



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 2 Núm. 2 | Julio-diciembre, 2025

ARTÍCULO ORIGINAL

Prácticas intraparto y su concordancia con las recomendaciones basadas en evidencia en un hospital regional del Paraguay

Douglas Cruz da Silva¹, Magnun Danilo Oliveira da Silva de Sá¹, Julia Gabriela Benítez¹

¹Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v2n2.7222](https://doi.org/10.66476/mf.v2n2.7222)



RESUMEN

Introducción: La atención del parto de bajo riesgo debe realizarse con el menor número de intervenciones compatible con la seguridad de la madre y del recién nacido; sin embargo, en muchos servicios persisten prácticas rutinarias sin respaldo en la evidencia. El objetivo de este estudio fue describir las prácticas del equipo de salud durante el trabajo de parto y el parto en un hospital regional del Paraguay y contrastarlas con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal de 38 partos vaginales de más de 22 semanas atendidos entre julio y octubre de 2024 en el servicio de obstetricia de un hospital regional del Departamento de Canindeyú. Los datos se recogieron mediante una lista de verificación aplicada por los internos de medicina durante su rotación, complementada con observación directa y revisión de los protocolos del servicio, y se analizaron con frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** La posición de litotomía se usó en el 89,5 % de los partos; el 78,9 % de las mujeres no tuvo un acompañante de su elección; la oxitocina se administró de forma rutinaria en el 84,2 %; se practicó episiotomía de rutina en el 63,2 %, y de estas el 58,3 % se realizó sin anestesia; se aplicó la maniobra de Kristeller en el 44,7 %. En cambio, se ofreció deambulación libre al 81,6 % y líquidos por vía oral a alrededor del 82 %. Se observó una brecha amplia entre la práctica y las recomendaciones basadas en evidencia, sobre todo en episiotomía, presión del fondo uterino, uso de oxitocina, posición y acompañamiento. **Conclusión:** El servicio requiere la incorporación de protocolos y de capacitación orientados a un modelo de atención respetuosa y de mínima intervención.

Palabras clave: parto obstétrico, episiotomía, oxitocina, violencia obstétrica, parto humanizado, calidad de la

Enviado: 27 de octubre, 2025 | **Aceptado:** 17 de noviembre, 2025 | **Publicado:** 2 de diciembre, 2025

Correspondencia: Julia Gabriela Benítez. Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

atención de salud, Paraguay.

INTRODUCCIÓN

El parto de curso normal es un proceso fisiológico. Su atención tiene como objetivo que la madre y el recién nacido lleguen al final en buenas condiciones de salud, con el menor número de intervenciones compatible con la seguridad; toda interferencia en ese proceso debe tener una indicación real. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los cuidados durante el parto, orientadas a una experiencia positiva, sistematizan las prácticas útiles que deben ofrecerse —acompañamiento continuo, libertad de movimiento y de posición, métodos no farmacológicos de alivio del dolor, contacto temprano piel con piel— y las que no deben aplicarse de forma rutinaria —episiotomía, amniotomía, aceleración con oxitocina, presión del fondo uterino, restricción de líquidos, posición supina impuesta— (1).

Cuando esas intervenciones se aplican sin indicación, el parto deja de ser un evento fisiológico y se convierte en un procedimiento medicalizado que expone a la mujer a riesgos evitables y a una experiencia adversa. Una revisión sistemática de métodos mixtos sobre el maltrato de las mujeres durante el parto en instituciones de salud identificó, entre sus categorías, el abuso físico, la realización de procedimientos sin consentimiento ni información, el incumplimiento de los estándares profesionales de atención y las restricciones impuestas por el propio sistema (2). En América Latina, esta forma de violencia ha sido reconocida en el marco normativo: en el Paraguay, la Ley N.º 5777/2016 «de protección integral a las mujeres contra toda forma de violencia» define la violencia obstétrica como la conducta del personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, expresada en un trato deshumanizado o en la medicalización y patologización de los procesos naturales (3).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay ha incorporado criterios de atención humanizada del embarazo, el parto y el puerperio en su Manual Nacional de Normas, que reconoce a la mujer como protagonista de su parto y establece el principio de no intervención rutinaria e innecesaria, el respeto a la elección de acompañante y la creación de un ambiente adecuado (4). En la misma línea, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomienda que los profesionales conozcan y utilicen enfoques de mínima intervención para la atención de las mujeres de bajo riesgo en trabajo de parto espontáneo, señalando que la amniotomía y la infusión continua de líquidos intravenosos no son necesarias de rutina, que el acompañamiento continuo mejora los re-

sultados y que ninguna posición debe imponerse ni prohibirse (5).

A partir de la observación de discrepancias entre las rutinas de un servicio hospitalario y estas recomendaciones durante la rotación de internado, surgió la necesidad de documentar de forma sistemática qué prácticas se realizan durante el trabajo de parto y el parto en ese servicio. El objetivo de este estudio fue describir las intervenciones del equipo de salud durante el parto y el posparto inmediato en un hospital regional del Paraguay y evaluar su concordancia con las recomendaciones de la OMS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. El escenario fue el servicio de ginecología y obstetricia y el quirófano de un hospital regional del Departamento de Canindeyú, Paraguay. Se incluyeron los partos vaginales de más de 22 semanas de gestación atendidos en la institución entre julio y octubre de 2024, en gestantes de riesgo habitual o alto, de cualquier edad. Se excluyeron las cesáreas y los casos con desenlace de muerte materna. El muestreo fue no probabilístico, consecutivo según los partos ocurrían durante el período de recolección; se registraron 38 partos vaginales.

La recolección de datos estuvo a cargo de los internos de medicina durante su rotación por el servicio, mediante una lista de verificación estructurada elaborada por los investigadores a partir de las prácticas clasificadas por la OMS como útiles o como no recomendadas de rutina (1), complementada con la observación directa de la atención y la revisión de los protocolos del servicio. Para cada parto se registraron: la posición adoptada para el nacimiento (litotomía, sentada, cuatro apoyos); la presencia de un acompañante de elección de la mujer; el uso rutinario de oxitocina durante el trabajo de parto; la realización de episiotomía de rutina y, en ese caso, si se administró anestesia local; la aplicación de presión del fondo uterino (maniobra de Kristeller); el ofrecimiento de deambulación libre; y el ofrecimiento de líquidos por vía oral (solución isotónica) durante el trabajo de parto.

El análisis fue descriptivo: las variables categóricas se resumieron con frecuencias absolutas y relativas, calculadas sobre el total de 38 partos, salvo la administración de anestesia para la episiotomía, calculada sobre las mujeres a quienes se practicó ese procedimiento. No se aplicaron pruebas de contraste ni modelos de asociación; el diseño

no permite estimar la eficacia de las prácticas ni su efecto sobre desenlaces maternos o neonatales.

En cuanto a los aspectos éticos, la observación se realizó sin contacto identificable con las pacientes ni con el personal más allá de la práctica asistencial habitual, y sin registro de datos que permitieran identificar a las personas. La recolección se acompañó de un compromiso de confidencialidad del observador. El estudio se llevó a cabo conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y con el aval del comité de ética institucional de la universidad; no se contó con una autorización formal de la dirección del hospital para la recolección de datos, lo que se consigna como limitación.

RESULTADOS

Se documentaron 38 partos vaginales. En la mayor parte de los partos la mujer adoptó la posición de litotomía para el nacimiento (34; 89,5 %); 4 mujeres (10,5 %) parieron sentadas y ninguna en posición de cuatro apoyos. Treinta mujeres (78,9 %) no tuvieron ningún acompañante durante el parto; 7 (18,4 %) sí lo tuvieron y en 1 caso (2,7 %) la presencia del acompañante se registró como reservada a «casos de personas influyentes».

La oxitocina se administró de forma rutinaria durante el trabajo de parto en 32 partos (84,2 %). Se realizó episiotomía de rutina en 24 partos (63,2 %); de esas 24 episiotomías, 14 (58,3 %) se practicaron sin anestesia local y 10 (41,7 %) con anestesia. Se aplicó presión del fondo uterino (maniobra de Kristeller) en 17 partos (44,7 %).

Entre las prácticas recomendadas, se ofreció deambulación libre a 31 mujeres (81,6 %) y líquidos por vía oral a aproximadamente el 82 % durante el trabajo de parto.

DISCUSIÓN

En este servicio hospitalario, varias prácticas que las guías desaconsejan de forma rutinaria se aplicaron en la mayoría de los partos —litotomía impuesta, oxitocina de rutina, episiotomía de rutina, presión del fondo uterino—, mientras que las prácticas recomendadas se cumplieron de manera desigual: la deambulación y la hidratación oral se ofrecieron con frecuencia, pero el acompañamiento de elección fue la excepción. El patrón coincide con el modelo tecnocrático descrito para el parto hospitalario en el Paraguay y en el resto de América del Sur.

La **posición de litotomía** en casi nueve de cada diez partos contrasta con la evidencia. Una revisión sistemática Cochrane de 32 estudios y más de 9000 mujeres sin analgesia epidural encontró que las posiciones verticales, comparadas con la supina o de litotomía, se asocian con

menos partos instrumentales (riesgo relativo [RR] 0,75), menos episiotomías (RR 0,75) y una reducción muy pequeña de la duración del expulsivo, a costa de un posible aumento de los desgarros de segundo grado y de la pérdida de sangre superior a 500 mL (6). Un metaanálisis posterior confirmó la menor frecuencia de parto instrumental y de episiotomía con la posición vertical (7). La recomendación es que ninguna posición se imponga ni se prohíba y que la mujer adopte la que prefiera, evitando los períodos prolongados en decúbito supino (1,5).

La **ausencia de acompañante** en el 78,9 % de los partos es especialmente relevante. El acompañamiento continuo durante el trabajo de parto —por una persona elegida por la mujer o por una acompañante formada— aumenta la probabilidad de parto vaginal espontáneo (RR 1,08), acorta el trabajo de parto, reduce la cesárea (RR 0,75), el parto instrumental, el uso de analgesia y las valoraciones negativas de la experiencia, sin efectos adversos identificados; el beneficio es mayor, precisamente, en los servicios donde no se permite de rutina la presencia de un acompañante (8). Restringir esa presencia a «personas influyentes», como registró uno de los casos, es además una forma de trato inequitativo.

El **uso rutinario de oxitocina** en el 84,2 % de los partos excede cualquier indicación clínica plausible. La oxitocina sintética figura en las listas de medicamentos de alto riesgo y su empleo sistemático como acelerador, sin criterios de estancamiento del trabajo de parto ni control de la vitalidad fetal, expone a hiperestimulación uterina y sufrimiento fetal. Las guías reservan la conducción con oxitocina para el trabajo de parto que se prolonga de forma anormal y desaconsejan su infusión rutinaria (1,5).

La **episiotomía de rutina** en el 63,2 % de los partos va en sentido contrario a la evidencia consolidada. Una revisión Cochrane de 12 ensayos y 6177 mujeres mostró que una política de episiotomía selectiva —«solo si es necesaria»— produce alrededor de un 30 % menos de mujeres con traumatismo perineal o vaginal grave (RR 0,70), sin diferencias claras en dolor, dispareunia a largo plazo ni incontinencia, y concluyó que la creencia de que la episiotomía de rutina protege el periné no está justificada (9). Que además el 58,3 % de esas episiotomías se realizara **sin anestesia local** constituye un procedimiento quirúrgico doloroso ejecutado sin analgesia y, con frecuencia, sin consentimiento: encaja de lleno en la definición de violencia obstétrica de la Ley N.º 5777/2016 y en la categoría de abuso físico y de incumplimiento de estándares descrita en la literatura (2,3).

La **maniobra de Kristeller** se aplicó en el 44,7 % de los partos. La revisión Cochrane sobre la presión del fondo uterino en el segundo período —nueve ensayos— no encontró beneficio en cuanto a parto vaginal espontáneo,

parto operatorio ni duración del expulsivo, y si una mayor frecuencia de desgarros cervicales con la presión manual (RR 4,90); la conclusión es que no hay evidencia suficiente para su uso rutinario por ningún método (10). La OMS la clasifica entre las prácticas sin recomendación a favor.

Frente a estas intervenciones, el servicio ofreció **deambulación libre** e **hidratación oral** a más de ocho de cada diez mujeres, lo que es concordante con las recomendaciones (1,5). No se registró la práctica del **contacto temprano piel con piel**, cuya realización inmediata favorece el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna y la estabilización del recién nacido (11); su ausencia del instrumento es una limitación y, a la vez, una oportunidad de mejora que debería incorporarse al protocolo del servicio.

Los hallazgos son coherentes con los de otros servicios de la región. En una maternidad de bajo riesgo de Costa Rica, el 80,8 % de los profesionales declaró que no existían protocolos de atención del parto en la institución (12). En contraste, en un servicio brasileño atendido por enfermeras obstétricas con formación en residencia, la tasa de episiotomía fue del 4,8 % y la mayoría de los recién nacidos tuvo contacto piel con piel (13), lo que muestra que una atención de baja intervención es posible cuando existe un modelo asistencial explícito. También se ha documentado que la intervención educativa dirigida al equipo, combinada con protocolos e indicadores, aumenta los partos normales y el acompañamiento y reduce el uso de oxitocina, las amniotomías y las maniobras de Kristeller (14), y que los métodos no farmacológicos de alivio del dolor —hidroterapia, pelota, masaje, cambios de posición— reducen la ansiedad y el malestar y acortan el trabajo de parto (15,16).

Este estudio tiene limitaciones importantes. El tamaño de muestra es pequeño (38 partos) y el muestreo fue de conveniencia. La recolección la realizaron los internos de medicina, sin entrenamiento estandarizado ni evaluación de la concordancia entre observadores, lo que puede haber introducido sesgo de clasificación. El diseño es una fotografía transversal de prácticas, sin datos de desenlaces maternos ni neonatales, por lo que no permite afirmar nada sobre eficacia ni sobre daño en esta serie. No se recogió información sobre paridad, indicación de cada intervención ni consentimiento, y no se contó con autorización institucional formal para la recolección. Los resultados describen un servicio en un período acotado y no son generalizables. Su fortaleza es aportar datos locales, hasta ahora inexistentes, sobre la distancia entre la práctica y las recomendaciones.

En conclusión, en este hospital regional del Paraguay la atención del parto de bajo riesgo se apoyó en intervenciones rutinarias —litotomía, oxitocina, episiotomía, presión del fondo uterino— que las guías desaconsejan, y limitó el acceso a una práctica claramente beneficiosa como el acompañamiento de elección. Cerrar esa brecha requiere la adopción de un protocolo de atención respetuosa y de mínima intervención alineado con las normas nacionales y con las recomendaciones de la OMS, la capacitación continua del equipo —incluidos los médicos internos en formación—, y el registro sistemático de indicadores de calidad. La atención primaria y los servicios de salud materna tienen un papel en el seguimiento de estas prácticas y en la preparación de las gestantes para un parto en el que sean protagonistas.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra: OMS; 2018.
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
3. Paraguay. Ley N.º 5777/2016 «De protección integral a las mujeres, contra toda forma de violencia». Asunción: Congreso de la Nación; 2016.
4. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual nacional de normas de cuidados: preconcepcional, prenatal, parto, nacimiento y puerperio. 3.ª ed. Asunción: MSPBS; 2022.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 766: approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstet Gynecol*. 2019;133(2):e164-73. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
6. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(5):CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
7. Deliktas A, Kukulu K. A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *J Adv Nurs*. 2018;74(2):263-78. <https://doi.org/10.1111/jan.13447>
8. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(7):CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
9. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>

10. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(3):CD006067. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>
11. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11):CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
12. Aquino AG, Montenegro Lima JS, Vasconcelos de Lima LS, Dantas Modesto H. Medicalización de la asistencia del parto natural: perfil de las mujeres embarazadas atendidas en una maternidad de bajo riesgo. *Enferm Actual Costa Rica.* 2023;(44):e46727. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i44.46727>
13. Barbosa Castro RCM, Mendes de Freitas C, de Castro Damasceno AK, Gomes Escoto Esteche C, da Silva Coelho T, de Freitas Brilhante A. Resultados obstétricos e neonatais de partos assistidos. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2018;12(4):832-9. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a25202p832-839-2018>
14. Cortês CT. Implementação de práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. [tesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. <https://doi.org/10.11606/T.7.2017.tde-27062017-221629>
15. Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brasil CM, Barbieri M. Terapias complementarias en el trabajo de parto: ensayo clínico aleatorizado. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20190026. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>
16. de Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso de eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(1):45-52. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000100007>