

Parto humanizado: adherencia del personal de salud a las recomendaciones de la organización mundial de la salud según la opinión de las pacientes*

 Karina del Carmen Seminario Acosta,¹  Arlen Estefanía García,¹  Luis Omar Díaz Torres,²
 Mireya González Blanco.³

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la adherencia del personal de salud de la Clínica Maternidad Santa Ana, del Instituto Venezolano del Seguro Social, a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre parto humanizado para una experiencia de parto positiva, según la opinión de las pacientes que acudieron para atención obstétrica entre septiembre y noviembre de 2022.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo, exploratorio y transversal. Incluyó 100 puerperas. Se les aplicó una encuesta ad hoc elaborada según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y se relacionó con las características de las pacientes. Previamente, se validó el instrumento. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: El coeficiente de correlación intraclass de la encuesta fue de 0,821 y el r de Guttman fue 0,879. Globalmente, 87 % de las pacientes percibió una adherencia moderada. En la atención durante el trabajo de parto y el nacimiento, 90 pacientes percibieron una adherencia moderada, durante el periodo de dilatación, 85 % encontraron adherencia moderada; en el periodo expulsivo y el alumbramiento, 54 % percibieron que la adherencia era moderada pero 29 % la describieron como mala. En la atención posparto para madre y recién nacido, 47 % percibieron que la adherencia fue excelente, con un 42 % que la percibieron como moderada. La puntuación total fue 3078 puntos (61,6 %) que corresponde a adherencia moderada.

Conclusiones: La adherencia del personal de salud a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre parto humanizado fue moderada y mejoró en las etapas avanzadas del proceso.

Palabras clave: Parto humanizado, Parto respetado, Experiencia de parto positiva, Adherencia, Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Humanized childbirth: adherence of health personnel to the recommendations of the World Health Organization according to the opinion of patients

SUMMARY

Objective: To evaluate the adherence of the health personnel of the Santa Ana Maternity Clinic, of the Venezuelan Institute of Social Security, to the recommendations of the World Health Organization on humanized childbirth for a positive birth experience, according to the opinion of patients who come for obstetric care between September and November 2022.

Methods: Observational, prospective, descriptive, exploratory and cross-sectional study. It included 100 puerperal women. An ad hoc survey prepared according to the recommendations of the World Health Organization was applied to them and related to the characteristics of the patients. Previously, the instrument was validated. Descriptive statistics were applied.

Results: The intraclass correlation coefficient of the survey was 0.821 and Guttman's r was 0.879. Overall, 87% of patients perceived moderate adherence. In care during labor and birth, 90 patients perceived moderate adherence, during the labor period, 85% found moderate adherence; in the second stage and delivery, 54% perceived that adherence was moderate but 29% described it as poor. In postpartum care for mother and newborn, 47% perceived adherence to be excellent, with 42% perceiving it as moderate. The total score was 3078 points (61.6%) corresponding to moderate adherence.

Conclusions: Health personnel's adherence to World Health Organization recommendations on humanized childbirth was moderate, and improved late in the process.

Keywords: Humanized childbirth, Respected childbirth, Positive birth experience, Adherence, Recommendations of the World Health Organization.

¹Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, egresada de la Clínica Maternidad Santa Ana, Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS); Universidad Central de Venezuela.

²Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, adjunto en la Clínica Maternidad Santa Ana, IVSS. ³Médico especialista en Obstetricia y Ginecología.

*Trabajo Especial de Grado presentado y aprobado en la Universidad Central de Venezuela, para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Correo de correspondencia: auri.seminario21@gmail.com

Forma de citar este artículo: Seminario KC, García AE, Díaz LO, González-Blanco M. Parto humanizado: adherencia del personal de salud a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud según la opinión de las pacientes. Rev Obstet Ginecol Venez. 83(3):243-260. DOI: 10.51288/00830304

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus recién nacidos (RN), al comienzo y durante el trabajo de parto.

Sin embargo, el momento del parto es crítico para la sobrevivencia de las mujeres y los RN, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones (1).

A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado. En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar la evolución de dicho proceso fisiológico con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los RN. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos (1).

De acuerdo con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades) (2), y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030) (3), la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los RN, no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran), sino también que se desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida (1).

Traer un nuevo ser al mundo es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer, y sin duda, una experiencia que marca el resto de sus días. Sin embargo, es un momento de ansiedad y temor, no solo porque inicia una nueva etapa, sino que también es una experiencia dolorosa y para muchas mujeres, traumática. La humanización del parto en las maternidades, tiene como objetivo brindar una

atención calificada, adecuada, eficiente y oportuna, según los valores, costumbres y creencias de cada mujer, así como resguardar los derechos de la familia gestante (4).

Debido a que el parto humanizado debe ser parte de la cultura hospitalaria y social, y no se ha demostrado que lo sea, esto da paso a que se presente la violencia obstétrica, fenómeno que existe, pero que es poco identificado en los centros hospitalarios (5).

En Venezuela, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (6), en su artículo 19, describe las formas de violencia de género en contra de las mujeres. Entre ellas, define a la violencia obstétrica como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. No existe a la fecha, alguna estadística oficial que cuantifique la ocurrencia de violencia obstétrica y, 15 años después de la promulgación de la ley (23/04/2007; Gaceta Oficial 36668) (7) y después de dos reformas - 25/11/2014, Gaceta Oficial 40548 (8) y 16/12/2021, Gaceta Oficial Extraordinaria 6667 (6) aún existe confusión sobre la interpretación tanto en el personal de salud como en las usuarias del servicio.

Si bien no se encontraron cifras oficiales, hay publicaciones institucionales o regionales en los que se evalúa la violencia obstétrica desde la perspectiva del personal de salud (9 - 11), y de las usuarias (12, 13). Adicionalmente, a nivel nacional e internacional, se han publicado estudios que evalúan la satisfacción de la mujer durante su trabajo de parto (14-17) y también hay publicaciones relacionadas con la atención obstétrica respetuosa (18, 19), y sobre el conocimiento y actitudes del personal de salud sobre parto humanizado (20).

Pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) va más allá. Plantea una serie de recomendaciones para que la experiencia del parto sea positiva (1), que es mucho más que el hecho de que no haya violencia o la mujer se sienta satisfecha. En 2018, la OMS presentó su directriz sobre las recomendaciones para una experiencia de parto positiva (1, 21). Esta directriz es un conjunto consolidado de recomendaciones nuevas y ya existentes sobre prácticas cruciales en el trabajo de parto y el parto que deben proporcionarse a todas las embarazadas y sus RN durante el trabajo de parto y el parto, sea cual sea su entorno socioeconómico. Incluyen 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto. Estas recomendaciones son la base para el presente estudio.

En esta directriz se promueve la aplicación de un conjunto de intervenciones para el trabajo de parto y el parto que son fundamentales para que el parto no solo sea seguro, sino que constituya también una experiencia positiva para las mujeres y sus familias. La directriz de la OMS define una experiencia de parto positiva como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Incluye que la mujer de a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos

y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas (1). Muy pocos estudios se han elaborado sobre la base de las recomendaciones de la OMS para evaluar la adherencia a las mismas (22).

Son muchos los artículos y documentos que hablan sobre el parto humanizado y el nacimiento humanizado, el parto natural, el parto respetado, la maternidad sana, la mamiferación del parto, todos referidos a la erradicación de la violencia contra la mujer y sus hijos e hijas, a la preponderancia del parto espontáneo sobre las cesáreas, al respeto de la fisiología propia del hecho de alumbrar, a la valoración de lo afectivo emocional en la madre y el padre fundamentalmente, a la disminución de la medicalización durante el proceso de parto de las madres y los recién nacidos, al rescate de la figura de las parteras y de doulas, y a la desmitificación de ver el embarazo como una enfermedad (23). En esta diversidad de conceptos, algunos definen el parto y nacimiento humanizado como un derecho humano de la mujer dentro de los derechos sexuales y reproductivos o simplemente como un derecho de la mujer y, en otros casos, este derecho está vinculado con las y los recién nacidos. Igualmente, la mayoría de los activistas por el parto y nacimiento humanizado considera que dentro del proceso es necesario incorporar al concepto desde la concepción hasta el puerperio (24).

Aunque el concepto de parto humanizado se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional medicalizado que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la OMS (24).

El cuestionamiento que se hace no es a las personas, sino al modelo de formación y de ejercicio que se enseña y practica en los servicios de salud, el cual se ha naturalizado en la sociedad, y que toma en cuenta solo elementos técnico-biológicos sin considerar a las mujeres como sujetos de derechos en el momento del parto, realizando además por hábito, una serie de acciones que han sido identificadas y cuestionadas por el modelo científico basado en evidencias como perjudiciales para la salud emocional y física de las mujeres y sus hijas/os. Además, el modelo convencional de atención posibilita el desarrollo de un importante número de acciones consideradas como violencia obstétrica (24).

En Venezuela, en fecha 12 de abril de 2018, la Asamblea Nacional Constituyente publicó el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.376 (25), con el objeto de promover, proteger y garantizar el derecho humano de quienes integran las familias, a una gestación, parto y nacimiento humanizado, para, entre otras cosas, generar las condiciones necesarias para la expresión y desarrollo de las relaciones humanas durante la gestación, parto, nacimiento y posparto. Dicho Decreto señala que se entiende como parto humanizado el respeto a la dignidad y trato digno, justo e igualitario hacia las madres, los recién nacidos y las recién nacidas, padres y familiares, durante los procesos de gestación, trabajo de parto, parto vaginal o cesárea, nacimiento y posparto, dignificando su función social y enaltecendo la calidad y calidez de la atención en salud, así como de los ambientes físicos y condiciones materiales adecuadas para asistirlo. Cuando la gestación es considerada de alto riesgo obstétrico, o en su defecto ocurrieren eventos que pongan en peligro la vida y la salud de las madres, los recién nacidos o las recién nacidas durante el trabajo de parto, parto vaginal o cesárea, nacimiento y posparto, los criterios de uso racional de las tecnologías y medicalización deben realizarse en

función del respeto de los derechos consagrados en este Decreto Constituyente, prevaleciendo la atención humanizada (25).

Actualmente, no en todos los hospitales se tiene conciencia del trato digno a la embarazada, el cual incluye el parto humanizado, y esto puede llevar a la contraparte, la violencia obstétrica, y esta a su vez lleva a la ruptura de la relación médico-paciente hasta la consecuencia más grave: la muerte materna y perinatal. (5)

Transcurridos cuatro años desde la publicación del documento de las OMS con dichas recomendaciones, se decidió realizar esta investigación para evaluar la adherencia de la institución, Clínica Maternidad Santa Ana, a dichas prácticas, según la perspectiva de la mujer, protagonista central de este proceso. Se han utilizado varios instrumentos para la evaluación de satisfacción y calidad de la atención, entre ellos, la puntuación de Bologna para la evaluación de la calidad de los cuidados de atención durante el parto (26), la escala COMFORT de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio (27), adaptaciones de las escalas SERVQUAL Y SERVPERF (9), entre otras. Sawyer y cols. (28) describieron, en una revisión sobre el tema, nueve cuestionarios de satisfacción durante el trabajo de parto y el nacimiento, que varían en aspectos psicométricos y dominios, entre los que destaca el cuestionario *Intrapartal-Specific Quality from the Patient's Perspective* (QPP-I). Sin embargo, no se encontró ningún instrumento para la evaluación de la adherencia a las recomendaciones de la OMS, considerando que hay diferencias entre percepción de calidad y satisfacción de la usuaria y adherencia a las recomendaciones, por lo que se elaboró una encuesta que consta de 51 preguntas, redactadas estrictamente según la redacción de las recomendaciones de la OMS (1), a manera de lista de chequeo.

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar la adherencia del personal de salud de

la Clínica Maternidad Santa Ana, del Instituto Venezolano del Seguro Social, a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre parto humanizado para una experiencia de parto positiva, según la opinión de las pacientes que acudieron para atención obstétrica entre septiembre y noviembre de 2022.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, prospectiva, descriptiva, exploratoria y transversal. La población estuvo constituida por todas las pacientes que acudieron para atención obstétrica a la sala de partos de la Clínica Maternidad Santa Ana, entre septiembre y noviembre de 2022, aproximadamente 300 gestantes. Entre ellas se seleccionó una muestra no probabilística de 100 pacientes (aproximadamente 30 %), en puerperio, cuyo parto fue atendido en la institución, independientemente de la edad, edad gestacional o vía del parto. Se excluyeron aquellas cuyas entrevistas presentaban menos del 75 % de las respuestas solicitadas. Todas las mujeres incluidas firmaron un formulario de consentimiento informado y el desarrollo del estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la institución.

El estudio se basa en la aplicación de una encuesta elaborada *ad hoc*, que consta de 51 preguntas, redactadas estrictamente según la redacción de las recomendaciones de la OMS (1, 21) a manera de lista de chequeo. Previo al inicio de la investigación se realizó una prueba piloto que incluyó 10 pacientes, que llenaban todos los criterios establecidos, quienes no formaron parte del estudio, con la finalidad de evaluar la consistencia mediante una prueba test-retest, y aplicando la prueba dos exploradores diferentes. Adicionalmente, se solicitó la evaluación de 5 expertos, especialistas de la Clínica Maternidad Santa Ana, para evaluar la validez de apariencia y contenido.

Una vez validada la encuesta, y obtenida la firma voluntaria del consentimiento informado, se realizó la encuesta, aplicada por las investigadoras. Al finalizar, se hizo la sumatoria de puntos y se estableció la adherencia según cada paciente y la adherencia global del personal de salud de la institución, según todas las pacientes, siguiendo los criterios que se describen a continuación.

Para la elaboración de la encuesta se realizó una pregunta por cada recomendación, siguiendo estrictamente la redacción de la recomendación, según la versión en español del documento de la OMS (21). No se incluyeron preguntas relacionadas con las siguientes recomendaciones: 5, 7, 8 porque son definiciones para el manejo del médico; 27 porque trata de la aplicación de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto que no es posible que la paciente identifique; 42 y 43 porque se refieren a la dosis de oxitocina, que la paciente no puede comprobar. Finalmente, se hicieron dos preguntas para evaluar la recomendación 1, aunque a la segunda pregunta, concebida para identificar a la persona que no ofrece un trato respetuoso, no se le asignó puntuación.

Para la calificación se procedió de la siguiente forma: eliminando las preguntas que no se incluyeron, en la lista de la OMS hay 31 conductas recomendadas y 19 no recomendadas. Se asignó una puntuación de 1 a las respuestas afirmativas en las conductas recomendadas y a las respuestas negativas en las conductas no recomendadas. No se asignó puntuación a la respuesta no estoy segura. La puntuación máxima a obtener era: 50 puntos.

Según la opinión de cada paciente, la respuesta se considera: a) excelente adherencia: 38 puntos o más (75 % de coincidencia); b) moderada adherencia: entre 25 y 37 puntos (50 % y < 75 % de coincidencia),

y c) mala adherencia: 24 puntos o menos (menos de 50 % de coincidencia)

La calificación global se calculó considerando la sumatoria de las puntuaciones obtenidas según todas las pacientes, según los mismos porcentajes: 100 pacientes por 50 puntos: 5000 puntos: a) excelente adherencia: 3750 puntos o más (75 % de coincidencia); b) moderada adherencia: entre 2500 y 3749 puntos (50 % y < 75 % de coincidencia), y c) mala adherencia: 2499 puntos o menos (menos de 50 % de coincidencia).

Se calculó el promedio y la desviación estándar de las variables cuantitativas, en el caso de las variables cualitativas, se calculó sus frecuencias y porcentajes. Las asociaciones entre dominios del instrumento según las recomendaciones de la OMS con las variables del estudio se analizaron con la prueba chi-cuadrado de Pearson. Se evaluó la validez y consistencia del instrumento mediante un test y retest, en una muestra piloto, usando el coeficiente *r* de Guttman de dos mitades (validez) y el coeficiente de correlación intraclases (consistencia). Los datos fueron tabulados con STATA 17. Se consideró un valor significativo si $p < 0,05$.

RESULTADOS

La prueba piloto realizada para validar el instrumento se evaluó mediante el coeficiente de correlación

intraclase (ICC) y a través de la *r* de Guttman. En la tabla 1 se observa que en el test inicial se obtuvo puntuaciones del ICC entre 0,607 y 0,799 y que la *r* de Guttman estuvo entre 0,599 y 0,688. Para el retest, se obtuvo puntuaciones más elevadas, todas por encima de 0,80. Ello permitió concluir que el instrumento resultó válido y consistente para medir la adherencia a las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva.

Se incluyeron 100 pacientes en puerperio, cuyas características se presentan en la tabla 2. Predominaron pacientes entre 20 y 30 años (58 %), 64 % era primigestas, 87 % se habían controlado el embarazo y 96 % estaban a término. En 61 casos, no hubo complicaciones. Entre las que tuvieron complicaciones, 29 presentaron solo una, 7 tuvieron dos y tres tuvieron 3 complicaciones. Las más frecuentes fueron infección del tracto urinario (11 %), preeclampsia (9 %) y anemia (7 %). Entre las otras complicaciones, se reportaron bradicardia fetal, distocia de descenso, placenta previa, hipertensión crónica y oligohidramnios (2 casos cada una) y ruptura prematura de membranas, síndrome metabólico y hematoma retroplacentario (un caso cada una). El trabajo de parto duró 6 horas o menos en 80 % de los casos y el porcentaje de cesáreas fue de 8 %. Los diagnósticos de ingresos se pueden observar en la tabla 2.

La distribución de las pacientes según la percepción

Tabla 1. Validación del instrumento utilizado

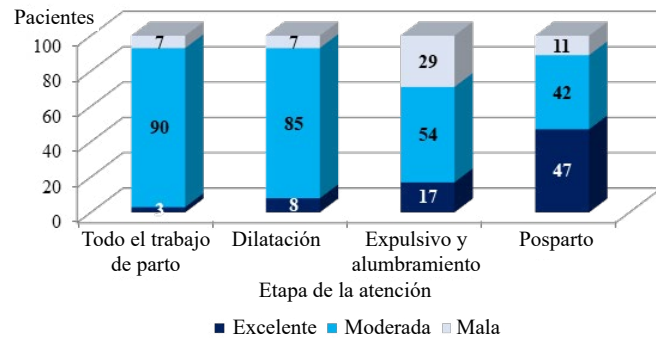
Dominios	Test		Retest	
	ICC	<i>r</i> de Guttman	ICCC	<i>r</i> de Guttman
Trabajo de parto y nacimiento	0,778	0,616	0,809	0,879
Período de dilatación	0,607	0,599	0,855	0,909
Período expulsivo y alumbramiento	0,712	0,688	0,807	0,888
Atención posparto (materna y recién nacido)	0,799	0,687	0,814	0,840
Todos los ítems	0,708	0,647	0,821	0,879

*PARTO HUMANIZADO: ADHERENCIA DEL PERSONAL DE SALUD A LAS RECOMENDACIONES
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SEGÚN LA OPINIÓN DE LAS PACIENTES*

Tabla 2. Distribución de las pacientes según sus características individuales y obstétricas

Características	n
Edad (años)	
< 20	16
20 – 30	58
más de 30	26
Paridad	
IG	64
II - IV	34
V y más	2
Control prenatal	
Sí	87
No controlada	13
Edad gestacional	
29 – 36	4
37 y más	96
Complicaciones durante el embarazo	
Sí	39
No	61
Tipo de complicaciones	
Infección del tracto urinario	11
Preeclampsia	9
Anemia	7
Infección vaginal	6
Hemorragia posparto	3
Obesidad	3
Otras	13
Diagnósticos de ingreso	
Trabajo de parto	70
Anemia	13
Ruptura prematura de membranas	8
Primigesta adolescente	7
Preeclampsia	6
Edad materna avanzada	5
Otros	31
Duración del trabajo de parto	
< 3 horas	37
3 – 6 horas	43
> 6 horas	20
Tipo de parto	
Vaginal eutócico	92
Cesárea	8

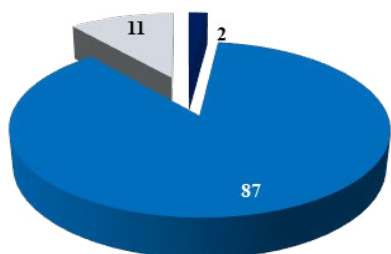
Gráfica 1. Distribución de pacientes según la percepción de la adherencia a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cada etapa de la atención recibida



de adherencia a las recomendaciones de la OMS se presenta según la etapa, tal como fueron agrupadas por la misma OMS, en la gráfica 1. Se observa que, con relación a la atención general recibida durante todo el trabajo de parto y el nacimiento, 90 pacientes percibieron una adherencia moderada, es decir, respondieron que se cumple entre el 50 % y 75 % de las recomendaciones. Con relación a la pregunta sobre la atención respetuosa, solo 5 pacientes reportaron que la misma no fue respetuosa y señalaron al médico en 4 ocasiones y a la enfermera en una. Durante el periodo de dilatación, 85 % encontraron que la adherencia era moderada; en el periodo expulsivo y el alumbramiento, 54 % percibieron que la adherencia era moderada, pero 29 % la describieron como mala. En cuanto a la atención posparto para la madre y el recién nacido, 47 % percibieron que la adherencia fue excelente, con un 42 % que la percibieron como moderada. Finalmente, considerando todas las etapas, en la gráfica 2 se puede observar que el mayor porcentaje (87 %) percibió una adherencia moderada.

Con relación a la adherencia global, la sumatoria de las puntuaciones de las respuestas de todas las pacientes, fue 3078 puntos, que representa el 61,56 % de la puntuación posible (entre 50 % y < de 75 %), es decir, la percepción global es de una adherencia moderada a las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positiva.

Gráfica 2. Distribución de pacientes según la percepción sobre la adherencia a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en todas las etapas de la atención recibida (total: 50 puntos)



■ Excelente (38 o más) ■ Moderada (25-37 puntos) ■ Mala (24 o menos)

La percepción de las pacientes estuvo asociada al control prenatal, 79 pacientes (90,8 %) de las que se controlaron el embarazo y solo 8 (61,5 %) de quienes no se controlaron, consideraron que la adherencia fue moderada ($p = 0,012$) (tabla 3). No se asoció a la edad ($p = 0,182$) ni a la paridad ($p = 0,351$) de las entrevistadas.

Tabla 3. Relación entre la percepción sobre la adherencia a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud durante la atención recibida y las características individuales

Características individuales	Adherencia percibida			<i>p</i>
	Excelente n (%)	Moderada n (%)	Mala n (%)	
Edad (años)				0,182
<20	0 (0,0)	15 (93,8)	1 (6,3)	
20 – 30	1 (1,7)	53 (91,4)	4 (6,9)	
más de 30	1 (3,8)	19 (73,1)	6 (23,1)	
Paridad				0,351
IG	0 (0,0)	56 (87,5)	8 (12,5)	
II - IV	2 (5,9)	29 (85,3)	3 (8,8)	
V y más	0 (0,0)	2 (100)	(0,0)	
Control prenatal				0,012
Sí	1 (1,1)	79 (90,8)	7 (8,0)	
No controlada	1 (7,7)	8 (61,5)	4 (30,8)	

Con relación a las características obstétricas, en la tabla 4 se evidencia que la percepción de adherencia se asoció a la edad gestacional, con 88,5 % de percepción de adherencia moderada entre las que tenían embarazo a término y 50 % de percepción de mala adherencia entre las que cursaban embarazo pretérmino ($p = 0,039$); a la presencia de complicaciones del embarazo, con 20,5 % de percepción de mala adherencia entre las complicadas y solo 4,9 % entre

Tabla 4. Relación entre la percepción sobre la adherencia a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud durante la atención recibida y las características obstétricas

Características obstétricas	Adherencia percibida			<i>p</i>
	Excelente n (%)	Moderada n (%)	Mala n (%)	
Edad gestacional				0,039
29 – 36	0 (0,0)	2 (50)	2 (50)	
37 y más	2 (2,1)	85 (88,5)	9 (9,4)	
Complicaciones durante el embarazo				0,047
Sí	1 (2,6)	30 (76,9)	8 (20,5)	
No	1 (1,6)	57 (93,4)	3 (4,9)	
Diagnóstico de ingreso				> 0,05
Trabajo de parto	2 (2,9)	67 (95,7)	1 (1,4)	
Anemia	0	13 (100)	0	
Ruptura prematura de membranas	0	8 (100)	0	
Primigesta adolescente	0	7 (100)	0	
Preeclampsia	0	5 (83,3)	1 (16,7)	
Edad materna avanzada	0	5 (100)	0	
Otros	0	28 (90,3)	3 (9,7)	
Duración del trabajo de parto				0,924
< 3 horas	1 (2,7)	32 (86,5)	4 (10,8)	
3 – 6 horas	1 (2,3)	38 (88,4)	4 (9,3)	
> 6 horas	0 (0,0)	17 (85)	3 (15)	
Tipo de parto				< 0,001
Vaginal eutócico	2 (2,2)	87 (94,6)	3 (3,3)	
Cesárea	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100)	

**PARTO HUMANIZADO: ADHERENCIA DEL PERSONAL DE SALUD A LAS RECOMENDACIONES
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SEGÚN LA OPINIÓN DE LAS PACIENTES**

las no complicadas ($p = 0,047$) y el tipo de parto, con 100 % de percepción de mala adherencia entre las pacientes a quienes se les practicó cesárea ($p < 0,001$).

Finalmente, la percepción se asoció a la condición del recién nacido, con 66,7 % de percepción de mala adherencia entre pacientes con mortinatos ($p < 0,001$), 57,1 % en aquellos cuyo RN tuvo un APGAR bajo al minuto ($p = 0,001$) y al diagnóstico del recién nacido ($p < 0,001$), con 100 % entre los que tuvieron asfixia perinatal y 50 % de los que tuvieron sepsis (tabla 5).

Tabla 5. Relación entre la percepción sobre la adherencia a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud durante la atención recibida y las características perinatales

	Adherencia percibida			<i>p</i>
	Excelente n (%)	Moderada n (%)	Mala n (%)	
Condiciones del recién nacido				< 0,001
Vivo	2 (2,1)	87 (89,7)	8 (8,2)	
Mortinato	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Peso				0,530
< 2500 g	0 (0,0)	10 (76,9)	3 (23,1)	
2500 – 3500 g	2 (2,8)	63 (88,7)	6 (8,5)	
> 3500 g	0 (0,0)	14 (87,5)	2 (12,5)	
Talla				0,121
< 45 cm	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	
45 – 50 cm	1 (1,9)	49 (94,2)	2 (3,8)	
> 50 cm	1 (2,4)	34 (81,0)	7 (16,6)	
APGAR 1 minuto				< 0,001
< 7	0 (0,0)	3 (42,9)	4 (57,1)	
≥ 7	2 (2,2)	83 (92,2)	5 (5,5)	
APGAR 5 minutos				0,111
< 7	0 (0,0)	1 (50)	1 (50)	
≥ 7	2 (2,1)	85 (89,5)	8 (8,4)	
Diagnóstico del RN				< 0,001
RN vivo AEG	2 (2,2)	84 (91,3)	6 (6,5)	
Sepsis neonatal	0 (0,0)	1 (50)	1 (50)	
Asfixia perinatal	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100)	
Pretérmino	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	
Mortinato	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	

La respuesta obtenida para cada pregunta del cuestionario se presenta en la tabla 6. En el primer dominio hubo 97 % de respuestas negativas relacionadas con el acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento. En el periodo de dilatación, 100 respuestas negativas ante la aplicación de la peridural y la administración de opioides para el alivio del dolor, sin embargo, hubo 75 pacientes que reportaron la aplicación de técnicas de relajación y 12 a quienes le aplicaron técnicas manuales. Noventa y nueve pacientes dijeron que no les permitieron la ingesta oral, pero 72 reportaron que pudieron deambular durante el trabajo de parto. Hubo amniotomía en 63 pacientes, en 50 casos desde el inicio del trabajo de parto asociada al uso de oxitócicos y 92 pacientes recibieron fluidos por vía intravenosa. En el expulsivo, se hizo episiotomía a 41 pacientes y 28 refirieron que le aplicaron la maniobra de Kristeller. En la atención del recién nacido, a 87 pacientes les entregaron su bebé al nacer y 88 pudieron dar lactancia. De la atención materna destaca que 78 pacientes fueron egresadas antes de las 24 horas.

Tabla 6. Distribución de pacientes según las respuestas individuales a las preguntas del instrumento

<i>Opción de atención</i>	<i>0 punto</i>	<i>1 punto</i>
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
1. ¿La atención fue respetuosa?	5	95
2. En caso que respondas no, di quién: ¿médico, enfermera, camillero, otro?	100	0
3. ¿La comunicación fue efectiva?	11	89
4. ¿Te permitieron el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto?	97	3
5. ¿Te atendieron las mismas personas todo el tiempo?	25	75
Periodo de dilatación		
6. ¿Te informaron sobre duración del periodo de dilatación?	31	69
7. ¿Usaron oxitocina o cesárea sin indicación para acelerar el parto?	29	71
8. ¿Esperaron hasta el final para llevarte a sala de parto?	80	20

Tabla 6. Distribución de pacientes según las respuestas individuales a las preguntas del instrumento

<i>Opción de atención</i>	<i>0 punto</i>	<i>1 punto</i>	<i>Opción de atención</i>	<i>0 punto</i>	<i>1 punto</i>
9. ¿Te hicieron pelvimetría clínica en el ingreso?	43	57	32. ¿Pudiste elegir la posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)?	92	8
10. ¿Para la evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto te hicieron monitoreo?	9	91	33. ¿Te dieron instrucciones para pujar o lo hiciste como tu deseabas?	37	63
11. ¿Para la evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto te hicieron doppler o pinard?	1	99	34. Si tenías anestesia peridural, ¿Te dieron instrucciones para pujar o lo hiciste como tu deseabas?	98	2
12. ¿Te hicieron rasurado púbico o perineal?	1	99	35. ¿Aplicaron técnicas para prevenir el traumatismo perineal: los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo?	21	79
13. ¿Te hicieron enema en el ingreso?	1	99	36. Política para la episiotomía ¿Te hicieron episiotomía? ¿Te explicaron por qué?	41	59
14. ¿Cada cuánto tiempo te hicieron tacto vaginal?	44	56	37. ¿Te aplicaron presión del fondo uterino?	28	72
15. ¿Te hicieron monitoreo continuo durante el trabajo de parto?	10	90	Alumbramiento		
16. ¿Te controlaron la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto?	2	98	38. Después que salió el bebé, ¿te indicaron oxitocina u otro medicamento?	12	88
17. ¿Te pusieron anestesia peridural para el alivio del dolor?	100	0	39. ¿Pinzaron el cordón de inmediato o esperaron un poco para pinzarlo?	29	71
18. Opioides para el alivio del dolor: ¿Te inyectaron algo para el dolor?	100	0	40. ¿Hicieron tracción controlada del cordón?	30	70
19. ¿Te aplicaron técnicas de relajación para el tratamiento del dolor: música, meditación, atención plena, etc.?	25	75	41. ¿Hicieron masaje uterino después del parto?	54	46
20. ¿Te aplicaron técnicas manuales para el tratamiento del dolor: masajes o aplicación de compresas tibias?	88	12	Atención del recién nacido		
21. ¿Te indicaron analgésicos para evitar usar oxitócico?	8	92	42. ¿Le hicieron aspiración nasal u oral a tu bebé? En caso que así fuere: ¿Sabes por qué?	76	24
22. ¿Te permitieron consumir líquido y alimentos por vía oral durante el trabajo de parto?	99	1	43. ¿Te entregaron el bebé cuando nació? ¿Lo pudiste cargar?	13	87
23. ¿Te permitieron caminar o moverte a la posición de tu preferencia mientras estabas en trabajo de parto?	28	72	44. ¿Te colocaron a tu bebé al pecho tan pronto como nació para amamantarlo?	12	88
24. ¿Te hicieron algún lavado o limpieza vaginal?	6	94	45. ¿A tu bebé le administraron vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica?	89	11
25. ¿Te rompieron las membranas?	63	37	46. ¿Sabes cuándo le hicieron el primer baño a tu bebé? ¿Pudiste tener a tu bebé en la misma habitación las 24 horas del día?	40	60
26. ¿Te rompieron las membranas desde el principio y te pusieron oxitocina?	50	50	Atención de la mujer tras el nacimiento		
27. ¿Usaron oxitocina porque tenías anestesia peridural?	80	20	47. ¿Te hicieron evaluación del tono muscular del útero?	2	98
28. ¿Usaron antiespasmódicos?	3	97	48. ¿Te indicaron antibióticos para parto vaginal sin complicaciones?	9	91
29. ¿Te indicaron fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto?	8	92	49. ¿Te indicaron antibióticos para la episiotomía?	36	64
Período expulsivo			50. Evaluación materna de rutina después del parto	0	100
30. Definición y duración del período expulsivo: ¿Te explicaron sobre la duración del periodo expulsivo?	52	48	51. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento te dieron de alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones?	22	78
31. ¿Pudiste elegir la posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)?	82	18			

DISCUSIÓN

Es de gran importancia para todos los involucrados en la atención del trabajo de parto y posparto, conocer y poner en práctica las recomendaciones para que el parto no solo sea seguro, sino que constituya también una experiencia positiva para las mujeres y sus familias. De allí que el objetivo de esta investigación fue evaluar la adherencia del personal de salud de la Clínica Maternidad Santa Ana, del Instituto Venezolano del Seguro Social, a tales recomendaciones, según la forma en que lo perciben las usuarias.

Para ello, se entrevistaron 100 púérperas seleccionadas sin ningún criterio particular, es decir, mujeres cuya atención de parto se había realizado en la institución, independientemente de la edad, edad gestacional o vía del parto. Es por ello que sus características generales y obstétricas reflejan las de las pacientes que consultan frecuentemente a la institución: por lo general son jóvenes, primigestas, con embarazos a término y controlados. Las complicaciones observadas en este grupo de pacientes son las que suelen presentarse en la población obstétrica.

Necesario es comentar sobre la frecuencia de cesáreas de 8 %, bastante baja para lo descrito en otras investigaciones realizadas en la institución. La OMS considera que las cesáreas deben responder a una frecuencia de 15 % del total de partos atendidos, por tanto, se debe estar atento a las indicaciones de cesáreas en razón de que su frecuencia ha aumentado en forma alarmante en los últimos años (29). Datos previos reportan una frecuencia de cesáreas en la institución de 45,4 % en 2013 (30) y 35,5 % entre 2016 y 2017 (31). Para el periodo de estudio, el Departamento de Historias Médicas de la Institución reportó 708 pacientes que ingresaron para atención obstétrica, con 378 cesáreas, con una frecuencia de 53,4 %. La diferencia se explica por la ubicación diferenciada de las pacientes en el puerperio, dado

que, en la institución, las pacientes posparto pasan a sala de hospitalización en el piso 2, área en la que se realizaron las encuestas, y cuando el parto es por cesárea, ingresan a piso 1.

Al plantear la realización de este estudio, se intentó ubicar un instrumento previamente validado para evaluar la adherencia a las recomendaciones de la OMS para una experiencia de parto positivo. Sin embargo, solo fue posible ubicar un estudio de 2018 que evalúa tal adherencia (22) y los autores describieron que lo hicieron con base a la observación directa y con el uso de una lista de chequeo de las recomendaciones. Es por ello que se diseñó y utilizó un instrumento *ad hoc*, en el que se incluyó una pregunta por cada recomendación, siguiendo estrictamente la redacción de la recomendación, según la versión en español del documento de la OMS (1, 21). Del instrumento se excluyeron los tópicos relacionados con las recomendaciones que incluyen definiciones para el manejo del médico y aspectos que se consideró que no era posible que la paciente identificara o pudiera comprobar. Ese documento fue validado en una prueba piloto para evaluar la consistencia test-retest y mediante dos encuestadores. Esa validación proporcionó un coeficiente de correlación intraclass de 0,821 y una r de Guttman de 0,879, que se interpreta como un instrumento válido y consistente. Adicionalmente, la validez de contenido y apariencia fue evaluada por 5 expertos especialistas de la Clínica Maternidad Santa Ana.

Una vez validada la encuesta, la aplicación proporcionó información interesante. En todas las etapas de la atención, la opinión de las pacientes es que la adherencia a las recomendaciones es moderada, pero es evidente como mejora a medida que progresan las distintas etapas de atención, siendo considerada excelente por el 8 % durante el periodo de dilatación, por 17 % durante el expulsivo y alumbramiento y hasta por 47 % durante la atención posparto.

En este sentido, es pertinente desglosar algunos ítems sobre la atención del trabajo de parto, específicamente del periodo de dilatación, para detectar los aspectos que podrían mejorarse, o que, en todo caso, explican la opinión de las púerperas.

Durante la atención general, el aspecto que redujo la evaluación se relaciona con el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, incluido en la recomendación número 3. El acompañamiento continuo de familiares o personas cercanas durante el trabajo de parto, le puede proporcionar a la mujer un apoyo significativo para afrontar los temores y preocupaciones (22). En una revisión sistemática publicada en 2013, Hodnett y cols. (32) encontraron que las mujeres asignadas al apoyo continuo tuvieron más probabilidades de tener un parto vaginal espontáneo (RR 1,08; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 1,04 a 1,12) y menos probabilidades de tener analgesia intraparto (RR 0,90; IC del 95 %: 0,84 a 0,96) o de informar insatisfacción (CR 0,69; IC del 95 %: 0,59 a 0,79). Además, sus trabajos de parto fueron más cortos (-0,58 horas, IC del 95 %: -0,85 a -0,31), tuvieron menos probabilidades de tener una cesárea (RR 0,78; IC del 95 %: 0,67 a 0,91) o un parto vaginal instrumental (RR 0,90; IC del 95 %: 0,85 a 0,96), analgesia regional (RR 0,93; IC del 95%: 0,88 a 0,99) o un recién nacido con una puntuación de Apgar baja a cinco minutos (CR 0,69; IC del 95 %: 0,50 a 0,95).

En 2017, en una actualización de esta revisión sistemática, Bohren y cols. (33) describieron que el apoyo continuo durante el trabajo de parto puede mejorar los resultados para las mujeres y los recién nacidos, incluido el aumento del parto vaginal espontáneo, la duración más corta del trabajo de parto y la disminución del parto por cesárea, el parto vaginal instrumental, el uso de cualquier analgesia, el uso de analgesia regional, la puntuación de Apgar baja a los cinco minutos y los sentimientos negativos acerca de las experiencias del parto. No se encontró evidencia de efectos perjudiciales del apoyo continuo del trabajo

de parto. En ámbitos donde a las mujeres no se les permitió tener acompañantes de su elección en el trabajo de parto, y en ámbitos de países de ingresos medios, puede tener un impacto favorable sobre los resultados como el parto por cesárea. Los autores mencionan que los estudios de investigación futuros sobre el apoyo continuo durante el trabajo de parto podrían centrarse en resultados a más largo plazo (lactancia materna, interacciones madre-lactante, depresión posparto, autoestima, dificultad para la maternidad) e incluir resultados más centrados en la mujer en ámbitos de bajos ingresos.

En esta serie, el 97 % de las pacientes reportó no haber recibido acompañamiento durante el trabajo de parto. Jiménez y Peña (22) reportaron que al 85,9 % de las mujeres de su estudio no se les permitió tener un acompañante en esos momentos. Al igual que ocurre en la Clínica Maternidad Santa Ana, los autores describieron que, en ese contexto, por políticas institucionales existen barreras para permitir un acompañamiento permanente a las mujeres en trabajo de parto. Evaluar esas políticas institucionales podría mejorar la percepción general de las pacientes durante todo el trabajo de parto y el nacimiento.

La OMS señaló que los países y las instancias normativas son a menudo renuentes a aplicar esta intervención en la práctica clínica, a pesar de la evidencia que la respalda y de que se ha dispuesto desde hace muchos años, aun cuando la intervención se esté aplicando sistemáticamente en los centros privados. Los integrantes del grupo de la OMS para las recomendaciones estuvieron de acuerdo en que son necesarios esfuerzos adicionales para alentar a los posibles ejecutores de la intervención a que la lleven a cabo a diversos niveles de la prestación de servicios de salud (1).

Durante el periodo de dilatación son varios los aspectos que deben evaluarse. Para el manejo del dolor durante este periodo, la OMS recomienda ampliamente el

uso de la anestesia peridural, la administración de opioides, técnicas de relajación (música, meditación, etc.), o técnicas manuales (masajes, compresas tibias, etc.) (1).

La experiencia del dolor durante el trabajo de parto es una vivencia única y personal, donde la evaluación del dolor es compleja, debido a la dificultad de su objetivación de forma cuantitativa o cualitativa. Comprender el dolor que aqueja a la paciente e integrar cada uno de los posibles factores que pueden influir en la percepción del dolor es un gran desafío en pos de lograr una analgesia efectiva. Al revisar los aspectos que influyen en la percepción de dolor, se pretende entregar información relevante para lograr una mejor comprensión de los fenómenos que afectan a las pacientes y así apoyar el desarrollo de estrategias que permitan aliviar el dolor de manera efectiva, contribuyendo a la mejor experiencia de la maternidad y evitar complicaciones secundarias maternas y fetales (34).

En 2019, una revisión sistemática sobre el tema estableció que la experiencia de dolor asociada con el trabajo de parto es compleja. La literatura indica determinantes psicosociales y ambientales del dolor del trabajo de parto y, sin embargo, los métodos para apoyar a las mujeres generalmente se dirigen a los atributos fisiológicos a través de intervenciones farmacológicas. Es así que Whitburn y cols. (35) identificaron los determinantes clave y la influencia del dolor del trabajo de parto y los agruparon en factores cognitivos, sociales y ambientales. Concluyeron que si una mujer puede mantener la creencia de que su dolor tiene un propósito (es decir, su cuerpo trabajando para dar a luz a su bebé), si interpreta su dolor como productivo (es decir, llevándola a través de un proceso hacia un objetivo deseado) y el entorno de parto es seguro y de apoyo, se esperaría que experimentara el dolor como un no amenazante evento transformador de la vida. Cambiar la conceptualización del dolor de parto a un dolor intencional y productivo puede ser un paso para mejorar la experiencia de las mujeres.

En 2018, McCauley y cols. (36) describieron que muchos proveedores de atención médica no ofrecen rutinariamente alivio farmacológico del dolor durante el trabajo de parto y después del parto, a pesar de la disponibilidad de algunos recursos. La mayoría de los proveedores de atención médica están abiertos a ayudar a las mujeres y mejorar la calidad del manejo del dolor utilizando un enfoque que respete la cultura y las creencias de las mujeres. Ellas acceden cada vez más a la atención durante el trabajo de parto y ahora existe una oportunidad para adaptar y modificar los paquetes de atención de maternidad disponibles para incluir una provisión integral para el alivio del dolor (tanto farmacológico como no farmacológico) como un componente integral de la calidad de la atención.

En esta serie, las respuestas relacionadas con el alivio del dolor fueron 100 casos sin peridural ni opioides para el alivio del dolor, 75 señalaron que recibieron técnicas de relajación y 12 a quienes le aplicaron técnicas manuales. Destaca el hecho de que una persona entrenada en parto humanizado acude a sala de partos y aplica técnicas de relajación y técnicas manuales para el alivio del dolor, pero esto ocurre ocasionalmente, por lo que no favorece a todas las usuarias del servicio.

Con relación a este punto, la OMS establece que, si bien hay una evidencia limitada respecto a la repercusión del uso de la peridural comparada con no utilizarla para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, esta es un método de utilidad comprobada para aliviar el dolor asociado a la intervención quirúrgica, incluida la cirugía abdominal, y optó por recomendarla como opción para el alivio del dolor. Las dos opciones farmacológicas comúnmente utilizadas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (anestesia peridural o analgesia opioide) tienen ventajas e inconvenientes. La anestesia peridural parece ser la opción de alivio del dolor más eficaz, pero, en comparación con la analgesia opioide, requiere también más recursos para su aplicación y para abordar sus efectos adversos, que son más frecuentes con la anestesia peridural. Para

evitar complicaciones y preservar en la medida posible la función motora, debe usarse la concentración efectiva más baja posible del anestésico local al aplicar una anestesia peridural (1).

Otra de las recomendaciones que no se cumple en la mayoría de las salas de parto de los hospitales del país, y particularmente en la Clínica de Maternidad Santa Ana, se refiere al consumo de líquido o alimentos durante el trabajo de parto y la deambulación. Esta recomendación la ha incorporado la OMS a partir de sus recomendaciones para la conducción del trabajo de parto (37), en las cuales se determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de muy baja calidad. Dado que la restricción del consumo de líquidos y alimentos por vía oral no aporta ningún efecto beneficioso respecto a resultados clínicos importantes, incluido el uso de la aceleración del trabajo de parto, se resalta el respeto a los deseos de la mujer y, por consiguiente, estableció una recomendación positiva. La OMS destacó que no se registró ningún caso de aspiración de alimentos y líquidos del estómago a los pulmones durante la anestesia general, que es el problema de seguridad más importante por el que se limitaba la ingesta oral durante el trabajo de parto, en más de 3000 mujeres que participaron en los ensayos incluidos en una revisión sistemática (1, 38). La evidencia relacionada con la ingesta de líquidos orales y alimentos durante el trabajo de parto se extrajo de una revisión sistemática Cochrane que incluyó cinco ensayos (> 3000 mujeres) (38). Las conclusiones de esa revisión fueron que debido a que la evidencia no muestra efectos beneficiosos ni perjudiciales, no hay justificación para la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones. Ningún estudio consideró específicamente a las mujeres con mayor riesgo de complicaciones, por lo tanto, no hay evidencia para apoyar las restricciones en este grupo de mujeres (38).

En este grupo, 99 mujeres señalaron que no se les permitió la ingesta oral de líquidos ni alimentos

durante el trabajo de parto. Si bien, no se permite la ingesta oral durante el trabajo de parto, en la Clínica de Maternidad Santa Ana, si se permite la deambulación durante el trabajo de parto: 72 reportaron poder caminar y moverse a su posición de preferencia durante el trabajo de parto. Aunque la evidencia no indica que la movilidad y posición vertical en el trabajo de parto reduzcan el uso de la aceleración con oxitocina, la OMS destaca los beneficios clínicos derivados de la reducción de las cesáreas y el hecho de proporcionar a las mujeres la posibilidad de elección de una intervención que es beneficiosa, barata y fácil de aplicar y, por consiguiente, estableció una recomendación firme para esta intervención (1).

Por otro lado, no se recomienda el rasurado púbico o perineal, el uso de enemas, la amniorrexia de rutina, ni el uso de oxitócicos. El uso de enemas de forma rutinaria no ha demostrado reducción del tiempo del trabajo de parto o algún otro beneficio (22). Aunque el uso de enemas durante el trabajo de parto generalmente refleja la preferencia del proveedor de atención médica que lo atiende, los enemas pueden causar molestias en las mujeres. Reveiz y cols. (39) realizaron una revisión sistemática para evaluar los efectos de los enemas aplicados durante el período expulsivo del trabajo de parto sobre los resultados maternos y neonatales. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de infección para las puérperas ni en las tasas de infección umbilical neonatal. Tampoco se encontró diferencias significativas en el grado de lesiones perineales entre los grupos, ni en la duración media del trabajo de parto. Así que concluyeron que estos hallazgos hablan en contra del uso rutinario de enemas durante el trabajo de parto, por lo tanto, se debe desalentar dicha práctica. En la Clínica de Maternidad Santa Ana no se realiza el enema ni rasurado en forma rutinaria, 99 pacientes así lo describieron.

La amniotomía no se recomienda rutinariamente. La OMS señaló que, a pesar del uso frecuente de la amniotomía para la prevención del retraso del trabajo

de parto en la práctica clínica, no hay una evidencia clara que indique que los posibles beneficios son superiores a los posibles efectos nocivos, dado que una amniotomía temprana puede aumentar el riesgo de transmisión perinatal por virus de inmunodeficiencia humana (1).

Un estudio donde se realizó una revisión sistemática para evaluar la amniotomía temprana y el uso de oxitocina en la prevención del retraso del trabajo de parto, mostró que, en los ensayos de prevención, la intervención temprana con amniotomía y oxitocina parece asociarse con una reducción moderada en la tasa de cesárea sobre la atención estándar, además, una política de amniotomía temprana y oxitocina temprana se asoció con una duración más corta del trabajo de parto (40). Jiménez y Peña (22) reportaron el uso de oxitocina en la primera etapa en el 68,4 % de los casos y en el 53,5 % hubo amniotomía temprana. En este grupo de pacientes, se reportó amniotomía temprana y uso de oxitocina en 50 % de los casos.

Finalmente, la administración de fluidos por vía intravenosa, se utiliza de rutina en la Clínica de Maternidad Santa Ana, no con la intención de prevenir el retraso del trabajo de parto, sino para garantizar una vía venosa ante cualquier emergencia, además, como respaldo a la prohibición de la ingesta por vía oral. La frecuencia de esta práctica en este grupo de mujeres fue de 92 %. La OMS no recomienda esta intervención ya que no hay una evidencia clara de que los beneficios superen a los efectos nocivos. La medida podría acentuar el riesgo de sobrecarga de líquidos en la madre, en especial cuando surge la indicación de una infusión de oxitocina intravenosa durante el trabajo de parto. Los líquidos intravenosos pueden resultar necesarios para otras indicaciones y para una atención de apoyo en el trabajo de parto incluso en las mujeres de bajo riesgo, pero, la OMS hace hincapié en el uso generalizado e innecesario de una administración sistemática de líquidos intravenosos para todas las mujeres en el trabajo de parto y en muchos centros

de atención de salud en entornos de ingresos medios, bajos y altos, lo cual eleva los costos, tiene una repercusión considerable en el uso de recursos y reduce la movilidad de las mujeres. En consecuencia, estableció una recomendación firme en contra de esta intervención (1).

Durante el periodo expulsivo y el alumbramiento, la episiotomía sigue siendo una práctica que se realiza de forma considerable (22). En efecto, un estudio de prevalencia de episiotomía realizado en Turquía, arrojó que la tasa de episiotomía fue alta, 93,3 % en mujeres primíparas y 30,2 % en mujeres múltiparas, y que el peso neonatal no afectó la tasa de episiotomía, aunque la talla neonatal fue mayor en los partos con episiotomía y sutura. Además, se determinó que a medida que la edad y la paridad de las mujeres disminuían, la tasa de episiotomía aumentaba (41). Estas cifras fueron significativamente más altas que la descrita por Jiménez y Peña (22) que fue del 16,8 %. En la Clínica de Maternidad Santa Ana se acostumbra hacer la episiotomía de rutina en primigestas; en este grupo de pacientes la frecuencia de episiotomía fue de 41 %. Por otro lado, en este periodo se vio la aplicación de la maniobra de Kristeller, en 28 %, no recomendada por la OMS. Durante el alumbramiento, se indica rutinariamente alumbramiento dirigido, y se retrasa el pinzamiento del cordón, acorde con las recomendaciones de la OMS.

En esta etapa, comenzó a aumentar el porcentaje de pacientes que consideraban la adherencia excelente, pero también aumentó la frecuencia de percepción de mala adherencia, posiblemente, a expensas de la práctica de episiotomía en primigestas y de la no posibilidad de elegir la posición para el parto en 98 % de las pacientes. La evidencia indica que el parto en posición vertical durante el periodo expulsivo podría reducir las episiotomías y los partos vaginales instrumentales, pero podría asociarse también a un mayor riesgo de hemorragia posparto (HPP) y de desgarros de segundo grado. Sin embargo, la mayor

parte de la evidencia es de un grado de certidumbre bajo y la OMS se mostró de acuerdo en que la diferencia de efectos beneficiosos y nocivos entre la posición vertical y la recostada podría no ser clínicamente manifiesta (1).

Durante la atención del posparto, casi el 50 % de las pacientes consideraron que la adherencia era excelente. Durante esta etapa, ellas perciben que tanto ellas como sus recién nacidos son tratadas de una forma más humana; probablemente el haber superado la difícil etapa del expulsivo y el contar con su recién nacido, influya en esta percepción.

De una forma general, 87 % de las mujeres incluidas en el estudio, emitieron una opinión que respalda el hecho de que la adherencia a las recomendaciones es moderada, es decir que se cumplen las conductas recomendadas y no se aplican las no recomendadas entre un 50 % y 75 % de los casos. Adicionalmente, la sumatoria de la puntuación total se ubicó en 61,6 % de la puntuación posible, lo que confirma la opinión individual de cada paciente de que la adherencia a las recomendaciones es moderada. Se debe trabajar para aumentar esta frecuencia, de manera que el porcentaje de adherencia sea más elevado, sin embargo, muchos de los cambios que hay que establecer se relacionan con las políticas generales de la institución, que habría que revisar para acercarse más a la atención recomendada. En 2021, García-Torres y cols. (5) encontraron una percepción global de parto humanizado inadecuada en el 56,8 %, regular en el 34,7 % y adecuada en el 8,4 %. Concluyeron que la percepción de parto humanizado en las pacientes que están en puerperio inmediato es inadecuada, ya que no se les proporcionaron la orientación necesaria, la información sobre el manejo del dolor, la elección de la posición del trabajo de parto ni la posibilidad de que un acompañante estuviera presente durante el proceso. En esta serie, la percepción se acerca más a la ideal.

Con respecto a la asociación entre la opinión de las pacientes y sus características clínicas individuales y obstétricas, destaca el hecho de que hay una mejor percepción entre los embarazos a término, no complicados, con partos vaginales, recién nacidos vivos, con buen APGAR y diagnosticados como sanos por los pediatras. Parece lógico que las pacientes cuyos embarazos se asociaron a alguna complicación pudieran percibir un trato inadecuado en estas circunstancias.

Se puede concluir que la adherencia del personal de salud de la Clínica Maternidad Santa Ana, del Instituto Venezolano del Seguro Social, a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre parto humanizado para una experiencia de parto positiva, según la opinión de las pacientes fue moderada (entre 50 % y 75 % de cumplimiento de las recomendaciones y no cumplimiento de las conductas no recomendadas). La adherencia fue mejor en las etapas avanzadas del proceso de parto (expulsivo, alumbramiento, atención posparto) que durante el periodo de dilatación y se observó una mejor opinión en pacientes con mejor evolución durante el parto y el nacimiento.

Se recomienda seguir insistiendo en la aplicación de prácticas que humanicen el proceso del parto y en la revisión de las políticas institucionales que ayudarían a mejorar la adherencia.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [consultado 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Naciones Unidas [Internet]: Nueva York: Objetivo 3. Salud y bienestar [consultado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals#salud-bienestar>

*PARTO HUMANIZADO: ADHERENCIA DEL PERSONAL DE SALUD A LAS RECOMENDACIONES
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SEGÚN LA OPINIÓN DE LAS PACIENTES*

3. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)* [Internet]. Nueva York: Organización de Naciones Unidas; 2017 [consultado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_Global_Strategy_ES_inside_web.pdf
4. Palma Espinoza M. Parto humanizado. Acta Méd Costarric [Internet]. 2020 [consultado 21 de septiembre de 2022];62(2):52-53. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022020000200052&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. García-Torres O, Felix-Ortega A, Álvarez-Villaseñor AS. Percepción de parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. Rev Méd Inst Mex Seguro Social. 2021; 58(3):258-264. DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000029
6. Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 6667 (16 de diciembre de 2021) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
7. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 38 668 (23 de abril de 2007) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://historico.tsj.gob.ve/gaceta/abril/230407/230407-38668-02.html>
8. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 40 548 (25 de noviembre de 2014) [consultado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
9. Campos Bermúdez ED, Delgado-Canelón KN. Violencia obstétrica: impacto en el personal de salud ante jornadas informativas [Tesis]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2014.
10. Faneite J, Feo A, Toro J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2012 [consultado 21 de septiembre de 2022]; 72(1):4-12. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002
11. Rodríguez-Roque S, Rodríguez-Rico D, Rodríguez-Rico G, Jiménez-Malavé R. Violencia obstétrica: conducta del personal médico y percepción de las usuarias en las salas de parto. Estudio multicéntrico, estado Anzoátegui. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2020 [consultado 21 de septiembre de 2022]; 80(4):280-291. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20464
12. Terán P, Castellanos C, González-Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2013 [consultado 21 de septiembre de 2022];73(3):171-180. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004
13. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2015 [consultado el 14 de mayo de 2022];75(2):81-90. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002
14. Gerónimo CR, Magaña CM, Rivas AV, Sánchez LL, Cruz LA, Morales RF. Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Rev CONAMED [Internet]. 2016 [consultado 22 de septiembre de 2022];21(1):15-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79473>
15. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoras D, Fernández-Martínez M, Granados-Gómez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. Gac Sanit [Internet]. 2011 [consultado 21 de septiembre de 2022];25(6):483-489. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600008
16. Westergren A, Edin K, Christianson M. Reproducing normative femininity: Women's evaluations of their birth experiences analysed by means of word frequency and thematic analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):300. DOI: 10.1186/s12884-021-03758-w.
17. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:251. DOI: 10.1186/s12884-015-0683-0.
18. Jiru HD, Sendo EG. Promoting compassionate and respectful maternity care during facility-based delivery in Ethiopia: perspectives of clients and midwives. BMJ Open. 2021;11(10):e051220. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-051220.
19. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, *et al.* Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG. 2018;125(8):932-942. DOI: 10.1111/1471-0528.15015.
20. Pérez M. Parto humanizado: nivel de conocimiento en el personal de salud [Tesis]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2021.
21. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. 2018 [consultado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>.
22. Jiménez Hernández GE, Peña Jaramillo YM. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto

- y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud. 2018; 50(4): 320-327. DOI: 10.18273/revsal.v50n4-2018005
23. El parto y nacimiento humanizado como derecho humano: un desafío para la transformación social [Internet]. Caracas: Defensoría del Pueblo. República Bolivariana de Venezuela; 2012 [consultado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.defensoria.gob.ve/images/pdfs/librosDDHH/parto_y_nacimiento_humanizado.pdf
 24. Almaguer JA, García HJ, Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Gen Salud Cifras [Internet]. 2012 [consultado 21 de septiembre de 2022]; 10(2-3):44-59. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
 25. Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado [Internet]. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 41376 (12 de abril 2018) [consultado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.tsj.gob.ve/gaceta-oficial>
 26. Carvalho ID, Brito RS. Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):741-748. English, Portuguese. DOI: 10.1590/S0080-62342016000600005.
 27. Vivanco Montes MI, Solís Muñoz M, Magdaleno Del Rey G, Rodríguez Ferrer RM, Álvarez Plaza C, Millán Santos I, *et al.* Adaptación cultural y validación al español de la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. Metas Enferm [Internet]. 2012 [consultado 21 de septiembre de 2022];15(2):18-26. Disponible en: <https://medes.com/publication/73120>
 28. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;13:108. DOI: 10.1186/1471-2393-13-108.
 29. Ministerio del Poder Popular para la Salud [Internet]. Caracas: Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia; marzo 2014 [consultado 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/informes/protocolos-de-atenci%C3%B3n-cuidados-prenatales-y-atenci%C3%B3n-obst%C3%A9trica-de-emergencia>
 30. Milano A, Suárez O. Istmocele: técnica de histerorrafia en cesárea segmentaria como factor etiológico [tesis en Internet]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2014 [consultado 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/16400/1/T026800016977-0-Istmocele._Tecnica_de_histerorrafia_en_cesarea_segmentaria_como_factor_etiologico-000.pdf
 31. Bazile JR, Gamboa AK. Clasificación de Robson como método para disminuir la tasa de cesárea. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2020.
 32. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2013;7:CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
 33. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7(7):CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
 34. Cortés F, Merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. Rev Chil Anest 2020; 49: 614-624. DOI: 10.25237/revchilanstv49n05-05
 35. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, McDonald S. The nature of labour pain: An updated review of the literature. Women Birth. 2019;32(1):28-38. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.03.004.
 36. McCauley M, Actis Danna V, Mrema D, van den Broek N. “We know it’s labour pain, so we don’t do anything”: healthcare provider’s knowledge and attitudes regarding the provision of pain relief during labour and after childbirth. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Nov 14;18(1):444. DOI: 10.1186/s12884-018-2076-7.
 37. WHO recommendations for augmentation of labour. Ginebra: World Health Organization; 2014 [consultado 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf;
 38. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(8):CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
 39. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 22;2013(7):CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.
 40. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, *et al.* Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD006794. DOI: 10.1002/14651858.CD006794.pub4.
 41. Kartal B, Kızıllırmak A, Calpınici P, Demir G. Retrospective analysis of episiotomy prevalence. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2017;18(4):190-194. DOI: 10.4274/jtgga.2016.0238.

Recibido 8 de junio de 2023
Aprobado 3 de julio de 2023