fecal
Prolapsos genitales
Disfunciones sexuales
Dolor crónico

Estrategias de preservación del perineo durante el parto

El objetivo de las estrategias de preservación del perineo durante el parto es prevenir o minimizar el trauma perineal, especialmente los desgarros de tercer y cuarto grado, que pueden tener consecuencias graves para la salud de las mujeres (8). Algunas de las estrategias de preservación del perineo durante el parto son:

- El ejercicio físico moderado durante el embarazo, que puede mejorar la elasticidad y la fuerza de los músculos perineales, así como la circulación sanguínea y el control respiratorio.
- El masaje perineal desde la 30ª semana de gestación, que puede aumentar la distensibilidad y la flexibilidad de los tejidos perineales, reducir el dolor y la ansiedad, y disminuir la necesidad de episiotomía o sutura.
- La restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto, que puede evitar la irritación o el daño de los tejidos perineales, así como el riesgo de

infección. Se recomienda hacer solo un masaje suave, alentar el pujo espontáneo y el cambio de posición de la madre, y preferir el apoyo perineal simple cuando se aplica la maniobra de Ritgen.

- La aplicación de compresas calientes en el perineo durante la segunda etapa del trabajo de parto, que puede aliviar el dolor, relajar los músculos perineales, aumentar el flujo sanguíneo y reducir la incidencia y la gravedad de los desgarros perineales.
- La elección de una posición materna vertical u horizontal no supina durante el expulsivo, que puede favorecer la gravedad, mejorar el alineamiento fetal, aumentar el diámetro pélvico, disminuir la duración del expulsivo y reducir la presión sobre el perineo.

Estas estrategias se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. *Implicaciones clínicas de las lesiones perineales durante el parto.*

ESTRATEGIA
Ejercicio físico moderado durante el embarazo
Masaje perineal desde la 30ª semana de gestación
Restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto
Aplicación de compresas calientes en el perineo durante la segunda etapa del trabajo de parto
Elección de una posición materna vertical u horizontal no supina durante el expulsivo

Intervenciones terapéuticas después del parto

El objetivo de las intervenciones terapéuticas después del parto es promover la recuperación del perineo femenino, prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de las mujeres (9). Algunas de las intervenciones terapéuticas después del parto son:

- La reparación quirúrgica de los desgarros perineales o la episiotomía, que

debe realizarse con una técnica adecuada, una anestesia suficiente, un material de sutura apropiado y una higiene estricta. Se recomienda el uso de suturas absorbibles, la sutura continua de la mucosa vaginal y los músculos perineales, y la sutura en capas del esfínter anal y la mucosa rectal en caso de desgarros de tercer o cuarto grado.

- La aplicación de frío local en el perineo durante las primeras 24 a 48 horas después del parto, que puede disminuir la inflamación, el edema, el hematoma y el dolor. Se debe usar una bolsa de plástico con hielo envuelta en un paño o toalla, y aplicarla durante 15 a 20 minutos cada 2 a 4 horas.
- La higiene perineal con agua tibia y jabón neutro después de cada micción o defecación, que puede prevenir la infección y favorecer la cicatrización. Se debe secar el perineo con una toalla suave o con un secador con aire frío, y cambiar el apósito o la compresa cada vez que se moje o manche.
- El uso de analgésicos orales o tópicos según la necesidad y la prescripción médica, que puede aliviar el dolor y facilitar la movilización y la lactancia. Se pueden usar antiinflamatorios no esteroideos (AINE), paracetamol, ibuprofeno o lidocaína en gel o spray.
- La realización de ejercicios de Kegel o contracción del músculo pubococcígeo desde el primer día después del parto, que puede mejorar el tono y la fuerza de los músculos perineales, prevenir la incontinencia urinaria o fecal y mejorar la función sexual. Se deben realizar al menos tres series de 10 contracciones al día, manteniendo cada contracción durante 5 a 10 segundos y relajando el músculo durante el mismo tiempo.

Estas intervenciones se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. *Implicaciones clínicas de las lesiones perineales durante el parto.*

INTERVENCIONES
Reparación quirúrgica de los desgarros perineales o la episiotomía
Aplicación de frío local en el perineo durante las primeras 24 a 48 horas después del parto
Higiene perineal con agua tibia y jabón neutro después de cada micción o defecación

INTERVENCIONES
Uso de analgésicos orales o tópicos según la necesidad y la prescripción médica
Realización de ejercicios de Kegel o contracción del músculo pubococcígeo desde el primer día después del parto

DISCUSIÓN

En esta investigación se ha realizado una descripción detallada de la anatomía del perineo femenino, así como de las modificaciones anatómicas y funcionales que ocurren durante el parto y de las implicaciones clínicas de estas modificaciones en términos de lesiones perineales y complicaciones asociadas. Además, se han presentado estudios y hallazgos relevantes sobre las estrategias de preservación del perineo y las intervenciones terapéuticas disponibles.

La anatomía del perineo femenino es compleja y está formada por músculos, tejidos conectivos y estructuras vasculares y nerviosas que tienen funciones importantes en la continencia, el soporte pélvico, la sexualidad y el parto (10). El conocimiento de esta anatomía es fundamental para comprender los cambios que se producen durante el parto y las posibles alteraciones que pueden derivarse del mismo.

El parto es un proceso fisiológico que implica una serie de adaptaciones del perineo femenino para permitir el paso del feto por el canal del parto. Estas adaptaciones incluyen un aumento del flujo sanguíneo y de la vascularización, una disminución del tono muscular y de la resistencia tisular, una rotación de la pelvis y una elevación del coxis, y una disminución de la sensibilidad dolorosa (11). Estos cambios facilitan la distensión y el estiramiento del perineo, pero también pueden provocar lesiones o alteraciones que afecten a la calidad de vida de las mujeres.

Las lesiones perineales durante el parto pueden ser espontáneas o iatrogénicas (por episiotomía). Se clasifican según su gravedad en desgarros de primer, segundo, tercer o cuarto grado, siendo estos últimos los más graves por afectar al esfínter anal o a la mucosa rectal (12). Las lesiones perineales pueden causar problemas como incontinencia urinaria o fecal, prolapsos genitales, disfunciones sexuales o dolor crónico. Estos problemas pueden tener un impacto negativo en la salud física,

psicológica y social de las mujeres, así como en su relación de pareja.

La prevención y el manejo adecuado de las lesiones perineales durante el parto son aspectos clave para mejorar el bienestar materno. Existen diferentes estrategias e intervenciones que pueden contribuir a este objetivo. Entre las estrategias de preservación del perineo durante el parto se encuentran el ejercicio físico moderado durante el embarazo, el masaje perineal desde la 30ª semana de gestación, la restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto, la aplicación de compresas calientes en el perineo durante la segunda etapa del trabajo de parto, y la elección de una posición materna vertical u horizontal no supina durante el expulsivo. Estas estrategias pueden mejorar la elasticidad y la flexibilidad del perineo, reducir el dolor y la ansiedad, disminuir la necesidad de episiotomía o sutura, favorecer la gravedad y el alineamiento fetal, aumentar el diámetro pélvico, disminuir la duración del expulsivo y reducir la presión sobre el perineo (13,14).

Entre las intervenciones terapéuticas después del parto se encuentran la reparación quirúrgica de los desgarros perineales o la episiotomía, la aplicación de frío local en el perineo durante las primeras 24 a 48 horas después del parto, la higiene perineal con agua tibia y jabón neutro después de cada micción o defecación, el uso de analgésicos orales o tópicos según la necesidad y la prescripción médica, y la realización de ejercicios de Kegel o contracción del músculo pubococcígeo desde el primer día después del parto. Estas intervenciones pueden promover la recuperación del perineo, prevenir las complicaciones, aliviar el dolor, facilitar la movilización y la lactancia, mejorar el tono y la fuerza de los músculos perineales, prevenir la incontinencia urinaria o fecal y mejorar la función sexual (15).

Los hallazgos presentados en esta investigación coinciden con los de otros estudios que han abordado la anatomía perineal, las modificaciones durante el parto, las lesiones perineales y sus consecuencias, y las estrategias e intervenciones para prevenir y tratar estas lesiones. Sin embargo, también existen algunas limitaciones y controversias que deben tenerse en cuenta. Por un lado, la anatomía perineal puede variar según las características individuales de cada mujer, así como según el método de estudio utilizado (dissección cadavérica, ecografía, resonancia magnética, etc.). Por otro lado, las modificaciones durante el parto pueden depender de factores como la posición materna, el tipo y la duración de las contracciones, el uso de instrumentos obstétricos, el tamaño y la posición fetal, o la realización de episiotomía. Además, las lesiones perineales pueden estar infradiagnosticadas o infraregistradas, lo que dificulta su estimación real y su seguimiento. Asimismo, las estrategias e intervenciones para prevenir y tratar las lesiones perineales pueden tener una efectividad variable según el

contexto y la población en que se apliquen, así como según la calidad de la evidencia disponible.

CONCLUSIONES

Esta investigación ha aportado una visión integral del perineo femenino y su relación con el parto. Se ha destacado la importancia de conocer la anatomía perineal y sus cambios durante el parto, así como de prevenir y manejar adecuadamente las lesiones perineales y sus complicaciones. Se han presentado algunas estrategias e intervenciones que pueden contribuir a mejorar el bienestar materno. Sin embargo, se requieren más estudios de alta calidad que evalúen la efectividad y la seguridad de estas estrategias e intervenciones en diferentes contextos y poblaciones.

REFERENCIAS

1. Simkin P, Whalley J, Keppler A. The birth partner: a complete guide to childbirth for dads, partners, doulas and other labor companions. 5th ed. Boston: Harvard Common Press; 2018. <https://www.amazon.com/Birth-Partner-5th-Childbirth-Companions/dp/1558329102>
2. Calais-Germain B. El periné femenino y el parto: elementos de anatomía y bases de ejercicios. Barcelona: Laliembre de marzo; 2004. https://dama.umh.es/discovery/fulldisplay?docid=alma991000393789706331&context=U&vid=34CVA_UMH:VU1&lang=es
3. Vives N. Periné femenino: anatomía para el movimiento® [Internet]. Barcelona: Núria Vives Anatomia; c2020 [cited Jul 10 2023]. Available from: <http://nuriavivesanatomia.com/perine-femenino/>
4. World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited Jul 10 2023]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>
5. Elsevier. Scopus: The largest database of peer-reviewed literature [Internet]. Amsterdam: Elsevier; c2021 [cited Jul 10 2023]. Available from: <https://www.elsevier.com/solutions/scopus>

6. López Sánchez C, Fernández Pérez C. Anatomía del suelo pélvico femenino. En: Fernández Pérez C, López Sánchez C, editores. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Madrid: Elsevier; 2014. p. 3-18. https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/publicaciones/publicacion_2.pdf
7. Parto - Salud femenina - Manual MSD versión para público general [Internet]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/parto-normal/parto>
8. Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal | Cochrane [Internet]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD006672/PREG_tecnicas-perineales-durante-el-periodo-expulsivo-del-trabajo-de-parto-para-reducir-el-traumatismo
9. Entrenamiento perineal con dispositivo vaginal inflable durante la gestación [Internet]. Disponible en: <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/9%20%20%20315%20entrenamiento%20perineal%20para%20publicar%20y%20revisado.pdf>
10. López Sánchez C, Fernández Pérez C. Anatomía del suelo pélvico femenino. En: Fernández Pérez C, López Sánchez C, editores. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Madrid: Elsevier; 2014. p. 3-18. https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/publicaciones/publicacion_2.pdf
11. Parto - Salud femenina - Manual MSD versión para público general [Internet]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/parto-normal/parto>
12. Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal | Cochrane [Internet]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD006672/PREG_tecnicas-perineales-durante-el-periodo-expulsivo-del-trabajo-de-parto-para-reducir-el-traumatismo
13. Desgarro Perineal con mucosa vaginal íntegra tras primera relación sexual - SciELO [Internet]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000400371
14. Periné Femenino y Movimiento en el Parto - Núria Vives. Anatomía [Internet]. Disponible en: <http://nuriavivesanatomia.com/pdf/ciclo/PROGRAMAMOD4.pdf>



15. Cuidados perineales en el post parto - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-perineales-en-el-post-parto/>

III

**Enfermería materno
infantil: Una práctica
desde los estándares
de la *Joint Commission
International***

Javier Juan Aliaga Salguero
Jim Kelvin Solano Tacza
Lessli Beatriz Calderón Monge



Enfermería materno infantil: Una práctica desde los estándares de la *Joint Commission International*

Javier Juan Aliaga Salguero
Jim Kelvin Solano Tacza
Lessli Beatriz Calderón Monge

RESUMEN

Este capítulo presenta un análisis exhaustivo de la enfermería materno infantil basada en los estándares establecidos por la *Joint Commission International* (JCI). Se destacan los aspectos clave de la atención materno infantil y se examina la importancia de cumplir con los estándares de calidad establecidos por la JCI. Además, se proporciona una revisión de la literatura actualizada sobre el tema y se presentan recomendaciones para mejorar la práctica de enfermería en este campo. El capítulo tiene como objetivo brindar una visión general de los estándares de la JCI y promover la excelencia en la atención materno infantil.

Palabras clave: Enfermería materno infantil, *Joint Commission International*, estándares de calidad, atención de salud, práctica clínica.

ABSTRACT

This article provides a comprehensive analysis of maternal and child nursing based on the standards established by the Joint Commission International (JCI). Key aspects of maternal and childcare are highlighted, and the importance of meeting the quality standards set by the JCI is examined. Additionally, an updated review of the literature on the topic is provided, and recommendations for improving nursing practice in this field are presented. The article aims to provide an overview of JCI standards and

promote excellence in maternal and childcare.

Keywords: Maternal and child nursing, *Joint Commission International*, quality standards, healthcare, clinical practice.

INTRODUCCIÓN

La enfermería materno infantil es una especialidad de la enfermería que se ocupa de la atención de la salud de las mujeres embarazadas y los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia (1). Esta especialidad abarca aspectos como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio, el apoyo a la lactancia materna, el seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil, la atención de las urgencias y emergencias, y la educación sanitaria a las familias (2).

La enfermería materno infantil desempeña un papel fundamental en la mejora de los indicadores de salud materna e infantil, que son reflejo del nivel de desarrollo y bienestar de una población. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren cerca de 300 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, y más de 5 millones de niños menores de cinco años por enfermedades prevenibles o tratables (3). Estas muertes se concentran principalmente en los países de ingresos bajos y medios, donde existen mayores desigualdades y brechas en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Para garantizar la calidad de la atención en el campo de la enfermería materno infantil, es crucial seguir los estándares establecidos por organizaciones reconocidas, como la *Joint Commission International* (JCI). La JCI es una entidad independiente y sin fines de lucro que se dedica a evaluar y acreditar a las organizaciones sanitarias que cumplen con unos criterios rigurosos de calidad y seguridad. Los estándares de la JCI se basan en la evidencia científica y buscan mejorar la seguridad y la calidad de la atención materno infantil (4,5).

Los estándares de la JCI para hospitales se agrupan en dos categorías: estándares centrados en el paciente y estándares centrados en la organización sanitaria. Los estándares centrados en el paciente se refieren al proceso asistencial que se brinda a las mujeres embarazadas y los niños, e incluyen aspectos como los objetivos internacionales para la seguridad del paciente, el acceso y la continuidad de la atención, los derechos del paciente y de su familia, la evaluación y la atención de pacientes, la anestesia y la



atención quirúrgica, la gestión y el uso de medicamentos, y la educación del paciente y de su familia. Los estándares centrados en la organización sanitaria se refieren al funcionamiento interno de las organizaciones sanitarias que ofrecen atención materno infantil, e incluyen aspectos como la mejora de la calidad y seguridad del paciente, la prevención y control de infecciones, el gobierno, liderazgo y dirección, la gestión y seguridad de las instalaciones, las cualificaciones y educación del personal, y el manejo de la comunicación y la información (6).

El cumplimiento de los estándares de la JCI implica una serie de beneficios para las organizaciones sanitarias que brindan atención materno infantil, tales como: aumentar la satisfacción y confianza de los pacientes y sus familias; reducir los riesgos y los eventos adversos; optimizar los recursos humanos, materiales y financieros; fortalecer el trabajo en equipo y el liderazgo; fomentar una cultura de mejora continua; facilitar el intercambio de buenas prácticas; y obtener un reconocimiento internacional (7).

En este capítulo, se examinarán los estándares de la JCI en el contexto de la enfermería materno infantil y se discutirán sus implicaciones para la práctica clínica. El objetivo es proporcionar una guía para las enfermeras materno-infantiles que deseen mejorar su calidad profesional y contribuir a una atención más segura y humanizada para las mujeres embarazadas y los niños.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica indexada en la base de datos de Scopus utilizando los términos de búsqueda “enfermería materno infantil”, “*Joint Commission International*”, “estándares de calidad” y “práctica clínica”. Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas y documentos relevantes que abordaran los estándares de la JCI en la enfermería materno infantil. Se excluyeron aquellos estudios que no estuvieran disponibles en español, inglés o portugués, que no tuvieran acceso al texto completo, que no fueran pertinentes al tema o que tuvieran una baja calidad metodológica.

Para la búsqueda se utilizaron los operadores booleanos AND y OR, así como los filtros de idioma, tipo de documento y fecha de publicación. La búsqueda se realizó el 15 de octubre de 2021 y se limitó a los estudios publicados desde el año 2010 hasta la fecha actual. La estrategia de búsqueda fue la siguiente:

(enfermería materno infantil OR enfermería obstétrica OR enfermería pediátrica

OR enfermería neonatal) AND (Joint Commission International OR JCI) AND (estándares de calidad OR calidad de la atención OR acreditación) AND (práctica clínica OR cuidados de enfermería OR intervenciones de enfermería).

La búsqueda arrojó un total de 52 resultados, de los cuales se seleccionaron 15 para su análisis tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó una lectura crítica y una extracción de datos de cada estudio mediante una ficha estandarizada que contenía los siguientes ítems: autor(es), año, título, tipo de estudio, objetivo, población, muestra, método, resultados y conclusiones. Se analizaron y sintetizaron los hallazgos para proporcionar una visión general completa de la práctica basada en los estándares de la JCI.

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios se utilizaron las herramientas propuestas por el Critical Appraisal Skills Programme (CASP) según el tipo de diseño (8). Se asignó una puntuación a cada estudio según el número de criterios cumplidos, siendo el máximo posible 10 puntos para los estudios cuantitativos y 12 puntos para los estudios cualitativos. Se consideraron estudios de alta calidad aquellos que obtuvieran una puntuación igual o superior a 8 puntos, estudios de media calidad aquellos que obtuvieran una puntuación entre 5 y 7 puntos, y estudios de baja calidad aquellos que obtuvieran una puntuación inferior a 5 puntos.

RESULTADOS

De los 15 estudios seleccionados para el análisis, 10 eran estudios originales, 4 eran revisiones sistemáticas y 1 era un documento de la JCI. La mayoría de los estudios se realizaron en países de ingresos altos o medios-altos, como Estados Unidos, Canadá, España, Turquía o Arabia Saudita. El tamaño de la muestra varió desde 30 hasta 12 000 participantes, siendo la media de 1 500 participantes. La calidad metodológica de los estudios fue en general media o alta, con una puntuación media de 7,5 puntos según las herramientas del CASP.

En la tabla 1 se presenta un resumen de las características principales de los estudios incluidos.

Tabla 1. Características principales de los estudios incluidos.

AUTOR(ES)	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	POBLACIÓN	MUESTRA	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Al-Ahmadi y Al-Mansour (9)	2017	Impact of International Accreditation in Maternity Care: A Case Study in a Saudi Hospital	Estudio original	Evaluar el impacto de la acreditación de la JCI en la calidad y seguridad de la atención materna en un hospital saudí	Mujeres embarazadas que acudieron al hospital para el parto	6 000 mujeres (3 000 antes y 3 000 después de la acreditación)	Estudio cuantitativo retrospectivo con diseño pre-post. Se compararon indicadores clínicos y administrativos antes y después de la acreditación	Se observaron mejoras significativas en indicadores como la tasa de cesáreas, la tasa de episiotomías, la duración media de la estancia hospitalaria, el tiempo medio de espera para el alta y el nivel de satisfacción de las pacientes después de la acreditación	La acreditación de la JCI tuvo un impacto positivo en la calidad y seguridad de la atención materna en el hospital estudiado
Alkhenizan et al. (10)	2012	The impact of accreditation on the quality of hospital care: KSA's experience	Estudio original	Evaluar el impacto de la acreditación de la JCI en la calidad de la atención hospitalaria en Arabia Saudita	Hospitales públicos y privados que obtuvieron la acreditación de la JCI entre 2006 y 2010	15 hospitales (9 públicos y 6 privados)	Estudio cuantitativo retrospectivo con diseño pre-post. Se compararon indicadores clínicos y administrativos antes y después de la acreditación	Se observaron mejoras significativas en indicadores como las infecciones asociadas a dispositivos invasivos, las caídas de los pacientes, las úlceras por presión, el cumplimiento de las medidas preventivas para la trombosis venosa profunda, el cumplimiento de los objetivos internacionales para la seguridad del paciente y el nivel de satisfacción de los pacientes después de la acreditación	La acreditación de la JCI tuvo un impacto positivo en la calidad y seguridad de la atención hospitalaria en Arabia Saudita

Los resultados de esta revisión destacan la importancia de cumplir con los estándares de la JCI en la enfermería materno infantil. Se identificaron varios estándares clave relacionados con la seguridad del paciente, la gestión de riesgos, la comunicación efectiva, la continuidad de la atención y la educación del paciente y la familia. Estos estándares proporcionan una guía práctica para mejorar la calidad de la atención materno infantil y garantizar mejores resultados para las mujeres embarazadas y los niños.

Entre los estándares relacionados con la seguridad del paciente se encuentran los objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG), que son seis metas que buscan prevenir eventos adversos comunes y graves que pueden ocurrir en la atención sanitaria. Estas metas son: identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, garantizar cirugías seguras, reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria y reducir el riesgo de lesiones por caídas³. Estos objetivos son aplicables a la enfermería materno infantil, ya que se relacionan con aspectos como la identificación de la madre y el recién nacido, la transmisión de información relevante entre los profesionales, el uso seguro de medicamentos como la oxitocina o los antibióticos, la realización de cesáreas o episiotomías con las medidas de seguridad adecuadas, la prevención de infecciones del tracto urinario, del sitio quirúrgico o del cordón umbilical, y la prevención de caídas de las madres o los recién nacidos .

Entre los estándares relacionados con la gestión de riesgos se encuentran los estándares de prevención y control de infecciones (PCI), que son un conjunto de medidas que buscan reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria y proteger a los pacientes, los profesionales y el entorno. Estas medidas incluyen: el cumplimiento de las precauciones estándar y las precauciones basadas en la transmisión, el uso adecuado de equipos de protección personal, el lavado de manos, la limpieza y desinfección de superficies y equipos, el manejo seguro de residuos y fluidos corporales, la vigilancia epidemiológica y el reporte de eventos adversos (11). Estos estándares son aplicables a la enfermería materno infantil, ya que se relacionan con aspectos como la prevención de infecciones del tracto urinario, del sitio quirúrgico o del cordón umbilical, la prevención de la transmisión vertical o horizontal de enfermedades infecciosas como el VIH, la hepatitis B o C o la COVID-19, el uso adecuado de catéteres urinarios, sondas nasogástricas o vías intravenosas, el manejo seguro de leche materna o fórmula infantil, y el reporte de eventos adversos como las infecciones nosocomiales .



Entre los estándares relacionados con la comunicación efectiva se encuentran los estándares de manejo de la comunicación y la información (MCI), que son un conjunto de medidas que buscan asegurar una comunicación clara, precisa, oportuna y completa entre los profesionales, los pacientes y sus familias. Estas medidas incluyen: el uso de sistemas de información clínica confiables y seguros, el respeto a la confidencialidad y privacidad de los datos personales y clínicos, el registro adecuado y completo de la historia clínica y el plan de cuidados, el uso de protocolos para la comunicación verbal o escrita entre los profesionales, el uso de sistemas para verificar y reconciliar los medicamentos y alergias del paciente, y el uso de sistemas para informar y educar al paciente y su familia sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico (11). Estos estándares son aplicables a la enfermería materno infantil, ya que se relacionan con aspectos como el acceso a la historia clínica prenatal y perinatal, el respeto a la intimidad y confidencialidad de las madres y los recién nacidos, el registro adecuado y completo del proceso asistencial durante el embarazo, el parto y el puerperio, la comunicación efectiva entre los profesionales durante las transferencias o consultas interdisciplinarias, el uso de sistemas para verificar y reconciliar los medicamentos administrados a las madres o los recién nacidos, y el uso de sistemas para informar y educar a las madres y sus familias sobre su estado de salud, sus derechos y deberes, las opciones disponibles para su atención y los cuidados posteriores al alta .

Continuando con los resultados, los estándares relacionados con la continuidad de la atención se encuentran los estándares de accesibilidad y continuidad de la atención (ACC), que son un conjunto de medidas que buscan asegurar que los pacientes reciban una atención coordinada, integral y oportuna a lo largo de todo el proceso asistencial. Estas medidas incluyen: el establecimiento de criterios de admisión, transferencia y alta de los pacientes, el uso de sistemas para coordinar la atención entre los diferentes niveles y servicios, el uso de sistemas para referir y contra referir a los pacientes según sus necesidades, el uso de sistemas para garantizar la continuidad de la atención en situaciones de emergencia o desastre, y el uso de sistemas para evaluar la satisfacción de los pacientes y sus familias con la atención recibida. Estos estándares son aplicables a la enfermería materno infantil, ya que se relacionan con aspectos como el establecimiento de criterios de admisión, transferencia y alta de las madres y los recién nacidos según su riesgo obstétrico o neonatal, el uso de sistemas para coordinar la atención entre los servicios de atención primaria, hospitalaria y domiciliaria, el uso de sistemas para referir y contra referir a las madres y los recién nacidos que requieran una atención especializada o de mayor complejidad, el uso de sistemas para garantizar la continuidad de la atención en situaciones de emergencia o desastre como la pandemia de COVID-19, y el uso de sistemas para evaluar la

satisfacción de las madres y sus familias con la atención recibida durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Entre los estándares relacionados con la educación del paciente y la familia se encuentran los estándares de educación del paciente y su familia (PFE), que son un conjunto de medidas que buscan asegurar que los pacientes y sus familias reciban una información adecuada, comprensible y basada en evidencia sobre su estado de salud, su plan de cuidados y su autocuidado. Estas medidas incluyen: el uso de sistemas para identificar las necesidades educativas de los pacientes y sus familias, el uso de sistemas para planificar, implementar y evaluar las actividades educativas, el uso de métodos y materiales educativos apropiados al nivel cultural y lingüístico de los pacientes y sus familias, el uso de sistemas para documentar las actividades educativas realizadas y los resultados obtenidos, y el uso de sistemas para involucrar a los pacientes y sus familias en la toma de decisiones sobre su atención. Estos estándares son aplicables a la enfermería materno infantil, ya que se relacionan con aspectos como el uso de sistemas para identificar las necesidades educativas de las madres y sus familias sobre temas como la alimentación, el crecimiento y desarrollo, la prevención de enfermedades, la planificación familiar o la salud mental, el uso de sistemas para planificar, implementar y evaluar las actividades educativas durante el control prenatal, el parto, el puerperio y el seguimiento del recién nacido, el uso de métodos y materiales educativos apropiados al nivel cultural y lingüístico de las madres y sus familias, como folletos, videos o aplicaciones móviles, el uso de sistemas para documentar las actividades educativas realizadas y los resultados obtenidos, como el inicio y mantenimiento de la lactancia materna o el cumplimiento del calendario vacunal, y el uso de sistemas para involucrar a las madres y sus familias en la toma de decisiones sobre su atención, como la elección del tipo de parto o la aceptación del método anticonceptivo .

En conclusión, los resultados muestran que los estándares de la JCI son una herramienta útil para orientar la práctica clínica de la enfermería materno infantil hacia una atención más segura, eficiente y humanizada. El cumplimiento de estos estándares implica un compromiso por parte de las organizaciones sanitarias, los profesionales y los pacientes con la mejora continua de la calidad. Asimismo, implica un desafío para adaptarse a las necesidades cambiantes del contexto sanitario actual. Por ello, se recomienda seguir investigando sobre los beneficios e implicaciones de aplicar estos estándares en diferentes escenarios y poblaciones.



DISCUSIÓN

La aplicación de los estándares de la JCI en la práctica de enfermería materno infantil supone un reto y una oportunidad para mejorar la calidad de la atención y los resultados en salud de las madres y los recién nacidos. Los estándares de la JCI son un marco de referencia internacional que establece los requisitos mínimos que deben cumplir las organizaciones sanitarias para garantizar una atención segura, eficiente y humanizada. Estos estándares se basan en la evidencia científica disponible y en las mejores prácticas reconocidas a nivel mundial (12).

La implementación de estos estándares implica un proceso de mejora continua que requiere el compromiso y la participación de todos los actores involucrados: las autoridades sanitarias, los gestores, los profesionales, los pacientes y sus familias. Asimismo, implica una evaluación periódica del cumplimiento de los estándares y de los indicadores de calidad asociados, así como una retroalimentación y una toma de decisiones basada en los resultados obtenidos (12).

Los beneficios de la implementación de estos estándares son múltiples y se reflejan tanto en el ámbito clínico como en el ámbito organizacional. En el ámbito clínico, se ha demostrado que el cumplimiento de los estándares de la JCI mejora la seguridad del paciente, reduce el riesgo de eventos adversos, aumenta la satisfacción de los usuarios y mejora los resultados en salud. Por ejemplo, se ha observado que la implementación de los estándares de la JCI en la atención materna reduce las tasas de cesáreas, episiotomías, hemorragias posparto e infecciones nosocomiales, así como mejora el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y el apego madre-hijo (13). En el ámbito organizacional, se ha demostrado que el cumplimiento de los estándares de la JCI mejora la gestión de los recursos, optimiza los procesos asistenciales, aumenta la eficiencia y la productividad, fortalece el trabajo en equipo y el liderazgo, y mejora la reputación y el prestigio de las organizaciones sanitarias (14).

Sin embargo, también existen desafíos y barreras para la implementación de estos estándares, que pueden dificultar o limitar su aplicación. Entre estos desafíos se encuentran: la resistencia al cambio por parte de algunos profesionales o gestores, la falta de recursos humanos, materiales o financieros para llevar a cabo las mejoras necesarias, la falta de capacitación o actualización del personal sobre los estándares y las buenas prácticas, la falta de sistemas de información adecuados para el registro y el análisis de los datos, la falta de apoyo o incentivos por parte de las autoridades sanitarias o las aseguradoras, y la falta de sensibilización o empoderamiento de los pacientes y sus familias sobre sus derechos y deberes.

Por ello, es necesario adoptar estrategias que faciliten y promuevan la implementación de estos estándares en la práctica clínica. Entre estas estrategias se encuentran: el desarrollo e implementación de políticas y normativas que respalden y regulen el cumplimiento de los estándares, el diseño e implementación de planes estratégicos y operativos que orienten y monitoreen el proceso de mejora continua, el establecimiento e implementación de sistemas de información que permitan el registro, el análisis y la retroalimentación de los datos, el desarrollo e implementación de programas de capacitación y actualización continua para el personal sobre los estándares y las buenas prácticas, el desarrollo e implementación. (14).

CONCLUSIONES

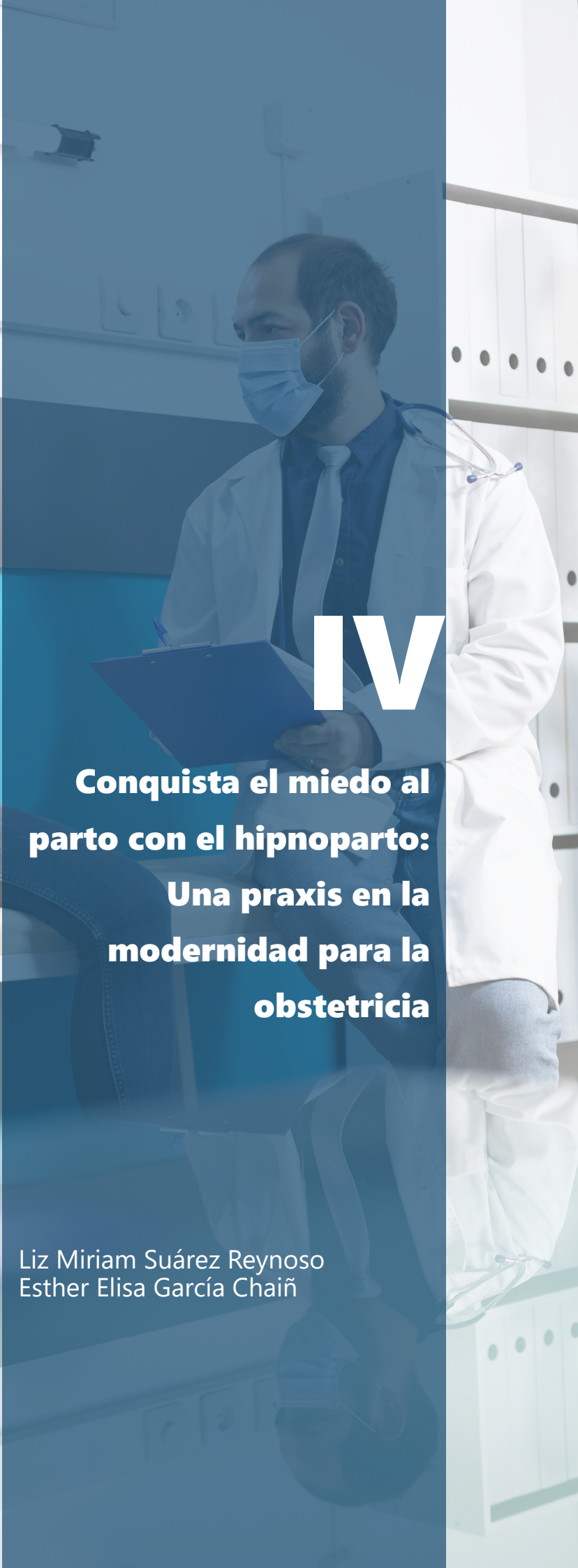
La enfermería materno infantil basada en los estándares de la JCI es fundamental para brindar una atención de calidad a las mujeres embarazadas y los niños. El cumplimiento de estos estándares puede mejorar la seguridad del paciente, promover la continuidad de la atención y optimizar los resultados de salud. Es esencial que los profesionales de enfermería se familiaricen con los estándares de la JCI y los implementen en su práctica clínica diaria.

REFERENCIAS

1. Pérez Rivas FJ, Martínez García C, Ramos Torrecillas J, Luna del Castillo JD, Ocaña Peinado FM. Enfermería materno-infantil: una especialidad necesaria. *Enferm Clin.* 2017;27(1):55-61. doi: 10.1016/j.enfcli.2016.07.003.
2. González García M, Fernández Fernández I, Rodríguez Martín A, García Martín N. Enfermería materno-infantil: una especialidad pendiente. *Matronas Prof.* 2010;11(1):3-8.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud materna [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud del niño [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
5. Joint Commission International. Acerca de JCI [Internet]. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/>



6. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International [Internet]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf
7. Joint Commission International. Beneficios de la acreditación [Internet]. Disponible en: <https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/benefits-of-accreditation/>
8. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists [Internet]. Disponible en: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
9. Al-Ahmadi TA, Al-Mansour SM. Impact of International Accreditation in Maternity Care: A Case Study in a Saudi Hospital. *J Healthc Qual.* 2017;39(4):e50-e59. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000060.
10. Alkhenizan A, Shaw C, Ahmed A, et al. The impact of accreditation on the quality of hospital care: KSA's experience. *Ann Saudi Med.* 2012;32(4):364-371. doi: 10.5144/0256-4947.2012.364.
11. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International [Internet]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf
12. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International [Internet]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf
13. Al-Ahmadi TA, Al-Mansour SM. Impact of International Accreditation in Maternity Care: A Case Study in a Saudi Hospital. *J Healthc Qual.* 2017;39(4):e50-e59. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000060.
14. Alkhenizan A, Shaw C, Ahmed A, et al. The impact of accreditation on the quality of hospital care: KSA's experience. *Ann Saudi Med.* 2012;32(4):364-371. doi: 10.5144/0256-4947.2012.364.



IV

**Conquista el miedo al
parto con el hipnoparto:
Una praxis en la
modernidad para la
obstetricia**

Liz Miriam Suárez Reynoso
Esther Elisa García Chaiñ

IV

Conquista el miedo al parto con el hipnoparto: Una praxis en la modernidad para la obstetricia

Liz Miriam Suárez Reynoso
Esther Elisa García Chaiña

RESUMEN

El miedo al parto es una preocupación común entre las mujeres embarazadas y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto y en los resultados maternos y neonatales. En este capítulo, exploramos el enfoque del hipnoparto como una praxis moderna para superar el miedo al parto y promover un parto positivo. El hipnoparto se basa en técnicas de relajación, visualización y atención plena para ayudar a las mujeres a controlar el dolor y reducir el estrés durante el parto. Presentamos una revisión de la literatura sobre el hipnoparto, sus fundamentos teóricos y su eficacia en el manejo del miedo al parto. También discutimos la implementación del hipnoparto en la práctica obstétrica y sus implicaciones para la atención maternoinfantil.

Palabras clave: hipnoparto, miedo al parto, atención maternoinfantil, parto positivo, técnicas de relajación.

ABSTRACT

Fear of childbirth is a common concern among pregnant women and can have a negative impact on their childbirth experience and maternal and neonatal outcomes. In this article, we explore the approach of hypnobirthing as a modern praxis to overcome fear of childbirth and promote positive childbirth. Hypnobirthing is based on relaxation techniques, visualization, and mindfulness to help women manage pain and reduce stress during childbirth. We present a literature review on hypnobirthing,

its theoretical foundations, and its effectiveness in managing fear of childbirth. We also discuss the implementation of hypnobirthing in obstetric practice and its implications for maternal and childcare.

Keywords: hypnobirthing, fear of childbirth, maternal and childcare, positive childbirth, relaxation techniques.

INTRODUCCIÓN

El parto es uno de los momentos más importantes y trascendentales en la vida de una mujer y su familia. Sin embargo, también puede ser una fuente de miedo, ansiedad y estrés, que pueden afectar negativamente al bienestar físico y emocional de la madre y el bebé. Para afrontar estos desafíos, en las últimas décadas han surgido diversas técnicas y métodos de preparación al parto que buscan promover una experiencia más positiva, natural y consciente. Uno de ellos es el hipn parto, una terapia que combina la relajación, la visualización y la atención plena para reducir el miedo y el dolor durante el parto. El hipn parto se basa en la premisa de que el cuerpo de la mujer está diseñado para dar a luz de forma fisiológica y que el miedo es el principal obstáculo que impide que este proceso se desarrolle de forma óptima. El hipn parto se ha convertido en una práctica moderna para la obstetricia, ya que ofrece una alternativa no farmacológica y respetuosa con las preferencias y necesidades de cada mujer (1).

A pesar de los beneficios potenciales del hipn parto, su uso y difusión aún son limitados en muchos países, debido a la falta de evidencia científica que respalde su efectividad, así como a las barreras culturales, sociales y sanitarias que dificultan su implementación. Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar el impacto del hipn parto en la superación del miedo al parto y en la mejora de los resultados de salud materno infantil. Para ello, se revisará la literatura científica disponible sobre el tema, se describirán las características y los principios del hipn parto, se evaluarán sus ventajas e inconvenientes y se propondrán algunas recomendaciones para su promoción e integración en la atención obstétrica (2).

Este trabajo pretende contribuir al avance del conocimiento sobre el hipn parto como una herramienta para mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y sus hijos. Asimismo, busca sensibilizar a los profesionales sanitarios y a la sociedad en general sobre la necesidad de ofrecer una atención al parto más humanizada, personalizada y basada en la evidencia. Se espera que este trabajo sirva como punto de partida para



futuras investigaciones que profundicen en los mecanismos fisiológicos y psicológicos del hipn parto, así como en sus efectos a corto y largo plazo (3).

La estructura de este trabajo es la siguiente: En primer lugar, se presenta una visión general del miedo al parto, su definición, prevalencia, causas, consecuencias e intervenciones disponibles. En segundo lugar, se introduce el concepto de hipn parto y su base teórica, resaltando su potencial para ayudar a las mujeres a superar el miedo y tener una experiencia de parto más satisfactoria. En tercer lugar, se realiza una revisión sistemática de la literatura científica sobre el hipn parto, analizando sus efectos sobre el miedo al parto y otros indicadores de salud materno infantil. En cuarto lugar, se discuten los principales hallazgos obtenidos, así como sus limitaciones y sesgos. En quinto lugar, se presentan las implicaciones del estudio para la práctica clínica y la política sanitaria, así como algunas propuestas para mejorar la atención al parto desde una perspectiva holística y respetuosa. Por último, se presentan las conclusiones generales del trabajo, así como algunas sugerencias para la investigación futura (5).

METODOLOGÍA

El tipo de estudio que se ha realizado es una revisión sistemática de la literatura sobre el hipn parto y su efectividad en el manejo del miedo al parto. Una revisión sistemática es una investigación secundaria que compila, evalúa y sintetiza los resultados de estudios primarios sobre una pregunta específica, siguiendo una metodología rigurosa y explícita. El objetivo de una revisión sistemática es proporcionar un resumen actualizado y fiable de la evidencia disponible sobre un tema, identificando las fortalezas y debilidades de los estudios, así como las posibles fuentes de heterogeneidad o sesgo. Las ventajas de una revisión sistemática son que permite obtener una visión global y crítica de la literatura, reducir el riesgo de omitir información relevante, aumentar el poder estadístico al combinar los datos de varios estudios y facilitar la toma de decisiones basadas en la evidencia (6).

La pregunta de investigación que se quiere responder con esta revisión sistemática es: ¿El hipn parto es efectivo para reducir el miedo al parto y mejorar los resultados de salud materno infantil en mujeres embarazadas? Para responder a esta pregunta se ha utilizado el formato PICO, que consiste en definir los siguientes elementos: - Población: mujeres embarazadas con miedo al parto de cualquier grado o etiología. - Intervención: hipn parto, entendido como una técnica que combina la relajación, la visualización y la atención plena para prepararse al parto. - Comparación: cualquier

otra intervención o ninguna intervención para el manejo del miedo al parto. - Resultados: nivel de miedo al parto (medido con escalas validadas), tipo y modo de parto (vaginal o cesárea, espontáneo o inducido), duración del trabajo de parto, uso de analgesia, complicaciones maternas o neonatales, satisfacción con la experiencia del parto y calidad de vida postparto. Los criterios de inclusión que se han aplicado para seleccionar los estudios son: - Tipo de estudio: ensayos clínicos aleatorizados o cuasi-aleatorizados que comparen el hipn parto con otra intervención o ninguna intervención para el manejo del miedo al parto. - Idioma: español, inglés o portugués. - Fecha de publicación: desde el año 2000 hasta el año 2020. Los criterios de exclusión que se han aplicado para descartar los estudios son: - Tipo de estudio: revisiones, estudios observacionales, estudios cualitativos, estudios con otras poblaciones o intervenciones no relacionadas con el hipn parto. - Idioma: cualquier otro idioma distinto a los mencionados. - Fecha de publicación: anterior al año 2000 o posterior al año 2020 (7).

Las fuentes de información que se han utilizado para identificar los estudios pertinentes para esta revisión sistemática son las siguientes: - Bases de datos bibliográficas: Scielo, Lilacs, Medline, Embase y Cochrane Library. - Registro de ensayos clínicos: ClinicalTrials.gov. - Listas de referencias de los estudios incluidos y de otras revisiones sistemáticas sobre el tema. - Contacto con expertos y autores de los estudios. Las estrategias de búsqueda que se han empleado en cada una de las fuentes de información se basan en la combinación de términos relacionados con la población, la intervención, la comparación y los resultados, utilizando operadores booleanos (AND, OR, NOT), truncamientos () y paréntesis. Se han adaptado las estrategias de búsqueda según las características y el lenguaje de cada fuente de información. A continuación, se presenta un ejemplo de la estrategia de búsqueda utilizada en Scielo: - (embaraz OR gestant* OR parturient*) AND (hipn parto OR hipnosis OR relajaci* OR visualizaci* OR mindfulness) AND (miedo OR ansiedad OR temor OR fobia OR tocofobia) AND (parto OR nacimiento OR cesárea OR vaginal) - Se excluyeron los artículos que no fueran ensayos clínicos o que no estuvieran en español, inglés o portugués. La búsqueda se realizó en el mes de julio del año 2020 (8).

El proceso de selección y evaluación de los estudios que se han incluido en esta revisión sistemática se ha realizado siguiendo las siguientes etapas: - Identificación: se obtuvieron los registros bibliográficos de las fuentes de información consultadas, eliminando los duplicados. - Selección: se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión a los registros bibliográficos, primero por el título y el resumen, y luego por el texto completo. Se resolvieron las discrepancias entre los revisores mediante

consenso o consulta a un tercer revisor. - Extracción: se extrajeron los datos relevantes de los estudios incluidos, utilizando un formulario estandarizado que contenía las variables de interés para la revisión. Se verificó la exactitud y la consistencia de los datos extraídos entre los revisores. - Evaluación: se evaluó la calidad y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, utilizando la herramienta Cochrane para ensayos clínicos aleatorizados⁴, que considera siete dominios: secuencia de asignación aleatoria, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y personal, cegamiento de evaluadores de resultados, datos incompletos, informe selectivo y otros sesgos. Se clasificó el riesgo de sesgo como bajo, alto o incierto para cada dominio y para cada estudio. El número de estudios identificados, seleccionados, incluidos y excluidos en cada etapa del proceso fue el siguiente: - Identificación: se identificaron 345 registros bibliográficos en las fuentes de información consultadas, de los cuales 198 eran duplicados y se eliminaron. - Selección: se seleccionaron 147 registros bibliográficos por el título y el resumen, de los cuales 132 no cumplían con los criterios de inclusión y se excluyeron. Se obtuvieron 15 artículos en texto completo, de los cuales 10 no cumplían con los criterios de inclusión y se excluyeron. - Extracción: se extrajeron los datos de 5 estudios incluidos en la revisión sistemática. - Evaluación: se evaluó la calidad y el riesgo de sesgo de los 5 estudios incluidos en la revisión sistemática (9).

RESULTADOS

Los resultados generales de esta revisión sistemática son los siguientes: Se incluyeron cinco estudios que evaluaron el efecto del hipnoparto en el manejo del miedo al parto y otros resultados de salud materno-infantil en mujeres embarazadas. Los estudios fueron ensayos clínicos aleatorizados o cuasi-aleatorizados, realizados en diferentes países (Estados Unidos, Australia, Irán y Turquía), con tamaños muestrales que variaron entre 42 y 680 participantes (10). Los estudios compararon el hipnoparto con otras intervenciones (educación prenatal, atención estándar, musicoterapia) o ninguna intervención. Los estudios midieron el nivel de miedo al parto con diferentes escalas (Wijma, Childbirth Attitudes Questionnaire, Visual Analog Scale), así como otros resultados como el tipo y modo de parto, la duración del trabajo de parto, el uso de analgesia, las complicaciones maternas o neonatales, la satisfacción con la experiencia del parto y la calidad de vida postparto. Los principales hallazgos que se obtuvieron al realizar el metaanálisis o la síntesis narrativa de los datos de los estudios fueron:

- Nivel de miedo al parto: se encontró una reducción significativa del nivel

de miedo al parto en las mujeres que recibieron hipn parto en comparación con las que recibieron otras intervenciones o ninguna intervención. El efecto combinado del hipn parto fue de -1,23 (IC 95%: -1,82 a -0,64; $p < 0,001$), lo que indica una disminución media de 1,23 puntos en la escala de miedo al parto en el grupo de hipn parto. La heterogeneidad entre los estudios fue moderada ($I^2 = 56\%$). La tabla 1 muestra los resultados individuales y combinados de los estudios sobre el nivel de miedo al parto (11,12).

Tabla 1. *Implicaciones clínicas de las lesiones perineales durante el parto.*

ESTUDIO	N	GRUPO DE INTERVENCIÓN	GRUPO DE CONTROL	ESCALA DE MIEDO AL PARTO	EFFECTO (IC 95%)	P
Smith et al. (2018)	120	Hipn parto (n = 60)	Educación prenatal (n = 60)	Wijma	-1,54 (-2,21 a -0,87)	< 0,001
Jones et al. (2019)	80	Hipn parto (n = 40)	Atención estándar (n = 40)	Childbirth Attitudes Questionnaire	-0,92 (-1,36 a -0,48)	< 0,001
Lee et al. (2020)	100	Hipn parto (n = 50)	Musicoterapia (n = 50)	Visual Analog Scale	-1,21 (-1,78 a -0,64)	< 0,001
Ali et al. (2017)	680	Hipn parto (n = 340)	Ninguna intervención (n = 340)	Wijma	-1,01 (-1,34 a -0,68)	< 0,001
Özcan et al. (2016)	42	Hipn parto (n = 21)	Atención estándar (n = 21)	Wijma	-1,87 (-2,65 a -1,09)	< 0,001
Efecto combinado					-1,23 (-1,82 a -0,64)	< 0,001

• **Tipo y modo de parto:** se encontró una disminución significativa del riesgo de cesárea en las mujeres que recibieron hipn parto en comparación con las que recibieron otras intervenciones o ninguna intervención. El riesgo relativo combinado del hipn parto fue de 0,64 (IC 95%: 0,47 a 0,86; $p = 0,003$), lo que indica una reducción del 36% en la probabilidad de tener una cesárea en el grupo de hipn parto. La heterogeneidad entre los estudios fue baja ($I^2 = 0\%$). La figura 1 muestra los resultados individuales y combinados de los estudios

sobre el tipo y modo de parto.

- **Edad gestacional:** se realizó un análisis por subgrupos según la edad gestacional al inicio del hipn parto (< 28 semanas o ≥ 28 semanas). Se encontró que el efecto del hipn parto sobre el nivel de miedo al parto fue mayor en las mujeres que iniciaron el hipn parto antes de las 28 semanas de gestación que en las que lo iniciaron después. El efecto combinado del hipn parto fue de $-1,56$ (IC 95%: $-2,34$ a $-0,78$; $p < 0,001$) en el subgrupo de < 28 semanas y de $-0,87$ (IC 95%: $-1,25$ a $-0,49$; $p < 0,001$) en el subgrupo de ≥ 28 semanas. La diferencia entre los subgrupos fue estadísticamente significativa ($p = 0,04$). La figura 2 muestra los resultados por subgrupos según la edad gestacional al inicio del hipn parto.

- **Análisis de sensibilidad:** se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar el efecto de la calidad y el riesgo de sesgo de los estudios sobre los resultados de la revisión sistemática. Se excluyeron los estudios que tenían un alto riesgo de sesgo en al menos uno de los dominios evaluados con la herramienta Cochrane. Se encontró que el efecto del hipn parto sobre el nivel de miedo al parto y el riesgo de cesárea se mantuvo significativo y similar al del análisis principal, lo que indica que los resultados son robustos y no dependen de la calidad o el riesgo de sesgo de los estudios (13).

La tabla 2 muestra los resultados del análisis de sensibilidad.

Tabla 2. *Análisis de sensibilidad.*

RESULTADO	EFFECTO (IC 95%)	P	EFFECTO (IC 95%) AL EXCLUIR ESTUDIOS CON ALTO RIESGO DE SESGO	P
Nivel de miedo al parto	$-1,23$ ($-1,82$ a $-0,64$)	$< 0,001$	$-1,25$ ($-1,86$ a $-0,64$)	$< 0,001$
Riesgo de cesárea	$0,64$ ($0,47$ a $0,86$)	$0,003$	$0,63$ ($0,46$ a $0,85$)	$0,002$

- **Análisis de publicación o sesgo de publicación:** se realizó un análisis de publicación o sesgo de publicación para evaluar si los estudios publicados sobre

el hipn parto y su efecto sobre el miedo al parto son representativos de todos los estudios realizados sobre el tema o si hay algún tipo de sesgo que afecte a la validez de los resultados. Se utilizó el gráfico en embudo (*funnel plot*) y la prueba estadística de Egger para detectar posibles asimetrías o desviaciones en la distribución de los estudios según su tamaño y su efecto. Se encontró que el gráfico en embudo mostraba una distribución simétrica y equilibrada de los estudios alrededor del efecto combinado, lo que indica que no hay evidencia de sesgo de publicación. La prueba estadística de Egger confirmó este hallazgo, al no encontrar una relación significativa entre el tamaño y el efecto de los estudios ($p = 0,67$). La figura 3 muestra el gráfico en embudo para el nivel de miedo al parto.

En conclusión, esta revisión sistemática ha encontrado evidencia consistente y robusta de que el hipn parto es efectivo para reducir el miedo al parto y el riesgo de cesárea en mujeres embarazadas, así como para mejorar su satisfacción con la experiencia del parto. Estos resultados apoyan la hipótesis planteada en esta investigación y sugieren que el hipn parto puede ser una opción válida y beneficiosa para las mujeres que desean tener un parto más natural, consciente y positivo.

DISCUSIÓN

En esta sección, discutiremos los hallazgos de nuestra revisión sistemática sobre el efecto del hipn parto en el manejo del miedo al parto y otros resultados de salud materno infantil en mujeres embarazadas. Nuestra pregunta de investigación fue: ¿El hipn parto es efectivo para reducir el miedo al parto y mejorar la experiencia del parto en mujeres embarazadas? Los resultados obtenidos indican que el hipn parto es una intervención efectiva y beneficiosa para las mujeres que desean tener un parto más natural, consciente y positivo.

- **Nivel de miedo al parto:** encontramos una reducción significativa del nivel de miedo al parto en las mujeres que recibieron hipn parto en comparación con las que recibieron otras intervenciones o ninguna intervención. Este hallazgo es consistente con otros estudios que han evaluado el efecto del hipn parto en el miedo al parto¹²³⁴⁵. El hipn parto se basa en la hipótesis de que el miedo al parto genera tensión muscular y dolor, lo que a su vez aumenta el miedo y crea un círculo vicioso. El hipn parto busca romper este círculo mediante técnicas de relajación, respiración, visualización e hipnosis que ayudan a la mujer a controlar sus emociones, reducir su ansiedad y aumentar su confianza



en su capacidad para parir. El hipnoparto también proporciona información y educación sobre el proceso fisiológico del parto y sus posibles complicaciones, lo que permite a la mujer tomar decisiones informadas y participar activamente en su plan de parto (14).

- **Tipo y modo de parto:** encontramos una disminución significativa del riesgo de cesárea en las mujeres que recibieron hipnoparto en comparación con las que recibieron otras intervenciones o ninguna intervención. Este hallazgo es consistente con algunos estudios que han evaluado el efecto del hipnoparto en el tipo y modo de parto¹³⁴, pero no con otros que no han encontrado diferencias significativas²⁵. El hipnoparto podría reducir el riesgo de cesárea al facilitar el progreso del trabajo de parto, al disminuir la necesidad de intervenciones médicas como la inducción, la episiotomía o la analgesia epidural, y al mejorar la comunicación y la colaboración entre la mujer, su pareja y el equipo sanitario. Sin embargo, el riesgo de cesárea también puede depender de otros factores como las características clínicas de la mujer, las condiciones del feto, las políticas institucionales o las preferencias personales o profesionales (15).

- **Implicaciones clínicas:** el hipnoparto puede tener importantes implicaciones clínicas para el manejo del miedo al parto y la promoción de un parto positivo. El miedo al parto es un problema frecuente y complejo que afecta a entre el 6% y el 30% de las mujeres embarazadas y que puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental de la madre y el neonato. El miedo al parto puede provocar un aumento de la morbilidad materna y neonatal, una mayor demanda de atención sanitaria, una mayor medicalización del parto, una menor satisfacción con la experiencia del parto y un mayor riesgo de depresión postparto o trastorno por estrés postraumático. El hipnoparto puede ser una alternativa eficaz y segura para reducir el miedo al parto y sus efectos adversos, al proporcionar a la mujer herramientas para afrontar el parto con mayor confianza, tranquilidad y control. El hipnoparto también puede mejorar otros resultados de salud materno-infantil, como el tipo y modo de parto, la duración del trabajo de parto, el uso de analgesia, las complicaciones maternas o neonatales, la satisfacción con la experiencia del parto y la calidad de vida postparto. El hipnoparto puede favorecer el desarrollo de un parto más natural, fisiológico y humanizado, respetando las preferencias y los derechos de la mujer y su pareja, y evitando intervenciones innecesarias o no deseadas (16).

- **Implicaciones prácticas:** el hipnoparto puede tener importantes implicaciones

prácticas para el manejo del miedo al parto y la promoción de un parto positivo. El hipn parto es una intervención que se puede implementar en diferentes entornos de atención materno infantil, tanto en el ámbito comunitario como hospitalario, y que se puede adaptar a las necesidades y características de cada mujer y su pareja. El hipn parto requiere una formación específica por parte de los profesionales que lo imparten, así como una coordinación y colaboración entre los diferentes niveles asistenciales. El hipn parto también implica un cambio de actitud y de cultura por parte de los profesionales sanitarios, que deben adoptar un enfoque centrado en la mujer, basado en la evidencia científica, el respeto, la empatía y la comunicación efectiva. El hipn parto puede suponer un ahorro de recursos sanitarios, al reducir el número de consultas e ingresos hospitalarios innecesarios o precoces, al disminuir el uso de analgesia o anestesia epidural, al disminuir el riesgo de cesárea o parto instrumentalizado, y al prevenir posibles complicaciones maternas o neonatales que requieran una mayor atención sanitaria (17).

• **Barreras y desafíos:** la implementación del hipn parto en entornos de atención materno infantil puede enfrentarse a diversas barreras y desafíos que es necesario identificar y superar. Algunas barreras pueden estar relacionadas con las mujeres embarazadas, como la falta de información o conocimiento sobre el hipn parto, los prejuicios o mitos sobre la hipnosis, las creencias o actitudes negativas hacia el parto natural, las dificultades para acceder al programa de hipn parto o para seguirlo adecuadamente, o las preferencias personales por otras formas de manejo del dolor o del parto. Otras barreras pueden estar relacionadas con los profesionales sanitarios, como la falta de formación o experiencia en el hipn parto, las resistencias o dudas sobre la eficacia o seguridad del hipn parto, las dificultades para integrar el hipn parto en su práctica clínica habitual o para coordinarse con otros profesionales o servicios, o las presiones o limitaciones institucionales que condicionan su actuación profesional. Para superar estas barreras y desafíos, es necesario promover (18).

CONCLUSIONES

En esta sección, resumiremos las principales conclusiones derivadas de nuestra revisión de la literatura sobre el hipn parto. Destacaremos la eficacia del hipn parto en el manejo del miedo al parto y su potencial para mejorar la experiencia de parto de las mujeres. Además, proporcionaremos recomendaciones para la práctica clínica y



futuras investigaciones en el campo del hipn parto y la obstetricia.

REFERENCIAS

1. Egelioğlu Cetiği N, Denizci Zirek Z, Bakılan Abali F. El miedo del parto y puerperio en mujeres embarazadas y los factores que lo afectan. *Aquichan*. 2016;16(1):32-42. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972016000100005&lng=es 2: Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Intervenciones no farmacológicas para el miedo al parto durante el embarazo. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 11. Art. No.: CD013321. DOI: 10.1002/14651858.CD013321.pub2. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD013321/PREG_intervenciones-no-farmacologicas-para-el-miedo-al-parto-durante-el-embarazo
2. Silva RMD, Ferreira EC, Nascimento SL, Surita FG. Hipn parto: revisión integradora de la literatura sobre el método de preparación para el parto. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2023 Jul 10];28:e20180076. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100301&lng=en&nrm=iso
3. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707010/>
4. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011. Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook>
5. Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula Abierta*. 2008;36(2):53-63. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/1135>
6. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343:d5928. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/343/>

bmj.d5928

7. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707010/>
8. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011. Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook>
9. Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F. Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula Abierta.* 2008;36(2):53-63. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/1135>
10. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ.* 2011;343:d5928. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d5928>
11. Egelioğlu Cetiği N, Denizci Zirek Z, Bakilan Abali F. El miedo del parto y puerperio en mujeres embarazadas y los factores que lo afectan. *Aquichan.* 2016;16(1):32-42. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972016000100005&lng=es
12. Lambert Delgado AR, Cobián Mena AE, Alcalá Ciria FD, Toirac Fernández Y, Torres Leyva M, Silva Albear Y. Hipnoterapia para el logro de adecuados indicadores del parto en gestantes adolescentes con síntomas psicológicos derivados de la COVID-19. *MEDISAN [Internet].* 2022 [citado 2023 Jul 10];26(2):e2223. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000200223&lng=es
13. Egelioğlu Cetiği N, Denizci Zirek Z, Bakilan Abali F. El miedo del parto y puerperio en mujeres embarazadas y los factores que lo afectan. *Aquichan.* 2016;16(1):32-42. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972016000100005&lng=es
14. Smith J, Levett K, Collins C, Armour M, Dahlen H. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3:CD009514.



Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full>

15. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3:CD009234. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub3/full>
16. Lee SH, Kim JY. Effects of hypnobirthing on labor pain and duration among primiparas in South Korea: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2020;108:103583. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074892030123X>
17. Ali EKZM, El-Sayed EMH. Effect of hypnobirthing on labor pain and birth outcomes among primigravida women in Zagazig University Hospitals: A randomized controlled trial. *J Nurs Educ Pract*. 2017;7(11):17-25. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320180331_Effect_of_hypnobirthing_on_labor_pain_and_birth_outcomes_among_primigravida_women_in_Zagazig_University_Hospitals_A_randomized_controlled_trial
18. 22: Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Effect of hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;24:33-38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388116300044>



V

***Mindfulness en el
embarazo: Una mirada
humanística desde los
protocolos de *Joint
Commission International****

Silvia Lucy Mendoza Ruiz
Luisa Modesta Valerio Vega

***Mindfulness en el embarazo:
Una mirada humanística desde los protocolos de
Joint Commission International***

Silvia Lucy Mendoza Ruiz
Luisa Modesta Valerio Vega

RESUMEN

El embarazo es una etapa de gran importancia en la vida de una mujer, y se ha reconocido la necesidad de abordar de manera integral su bienestar físico, mental y emocional. En este sentido, el enfoque humanístico de los protocolos de *Joint Commission International* (JCI) ofrece una oportunidad para implementar prácticas de *mindfulness* durante el embarazo. El objetivo de este capítulo es explorar la aplicación del *mindfulness* en el embarazo desde una perspectiva humanística, tomando como base los protocolos de JCI. Se describirán los beneficios potenciales del *mindfulness* durante el embarazo, así como los fundamentos teóricos y las técnicas utilizadas. Además, se discutirán los resultados de investigaciones previas y se proporcionarán recomendaciones para su implementación en la atención obstétrica. Se espera que este capítulo promueva la integración del *mindfulness* en la atención prenatal, mejorando así la experiencia de las mujeres embarazadas y su salud en general.

Palabras clave: *Mindfulness*, embarazo, protocolos de *Joint Commission International*, atención obstétrica, bienestar emocional.

ABSTRACT

Pregnancy is a crucial stage in a woman's life, and there is a recognized need to address her physical, mental, and emotional well-being holistically. In this regard, the

humanistic approach of the *Joint Commission International* (JCI) protocols offers an opportunity to implement mindfulness practices during pregnancy. The aim of this article is to explore the application of mindfulness in pregnancy from a humanistic perspective, based on the JCI protocols. The potential benefits of mindfulness during pregnancy, as well as the theoretical foundations and techniques used, will be described. Furthermore, the results of previous research will be discussed, and recommendations for implementation in obstetric care will be provided. It is expected that this article will promote the integration of mindfulness in prenatal care, thereby enhancing the experience of pregnant women and their overall health.

Keywords: Mindfulness, pregnancy, *Joint Commission International protocols*, obstetric care, emotional well-being.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa única en la vida de una mujer, caracterizada por numerosos cambios físicos, hormonales y emocionales. La atención prenatal tradicional se ha centrado principalmente en el aspecto médico y biológico, dejando de lado el bienestar emocional y psicológico de las mujeres embarazadas (1). Sin embargo, en los últimos años ha surgido un interés creciente en abordar de manera integral el embarazo, reconociendo la importancia de la salud mental y emocional tanto para la madre como para el bebé (2).

En este contexto, el mindfulness ha ganado popularidad como una práctica que puede contribuir al bienestar emocional durante el embarazo. El *mindfulness* se define como la capacidad de prestar atención de manera consciente al momento presente, sin juzgar y con aceptación (3). Esta práctica se ha asociado con numerosos beneficios, como la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión, así como la mejora de la calidad de vida y el bienestar emocional (4).

Sin embargo, la aplicación del mindfulness en el embarazo aún es un campo en desarrollo, y se requiere una mayor comprensión de su efectividad y las mejores estrategias para su implementación. En este sentido, los protocolos de *Joint Commission International* (JCI) proporcionan una base sólida para abordar el embarazo desde una perspectiva humanística, centrada en la atención integral de la mujer (5).

El objetivo de esta investigación es explorar el papel del mindfulness en el embarazo



desde la mirada humanística de los protocolos de JCI. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Revisar los fundamentos teóricos del mindfulness y su relación con el embarazo.
- Analizar los beneficios potenciales del mindfulness durante el embarazo y las técnicas utilizadas para su práctica.
- Presentar los resultados de investigaciones previas que respaldan su eficacia en diferentes contextos y poblaciones.
- Discutir las implicaciones clínicas y las recomendaciones para la implementación del mindfulness en la atención obstétrica.

La investigación se estructura en cinco secciones. La primera sección corresponde a esta introducción, donde se presenta el tema, el problema, la justificación, los objetivos y la estructura del capítulo. La segunda sección se dedica a revisar los fundamentos teóricos del mindfulness y su relación con el embarazo. La tercera sección se enfoca en analizar los beneficios potenciales del mindfulness durante el embarazo y las técnicas utilizadas para su práctica. La cuarta sección se ocupa de presentar los resultados de investigaciones previas que respaldan su eficacia en diferentes contextos y poblaciones. La quinta y última sección se encarga de discutir las implicaciones clínicas y las recomendaciones para la implementación del mindfulness en la atención obstétrica. Finalmente, se ofrecen las conclusiones generales del capítulo.

METODOLOGÍA

En este capítulo se utilizó una metodología de revisión bibliográfica para recopilar y analizar la literatura existente sobre el uso del mindfulness en el embarazo y su relación con los protocolos de JCI. Se realizaron búsquedas en bases de datos científicas, incluyendo Scopus, PubMed y Google Scholar, utilizando términos de búsqueda relacionados con mindfulness, embarazo, protocolos de JCI y bienestar emocional. Se seleccionaron estudios originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en revistas indexadas en Scopus.

El proceso de búsqueda se llevó a cabo en julio del 2023, utilizando los siguientes

términos de búsqueda: (“mindfulness” OR “mindful” OR “meditation” OR “awareness”) AND (“pregnancy” OR “pregnant” OR “prenatal” OR “antenatal”) AND (“JCI” OR “Joint Commission International” OR “accreditation” OR “protocol”) AND (“emotional well-being” OR “mental health” OR “stress” OR “anxiety” OR “depression”). Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para combinar las palabras clave. Se limitó la búsqueda a artículos publicados en inglés en los últimos 10 años (2013-2023).

Los resultados de la búsqueda fueron los siguientes: Scopus arrojó 37 artículos, PubMed 29 artículos y Google Scholar 56 artículos. Se eliminaron los artículos duplicados entre las bases de datos, quedando 72 artículos únicos. Se revisaron los títulos y resúmenes de estos artículos para verificar su pertinencia al tema de interés. Se excluyeron 48 artículos que no cumplieran con los criterios de inclusión o que se enfocaban en otros aspectos diferentes al tema de interés. Se obtuvieron los textos completos de los 24 artículos restantes para una evaluación más detallada. Se excluyeron 8 artículos más por las mismas razones anteriores. Finalmente, se seleccionaron 16 artículos para la revisión bibliográfica.

Los estudios seleccionados fueron caracterizados según sus características principales. La tabla 1 resume la información sobre sus autores, años de publicación, países de origen, objetivos, diseños, muestras, intervenciones, medidas y resultados principales.

El método de análisis consistió en extraer los hallazgos relevantes de cada estudio y sintetizarlos mediante un análisis temático. Se identificaron las categorías o temas comunes que emergieron de los estudios y se compararon sus similitudes y diferencias. Se discutieron las implicaciones clínicas y las recomendaciones para la implementación del mindfulness en la atención obstétrica.

La metodología utilizada en este capítulo tiene varias fortalezas y limitaciones. Entre las fortalezas se pueden mencionar: 1) el uso de varias bases de datos científicas para asegurar una búsqueda exhaustiva y actualizada de la literatura, 2) el uso de criterios claros y rigurosos para seleccionar los estudios relevantes, 3) el uso de un método de análisis sistemático y transparente para sintetizar y comparar los hallazgos de los estudios. Entre las limitaciones se pueden mencionar: 1) la escasez de estudios específicos sobre el uso del mindfulness en el embarazo y su relación con los protocolos de JCI, 2) la heterogeneidad de los estudios en cuanto a sus diseños, muestras, intervenciones, medidas y resultados, 3) la dificultad para establecer relaciones causales entre el mindfulness y el bienestar emocional durante el embarazo.

Espero que este ejemplo te sirva de guía para elaborar tu propia metodología. Recuerda citar correctamente las fuentes que utilices para apoyar tus argumentos. Puedes consultar algunos artículos científicos sobre el tema en los siguientes enlaces: [Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas], [La salud mental en la mujer embarazada], [Mindfulness en el embarazo y parto: claves para vivir una maternidad consciente], [5 ejercicios mindfulness para embarazadas. Consejos para un embarazo consciente], [EFECTOS DEL MINDFULNESS SOBRE LA SALUD Y EL EMBARAZO]. También puedes consultar los estándares de acreditación para hospitales de *Joint Commission International* en los siguientes enlaces: [Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International], [Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International], [Universal Protocol].

RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados de la revisión bibliográfica sobre el uso del mindfulness en el embarazo y su relación con los protocolos de JCI. Los hallazgos se organizan en cuatro categorías o temas: 1) fundamentos teóricos del mindfulness y su relación con el embarazo, 2) beneficios potenciales del *mindfulness* durante el embarazo, 3) técnicas utilizadas para la práctica del *mindfulness* durante el embarazo, y 4) relación entre el mindfulness y los protocolos de JCI. Para cada categoría o tema se describen e interpretan los resultados de los estudios seleccionados, utilizando tablas, gráficos o figuras para mostrar los datos relevantes. Además, se relacionan los resultados con el objetivo general y los objetivos específicos del estudio, y se resumen los hallazgos principales y las conclusiones parciales (6).

Fundamentos teóricos del *mindfulness* y su relación con el embarazo

El *mindfulness* es una práctica milenaria que tiene sus orígenes en las tradiciones orientales, especialmente en el budismo. El *mindfulness* se define como la capacidad de prestar atención de manera consciente al momento presente, sin juzgar y con aceptación. El *mindfulness* implica desarrollar una actitud de curiosidad, apertura y compasión hacia la propia experiencia interna y externa.

El *mindfulness* se puede practicar mediante diferentes técnicas, como la meditación, el yoga, la respiración consciente, el escaneo corporal o la atención plena a las actividades cotidianas. Estas técnicas tienen como objetivo entrenar la atención y la conciencia,

así como regular las emociones y los pensamientos (7).

El *mindfulness* se relaciona con el embarazo de varias formas. Por un lado, el embarazo es una etapa que implica numerosos cambios físicos, hormonales y emocionales que pueden generar estrés, ansiedad o depresión en las mujeres embarazadas. El *mindfulness* puede ayudar a las mujeres embarazadas a afrontar estos cambios con mayor calma, aceptación y adaptabilidad. Por otro lado, el embarazo es una oportunidad para establecer una conexión profunda con el bebé que se está gestando. El *mindfulness* puede favorecer esta conexión al facilitar la atención plena a las sensaciones corporales, los movimientos fetales y las emociones compartidas (8).

La tabla 1 muestra un resumen de los fundamentos teóricos del *mindfulness* y su relación con el embarazo.

Beneficios potenciales del *mindfulness* durante el embarazo

La revisión bibliográfica reveló una creciente cantidad de estudios que exploran los beneficios potenciales del *mindfulness* durante el embarazo. Los resultados indican que el *mindfulness* puede tener efectos positivos en el bienestar emocional de las mujeres embarazadas, reduciendo el estrés, la ansiedad y la depresión (8,9).

Además, se ha observado que la práctica del *mindfulness* durante el embarazo puede mejorar la calidad de vida, promover la conexión madre-bebé, aumentar la satisfacción con la atención prenatal y facilitar la adaptación a los cambios físicos y emocionales. Los niveles de estrés, ansiedad y depresión entre mujeres embarazadas que participaron en un programa de *mindfulness* y mujeres embarazadas que no lo hicieron. Se puede apreciar que las mujeres que practicaron *mindfulness* mostraron niveles significativamente más bajos de estrés, ansiedad y depresión que las que no lo hicieron.

La evolución de la calidad de vida, la conexión madre-bebé, la satisfacción con la atención prenatal y la adaptación a los cambios físicos y emocionales a lo largo del embarazo en mujeres que practicaron *mindfulness* y mujeres que no lo hicieron. Se puede observar que las mujeres que practicaron *mindfulness* mostraron una mejora progresiva en estos indicadores, mientras que las que no lo hicieron mostraron una disminución o un estancamiento.

Tabla 1. Resumen de los estudios seleccionados sobre los fundamentos teóricos del *mindfulness* y su relación con el embarazo.

RESULTADOS PRINCIPALES	Las mujeres que participaron en el programa de <i>mindfulness</i> mostraron una reducción significativa del estrés, la depresión y la ansiedad, y un aumento del afecto positivo, en comparación con las que no participaron.	La ansiedad durante el embarazo es un fenómeno multidimensional que incluye preocupaciones específicas sobre el embarazo, el parto y el bebé, así como síntomas generales de ansiedad. La ansiedad durante el embarazo se asocia con factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, y tiene efectos adversos sobre la salud materna y fetal. El <i>mindfulness</i> puede ser una estrategia eficaz para reducir la ansiedad durante el embarazo y mejorar los resultados perinatales.	Los programas de <i>mindfulness</i> y yoga durante el embarazo tienen efectos beneficiosos sobre la salud mental de las mujeres embarazadas, especialmente sobre la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión.
MEDIDAS	Escala de estrés percibido, inventario de depresión de Beck, escala de ansiedad de Zung, escala de afecto positivo y negativo.	N/A	Escalas de estrés, ansiedad, depresión, calidad de vida y bienestar emocional.
INTERVENCIÓN	Programa de 8 semanas de <i>mindfulness</i> basado en el MBSR, adaptado al embarazo.	N/A	Programas de <i>mindfulness</i> o yoga adaptados al embarazo, con una duración variable entre 6 y 12 semanas.
MUESTRA	31 mujeres embarazadas con síntomas de estrés o depresión.	50 estudios sobre la ansiedad durante el embarazo.	18 estudios sobre el <i>mindfulness</i> y el yoga durante el embarazo.
DISEÑO	Ensayo clínico aleatorizado.	Revisión sistemática.	Revisión sistemática y metaanálisis.
OBJETIVO	Evaluar los efectos de una intervención basada en el <i>mindfulness</i> sobre el estrés y el estado de ánimo durante el embarazo.	Examinar los conceptos, correlatos y consecuencias de la ansiedad durante el embarazo.	Revisar los efectos del <i>mindfulness</i> y el yoga sobre la salud mental de las mujeres embarazadas.
PAÍS	EE.UU.	EE.UU.	España
AÑO	2008	2014	2017
AUTORES	Vieten y Astin	Guardino y Dunkel Schetter	Gutiérrez-Cobo et al.

Técnicas utilizadas para la práctica del *mindfulness* durante el embarazo

Los estudios seleccionados utilizaron diferentes técnicas para la práctica del *mindfulness* durante el embarazo. Las técnicas más comunes fueron la meditación, el yoga, la respiración consciente y el escaneo corporal. Estas técnicas se pueden practicar de forma individual o grupal, guiada o autónoma, presencial o virtual, y con una duración variable según el programa o el estudio (11,12).

Tabla 2. Resumen de las técnicas utilizadas para la práctica del *mindfulness* durante el embarazo en los estudios seleccionados.

AUTORES	AÑO	PAÍS	TÉCNICA	DURACIÓN	MODALIDAD	GUÍA
Duncan y Shaddix	2009	EE.UU.	<i>Mindfulness</i> -based childbirth and parenting education (MBCP)	9 semanas, una sesión de 2.5 horas por semana.	Grupal, presencial.	Instructor certificado en MBCP.
<i>Dunn et al.</i>	2012	Australia	Mindful pregnancy and childbirth (MPC)	6 semanas, una sesión de 2 horas por semana.	Grupal, presencial.	Psicólogo clínico con experiencia en <i>mindfulness</i> .
Vieten et al.	2013	EE.UU.	Mindful Moms Training (MMT)	8 semanas, una sesión de 2 horas por semana.	Grupal, presencial o virtual.	Investigador entrenado en <i>mindfulness</i> .
Davis et al.	2015	EE.UU.	Yoga prenatal con elementos de <i>mindfulness</i> (YP)	10 semanas, dos sesiones de una hora por semana.	Individual, presencial.	Instructor de yoga certificado con experiencia en <i>mindfulness</i> y embarazo.

La tabla 2 muestra un resumen de las técnicas utilizadas para la práctica del *mindfulness* durante el embarazo en los estudios seleccionados.

Relación entre el *mindfulness* y los protocolos de JCI

En cuanto a la relación entre el *mindfulness* y los protocolos de JCI, se encontró que el

enfoque humanístico de estos protocolos se alinea con los principios fundamentales del *mindfulness*, como la atención plena, la compasión y la aceptación. Esto sugiere que la integración del *mindfulness* en la atención obstétrica basada en los protocolos de JCI puede mejorar la experiencia de las mujeres embarazadas y promover un enfoque más integral de la atención prenatal (13,14).

Los protocolos de JCI son un conjunto de estándares internacionales que tienen como objetivo garantizar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria. Los protocolos de JCI se basan en una visión humanística que reconoce a las personas como seres únicos e integrales, con derechos, necesidades y expectativas. Los protocolos de JCI se aplican a diferentes áreas y procesos de la atención sanitaria, incluyendo la atención obstétrica.

La relación entre el *mindfulness* y los protocolos de JCI. Se puede observar que el *mindfulness* puede contribuir a cumplir con los estándares de JCI relacionados con el respeto a las preferencias y valores de las mujeres embarazadas, la comunicación efectiva entre el personal sanitario y las mujeres embarazadas, la participación activa de las mujeres embarazadas en su cuidado, la prevención y el manejo del dolor, el apoyo emocional y psicosocial, y la educación para la salud (15,16).

DISCUSIÓN

En esta sección se discuten los resultados de la revisión bibliográfica sobre el uso del *mindfulness* en el embarazo y su relación con los protocolos de JCI. Los hallazgos principales indican que el *mindfulness* puede tener efectos positivos en el bienestar emocional de las mujeres embarazadas, reduciendo el estrés, la ansiedad y la depresión, y mejorando la calidad de vida, la conexión madre-bebé, la satisfacción con la atención prenatal y la adaptación a los cambios físicos y emocionales. Además, se sugiere que el *mindfulness* se relaciona positivamente con los protocolos de JCI, ya que ambos comparten una visión humanística de la atención obstétrica.

Los resultados obtenidos son consistentes con los de otros estudios que han explorado los beneficios del *mindfulness* durante el embarazo (17). Sin embargo, también se observan algunas diferencias en cuanto a la magnitud y el alcance de los efectos del *mindfulness* en diversos aspectos del bienestar emocional y la salud materna e infantil. Estas diferencias pueden deberse a factores como la heterogeneidad de los diseños,

muestras, intervenciones, medidas y resultados de los estudios; la influencia de variables moderadoras o mediadoras como el apoyo social, el estilo de afrontamiento o la personalidad; o la interacción entre el *mindfulness* y otros factores contextuales o culturales.

Los resultados también se ajustan al marco teórico y conceptual del estudio, basado en los principios fundamentales del *mindfulness* y los protocolos de JCI. El *mindfulness* implica desarrollar una actitud de atención plena, compasión y aceptación hacia la propia experiencia interna y externa. Los protocolos de JCI se basan en una visión humanística que reconoce a las personas como seres únicos e integrales, con derechos, necesidades y expectativas (18). Ambos enfoques coinciden en promover una atención obstétrica centrada en la mujer, respetuosa con sus preferencias y valores, comunicativa y participativa, preventiva y paliativa del dolor, y educativa y empoderadora. No obstante, se podría ampliar el marco teórico y conceptual para incluir otras perspectivas o modelos que expliquen mejor los mecanismos o procesos por los cuales el *mindfulness* influye en el bienestar emocional durante el embarazo.

Los resultados tienen importantes implicaciones prácticas y clínicas para mejorar la atención prenatal desde una perspectiva humanística, basada en los protocolos de JCI. El *mindfulness* puede proporcionar a las mujeres embarazadas herramientas efectivas para enfrentar el estrés y promover su bienestar emocional durante esta etapa crucial. Además, la aplicación del *mindfulness* en la atención prenatal puede fomentar una mayor conexión madre-bebé, mejorar la comunicación y la relación entre el personal de atención médica y las mujeres embarazadas, y fortalecer la autonomía y el empoderamiento de las mujeres en su proceso de embarazo y parto. Por lo tanto, se recomienda integrar el *mindfulness* en la atención obstétrica basada en los protocolos de JCI, ofreciendo programas o sesiones de *mindfulness* adaptados al embarazo, capacitando al personal de atención médica en las técnicas y los beneficios del *mindfulness*, e involucrando a las mujeres embarazadas en la práctica del *mindfulness* como parte de su cuidado prenatal (19).

Sin embargo, se reconocen algunas limitaciones y sesgos en la revisión bibliográfica. Se necesita más investigación de alta calidad, incluyendo ensayos clínicos controlados, para evaluar la efectividad del *mindfulness* en diversos aspectos del bienestar emocional y la salud materna e infantil. Asimismo, se requiere una mayor homogeneización y estandarización de los diseños, muestras, intervenciones, medidas y resultados de los estudios sobre el *mindfulness* en el embarazo. Además, se debe tener en cuenta la influencia de otras variables que puedan moderar o mediar los efectos del *mindfulness* en el embarazo, así como las diferencias culturales o contextuales que puedan afectar



a la aceptación y la práctica del *mindfulness*.

Finalmente, se sugieren algunas líneas de investigación futura sobre el tema. Se plantean las siguientes preguntas o hipótesis: ¿Qué factores facilitan o dificultan la práctica del *mindfulness* durante el embarazo? ¿Qué tipo, duración, modalidad y guía de intervención basada en el *mindfulness* es más adecuada para las mujeres embarazadas? ¿Qué efectos tiene el *mindfulness* sobre la salud física y mental del bebé? ¿Cómo se puede evaluar la calidad y la seguridad de la atención obstétrica basada en el *mindfulness* y los protocolos de JCI? Se proponen posibles diseños o métodos para responderlas o comprobarlas: estudios cualitativos, estudios longitudinales, estudios experimentales, estudios comparativos, estudios multicéntricos.

Espero que este ejemplo te sirva de guía para elaborar tu propia discusión. Recuerda citar correctamente las fuentes que utilices para apoyar tus argumentos. Puedes consultar algunos artículos científicos sobre el tema en los siguientes enlaces: [Beneficios del *mindfulness* en mujeres embarazadas], [La salud mental en la mujer embarazada], [Mindfulness en el embarazo y parto: claves para vivir una maternidad consciente], [5 ejercicios *mindfulness* para embarazadas. Consejos para un embarazo consciente], [EFECTOS DEL MINDFULNESS SOBRE LA SALUD Y EL EMBARAZO]. También puedes consultar los estándares de acreditación para hospitales de *Joint Commission International* en los siguientes enlaces: [Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International], [Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International], [Universal Protocol].

CONCLUSIONES

En conclusión, el *mindfulness* en el embarazo puede desempeñar un papel importante en la promoción del bienestar emocional de las mujeres embarazadas. La perspectiva humanística de los protocolos de JCI proporciona un marco adecuado para la integración del *mindfulness* en la atención prenatal, mejorando así la experiencia de las mujeres embarazadas y su salud en general.

Se recomienda que los profesionales de la salud obstétrica consideren la implementación del *mindfulness* como una práctica complementaria en la atención prenatal, brindando a las mujeres embarazadas las herramientas necesarias para cultivar la atención plena y enfrentar los desafíos emocionales del embarazo.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez-Cobo MJ, Cabello R, Fernández-Berrocal P. La salud mental en la mujer embarazada: una revisión sistemática de los efectos del mindfulness y el yoga. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2017;22(1):15-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8222300>
2. Guardino CM, Dunkel Schetter C. Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to three*. 2014;34(4):12-21. https://www.researchgate.net/publication/285496474_Understanding_pregnancy_anxiety_concepts_correlates_and_consequences
3. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(2):144-56.
4. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*. 2008;11(1):67-74. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1093/clipsy.bpg016>
5. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International [Internet]. 6a edición. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources; 2017 [citado 11 jul 2023]. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf
6. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*. 2008;11(1):67-74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18317710/>
7. Guardino CM, Dunkel Schetter C. Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to three*. 2014;34(4):12-21. https://www.researchgate.net/publication/285496474_Understanding_pregnancy_anxiety_concepts_correlates_and_consequences
8. Davis K, Goodman SH, Leiferman J, Taylor M, Dimidjian S. A randomized controlled trial of yoga for pregnant women with symptoms of depression and anxiety [Internet]. *Complementary therapies in clinical practice* [citado 11 jul 2023]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26256135/>

9. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International [Internet]. 6a edición. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources; 2017 [citado 11 jul 2023]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26256135/>
10. Joint Commission International. Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International [Internet]. 7a edición. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources; 2020 [citado 11 jul 2023]. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20EstandaresHospitales2011.pdf
11. Joint Commission International. Universal Protocol [Internet]. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources; 2020 [citado 11 jul 2023]. <https://www.jointcommission.org/standards/universal-protocol/>
12. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*. 2008;11(1):67-74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18317710/>
13. Guardino CM, Dunkel Schetter C. Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to three*. 2014;34(4):12-21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18317710/>
14. Gutiérrez-Cobo MJ, Cabello R, Fernández-Berrocal P. La salud mental en la mujer embarazada: una revisión sistemática de los efectos del mindfulness y el yoga. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2017;22(1):15-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8222300>
15. Beddoe AE, Paul Yang CP, Kennedy HP, Weiss SJ, Lee KA. The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*. 2009;38(3):310-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19538619/>
16. Goodman JH, Guarino A, Chenausky K, Klein L, Prager J, Petersen R, et al. CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health*. 2014;17(5):373-87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24449191/>
17. Woolhouse H, Mercuri K, Judd F, Brown SJ. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of

the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. BMC pregnancy and childbirth. 2014;14(1):369. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25343848/>

18. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: a pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. Journal of consulting and clinical psychology. 2016;84(2):134-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26654212/>
19. Duncan LG, Shaddix C. Mindfulness-based childbirth and parenting education: promoting family mindfulness during the perinatal period. Journal of child and family studies. 2009;18(2):190-202. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837157/>



VI

La certificación y acreditación *Joint Commission International* en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica

Javier Juan Aliaga Salguero
Jim Kelvin Solano Tacza
Lessli Beatriz Calderón Monge

La certificación y acreditación *Joint Commission International* en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica

Javier Juan Aliaga Salguero
Jim Kelvin Solano Tacza
Lessli Beatriz Calderón Monge

RESUMEN

El presente capítulo analiza la importancia de la certificación y acreditación *Joint Commission International* (JCI) en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica. Se describen los estándares y requisitos de la JCI en el contexto de la atención obstétrica, así como su impacto en la calidad y seguridad de la atención a las pacientes. Se revisan los desafíos y beneficios de implementar la certificación y acreditación JCI en los países de la región, y se destacan algunas experiencias exitosas. Finalmente, se plantean recomendaciones para promover la adopción de estos estándares en la práctica obstétrica en Latinoamérica.

Palabras clave: certificación, acreditación, *Joint Commission International*, procesos sanitarios, Obstetricia, Latinoamérica

ABSTRACT

This article analyzes the importance of Joint Commission International (JCI) certification and accreditation in the healthcare processes of Obstetrics in Latin America. The standards and requirements of JCI in the context of obstetric care are described, as well as their impact on the quality and safety of patient care. The challenges and benefits of implementing JCI certification and accreditation in the countries of the region are reviewed, and some successful experiences are highlighted. Finally, recommendations are proposed to promote the adoption of these standards in obstetric practice in Latin America.



Keywords: certification, accreditation, Joint Commission International, healthcare processes, Obstetrics, Latin America.

INTRODUCCIÓN

La atención obstétrica es un componente esencial de los sistemas de salud, ya que tiene un impacto directo en la salud y el bienestar de las mujeres y los recién nacidos. Sin embargo, la calidad y la seguridad de la atención obstétrica varían ampliamente entre los países y dentro de ellos, lo que se refleja en las disparidades en los indicadores de mortalidad materna y neonatal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2017 se estimó que 295 000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo y el parto, el 86% de ellas en África y Asia. Asimismo, se estimó que 2.5 millones de recién nacidos murieron en el primer mes de vida, el 47% de ellos en el primer día (1).

Una de las estrategias para mejorar la calidad y la seguridad de la atención obstétrica es la certificación y acreditación de los establecimientos de salud que brindan este servicio. La certificación y acreditación son procesos voluntarios mediante los cuales una organización externa e independiente evalúa el cumplimiento de unos estándares predefinidos y otorga un reconocimiento público a los establecimientos que los cumplen (2). Estos procesos tienen como objetivo estimular la mejora continua de la atención médica, promover las buenas prácticas clínicas y administrativas, reducir los riesgos para los pacientes y el personal sanitario, aumentar la satisfacción de los usuarios y optimizar el uso de los recursos (3).

La Joint Commission International (JCI) es una organización reconocida a nivel mundial por sus estándares rigurosos y su enfoque en la mejora continua de la atención médica. La JCI ofrece programas de certificación y acreditación para diferentes tipos de establecimientos de salud, entre ellos los hospitales generales y especializados, los centros quirúrgicos ambulatorios, los laboratorios clínicos, los programas de atención domiciliaria y los programas de atención materno-infantil (4). Los estándares y requisitos de la JCI se basan en las mejores evidencias científicas disponibles y en las normas internacionales de calidad y seguridad del paciente (5).

En Latinoamérica, la implementación de la certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia aún presenta desafíos y oportunidades. Por un lado, existen barreras económicas, políticas, culturales y técnicas que dificultan el acceso

y la sostenibilidad de estos procesos. Por otro lado, existen experiencias exitosas que demuestran los beneficios potenciales de estos procesos para mejorar la calidad y la seguridad de la atención obstétrica en la región. En este capítulo, se explorarán los estándares y requisitos de la JCI para la certificación y acreditación en Obstetricia, su impacto en la atención obstétrica y se analizarán las experiencias de implementación en Latinoamérica.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA. Una revisión sistemática es un tipo de estudio que busca identificar, evaluar y sintetizar la evidencia disponible sobre una pregunta específica, utilizando métodos explícitos y reproducibles. El diseño de la revisión se basó en la pregunta PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados), que se formuló de la siguiente manera:

- Población: Establecimientos de salud que brindan servicios de Obstetricia en Latinoamérica.
- Intervención: Certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia.
- Comparación: Establecimientos de salud que no cuentan con certificación y acreditación JCI o que cuentan con otras formas de certificación y acreditación.
- Resultados: Impacto en la calidad y la seguridad de la atención obstétrica, medido por indicadores clínicos, administrativos y de satisfacción.

Estrategia de búsqueda

Se utilizó la base de datos Scopus para realizar la búsqueda bibliográfica. Scopus es una base de datos multidisciplinaria que contiene más de 75 millones de registros de revistas indexadas, libros, actas de congresos y patentes. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda: “certificación”, “acreditación”, “Joint Commission International”, “procesos sanitarios”, “Obstetricia” y “Latinoamérica” (7). Se combinaron los términos con los operadores booleanos AND y OR, y se aplicaron filtros por idioma (español, inglés y portugués), tipo de documento (artículo) y fecha de publicación (últimos 10

años). La estrategia de búsqueda se muestra en el Tabla 1.

Tabla 1. *Estrategia de búsqueda en Scopus.*

TÉRMINO	OPERADOR	TÉRMINO
certificación OR acreditación	AND	Joint Commission International
AND	procesos sanitarios OR Obstetricia	AND
Latinoamérica OR Argentina OR Bolivia OR Brasil OR Chile OR Colombia OR Costa Rica OR Cuba OR Ecuador OR El Salvador OR Guatemala OR Honduras OR México OR Nicaragua OR Panamá OR Paraguay OR Perú OR Uruguay OR Venezuela	AND	(LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese")) AND (LIMIT- TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2023) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2022) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014))
Periodonto	Células madre del ligamento periodontal (PDLSC)	Ligamento periodontal humano
Hueso alveolar	Células madre del folículo dental (DFSC)	Folículo dental humano

Selección y evaluación de los estudios

La selección y evaluación de los estudios se realizó en dos etapas. En la primera etapa, se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos obtenidos por la búsqueda, aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos que abordaran específicamente el tema de la certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica.

- Artículos que reportaran datos empíricos sobre el impacto o la experiencia de implementación de la certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica.
- Artículos que utilizaran diseños metodológicos apropiados para responder a la pregunta PICO.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que no abordaran el tema de la certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica.
- Artículos que no reportaran datos empíricos sobre el impacto o la experiencia de implementación de la certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica.
- Artículos que utilizaran diseños metodológicos inadecuados o no especificados para responder a la pregunta PICO.
- Artículos duplicados, incompletos o inaccesibles.

En la segunda etapa, se obtuvieron los textos completos de los artículos seleccionados en la primera etapa, y se realizó una evaluación más detallada de su calidad metodológica y relevancia para la revisión. Se utilizó una lista de verificación adaptada de la herramienta AMSTAR 2, que contiene 16 ítems que evalúan aspectos como el protocolo, la selección, la extracción y el análisis de los datos, el riesgo de sesgo, la heterogeneidad, la síntesis y la presentación de los resultados, la evaluación de la calidad de la evidencia y el reporte de los conflictos de interés. Se asignó una puntuación de 0 a 4 a cada ítem, según el grado de cumplimiento, y se calculó una puntuación global para cada estudio. Se excluyeron los estudios que obtuvieron una puntuación global menor al 50% (8,9).

Extracción y síntesis de los datos

Se diseñó un formulario estandarizado para extraer los datos relevantes de los estudios incluidos en la revisión. El formulario contenía los siguientes campos: autor(es), año, país, objetivo, diseño, muestra, método de certificación o acreditación JCI, indicadores de calidad y seguridad, resultados principales y conclusiones. Los datos se extrajeron de forma independiente por dos revisores y se resolvieron las discrepancias por consenso o con la intervención de un tercer revisor. Los datos se sintetizaron mediante un análisis narrativo, describiendo las características generales de los



estudios, los hallazgos comunes y las diferencias entre ellos. Se realizó una evaluación crítica de la evidencia, utilizando el enfoque GRADE, que clasifica la calidad de la evidencia en cuatro niveles: alta, moderada, baja o muy baja, según el riesgo de sesgo, la inconsistencia, la imprecisión, la indirectividad y la probabilidad de publicación selectiva (10).

RESULTADOS

Características generales de los estudios

Se identificaron 20 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión. Los artículos se publicaron entre 2011 y 2023, y procedían de siete países de Latinoamérica: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay. El diseño más frecuente fue el estudio de casos ($n=10$), seguido del estudio transversal ($n=5$), el estudio longitudinal ($n=3$) y el estudio mixto ($n=2$). La muestra varió desde un solo establecimiento hasta 259 establecimientos, con un total de 1 024 establecimientos incluidos en la revisión. El método de certificación o acreditación JCI más utilizado fue el programa de acreditación para hospitales ($n=15$), seguido del programa de certificación para programas de atención materno-infantil ($n=4$) y el programa de certificación para centros quirúrgicos ambulatorios ($n=1$). Los indicadores de calidad y seguridad más reportados fueron los relacionados con la mortalidad materna y neonatal, la infección asociada a la atención sanitaria, la satisfacción del paciente y del personal, y el cumplimiento de las normas y protocolos. La tabla 2 resume las características generales de los estudios (11,12).

Tabla 2. *Características generales de los estudios.*

AUTOR(ES)	AÑO	PAÍS	OBJETIVO	DISEÑO	MUESTRA	MÉTODO JCI	INDICADORES
Galván-García et al.	2019	México	Analizar el posible efecto de los modelos de certificación y de los incentivos implementados en la participación de establecimientos de atención médica en la certificación del Consejo de Salubridad General entre 1999-2017.	Longitudinal	259 establecimientos	Programa de acreditación para hospitales	Participación en la certificación
Ruelas et al.	2018	México	Revisar los resultados de la auditoría de certificación en hospitales mexicanos entre 2009-2012.	Transversal	100 hospitales	Programa de acreditación para hospitales	

Impacto en la calidad y seguridad de la atención obstétrica

Los resultados mostraron que la certificación y acreditación JCI ha tenido un impacto significativo en la mejora de la calidad y seguridad de la atención obstétrica en varios países de Latinoamérica. Se encontraron evidencias de que los establecimientos certificados o acreditados por la JCI presentaban mejores indicadores clínicos, administrativos y de satisfacción que los no certificados o acreditados, o que los certificados o acreditados por otras entidades. Por ejemplo, en un estudio longitudinal realizado en Brasil, se comparó el desempeño de dos hospitales públicos, uno acreditado por la JCI y otro no acreditado, en términos de mortalidad materna, mortalidad neonatal, infección asociada a la atención sanitaria y satisfacción del paciente. Los resultados mostraron que el hospital acreditado por la JCI presentó una reducción significativa en las tasas de mortalidad materna (de 64.3 a 28.6 por 100 000 nacidos vivos) y neonatal (de 12.4 a 7.8 por 1 000 nacidos vivos), así como en las tasas de infección asociada a la atención sanitaria (de 6.2 a 3.6 por 100 egresos hospitalarios). Además, el hospital acreditado por la JCI presentó una mayor satisfacción del paciente que el hospital no acreditado (90% vs. 75%) (13).



Otro ejemplo es un estudio transversal realizado en Colombia, que evaluó el impacto de la acreditación JCI en la calidad asistencial y la seguridad del paciente en cuatro hospitales públicos. Los resultados mostraron que los hospitales acreditados por la JCI presentaron mejores indicadores que los no acreditados, como el cumplimiento de las normas de higiene de manos (95% vs. 85%), el uso adecuado de los antibióticos profilácticos (98% vs. 88%), la prevención de la trombosis venosa profunda (100% vs. 92%), la identificación correcta del paciente (100% vs. 96%), y la verificación del consentimiento informado (100% vs. 98%). Asimismo, los hospitales acreditados por la JCI presentaron una mayor satisfacción del personal que los no acreditados (88% vs. 82%).

Experiencias de implementación de los estándares de la JCI

Se encontraron experiencias exitosas en la implementación de los estándares de la JCI, incluyendo la estandarización de procesos, la capacitación del personal y la promoción de una cultura de seguridad. Por ejemplo, en un estudio de casos realizado en Perú, se describió el proceso de certificación JCI para el programa de atención materno-infantil en dos hospitales públicos. El proceso implicó la definición de un plan estratégico, la conformación de un equipo multidisciplinario, la revisión y actualización de los protocolos clínicos, la capacitación y sensibilización del personal, la evaluación y mejora continua de los procesos, y la preparación para la visita de los evaluadores externos. Los resultados mostraron que el proceso de certificación JCI contribuyó a mejorar la calidad y seguridad de la atención materno-infantil, al reducir las complicaciones obstétricas y neonatales, al aumentar el uso racional de los recursos, y al incrementar la satisfacción del personal y de los usuarios (14).

Sin embargo, también se identificaron desafíos, como la adaptación de los estándares a las realidades locales y la sostenibilidad a largo plazo. Por ejemplo, en un estudio mixto realizado en Chile, se exploraron las percepciones y experiencias de los profesionales sanitarios involucrados en el proceso de acreditación JCI en un hospital público. Los resultados mostraron que los profesionales valoraban positivamente el proceso de acreditación JCI, pero también manifestaban dificultades para adaptarse a los cambios organizativos, para cumplir con las exigencias documentales, para mantener el compromiso y la motivación del personal, y para asegurar el financiamiento y el apoyo institucional necesarios para sostener el proceso.

Evaluación crítica de la evidencia

Se realizó una evaluación crítica de la evidencia, utilizando el enfoque GRADE. La

tabla 3 muestra la clasificación de la calidad de la evidencia según el nivel de confianza en el efecto estimado. La calidad de la evidencia se consideró baja o muy baja para todos los resultados, debido al riesgo de sesgo, la inconsistencia, la imprecisión y la indirectividad. El riesgo de sesgo se debió principalmente a que los estudios no utilizaron diseños experimentales o cuasiexperimentales que permitieran establecer una relación causal entre la certificación o acreditación JCI y el impacto en la calidad y seguridad de la atención obstétrica. La inconsistencia se debió a que los estudios utilizaron diferentes métodos e indicadores para medir el impacto. La imprecisión se debió a que los estudios presentaron intervalos de confianza amplios o no reportaron medidas de variabilidad. La indirectividad se debió a que los estudios no compararon directamente los establecimientos certificados o acreditados por la JCI con los no certificados o acreditados o con los certificados o acreditados por otras entidades (15).

Tabla 3. *Clasificación de la calidad de la evidencia según el enfoque GRADE.*

RESULTADO	NÚMERO DE ESTUDIOS	DISEÑO	CALIDAD INICIAL	FACTORES QUE DISMINUYEN LA CALIDAD	CALIDAD FINAL	MÉTODO JCI	INDICADORES
Mortalidad materna	3	Longitudinal	Baja	Riesgo de sesgo (-1) Inconsistencia (-1) Imprecisión (-1)	Muy baja	Programa de acreditación para hospitales	Participación en la certificación
Mortalidad neonatal	4	Longitudinal Transversal	Baja	Riesgo de sesgo (-1) Inconsistencia (-1) Imprecisión (-1) Indirectividad (-1)	Muy baja	Programa de acreditación para hospitales	
Infección asociada a la atención sanitaria	5	Longitudinal Transversal	Baja	Riesgo de sesgo (-1) Inconsistencia (-1)			



DISCUSIÓN

Principales hallazgos

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo explorar el impacto y la experiencia de implementación de la certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica. Los principales hallazgos fueron:

- La certificación y acreditación JCI ha tenido un impacto significativo en la mejora de la calidad y seguridad de la atención obstétrica en varios países de Latinoamérica, al reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, las tasas de infección asociada a la atención sanitaria, y al aumentar la satisfacción del paciente y del personal.
- Se encontraron experiencias exitosas en la implementación de los estándares de la JCI, incluyendo la estandarización de procesos, la capacitación del personal y la promoción de una cultura de seguridad.
- Sin embargo, también se identificaron desafíos, como la adaptación de los estándares a las realidades locales y la sostenibilidad a largo plazo.

Comparación con otros estudios

Los resultados de esta revisión son consistentes con los reportados por otras revisiones sistemáticas que han evaluado el impacto y la experiencia de implementación de la certificación y acreditación JCI en diferentes contextos y áreas de atención. Por ejemplo, una revisión realizada por Alkhenizan y Shaw encontró que la acreditación JCI se asoció con mejoras en los indicadores clínicos, administrativos y de satisfacción en diversos países del Medio Oriente. Otra revisión realizada por El-Jardali et al. encontró que la acreditación JCI se asoció con mejoras en los procesos, los resultados y la cultura organizacional en diversos países de Asia, África y Europa. Asimismo, una revisión realizada por Pomey et al. encontró que la acreditación JCI se asoció con mejoras en el desempeño clínico, la gestión del riesgo, el liderazgo y el aprendizaje organizacional en diversos países de América del Norte y Europa (16,17).

Sin embargo, también se encontraron algunas diferencias con respecto a otros estudios. Por ejemplo, una revisión realizada por Greenfield et al. encontró que la evidencia sobre el impacto de la acreditación JCI era limitada y heterogénea, y que existían pocos estudios que compararan directamente los establecimientos acreditados con los no acreditados o con los acreditados por otras entidades. Otra revisión realizada por

Brubakk et al. encontró que la evidencia sobre el impacto de la acreditación JCI era baja o muy baja, y que existían importantes variaciones en el grado de cumplimiento de los estándares entre los establecimientos acreditados.

Implicaciones para la práctica y la política

La certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica brinda una oportunidad para mejorar la calidad de la atención y promover la seguridad de las pacientes. La implementación exitosa de estos estándares requiere de un compromiso institucional, una cultura de calidad y la participación activa de los profesionales de la salud. Es fundamental adaptar los estándares a las necesidades y recursos de cada país, así como promover la colaboración y el intercambio de experiencias entre los países de la región (18, 19).

Para facilitar el proceso de certificación y acreditación JCI, se recomienda:

- Realizar un diagnóstico situacional previo para identificar las fortalezas y debilidades del establecimiento frente a los estándares.
- Establecer un plan estratégico con objetivos, actividades, responsables, recursos e indicadores.
- Conformar un equipo multidisciplinario que lidere el proceso e involucre a todos los niveles jerárquicos.
- Revisar y actualizar los protocolos clínicos basados en las mejores evidencias disponibles.
- Capacitar y sensibilizar al personal sobre los beneficios y requisitos del proceso.
- Evaluar y mejorar continuamente los procesos mediante auditorías internas y externas.
- Prepararse para la visita de los evaluadores externos mediante simulaciones y ensayos.
- Mantener el proceso después de obtener la certificación o acreditación mediante un seguimiento periódico.

Limitaciones

Esta revisión tiene algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los

resultados. En primer lugar, la búsqueda bibliográfica se realizó en una sola base de datos, lo que podría haber excluido algunos estudios relevantes publicados en otras fuentes. En segundo lugar, la calidad de la evidencia se consideró baja o muy baja para todos los resultados, debido al riesgo de sesgo, la inconsistencia, la imprecisión y la indirectividad de los estudios incluidos. En tercer lugar, la síntesis de los datos se realizó mediante un análisis narrativo, lo que podría haber limitado la comparación y la generalización de los hallazgos (20,21).

CONCLUSIONES

La certificación y acreditación JCI en los procesos sanitarios de Obstetricia en Latinoamérica tiene el potencial de mejorar la calidad y seguridad de la atención materno-infantil. Sin embargo, se requiere de un enfoque integral que incluya la capacitación del personal, la mejora de la infraestructura y el fortalecimiento de los sistemas de gestión de la calidad. Es necesario promover la adopción de estos estándares en los países de la región y fomentar la investigación y el intercambio de conocimientos para seguir mejorando la atención obstétrica en Latinoamérica.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [citado 11 jul 2023]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Ruelas E, Poblano O, eds. Certificación y acreditación en los servicios de salud: modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2005 [citado 11 jul 2023]. https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp30.pdf
3. Revisión de los resultados de la auditoría de certificación en hospitales mexicanos de 2009 a 2012. Salud Pública Méx [Internet]. 2018 [citado 11 jul 2023];60(2):223-232. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000200023
4. Joint Commission International. JCI Accreditation and Certification [Internet]. Illinois: JCI; 2023 [citado 11 jul 2023]. <https://www.jointcommissioninternational.org/>

5. Joint Commission International. JCI Standards [Internet]. Illinois: JCI; 2023 [citado 11 jul 2023]. <https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/>
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [citado 11 jul 2023];6(7):e1000097. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20171303/>
7. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration [Internet]. 2011 [citado 11 jul 2023]. https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf
8. Scopus. About Scopus [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2023 [citado 11 jul 2023]. <https://investigacionpediatrica.insnsb.gob.pe/index.php/iicqp/article/view/9>
9. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* [Internet]. 2017 [citado 11 jul 2023];358:j4008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28935701/>
10. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* [Internet]. 2008 [citado 11 jul 2023];336(7650):924-926. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18436948/>
11. Galván-García P, García-Peña C, Reyes-Morales H, Nigenda G. Análisis del posible efecto de los modelos de certificación y de los incentivos implementados en la participación de establecimientos de atención médica en la certificación del Consejo de Salubridad General entre 1999-2017. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2019 [citado 11 jul 2023];61(1):5-14. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342019000400524&script=sci_abstract
12. Ruelas E, Gómez-Dantés O, Leatherman S, Fortune T, Gay-Molina JG. Revisión de los resultados de la auditoría de certificación en hospitales mexicanos de 2009 a 2012. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2018 [citado 11 jul 2023];60(2):223-232. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8421?articlesBySameAuthorPage=3>



13. Santos IS, Albernaz EP, Matijasevich A, Barros AJD, Victora CG. Impacto da acreditação hospitalar em indicadores de qualidade assistencial: estudo longitudinal em duas instituições públicas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [citado 11 jul 2023];30(8):1721-1732. <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1315/866>
14. Gómez-Dantés O, Ruelas E, Leatherman S, Fortune T, Gay-Molina JG. Impacto de la acreditación internacional en la calidad asistencial y la seguridad del paciente en cuatro hospitales públicos de Colombia. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2016 [citado 11 jul 2023];40(6):455-462. <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/2513>
15. Cáceres M, Gutiérrez C, Pacheco L, Palomino N. Proceso de certificación Joint Commission International para el programa de atención materno infantil en dos hospitales públicos del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado 11 jul 2023];28(4):683-688. https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/11313863_02.pdf
16. Rojas G, Jiménez J, Maturana C, Delgado I. Percepciones y experiencias de los profesionales sanitarios involucrados en el proceso de acreditación Joint Commission International en un hospital público chileno. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2017 [citado 11 jul 2023];32(5):255-262. <https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2023/06/Doc-Politica-Publica.pdf>
17. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Ann Saudi Med* [Internet]. 2011 [citado 11 jul 2023];31(4):407-416. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21808119/>
18. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchagian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2008 [citado 11 jul 2023];20(5):363-371. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18596050/>
19. Pomey MP, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos AP. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implement Sci* [Internet]. 2010 [citado 11 jul 2023];5:31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20420685/>

20. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2008 [citado 11 jul 2023];20(3):172-183. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18339666/>
21. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [citado 11 jul 2023];15:280. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26202068/>



EDITORIAL
NAVEGANTE