



Escuela de
Obstetricia y
Puericultura
Casa Central

Desafíos para la matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la pandemia por COVID-19

Tesis para optar al Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Profesor Guía

Alejandra Muñoz Moya
Claudia Vilches Arredondo

Estudiantes

Fernanda Cavieres Muñoz
Javiera Céspedes Rojo
Valeska Marín Pinto
Daniela Peñafiel Saa
Sofía Torrealba Pizarro

Viña del Mar, 2022

AGRADECIMIENTOS

Como equipo de tesis para optar al Grado de Licenciadas de Obstetricia y Puericultura queremos agradecer la colaboración de las matronas presentes en este estudio, debido a que su gran disposición y amabilidad fue la base para poder llevar a cabo nuestra investigación. Esperamos que puedan seguir dedicándose con la misma vocación a futuro, puesto que son unas grandes profesionales y estamos emocionadas de tenerlas como futuras colegas.

A nuestras profesoras y asesoras de tesis, Alejandra Muñoz y Claudia Vilches por toda su dedicación y entrega, fue un agrado y excelente experiencia contar con el apoyo de grandes profesionales y personas como ustedes. Es muy importante para nosotras tener docentes con el compromiso que presentan, ya que todos sus lineamientos fueron útiles para que pudiéramos darle vida a este proyecto de tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	7
Pregunta de investigación y propósito.....	18
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo general:.....	19
2.2. Objetivos específicos:.....	19
CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODO	20
3.1 Enfoque y alcance	20
3.2 Diseño general.....	20
3.3 Población y Muestra.....	20
Unidad de análisis:	20
Población:.....	20
Muestreo:.....	21
Criterios de inclusión:.....	21
Criterios de exclusión:	21
3.4 Fuente/s de Información.....	21
3.5 Instrumento de Recolección de Datos	21
3.6 Consideraciones Éticas	22
3.7 Análisis de datos.....	23
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	24
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	31
5.1 Discusión	31
5.2 Conclusiones.....	40

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	46
Anexo 1: Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.	46
Anexo 2: Guion entrevista en profundidad.....	59
Anexo 3: Resumen recomendaciones OMS para parto humanizado	62
Anexo 4: Afiche de invitación a investigación	63
Anexo 5: Consentimiento informado	64
Anexo 6.1: Entrevista M1	71
Anexo 6.2: Entrevista M2	79
Anexo 6.3: Entrevista M3	89
Anexo 6.4: Entrevista M4	103
Anexo 7: Análisis de variables	111

RESUMEN

Introducción: El parto humanizado es considerado como la atención centrada en las necesidades y percepciones de la usuaria y su familia respecto al proceso del parto, sin embargo, la pandemia por COVID-19 trajo consigo obstáculos para la implementación de esta atención, por lo que esta investigación tiene como objetivo conocer las estrategias que ejecutó el profesional de matronería durante la crisis sanitaria, al igual que reconocer el estado de implementación de la atención humanizada e identificar los principales desafíos que surgieron.

Método: Se realizó un estudio de tipo cualitativo a matronas y matrones de la unidad de pre parto y parto del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, a través de una entrevista en profundidad, analizando sus percepciones sobre la problemática planteada y contrastando con lo que sugiere la evidencia científica actual.

Resultados: Se pudo reconocer el estado de implementación de la atención humanizada del parto en el servicio hospitalario al igual que los principales desafíos que surgieron y las estrategias desarrolladas por el profesional de matronería para mantener este tipo de atención durante la crisis sanitaria.

Conclusiones: En esta investigación se logró identificar el estado de implementación de atención de parto humanizado en el Hospital Carlos Van Buren en cuanto a las recomendaciones dictadas por la Organización Mundial de la Salud. De la misma forma se reconocieron los desafíos a los que se enfrentó el profesional de matronería y a su vez las estrategias que emplearon para la continuidad de la atención en el contexto de pandemia.

Palabras clave: parto; humanización; pandemia; desafíos; estrategias

ABSTRACT

Introduction: Humanized childbirth is considered as the care focused on the needs and perceptions of the user and her family regarding the childbirth process, however, the COVID-19 pandemic brought obstacles to the implementation of this care, so this research aims to know the strategies implemented by the midwifery professional during the health crisis, as well as to recognize the state of implementation of humanized care and identify the main challenges that arose.

Method: A qualitative study was carried out with midwives of the labor and delivery unit of the Carlos Van Buren Hospital of Valparaíso, through an in-depth interview, analyzing their perceptions of the problem and contrasting it with what the current scientific evidence suggests.

Results: It was possible to recognize the state of implementation of humanized childbirth care in the hospital service as well as the main challenges that arose and the strategies developed by the midwifery professional to maintain this type of care during the health crisis.

Conclusions: This research was able to identify the state of implementation of humanized childbirth care in the Carlos Van Buren Hospital in terms of the recommendations dictated by the World Health Organization. In the same way, the challenges faced by the midwifery professional and the strategies used for the continuity of care in the context of the pandemic were recognized.

Keywords: childbirth; humanization; pandemic; challenges; strategies

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

COVID-19:

La enfermedad del coronavirus causada por la cepa SARS-CoV-2 es una enfermedad respiratoria que produce síntomas multisistémicos como fiebre, tos, disnea o dificultad respiratoria, pérdida brusca del olfato o gusto, mialgia o dolor muscular, cefalea o dolor de cabeza, entre otros.

En marzo del 2020 la OMS declara la enfermedad como pandemia tras cuatro meses del primer brote en Wuhan, China, en noviembre del 2019. En Chile el primer caso fue un hombre de 33 años que llegó a nuestro país desde Singapur en marzo de 2020 y así fue como rápidamente se fue extendiendo a lo largo del país, contagiando a gran parte de la población. Según el reporte del Ministerio de Salud (MINSAL) al 22 de noviembre de 2021 se ha registrado un total de 1.745.305 contagiados de los cuales 38.149 fallecieron. (Ministerio de Salud de Chile, 2021)

A pesar de ser una enfermedad respiratoria, el coronavirus también afecta otros órganos y sistemas tales como el circulatorio, haber contraído la enfermedad puede provocar un daño duradero en el músculo cardíaco, aún en personas que demostraron síntomas leves, esto puede aumentar el riesgo de insuficiencias cardíacas u otras complicaciones a futuro. En el cerebro también se generan daños que pueden generar accidentes cerebrovasculares, convulsiones y el Síndrome de Guillain-Barré, una afección que causa parálisis temporal. El COVID-19 también puede aumentar el riesgo de desarrollar Parkinson y Alzheimer (Mayo Clinic, 2021).

En niños, niñas y adolescentes de diferentes edades se ha manifestado un Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM o PIMS en inglés) el cual se presenta en un grupo pequeño de niños que han cursado la enfermedad, el cuadro clínico está caracterizado por presentar fiebre alta, compromiso del estado general, asociado a signos de inflamación y disfunción a nivel de varios órganos (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

Durante estos dos años de pandemia en nuestro país se han desarrollado medidas preventivas para el cuidado de la población, siendo prioridad aquellos grupos de riesgo como personas mayores de 60 años, enfermos crónicos e inmunodeprimidos. Estas medidas incluyen incentivar el lavado de manos, distanciamiento social, uso de mascarilla, y la implementación del plan Paso a Paso, a cargo del Ministerio de Salud, el cual se presentó en julio de 2020 y consistía de 5 etapas graduales: Cuarentena, Transición, Preparación, Apertura Inicial y Apertura Avanzada, las cuales determinan restricciones y obligaciones específicas, de acuerdo a la situación sanitaria de cada zona del país (Gobierno de Chile, 2021)

Cabe destacar que, junto a las medidas ya mencionadas, el 24 de diciembre de 2020 llegó a Chile el primer cargamento con 10.000 vacunas, activando el proceso de inmunización para toda la población y que según cifras del MINSAL hasta el 18 de noviembre 2021 se han inoculado a 14.162.063 personas con primeras dosis y dosis únicas, y 13.784.890, correspondiente al 90,69% de la población han completado su esquema de vacunación. (Gobierno de Chile, 2021)

Impacto del COVID-19 en la gestación:

Los niveles de propagación de la pandemia fueron en aumento progresivo y como era de esperar las mujeres embarazadas no se quedaron al margen de la situación. Las gestantes históricamente han sido afectadas de forma severa frente a brotes de tipo respiratorio en

comparación a mujeres no gestantes, por ejemplo, lo fue en el caso de la epidemia de influenza en 1918 (Taubenberger & Morens, 2006) y en la pandemia de H1N1 en el año 2003 (Rabagliati et al., 2004).

Por consiguiente, a nivel mundial se comenzaron a realizar investigaciones en gestantes portadoras de COVID-19, sin embargo, ninguno de los estudios realizados hasta la fecha son casos controlados. En ellos se buscó establecer el impacto de la enfermedad en la gestación y además describir la sintomatología característica del cuadro respiratorio, como la presencia de fiebre, tos seca, disnea y en poca proporción algunas presentaron síntomas gastrointestinales como diarrea (Garcia & Luo, 2020).

Además, se estableció que la enfermedad en mujeres embarazadas genera una sintomatología no muy grave dentro del primer y segundo trimestre. Sin embargo, aquellas mujeres gestantes con alguna patología de base como hipertensión, diabetes y obesidad presentan mayor riesgo de una enfermedad grave que pueda requerir hospitalización en unidad de cuidados intensivos.

Los nuevos estudios acerca de la afección por coronavirus en mujeres embarazadas no han presentado evidencias sobre la incidencia de abortos, ya que no se ha visto un incremento significativo en aquellas que padecen la infección, por lo que no se puede establecer una comparación certera con las mujeres que presentan un aborto espontáneo sin estar contagiadas (Cosma et al., 2020).

Con respecto a los partos prematuros, se ha descrito que las gestantes infectadas por Sars-CoV-2 presentan mayor riesgo de cursar este evento en comparación a aquellas que no están contagiadas. Un estudio realizado por la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) desde marzo hasta abril de 2021 en 28 maternidades a lo largo del país,

estableció que durante este periodo hubo 7.638 partos, de estos 386 embarazadas se encontraban hospitalizadas por COVID y finalmente, 42 presentaron partos prematuros.

En Chile, al 18 de abril de 2021 se reportó un total de 1.334.626 casos confirmados y probables de COVID-19, de ese total, 11.690 (2,8%) correspondía a mujeres que estaban cursando una gestación. En dicho periodo, del total de embarazadas 2.912 fueron hospitalizadas, 299 se internaron en la unidad de cuidados intensivos y 5 fallecieron. (Ministerio de Salud de Chile, 2021)

En cuanto a la vacunación en embarazadas a nivel internacional existen datos limitados sobre el uso de vacunas contra SARS-CoV 2 en gestantes. Sin embargo, los expertos creen que es poco probable que representen un riesgo específico. Por lo tanto, la Comisión de Evaluación de Productos Farmacéuticos Nuevos que asesora al Instituto de Salud Pública (ISP) otorgó autorización para uso provisional del producto farmacéutico sin autorización sanitaria a la vacuna de Pfizer/BioNTech (16 de diciembre 2020), de Sinovac- LifeScience (20 de enero 2021) y la de AstraZeneca/Universidad de Oxford (27 de enero 2021) (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

La actualización sobre la vacunación en gestantes da las siguientes recomendaciones que han sido establecidas a nivel nacional como internacional:

- Población: Embarazadas que estén cursando el segundo trimestre de gestación, a partir de las 16 semanas de edad gestacional.
- Priorización:
 1. Riesgo de morbilidad grave: en caso de presentar comorbilidades como obesidad (índice de masa corporal >30), Síndrome Hipertensivo del embarazo, diabetes pregestacional y gestacional, trombofilias, embarazo múltiple, patologías que requieren tratamiento inmunosupresor o enfermedades cardíacas o pulmonares graves.

2. Funciones laborales que la exponen a riesgo aumentado de infección como personal de salud, trabajadoras de la educación, atención directa a público, labores que no permiten teletrabajo.

Impacto del COVID-19 en la matronería

La pandemia por COVID-19 ha sido compleja para el profesional de salud, desde todas las áreas, provocando grandes cambios en el quehacer profesional, por lo que se ha tenido que redoblar los esfuerzos para combatirla. En el caso de la matronería, ha tenido que enfrentar los desafíos que se presentaron en la atención de la salud sexual, reproductiva y perinatal, velando no solo por el bienestar materno y fetal, sino que también por el propio.

Las modalidades de atención en cuanto a la salud sexual y reproductiva en atención primaria se llevaron a cabo dependiendo de la etapa del Plan Paso a Paso en que se encontraba cada comuna. Por lo tanto, se debió clasificar las atenciones en modalidad presencial y no presencial, y establecer prioridades, dependiendo del posible daño al paciente si se posterga la atención. Además, se establecieron lineamientos con el fin de mantener la continuidad de las prestaciones.

En cuanto a la labor del profesional de matronería, una de las prestaciones que se vio más afectada debido a la pandemia fue el control preconcepcional, debido a que no fue priorizada su realización durante las etapas 1, 2 y 3 del Plan Paso a Paso, y solo se podía realizar en etapas 4 y 5, sin embargo, durante gran parte del año 2021 la mayoría del país se encontraba en Cuarentena, Transición y Preparación, y sólo la segunda mitad del año algunas comunas avanzaron a etapas de Apertura inicial o Avanzada (Gobierno de Chile, 2021). Es por esto que el rol de la matronería en este tipo de atención se vio comprometido, ya que el control preconcepcional es esencial para evaluar la condición de salud en que se encuentran las personas para decidir informada y responsablemente una próxima gestación

(Subsecretaría de Salud Pública, 2015), siendo fundamental para identificar factores de riesgos perinatales, derivar de forma oportuna y educar sobre este proceso (Moreno, n.d.), entre otras intervenciones que se realizan.

Otra prestación que se vio afectada por la pandemia fue el control prenatal, el cual se adaptó de acuerdo a la situación de salud de la gestante:

- En el caso de gestantes COVID-19 negativas se estableció un mínimo de controles presenciales complementados con un seguimiento remoto.
- En el caso de gestantes COVID-19 positivas, ya sean casos confirmados, sospechosos o probables, se indicó aislamiento en domicilio o residencia sanitaria durante 14 días, por lo tanto, se debió posponer los controles presenciales hasta finalizar el periodo de aislamiento. Además, se educó en signos y síntomas del agravamiento del cuadro COVID-19 para consultar de forma temprana en servicio de urgencia gineco-obstétrica (Subsecretaría de Salud Pública, 2020).

En el caso de la atención hospitalaria del parto, las prestaciones asociadas a este son consideradas como cruciales, es por esto que se deben mantener, independientemente de las fases correspondientes al Plan Paso a Paso en que se encuentre cada zona del país.

Para la prevención de posibles casos en las áreas de pre parto y parto, los servicios hospitalarios se guían en su actuar por protocolos que han sido descritos tanto a nivel internacional como nacional. En este último se incluyen las recomendaciones de la rama de neonatología de la sociedad chilena de pediatría (SOCHIFE).

En base a estas recomendaciones se establecieron distintos manejos de acuerdo al estado de salud en el que se encuentre la usuaria al momento del ingreso:

- Usuaria con PCR SARS-CoV-2 negativo, asintomática y sin antecedentes de riesgo:
Se debe realizar el manejo habitual y se restringe a solo un acompañante, ambos deben utilizar mascarilla quirúrgica y en cuanto al personal de salud, debe permanecer con los elementos de protección personal, establecidos por cada servicio.
- Usuaria con PCR SARS-CoV-2 pendiente, sin antecedentes de riesgo ni sospecha de infección:
El manejo debe ser como el de una paciente negativa, a excepción de los equipos de protección del personal de salud, que será como en el caso de una paciente positiva.
- Usuaria con PCR SARS-CoV-2 positivo o pendiente, con sospecha de infección o contacto de riesgo:
La atención se realizará en una sala de aislamiento e idealmente con una mínima cantidad de personal de salud presente. En cuanto al acompañante, debe presentar buenas condiciones de salud, sin riesgo de padecer la infección. Además, se debe realizar monitorización fetal de forma continua y control de signos vitales, con énfasis en frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno (División de Obstetricia y Ginecología. Departamento de Obstetricia, 2020).

A pesar del contexto sanitario, el personal de salud ha estado en la constante búsqueda de diferentes estrategias para adaptarse a los nuevos escenarios presentados en los distintos niveles de atención, siendo fundamental en el nivel hospitalario la adecuación de protocolos ante los diversos eventos que pueden manifestarse al momento del parto.

Atención humanizada del parto

Para realizar un análisis de la atención humanizada del parto es esencial retroceder en el tiempo para lograr comprender la evolución de la atención del trabajo de parto y parto, sin embargo, es casi imposible realizar una descripción de forma global, ya que la evolución de

este proceso no tiene una sola línea, puesto que cada cultura ha adaptado el parto según sus necesidades.

De manera retrospectiva si se describe la historia de la obstetricia, se podría decir que el parto en sus inicios ocurría como un evento solitario, donde las mujeres estaban expuestas a diversos peligros y por ello tenían la costumbre de ocultar su dolor, sin embargo, al paso de los años eso finalmente cambió y surgió la obstetricia que es un “arte” de acompañamiento tanto para la madre como para su hijo. (Sedano et al., 2014).

La obstetricia surgió en base a las necesidades de protección y compañía, la cual se ha mantenido en el tiempo adaptándose y cambiando continuamente según las necesidades de cada usuaria, siendo una disciplina muy diversa y versátil. Aún en lugares recónditos del mundo podemos encontrar que prevalecen técnicas bastante antiguas pero simbólicas como rituales que incluyen el canto, la danza y uso de diferentes esencias naturales para el manejo del dolor.

Hoy en día, la obstetricia ha cambiado bastante y ha incorporado diversos procedimientos en comparación a la antigüedad, cada vez surgen importantes descubrimientos los cuales han podido disminuir las complicaciones materno-fetales, además de poder diagnosticar y tratar las diferentes patologías a tiempo, y así progresar en el manejo de gestaciones de alto riesgo.

En Chile al igual que en diferentes países la obstetricia surgió con el fin de responder a diferentes necesidades en salud, como el alza en la mortalidad materna por patologías, por ejemplo, la fiebre puerperal. Esta disciplina llegó para quedarse en nuestro país y actualmente el profesional matróon se desempeña en diferentes áreas y niveles de atención en los cuales velan por el bienestar de la madre y su hijo (Sedano et al., 2014).

Sin embargo, es importante recalcar algunos aspectos de la realidad nacional donde Chile es uno de los países que ha presentado tasas bastante altas de cesáreas, alcanzando un 53%

en 2017, superando los porcentajes recomendados por la OMS (15-20%). Además de estas cifras alarmantes, en base a una encuesta nacional sobre violencia obstétrica realizado por el “colectivo contra la violencia ginecológica y obstétrica” reflejó que un 80% de las encuestadas ha vivido una experiencia de violencia obstétrica, por ello, surgió la necesidad que en el congreso se presentarán proyectos que velen por los derechos del nacimiento y la regulación de la violencia gineco-obstétrica, donde se busca promover el parto personalizado y humanizado (República de Chile, 2021)

Se ha llamado parto humanizado al “modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia” (González et al., 2012).

Para un parto humanizado la OMS se basa en el concepto de “experiencia de la atención” para dar un análisis crítico, ya que, a pesar de que la mayoría de los partos que ocurren alrededor del mundo no sufren complicaciones, de alguna manera las prácticas médicas invasivas como la inducción-aceleración y cesáreas han aumentado considerablemente (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La OMS estableció recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, las cuales surgieron como un desafío para los profesionales con el fin de progresar y garantizar la calidad en la atención del nacimiento, enfocándose siempre en la madre, el recién nacido y su persona significativa.

La OMS tomó esta necesidad y dio estas recomendaciones como una especie de llamado de atención para disminuir la instrumentalización innecesaria del parto y promover un trato

respetuoso, ya que “las intervenciones han aumentado estos 20 años hasta situarse en niveles que se encuentran por sobre lo deseable con el fin de reducir riesgos o acelerar el trabajo de parto” (Organización Mundial de la Salud, 2018). En este artículo se incluyeron 56 recomendaciones, las cuales se refieren a atención durante todo el trabajo de parto y nacimiento, periodo de dilatación, periodo del expulsivo, alumbramiento, atención del RN y atención de la mujer tras el nacimiento. (Anexo 1)

Como realidad nacional en este aspecto podemos destacar el Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, realizado por el Ministerio de Salud de Chile en el año 2008, el cual se ha incentivado a través del Programa Chile Crece Contigo, que “ofrece una atención integral y personalizada a la mujer gestante y a su acompañante en los diferentes momentos del proceso del nacimiento: preparto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas, con el manejo oportuno del dolor y respetando la pertinencia cultural” (Chile Crece Contigo, 2021).

Este manual tiene como propósito reconocer el derecho de las personas incluyendo temas como: los derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva, perspectiva de género, violencia de género, participación del hombre en la gestación y en el cuidado de sus hijos e hijas y asistencia durante la gestación, preparto, parto y postparto. En este último tema, se refiere principalmente a la importancia de la atención prenatal, destacando algunas recomendaciones basadas en evidencia, como la continuidad de la atención, el apoyo emocional, monitoreo fetal continuo, manejo del dolor, distintas posiciones para la comodidad de la mujer, alimentación durante el trabajo de parto, apego precoz de madre y el recién nacido, entre otras.

Además, en el año 2020 el Ministerio de Salud publicó un documento llamado “Orientaciones para el manejo de casos SARS-CoV2 en gestantes, puérperas y/o diadas”, en el cual se mencionan algunas acciones de humanización de parto que se pueden implementar aunque la usuaria sea caso confirmado y/o sospechoso de COVID-19, como

privilegiar su ingreso a salas de atención integral de parto (SAIP), mantener acompañamiento significativo durante el trabajo de parto y parto, procurando mantener las precauciones estándar en todo momento. También incluye considerar la ligadura precoz del cordón umbilical, el contacto piel a piel, si es que la usuaria es asintomática y el RN de término, manteniendo el uso de mascarilla quirúrgica de la madre, extracción precoz de calostro, entre otras (Ministerio de Salud de Chile, 2020).

Cabe destacar que en mayo de 2022 se promulgó la Ley N°21.372 cuyo objetivo es establecer un estándar adecuado para el acompañamiento de niños, niñas, adolescentes hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias y de mujeres o personas gestantes durante el proceso de parto y puerperio, por lo tanto, incorpora una de las recomendaciones de la OMS para la experiencia de parto positiva que es la presencia de un acompañante significativo, estableciendo requerimientos mínimos que deben cumplir las instituciones de salud para favorecer este acompañamiento, como contar con espacios físicos establecidos, entrega de información, preparación del acompañante, además del fomento de interacciones de apego, lactancia y cuidados (Ministerio de Salud de Chile, 2022).

En la región de Valparaíso, se encuentra el Hospital Gustavo Fricke, el cual ha implementado alguna de las recomendaciones descritas anteriormente. Este es un establecimiento de salud de alta complejidad y atiende un promedio de 2500 partos al año, donde su equipo se capacita constantemente en técnicas de parto humanizado. Este hospital fue remodelado y ahora cuenta con salas de parto integral donde cada sala tendrá una matrona y paramédico a cargo, además de 7 pabellones amplios habilitados para que todo el proceso de preparto-parto y postparto sean en compañía de sus cercanos. En Octubre del año 2021 se emitió una nota donde se describe la atención de partos por parte de los funcionarios de este hospital, en el cual la primera jornada del área de parto integral tuvo 7 nacimientos, y se contó con buena iluminación, música, aromaterapia y uso de medidas no farmacológicas para el manejo del dolor (Hospital Gustavo Fricke, 2021).

Pregunta de investigación y propósito

En base a lo expuesto anteriormente surgió la siguiente inquietud en relación a ¿Cuáles fueron las estrategias implementadas por el profesional matrón/matrona de la Unidad de Pre parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren en la atención del parto humanizado durante la pandemia por COVID-19?

El propósito de este estudio es determinar que no obstante a los obstáculos que se han presentado, como la actual crisis sanitaria y las restricciones que se establecieron entre profesionales y usuarias, continúe presente la atención humanizada de parto, incorporando las recomendaciones de la OMS, y de esta forma velar en todo momento por el bienestar de ambas partes involucradas.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Analizar las adaptaciones realizadas durante la pandemia por COVID 19 para la atención de parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren.

2.2. Objetivos específicos:

Reconocer el estado de implementación de la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren según las recomendaciones de la OMS previo al período de pandemia por COVID -19.

Identificar los desafíos que surgieron para el profesional de matronería de la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren en la atención de parto humanizado durante la pandemia COVID 19.

CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Enfoque y alcance

El enfoque de esta investigación es cualitativo, puesto que la finalidad es realizar un proceso de indagación basado en el análisis de la experiencia del profesional matróon en el marco de la pandemia de SARS-CoV2.

3.2 Diseño general

El enfoque de esta investigación es cualitativo, puesto que la finalidad es realizar un proceso de indagación basado en el análisis de la experiencia del profesional matróon (a) en el marco de la pandemia de SARS-CoV2.

Esta investigación es de tipo descriptiva, ya que está orientada a explicar el fenómeno de estudio, y así, presentar los hechos y eventos que lo caracterizan.

3.3 Población y Muestra

Unidad de análisis:

- Matronas y matrones que trabajen en las unidades de parto y parto, desde hace mínimo dos años antes del inicio de la pandemia de COVID-19, los cuales accedieron voluntariamente a participar en este estudio de tesis.

Población:

- Matronas y matrones que trabajen en centros hospitalarios de atención terciaria de la quinta región, los cuales tengan una experiencia laboral de al menos 2 años en la unidad de parto y parto de dicho establecimiento.

Muestreo:

- Tipo de muestreo: por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Profesional matró(n) (a) del Hospital Carlos Van Buren.
- Desempeño en las unidades de pre parto y parto.
- Experiencia laboral de al menos 2 años previos a la pandemia en las unidades anteriormente mencionadas.

Criterios de exclusión:

- Profesional matró(n)/matrona que trabajan en él área pública y a la vez en el sector privado. Debido a que podría sesgar en relación a las estrategias a implementar.
- Profesional matró(n)/matrona que se desempeña en otras unidades hospitalarias.

3.4 Fuente/s de Información

Matronas y matrones que cumplan con los criterios de inclusión y que decidan participar de esta investigación.

3.5 Instrumento de Recolección de Datos

Inicialmente, para la elaboración de la entrevista de profundidad, se redactaron preguntas a partir de los objetivos específicos de la investigación, generando un guion base para cada entrevista (anexo 2) y, además, se incluyó un esquema resumen de las orientaciones de la OMS para parto humanizado (anexo 3). Posteriormente se confeccionó un afiche (anexo 4) para invitar a participar a matronas y matrones que trabajan en la Unidad de Pre parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren, con experiencia de al menos 2 años previo al inicio de la pandemia por COVID-19. Luego se llevó a cabo la firma del consentimiento informado

(anexo 5), de manera presencial para luego continuar con las entrevistas en profundidad (anexo 6), las cuales se realizaron de manera online, a través de la plataforma Zoom. Posteriormente se realizó la transcripción de los relatos para su análisis e identificación de distintas variables. (Anexo 7)

3.6 Consideraciones Éticas

El investigador principal realizó un contacto inicial con el gestor y/o supervisor del Hospital Carlos Van Buren para solicitar la autorización de difusión de un afiche que contenga la invitación para participar de la investigación, el cual incluye el propósito y criterios de inclusión del estudio, al igual que datos de los investigadores, para que los/las profesionales que decidan participar puedan contactarse.

Con las y los profesionales que acepten participar del estudio, se procedió a coordinar la firma presencial del consentimiento informado en la que las integrantes del estudio acudieron al hospital, según la disponibilidad de horario de la o él profesional, para proceder con la firma.

Se acordó si la entrevista se llevaría a cabo de manera presencial y/o de manera online a través de reunión Zoom, según disponibilidad del entrevistado. En el caso de ser presencial existió la posibilidad de que se realizara en la oficina del investigador principal ubicada en Reñaca, calle Angamos 655, edificio R2, oficina 1202, o en sala de estudio dependencia CIAE, ubicada en Blanco 1931, Valparaíso. Finalmente, por conveniencia de los entrevistados, todas las entrevistas se realizaron de manera online, a través de la plataforma Zoom.

Las entrevistas fueron grabadas y resguardadas en un disco duro que permanecerá en un mueble con llave en la oficina del investigador principal durante 5 años.

Los datos obtenidos son utilizados exclusivamente para el análisis.

3.7 Análisis de datos

Una vez realizadas las entrevistas de manera online se procedió a la transcripción de cada una en formato word y luego se realizó su análisis para la identificación de las variables, las cuales se codificaron a través de colores. Posteriormente se confeccionó un excel donde se categorizó cada variable con su respectiva respuesta de cada entrevista. Una vez categorizadas se comenzó a hacer el análisis para dar respuesta a los objetivos específicos, en contraste con lo que plantea la evidencia científica actual, para finalmente concluir en base a los aspectos planteados inicialmente y dar respuesta a la interrogante de la investigación, reflexionando sobre el aporte a futuro en la matronería.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

Objetivo 1: Reconocer el estado de implementación de la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren según las recomendaciones de la OMS previo al período de pandemia por COVID -19.

Variable 1: Apoyo emocional de un acompañante de su elección:

M1: “El acompañante también desde que estoy, siempre se ha permitido que el acompañante entre y la persona que elija la paciente.”

M2: “En cuanto al acompañamiento, al menos en mi turno eso siempre se ha hecho desde el principio, tratamos de que eso se hiciera, si se tenía a una paciente que estuviese sola en el preparto del momento uno siempre se trata de facilitar el acompañamiento de la persona significativa”

M3: “El tema del acompañamiento se lleva ya hace mucho tiempo...”

M4: “Antes de la pandemia era todo, podían estar en trabajo de parto, parto, puerperio inmediato, tenían visita continua.”

Variable 2: Comunicación efectiva de parte del personal

M1: “La comunicación del personal depende un poco del turno, porque depende de las personalidades de quienes trabajan...”

M2: -

M3: “La comunicación efectiva por parte del personal de salud se trata de mantenerlo el mayor tiempo posible...”

M4: La comunicación efectiva por parte del personal yo encuentro que eso fluye muy bien, es diverso por una cosa de manejo emocional de cada uno de nosotros.

Variable 3: Estrategias para el alivio del dolor

M1: “Tenemos cajas de esencias, aceites, balón kinésico, lenteja de parto, maní de parto... Las estrategias para el alivio del dolor también, los aceites, aromas, el difusor, también estaban de antes...”

M2: “En las estrategias de alivio del dolor, tenemos estas herramientas como lo es el balón, guateros, aromaterapia, música que eso siempre ha estado implementado.”

M3: “Y, estrategias para aliviar el dolor las hemos tenido hace mucho tiempo, en ese sentido el hospital Van Buren fue pionero...”

M4: “Están las terapias alternativas que ya nombré antes como el balón los cambios de posición, guateritos y además las conducciones anestésicas, dependiendo si es que ella lo desea y si es que tenemos la disponibilidad de anestesistas...”

Variable 4: Vigilancia regular del trabajo de parto, documentos de eventos, auditoría y comentarios

M1: “La vigilancia siempre ... todo esto estuvo de antes, de antes de la pandemia.”

M2: -

M3: -

M4: “La vigilancia es regular, siempre hay alguien, la documentación del trabajo de parto está intrínseco, nosotros funcionamos con un sistema de registro donde todo lo que hacemos debemos anotarlo, lo que no se anota no se hizo.”

Variable 5: Ingesta de líquido y alimentos por vía oral

M1: “Lo más difícil es lo de la ingesta de líquidos y alimentos, porque a las señoras nosotros le damos su comida y agua, pero llega el anestesista y nos ve con la comida encima de la mesa de la señora y tenemos que esconderla porque a ellos no les gusta que las pacientes coman y se alimenten durante el trabajo de parto, para ellos deben estar en ayunas...”

M2: “Respecto a la ingesta de líquido y alimento yo también creo que es algo que ha costado que cambie sobre todo por los anestesistas, por eso a veces ponen en duda la administración de la anestesia”

M3: “.Con respecto a la ingesta de líquidos estamos como al debe por un tema de que muchas veces las pacientes que están con trabajo de parto hay anestesistas o médicos de turno que no les gusta que la mujer tome líquidos o que coma, y ahí estamos un poco al debe, hay una falta de actualización quizás de algunos protocolos, pero generalmente, se ve que en los anestesiólogos más jóvenes ellos si permiten la libertad de movimiento con las anestesias y libertad de ingestas o de agua, como que ya no hay problema en ese sentido...”

M4: “La ingesta de líquido y alimentos por vía oral en pacientes que van a cesárea no aplica ninguna de esas dos alternativas, pero las pacientes que están en trabajo de parto está comprobado que, si pueden alimentarse e ingerir líquidos, siempre liviano.”

Variable 6: Movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto

M1: “...tenemos balón kinésico, lenteja de parto, maní de parto, que son elementos que nos permiten posicionar a la paciente que está anestesiada, no solamente mantenerla acostada...”

M2: -

M3: “En el hospital trabajamos el tema de libre movimiento”

M4: “Con respecto a la movilidad durante el trabajo de parto, nuestro hospital cada vez está quedando más pequeño, entonces en espacio asistencial muy pequeño, entonces en ese espacio tan pequeño tratamos de dar la mejor facilidad para la movilidad, pero no es muy extenso, lo que sí se puede hacer es jugar con ciertas posiciones, moverse en el contorno de su unidad que están muy juntas con otras...”

Variable 7: Plan de derivación preestablecido

M1: -

M2: -

M3: "Los planes de derivación están establecidos con los hospitales de base que en nuestro caso es el del San Antonio".

M4: -

Variable 8: Continuidad de la atención

M1: "La continuidad de la atención, desde que llegué siempre ha sido, nos repartimos las usuarias, yo me quedo con ella, le hago el trabajo de parto, le atiendo el parto, el puerperio inmediato, la traslado al piso, eso siempre ha sido así."

M2: "Hay que considerar que la atención no solo es de la matrona influye muchos lo que es el área médica, los paramédicos..."

M3: "La continuidad de la atención también tratamos de hacerlo dentro de la carga asistencial..."

M4: "No es continuo como en otros hospitales, dependiendo de la sobrecarga que tengamos yo puedo estar en todo el trabajo de parto y finalmente termina otra colega atendiendo el parto, pero eso no significa que sea impersonal..."

Objetivo 2: Identificar los desafíos que surgieron para el profesional de matronería de la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren en la atención de parto humanizado durante la pandemia COVID 19.

Variable 1: Infraestructura

M1: "...Y lo que más nos molesta y lo que nos hace todo muy difícil lo del movimiento y el acompañamiento, es el espacio, estamos muy chicos, entonces si se quiere sentar 3 personas en el balón kinésico, no alcanza el espacio, tienes que ir eligiendo porque el espacio está muy pequeño..."

M2: "...Yo creo que algo que nos hizo ver la pandemia, es la modificación del recurso físico, porque el tener como lugares más privados para la atención es fundamental, eso aun no lo logramos al 100 porque tenemos dos salas integrales, que ahora se están ocupando más como aislamiento que como salas de parto integral en sí, y eso porque falta personal."

M3: "En el hospital nuestro, yo creo que el gran factor como en contra es que nos falta muchas veces el espacio físico, porque en el fondo en el hospital, la maternidad nuestra no cuenta como con lugares para volver a implementar, sería ideal como el mantener el parto respetado y la privacidad el contar con salas SAIP como lo tienes otros hospitales regionales..."

M4: "Muchas veces atentamos contra la privacidad de la usuaria por no tener un espacio físico adecuado y eso ya se escapa de nuestras manos, por más que uno quiera tratamos de resolver en cuanto a estructuras e insumos que hay que ir improvisando sobre la marcha para poder dar la atención que corresponde, hay una falta de recursos y personal."

Variable 2: Recurso Humano

M1: "Yo creo que el 90% está muy dispuesto y cumple, pero hay un par por ahí que de repente es medio reticente, pero es porque son así. Pero ahora esto es habitual..."

M1: "Lo difícil es el tema médico, entre anestesistas y ginecólogos, que de repente, nos dicen "no, tiene que estar en ayuno", y en realidad, es contraproducente el ayuno en el trabajo de parto, y los gine que repente quieren todo un poco más rápido, a pesar de que igual ahora han cambiado mucho también ellos."

M2: "...la falta de personal y la falta de infraestructura, son los grandes desafíos. Pero el personal que llega o el que ya está en el servicio, es importante que venga con ese cambio de pensamiento que en el fondo es para estar de forma personalizada y atento a cierta cantidad de usuarias, que en estricto rigor no deberían ser más de dos, si bien aumentó la dotación yo creo que para llegar a un estándar óptimo aún falta."

“Lo que falta es un poco de motivación de todo el equipo y conocimiento o empaparse más de todo lo que esto significa, pero a nivel general no solo el equipo de matronería sino también los TENS y el equipo médico.”

M3: “El recurso, por ejemplo, médico de turno, de los que es obstetra o anestesiólogo es más restringido, es menos, desgraciadamente muchas veces el hospital cuenta con un solo anestesiólogo”

“Dentro del equipo fuimos también estableciendo otros roles, por ejemplo, sabíamos que era importante para la mujer a lo mejor hacer una videollamada o llamada apenas terminara el parto, con el apego inmediato...”

“Tuvimos un aumento de una matrona por turno y eso se sintió mucho, tienes más gente para trabajar”

M4: “Hay una resistencia permanente, el programa es precioso, pero son pocas las personas que se embarcan en el programa, yo creo que influyen muchas cosas como el estrés que ha generado la pandemia en el equipo de salud, las condiciones físicas actuales tampoco son óptimas para desempeñar como lo plantea la OMS.”

“Yo lo veo en nuestra mater que independiente de que hay gente que está reticente siempre hay gente que está sumando, pero estamos remando contra la corriente constantemente si no tenemos un anestesista que nos acompañe...”

“Hay muchas cosas que dependen de la voluntad del personal que está atendiendo a la usuaria.”

Variable 3: Gestión

M1: “Tratar de contener todo el rato para que no sintiera esa sensación de soledad cuando está naciendo tu hijo. Eso era lo más difícil, que hubiera acompañamiento para las chicas por parte de nosotros y después que se nos permitió usar el celular que nos pasaron del hospital, que igual fue una buena idea, porque las mamás que tenían COVID y les hacían cesáreas prematuras para poder intubarlas, era como el último momento que tenía el

acompañante de verla como despierta y embarazada, y eso fue lo más difícil, tratar de que las chicas no estuvieran solas”

“Dejaron acompañar durante el trabajo de parto a las personas que tenían pase de movilidad y ahora ya no se exige pase de movilidad y se puede acompañar a la paciente.”

“Si teníamos 3 pacientes, nos teníamos que turnar, un ratito cada paciente con su acompañante porque no podíamos tener los 3 acompañantes adentro...”

M2: “Bueno la estrategia global, que es un poco de lo mismo, se cambió el pre parto, tenemos dos salas integrales, tenemos una matrona más en turno y eso nos permite distribuirnos mejor. Como estrategia en mi turno, es como bien receptivo a tener colegas nuevos y tratar de acogerlos al sistema que tenemos, nuestro sistema no es estar en lugar fijo, sino que estamos rotando, entonces eso hace que uno vaya generando empatía con los colegas que están en los otros pisos. También en la pandemia nos adaptamos o nos quedábamos con colegas nuevos para tratar que siguieran el mismo sistema.”

M3: “Tuvo que rehabilitar todo, por ejemplo, perdías la comunicación cara cara porque estabas con antiparras, ocupabas casco, entonces la mujer no te podía ver a ti, yo encuentro que era muy traumático para la mujer porque llegaba a una sala donde generalmente eran dos personas, la matrona y su TENS que entraba, pero no te veía ni siquiera las manos, no había contacto físico con nadie...”

“Yo creo que el tema del trabajo de parto respetado y la atención durante el trabajo de parto, yo creo que es el gran desafío que tenemos todos, el mantenerlo reactualizarlo para una realidad que se va a mantener en el tiempo...”

M4: “Ya se escapa de nuestras manos, por más que uno quiera tratamos de resolver en cuanto a estructuras e insumos que hay que ir improvisando sobre la marcha para poder dar la atención que corresponde, hay una falta de recursos y personal.”

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

Dentro de los objetivos específicos de la presente investigación se busca reconocer por parte del profesional matróon/matrona partícipes de la investigación el estado de implementación de acciones que conforman una atención humanizada del parto. Para facilitar el reconocimiento nos basamos en 9 recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud reconoce como parte de la atención de parto humanizado, las cuales son: apoyo emocional de un acompañante de su elección, comunicación efectiva de parte del personal, estrategias de alivio del dolor, vigilancia regular del trabajo de parto, documentos de eventos, ingesta de líquido y alimentos por vía oral, movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto, plan de derivación preestablecido, continuidad de la atención, trabajo de parto respetado y atención de parto. Al realizar las entrevistas con preguntas abiertas, los participantes pueden ir detallando la presencia o ausencia de estas acciones.

En el caso de apoyo emocional de un acompañante a su elección, los 4 participantes mencionan que esta acción se lleva a cabo en el recinto hospitalario, y que es un hecho presente desde hace mucho tiempo, por lo que estaría implementado previo a la pandemia. La puesta en marcha del acompañamiento es considerada en nuestro país como una garantía explícita, pues se menciona en el programa Chile Crece Contigo, que la incorporación del acompañamiento como garantía explícita en salud está presente desde el año 2008 en nuestro país (Wallace & Lara, 2009), dicho proceso está orientado en lineamientos internacionales como lo es la Organización Mundial de la Salud, en donde se relatan los múltiples beneficios que tiene para las usuarias este hecho. Asimismo, la presencia de este acto se considera como un importante influyente en la masificación de la atención humanizada del parto, puesto que estudios revelan que mujeres acompañadas

durante el proceso tienen mayores probabilidades de sentirse satisfechas con la experiencia de dar a luz (Bruggemann et al., 2007). Sin embargo, aún se considera deficiente, puesto que está la garantía del acompañamiento, pero aún existe la ausencia de un sistema que permita asegurar que este derecho sea respetado en la práctica.

Con respecto a la comunicación efectiva por parte del personal, entra en debate, ya que, si bien se menciona por gran parte de los participantes, no es un tema protocolizado por parte de todo el personal pues se señala que depende netamente de las personas que van rotando en cada turno y las personalidades de cada una de ellas, lo que a nuestro juicio nos parece deficiente ya que la comunicación del profesional hacia las usuarias es una práctica que debe estar presente en todo momento, para que la usuaria se sienta parte de su propio proceso, de dicha forma no se invalida la postura que la mujer tiene en el momento del trabajo de parto y parto, puesto que la desinformación y la falta de toma de decisiones de las parturientas es considerado como un acto de violencia obstétrica que muchas veces se pasa por alto, ya que en Chile existe una especie de naturalización de esta acción, esto se cuestiona en el documento emitido por la Universidad de Chile en donde se menciona que “el médico o cualquier profesional de la salud se concibe como alguien cuyos conocimientos son incuestionables, por lo tanto, cualquier acción que realice son aceptadas debido a que él sabe lo que está siendo” (Cruz et al., 2015) haciendo alusión que si la usuaria está en contra de cualquier acto no lo manifestará por la existencia de esta especie de normalización en el sistema de salud. Por consiguiente, nos parece que debe ser un tema protocolizado y no algo que dependa de las personalidades de quienes trabajan en esta área, ya que es necesario que el personal cuente con las suficientes aptitudes comunicacionales para favorecer el vínculo de confianza entre personal y usuarios, disminuyendo así las prácticas de violencia.

Las estrategias de alivio del dolor se señalan que siempre han estado incorporadas en el servicio, entre ellas destacan aromaterapia, musicoterapia, balón, guateros, etc. La presencia de estas estrategias promueve de manera significativa la disminución de dolor, favoreciendo así la mejora en la experiencia del parto y nacimiento, ya que es una sugerencia por parte de la OMS para contribuir en experiencias positivas asociadas a la atención del parto. También dentro de esta categoría, encontramos que la analgesia a través de fármacos es una de las más requeridas por parte de las parturientas, en el caso de nuestro país existe una garantía explícita de salud desde el año 2007 en donde se recomienda el uso de analgesia por sus múltiples beneficios (Lavanderos & Díaz-Castillo, 2021). Sin embargo, los participantes del estudio mencionan que es un tema controversial ya que el acceso de las usuarias a la analgesia depende netamente de la disponibilidad de los anestesia en turno debido a que el área la maternidad en este caso no cuenta con un anestesia solo para este servicio, considerándose un hecho a mejorar por parte de quienes están a cargo de gestión de las áreas hospitalarias, puesto que la no disponibilidad de este profesional podría afectar el proceso de instaurar una atención humanizada del parto.

La vigilancia regular de trabajo de parto, documentación de eventos y auditoria, fue mencionado solo por dos participantes, lo que nos hace pensar que no tiene relación a la ausencia de esta acción en el servicio hospitalario, sino más bien que al ser un tema más administrativo no es considerado como parte de una acción asociada a la atención del parto humanizado.

Con respecto a la ingesta de líquidos y alimentos por vía oral, se menciona de forma unánime que las matronas del servicio implementan esta recomendación en las usuarias durante el trabajo de parto, sin embargo, son los anestesia quienes no están de acuerdo, ya que prefieren que las usuarias se encuentren en ayunas, sobre todo en el momento de administración de la anestesia, a pesar de que múltiples estudios han demostrado que la restricción del consumo de líquidos y alimentos por vía oral durante el trabajo de parto no

trae consigo beneficios, además de comprobar que no tiene implicancias en la anestesia y en el riesgo de aspiración de contenido gástrico, lo cual sería razón principal de la prohibición de esta recomendación (Urrutia et al., 2005).

La movilidad en el trabajo de parto se señala por parte de los participantes del estudio que se realiza previo pandemia y se cuenta con los elementos que facilitan esta técnica, hay presencia tanto de balón kinésico como de lenteja de parto, se destaca la importancia de la presencia de ambos elementos, ya que hay situaciones en donde el uso de balón podría estar contraindicado pero no así la lenteja, estudios mencionan que el uso de ambos elementos permiten la movilidad de la pelvis favoreciendo en disminución del dolor, descenso fetal y la correcta alineación feto-pélvica, la efectividad de la movilidad permite el avance hacia la instauración de una atención mucho más humanizada (Luces et al., 2016). Sin embargo, entra en disputa la disponibilidad de espacio con el que cuenta el área de maternidad y no solo esta, sino el recinto hospitalario completo ya que tiene espacios precarios que imposibilitan la movilidad, aun así, es algo que se trata de implementar en lo posible por parte del profesional matrn/matrona, este hecho se destaca puesto que se trata de ejecutar aun no teniendo las condiciones óptimas con el fin de promover acciones humanizadas durante la atención del trabajo de parto y parto.

La continuidad de la atención es percibida por todos los participantes, no obstante, comentan que no es continua de forma protocolizada, ya que es un aspecto que depende netamente de la disponibilidad o la sobrecarga laboral del momento. El manual de atención personalizada en el proceso reproductivo refiere que una atención continua trae consigo muchos beneficios, como tratar de manera oportuna las preocupaciones, menor probabilidad de recibir fármacos para el alivio del dolor y de reanimación neonatal, por lo que recomienda que sea implementado en todas las usuarias (Ministerio de Salud de Chile, 2008).

Con respecto a la novena recomendación “trabajo de parto respetado y atención durante el parto” se destaca por ser una recomendación generalizada y que nos permite evidenciar que desde el punto de vista de los profesionales partícipes de la investigación consideran que en su servicio existe una alta implementación de medidas de parto humanizado previo al contexto de pandemia por COVID 19, pues de forma unánime las recomendaciones fueron reconocidas por parte de los entrevistados.

En referencia al segundo objetivo se puede analizar de manera específica las 3 variables descritas, por una parte, la infraestructura es un desafío importante, ya que como se señala, no se cuenta con el suficiente espacio físico para desarrollar las funciones velando por la comodidad y necesidades de la usuaria como la privacidad, sin embargo, la pandemia ha favorecido en este aspecto puesto que al reducir los aforos, el centro hospitalario ha tenido que buscar más opciones como la redistribución de las camas y la apertura de nuevas salas para manejo exclusivo de pacientes en aislamiento. Respecto a la infraestructura es relevante considerar su relación con la escasez de recursos del sistema de salud, donde la implementación y mejora en cuanto a esta se incluiría posterior a la reactivación del servicio sanitario, considerando la asignación de recursos en base a las necesidades de los pacientes, en este caso de las usuarias que requieren el espacio óptimo para que las matronas puedan realizar su labor con un enfoque personalizado. En este aspecto es relevante destacar la declaración de la Organización Panamericana de Salud “el sistema de salud tiene la responsabilidad de implementar políticas y estrategias que logren ofrecer a la población universalidad en el acceso y en la cobertura. Este derecho se ha visto afectado según las condiciones impuestas por la pandemia” (Colegio Médico de Chile, 2020), en este sentido se comprende que, si bien la infraestructura es algo fundamental según el punto de vista de los profesionales entrevistados, es un aspecto que se debe trabajar a futuro, ya que aún vivimos las consecuencias de la pandemia.

Respecto al recurso humano, las personas entrevistadas concuerdan en que un aspecto relevante es la “motivación del personal”, no sólo matrona/matrón, puesto que es una misión del equipo multidisciplinario, los cuales se han visto limitados con órdenes de superiores en indicaciones como el ayuno. Las entrevistadas concuerdan que el aspecto de recurso humano es un desafío actualmente y lo seguirá siendo a futuro si no hay un cambio de mentalidad en los futuros profesionales, ya que a pesar de que la infraestructura sea limitante, el recurso humano es tan importante como el espacio o la implementación del recinto. En base a esto surge un concepto muy importante para conseguir una atención en salud segura y de calidad, que es el trabajo en equipo, lo cual no siempre es fácil, ya que muchas veces lo conforman personas con vivencias y puntos de vista distintos, y habilidades blandas como la colaboración, compromiso, confianza y comunicación se ven afectadas, sin embargo, es de suma importancia sobre todo en el contexto de la atención humanizada del parto que tanto el equipo médico, matronas, técnicos paramédicos y todo aquel profesional de salud que intervenga en el proceso deben trabajar bajo una misma visión para así entregar una atención segura, de calidad y que satisfaga las necesidades de las usuarias; tal como señala el artículo “Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud” de la Revista Ciencia y Enfermería de la Universidad de Concepción, la cual refiere que mejorar el trabajo en equipo y optimizar el cómo las personas trabajan juntas, podría llevar a resultados más eficientes y eficaces (Paravic & Lagos, 2021).

En cuanto a la última variable, se puede inferir que la gestión es la base para la implementación de recursos tanto humanos como físicos, en este contexto de pandemia las entrevistadas relatan cómo se intentó gestionar el recinto para evitar el sentimiento de soledad y angustia en las gestantes, permitiendo a pesar de las restricciones sanitarias que el acompañamiento no se viera afectado como en otros lugares del mundo. Según la revisión sistemática “Parir acompañada en tiempos de pandemia” de la Revista Sanitaria de Investigación muchos hospitales instauraron políticas que prohibían las visitas a pacientes ingresados, sin hacer excepciones a las mujeres dando a luz (Matas et al., 2021).

Por lo tanto, es importante mencionar la gestión realizada por el Hospital Carlos Van Buren, que a pesar de los impedimentos y desafíos mencionados anteriormente como infraestructura y recurso humano, realizaron un trabajo en gestión admirable al buscar todas las instancias posibles para que las gestantes se sintieran acompañadas en todo momento, además es relevante cómo se ha destacado por parte de las entrevistadas las ganas de que a futuro se pueda seguir gestionando la implementación de nuevas salas y se contrate a más personal capacitado para poder entregar una atención más personalizada.

Resumiendo lo planteado, se requiere analizar exhaustivamente los resultados del estudio para proyectar a futuro nuevos aportes en la atención humanizada del parto y así lograr su implementación de manera óptima, independiente de los desafíos que puedan surgir. Si bien los participantes de la investigación refieren un alto grado de implementación de las recomendaciones en su servicio, podemos percatarnos de que aún cuentan con deficiencias en cuanto a su difusión, ya que no son conocidas por todo el equipo de salud, por lo que nace la necesidad de protocolizar estas medidas para que sea implementada la atención humanizada de parto, no solo por el profesional de matronería, sino que también por los demás profesionales de salud que son partícipes de esta, debido a que es multidisciplinaria por lo que se torna fundamental la coordinación y trabajo en equipo. Además, es importante considerar que se debe trabajar a largo plazo para gestionar recursos y presupuesto asignado para la mejora de la infraestructura y capacitación de los profesionales para así brindar un atención humanizada y de calidad, en base a las recomendaciones de la OMS.

Dentro de la investigación se analizaron también tres aspectos importantes como lo son la infraestructura, el recurso humano y la gestión, en los cuales se vieron reflejados las verdaderas limitaciones, puesto que la red de salud se vio colapsada, las instalaciones no daban abastos para los nuevos requerimientos y los nuevos aforos, tampoco se contaba con la cantidad necesaria de profesionales para poder asistir a los pacientes puesto a que al ser

la “primera línea” contra esta enfermedad fueron contagiándose paulatinamente, incluso algunos perdieron la vida en el camino limitando lamentablemente el recurso humano. Todo este déficit debió ser solucionado de forma prácticamente instantánea, teniendo errores y aciertos por parte de los gestores quienes fueron los encargados de solucionar esta dificultad. Tras exponer esto y revisar las respuestas de los profesionales entrevistados se pueden analizar bastantes aspectos que pueden ser útiles para la proyección de una nueva visión en la atención del paciente:

- La atención personalizada como prioridad independiente de la contingencia sanitaria: si bien la pandemia obligó a los centros de salud a reducir la cantidad de pacientes por sala debido a la implementación de aforos para cumplir con las normativas dictadas por el ministerio de salud, surgió la estrategia de redistribución de espacios para la atención de parto de pacientes COVID + en salas de aislamiento, favoreciendo así un trato más personalizado, por lo tanto, esto permitirá a futuro contar con nuevos espacios para poner en marcha la atención humanizada del parto en salas integrales, dejando atrás los espacios reducidos con gran número de usuarias por sala.
- El recurso humano como base de la atención: es muy importante recalcar que, tras la pandemia y la sobrecarga de trabajo de los profesionales, surja la necesidad a futuro de tener más profesionales a cargo, de esta manera la atención sería más personalizada y además podría existir una continuidad en la atención que vaya más allá de la entrega de información en los cambios de turno como describen las entrevistadas. Tras vivir esta situación de emergencia es importante destacar que, como también fue descrito en la investigación, se requiere de profesionales capacitados y motivados en este aspecto, ya que si se cuenta con instalaciones óptimas pero los profesionales no manifiestan la suficiente motivación para esta atención afectiva y efectiva, no se logrará los cambios necesarios para llevarla a cabo.

Tras exponer esto, es importante destacar la gestión puesto que es la base para un funcionamiento de calidad de las instituciones y para la optimización de recursos financieros y humanos. Es necesario proyectar esto a futuro ya que si bien hay varios factores que pueden limitar a los profesionales de salud para la atención, muchos pueden comenzar a solucionarse si existe una buena gestión desde las autoridades locales y nacionales con una visión centrada en el bien de los pacientes y de los profesionales a cargo.

En nuestro país no hay estudios que hablen sobre la gestión asociada a la carga laboral de las matronas, sin embargo, un artículo de la Revista Brasileña de Enfermería “Análisis de la situación de las matronas y necesidad de medir sus cargas de trabajo” realizado en España, estudió la carga asistencial de matronas y matrones que trabajan en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en la Unidad de Paritorio durante los años 2020 y 2021. De un total de 31 profesionales matronas y matrones entrevistados los resultados que se obtuvieron fueron: el 61,3% de la muestra consideran que sus cargas de trabajo no son adecuadas, frente al 38,7 % que si las consideran adecuadas. El 90,3% reconoce el haber sentido sobrecarga en el trabajo, púes el 32,1% y el 28,6% de la muestra, expresan el aumento de trabajo y la mala organización, como factores de la sobrecarga, para 100%, esta sobrecarga de trabajo genera consecuencias para la gestante, el futuro hijo y para ellos mismos como profesionales de la salud.

Si extrapolamos los resultados obtenidos en esta investigación en España a la realidad de Chile no estamos muy alejados en cuanto a la percepción de las matronas en relación a su carga laboral, en las entrevistas pudimos observar cómo la falta de personal y recurso humano influía en las atenciones, y cómo esto es un real problema de gestión que debe ser considerado a largo plazo para no generar riesgos ni consecuencias en las gestantes y sus familias y así entregar una atención de parto, de calidad y segura.

5.2 Conclusiones

La pandemia del virus SARS-COV 2 comenzó el año 2019 y se quedó en nuestras vidas para marcar un antes y un después, siendo indiscutible el hecho de que afectó a todas las personas y nos obligó a tener la necesidad de reinventarnos en cada uno de los aspectos de nuestras vidas. Para los profesionales de salud, esta pandemia trajo consigo desafíos importantes en lo que implica la atención del paciente donde, a pesar de las limitaciones que existieron en ese momento, se debieron buscar soluciones transitorias, pero a la vez efectivas, para satisfacer cada una de las necesidades del usuario.

En el presente estudio se pudo determinar el grado de implementación con el que cuenta la unidad de parto y parto del Hospital Carlos Van Buren en cuanto a la atención humanizada del parto, con respecto a las recomendaciones dictadas por la OMS. Teniendo en consideración la apreciación de los participantes de la investigación, refieren un alto grado de implementación de estas recomendaciones, sin embargo, se debe continuar trabajando de forma constante en las limitaciones que se han presentado para así instaurar completamente este tipo de atención. Además, se pudieron identificar 3 desafíos principales a los cuales se tuvieron que enfrentar los profesionales de matronería durante la pandemia, los cuales fueron infraestructura, recurso humano y gestión. En definitiva, respecto a lo planteado anteriormente, se puede dar respuesta a la pregunta investigativa, ya que se pudo conocer las estrategias implementadas por el equipo de matronería durante este contexto sanitario.

En relación con la problemática expuesta se puede evidenciar que pese a los obstáculos que impuso la pandemia, siempre estuvo presente la intención del equipo de matronería de buscar estrategias para mantener el estado de implementación de atención humanizada con el que contaba el servicio previo a la pandemia por COVID-19, aun cuando los profesionales fueron sometidos a un alto nivel de estrés que conlleva enfrentar una

situación desconocida y el temor constante por su bienestar y el de los demás, lo cual podría haber sido un condicionante para su actuar, dejando de lado una atención integral con enfoque biopsicosocial y enfocarse solo a dar respuesta a las necesidades biomédicas de los usuarios presentadas durante este contexto.

De dicha forma, los resultados de este estudio nos evidenciaron demostraron que los profesionales cuentan con las habilidades y capacidades necesarias para enfrentar los desafíos que pueden surgir durante crisis, ya sean sanitarias o internas, en cuanto a la administración de cada servicio hospitalario, por lo que si se llegan a presentar obstáculos, es fundamental la organización del equipo de salud para definir el actuar en la atención y no olvidar el enfoque integral en todo momento.

Además, se dieron a conocer las principales limitaciones con las que cuenta el servicio, por lo que el desafío a futuro es trabajar en estas, potenciando las estrategias ya establecidas y el grado de implementación de las recomendaciones de las OMS, disminuyendo así las brechas que restringen la consolidación de la atención humanizada del parto, ya que actualmente depende del criterio y motivación de los profesionales de salud, por lo que es de suma importancia que finalmente el Ministerio de Salud promueva la consolidación de este actuar a través de la confección de guías clínicas, protocolos o normas, y así lograr que esta atención sea impartida por todos los profesionales y servicios del país, y por consiguiente, alcanzar los lineamientos internacionales que han sido pioneros en la práctica del parto humanizado.

Como instancia final, se espera que esta investigación pueda aportar en el fortalecimiento y empoderamiento de la matronería, ya que a través de este estudio se podrá respaldar el quehacer profesional y en efecto ser un cimiento en el actuar a futuro, logrando finalmente la consolidación de la atención humanizada del parto en Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G., & Neto, A. S. C. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-5>
- Chile Crece Contigo. (2021). *Atención personalizada del nacimiento*. <https://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/atencion-personalizada-del-nacimiento/>
- Colegio Médico de Chile. (2020). *El impacto del COVID19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación*. <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/reactivacion-sanitaria.pdf>
- Cosma, S., Carosso, A. R., Cusato, J. P., MD, F. M., MD, M. C., & MD, M. B. (2020). *Covid-19 and first trimester spontaneous abortion: a case-control study of 225 pregnant patients*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820311777>
- Cruz, S., Jaurés, P., Leiva, I., Ruiz, C., & Troncoso, P. (2015). *El discurso de la violencia obstétrica en Chile*. <https://docplayer.es/54599998-El-discurso-de-la-violencia-obstetrica-en-chile.html>
- División de Obstetricia y Ginecología. Departamento de Obstetricia. (2020). *Guía de Manejo COVID - 19 y embarazo*. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/07/Guía-Manejo-COVID-19-y-Embarazo-UC-3.pdf>
- García, P. V.-D., & Luo, C. (2020). *Coronavirus infection (SARS-CoV-2) in pregnant women: systematic review*. <https://www.authorea.com/users/303207/articles/439306-coronavirus-infection-sars-cov-2-in-pregnant-women-systematic-review>
- Gobierno de Chile. (2021). *Paso a Paso Nos Cuidamos*. <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

- Gobierno de Chile. (2021). *Plan de Vacunación COVID-19*.
<https://www.gob.cl/yomevacuno/#vacunados>
- González, J. A. A., Ramírez, H. J. G., & Vite, V. V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud En Cifras*.
- Hospital Gustavo Fricke. (2021). *Funcionarias atendieron simbólicos partos en el proceso de cambio al nuevo Hospital Gustavo Fricke SSVQ*. <http://www.hospitalfricke.cl/?p=19502>
- Lavanderos, S., & Díaz-Castillo, C. (2021). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(6), 563–572. <https://doi.org/10.24875/RECHOG.M21000034>
- Lucas, A. M., Mosquera, L., Onandia, M., & Tizón, E. (2016). *La lenteja de parto: un recurso favorecedor de la movilidad pélvica*.
- Matas, C., Fresno, M. Á. Del, & Fresno, E. del. (2021). *Parir acompañada en tiempos de COVID-19*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/parir-acompanada-en-tiempos-de-covid-19/>
- Mayo Clinic. (2021). *COVID-19 (coronavirus): Efectos a largo plazo*.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-long-term-effects/art-20490351>
- Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Casos confirmados en Chile COVID-19*.
<https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*.
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-

reproductivo.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2022). *Norma Técnica y Administrativa para el acompañamiento de niños, niñas, adolescentes en acciones vinculadas a la atención de salud y a mujeres o personas gestantes durante el proceso de parto, Ley N°21.379, 2022.* <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/05/220509-Norma-tecnica-Ley-21.372-Mila-para-publicar.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2020). *Orientaciones para el manejo de casos SARS-COV-2 (COVID-19) en gestantes, puérperas y/o diadas.* <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/GESTANTES-PUE%CC%81RPERAS-Y-O-DIADAS.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Síndrome Inflamatorio Multisistémico (SIM) en Niños, Niñas y Adolescentes.* <https://saludresponde.minsal.cl/sindrome-inflamatorio-multisistemico-en-ninas-ninos-y-adolescentes-sim/>

Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Vacunación contra SARS-COV-2 en mujeres embarazadas.* <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/MUJERES-EMBARAZADAS-8.pdf>

Moreno, P. (n.d.). *Normas para la regulación de la fertilidad.* Sintesis.Md.Uchile. <http://www.sintesis.med.uchile.cl/index.php/programas-ministeriales/normas-para-la-regulacion-de-la-fertilidad/125-programas-ministeriales/2139-1-control-preconcepcional>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.* https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Paravic, T., & Lagos, M. E. (2021). *Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud*.
<https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v27/0717-9553-cienf-27-41.pdf>
- Rabagliati, R., Gaete, P., Pérez, C., & Labarca, J. (2004). *Influenza y embarazo*.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000300017
- República de Chile, S. (2021). *Parto respetado y prevención de la violencia obstétrica: dos derechos que se quieren establecer por ley*.
- Sedano, D. M., Sedano, D. R., & Sedano, I. C. (2014). *Reseña Histórica e Hitos de la Obstetricia*. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2014/6_Nov/04-sedano.pdf
- Subsecretaría de Salud Pública, M. de S. (2015). *Guía Perinatal*.
https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA_PERINATAL_2015_PARA_PUBLICAR.pdf
- Subsecretaría de Salud Pública, M. de S. (2020). *Orientaciones técnicas Continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia COVID-19*.
<https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Ord.-4425-OT-Continuidad-SSR-en-contexto-de-pandemia-FINAL.pdf>
- Taubenberger, J. K., & Morens, D. M. (2006). *1918 Influenza: the mother of all pandemics*.
<https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/440/451>
- Urrutia, M. T., Abarca, C., Astudillo, R., Llevaneras, S., & Quiroga, N. (2005). *Alimentación durante el trabajo de parto. ¿Es necesario el ayuno?*
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000500004
- Wallace, L., & Lara, L. (2009). *El derecho de acompañamiento durante el parto*.
<http://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12404/11140>

ANEXOS

Anexo 1: Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado

Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras — consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto — se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.	Recomendación específica en función del contexto
Período de dilatación		
Definición de las fases latente y activa del período de dilatación	5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación: — La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. — El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.	Recomendado

Duración del período de dilatación	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.	Recomendado
Progreso del período de dilatación	7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.	No recomendado
	8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.	No recomendado

	9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.	No recomendado
Política de ingreso en la sala de parto	10. En el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
	13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	Recomendado

Rasurado púbico o perineal	14. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.	No recomendado
Enema en el ingreso	15. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	No recomendado
Tacto vaginal	16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17. No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	19. Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	20. Los opioides de administración parenteral, como fentanyl, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado

Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	23. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	No recomendado
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina.	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado

Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto.	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	32. No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto.	No recomendado
Período expulsivo		

Definición y duración del período expulsivo	33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo: — El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. — Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado

Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37. En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto
	38. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendado
Episiotomy policy	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Fundal pressure	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Alumbramiento		
Uterotónicos profilácticos	41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento.	Recomendado

	42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP).	Recomendado
	43. En los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg).	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. En los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.	Recomendado
Masaje uterino	46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.	No recomendado

Atención del recién nacido		
Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia).	Recomendado

Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día	Recomendado
Atención de la mujer tras el nacimiento		
Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía.	No recomendado

Evaluación materna de rutina después del parto	55. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.	Recomendado

Anexo 2: Guion entrevista en profundidad

GUION ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Estudio: "Desafíos para la Matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la Pandemia por COVID 19"

Solicitar apagar la cámara y cambiar su nombre al código alfanumérico correspondiente.

Buen día/Buenas tardes, mi nombre es Valeska Marín, me encuentro con mi profesora guía Alejandra Muñoz y mis compañeras Fernanda Cavieres, Javiera Céspedes, Daniela Peñafiel y Sofía Torrealba. Somos estudiantes de 4° año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso y estamos trabajando en nuestra tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura.

El propósito de este estudio es aportar al conocimiento sobre el estado de implementación de la atención del parto humanizado, a través de la descripción de los desafíos a los que se enfrenta el profesional Matrón (a), ya sea, para la implementación y/o mantención de estrategias, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, pese a los obstáculos impuestos por la actual crisis sanitaria.

Objetivos

El objetivo general de nuestro proyecto conocer las estrategias que se implementaron durante la pandemia por COVID-19 en la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren; mientras que los objetivos específicos son reconocer el estado de implementación de la atención del parto humanizado en la Unidad de este hospital según las recomendaciones de la OMS durante el período de pandemia e identificar los desafíos que surgieron para el profesional de matronería en la atención de parto humanizado durante la pandemia COVID-19.

Protocolo de confidencialidad y custodia de datos

Desde el punto de vista ético, es importante considerar que esta entrevista será grabada, en este caso solo se grabará la voz, y será resguardada en un disco duro exclusivo para la investigación.

Los datos obtenidos serán utilizados para el análisis y desarrollo de la presente investigación. Además, podrían ser presentados en algún congreso o enviado a una revista para publicación científica, cautelando la protección de identidad en todo momento, ya que se utilizará un código alfanumérico en lugar de su nombre y apellido, por lo tanto, solo nosotros conoceremos su identidad. Su código es: MX

Esta investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Antes de comenzar la entrevista, ¿nos puede decir cuántos años ha trabajado en la Unidad de Pre Parto - Parto del Hospital Carlos Van Buren?

Código alfanumérico:

Años de trabajo en el servicio:

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de término:

Para contextualizar la base de nuestro estudio, nos enfocaremos en la Organización Mundial de la Salud, la cual estableció recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva.

¿Cómo ha sido su experiencia respecto a estas recomendaciones? ¿Las conoce?

¿Cómo observa usted en su servicio la presencia de estas recomendaciones?

¿En cuánto a estas recomendaciones, cuales se implementaban en su servicio previo a la pandemia de COVID-19?

¿Cuáles de las recomendaciones se vieron más afectadas producto de la pandemia por COVID-19?

¿Qué desafíos considera usted que surgieron para la implementación de la atención humanizada de parto durante la pandemia por COVID-19?

¿Puede contar sobre algunas estrategias que fueron implementadas para hacer frente a estos desafíos?

¿Cuáles recomendaciones considera que se pueden retomar actualmente?

¿Cómo ve al equipo de salud, en cuanto a su disposición para poder implementar estas recomendaciones?

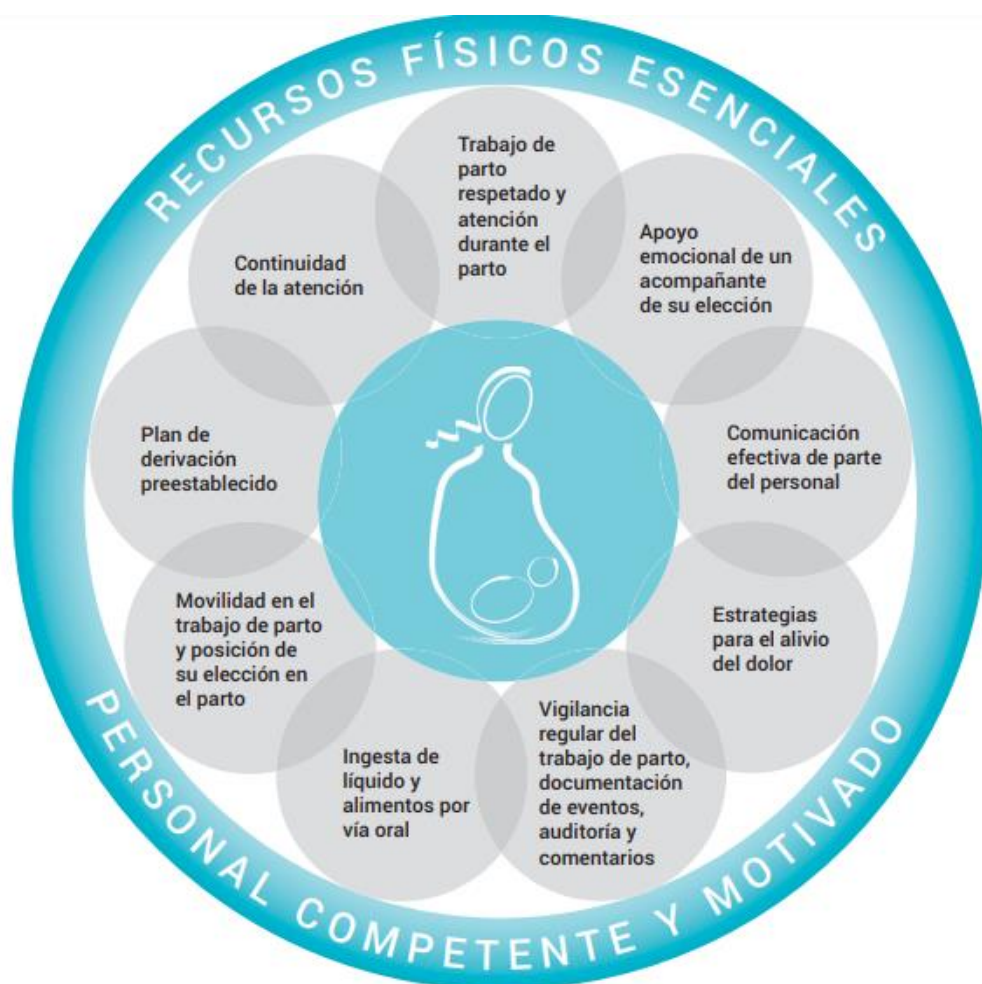
¿Cuáles desafíos considera usted que se enfrentan como hospital para la implementación de las recomendaciones?

Para finalizar, ¿le gustaría agregar algo que nos podría aportar en la investigación, ya sea algo que no hemos mencionado o si quiere retomar algún punto?

Bueno en relación a lo que ha planteado, agradecemos su disposición y participación, es de suma importancia para el fortalecimiento de la profesión, poder visibilizar el rol de la matronería, que incluso durante la pandemia pudo enfrentar estas adversidades y así poder empoderar a seguir adelante, avanzando, con la implementación del parto humanizado, y si hay obstáculos, sabemos que podemos esforzarnos para llevar a cabo lo que queremos lograr.

Si a usted le gustaría recibir los resultados de la investigación, nos pondremos en contacto.
¡Muchas gracias!

Anexo 3: Resumen recomendaciones OMS para parto humanizado



Anexo 4: Afiche de invitación a investigación



Universidad
de Valparaíso
CHILE



Obstetricia
puericultura

Invitación a investigación

Somos estudiantes de 4° año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura y estamos trabajando en nuestra tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura.

Si eres matró(a) que se desempeña en las Unidades de Pre Parto y Parto, te invitamos a participar en el estudio:

"Desafíos para la matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la pandemia por COVID-19"



Esta investigación se llevará a cabo

*Durante los meses
Agosto y Septiembre
de 2022*

Si estás interesado (a) en participar o tienes dudas escanea este código QR:



y te contactaremos

Autorizado por Comité de Ética Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso

Anexo 5: Consentimiento informado

Formulario de Consentimiento Informado

Información para Matrón (a) de las Unidades de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio “Desafíos para la matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la pandemia por COVID-19”. Usted ha sido seleccionado por ser profesional matrón (a) del Hospital Carlos Van Buren que se desempeña en las unidades de pre parto y parto, contando con una experiencia laboral de al menos 2 años previos a la pandemia en las unidades anteriormente mencionadas. El investigador principal es Alejandra Eugenia Muñoz Moya, Claudia Carolina Vilches Arredondo, Fernanda de Los Ángeles Cavieres Muñoz, Javiera Constanza Céspedes Rojo, Valeska Aylyne Marín Pinto, Daniela Carolina Peñafiel Saa y Sofía Ignacia Torrealba Pizarro, patrocinado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

1. La investigación mencionada se realizará en la región de Valparaíso durante el segundo semestre del año 2022.
2. Considerando la preocupante realidad nacional en cuanto a las altas tasas de cesáreas y de estudios que hablan de percepciones negativas de la experiencia durante la atención de partos, lo que se contrapone a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la atención del parto humanizado. En los últimos años han surgido diversas iniciativas, no exentas de dificultades, para poder implementar dichas

recomendaciones, y revertir las cifras antes mencionadas, las que no han estado exentas de dificultades.

Las situación sanitaria impuestas por la pandemia COVID -19, han implicado diversas estrategias sanitarias y/o administrativas, para dar respuesta por una parte a la situación clínica como también, en algunas áreas ha significado un desafío desde el punto de vista de la atención humanizada del parto.

El propósito de este estudio es aportar al conocimiento sobre el estado de implementación de la atención del parto humanizado, a través de la descripción de los desafíos a los que se enfrenta el profesional Matrón (a) para la implementación y/o mantención de estrategias para la atención del parto humanizado, según las recomendaciones de la OMS, pese a los obstáculos impuestos por la actual crisis sanitaria.

3. Su participación es voluntaria y consiste en responder a una entrevista en profundidad, llevada a cabo por las tesisistas, investigadora principal y co-investigadora sobre los desafíos en la implementación o mantención de la atención del parto humanizado, durante la pandemia por COVID-19 en la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren

La entrevista será grabada y se llevará a cabo entre agosto y septiembre del año 2022. Tendrá una duración aproximada de 45 minutos y se realizará en modalidad en línea a través de la plataforma zoom (en la cual no se grabará rostro, solo voz).

4. **Riesgos**

Esta investigación no presenta riesgo mayor a cualquier actividad cotidiana, sin embargo, si en algún punto del proceso los participantes se sienten afectados psicológicamente, podrán ser derivados al Centro de Atención Psicológica de la Escuela

de Psicología Universidad de Valparaíso (CAPSI) ya que se cuenta con carta de respaldo para la contención inicial.

5. **Beneficios**

No existen beneficios directos a los participantes de este estudio, sin embargo, los resultados de esta investigación podrán colaborar a la consolidación de la atención del parto humanizado en Chile.

6. La metodología propuesta supone la mejor forma de explorar el fenómeno en estudio, por sobre los métodos alternativos, debido a que a través de una entrevista en profundidad se podrá generar una cercanía y así obtener respuestas de primera fuente a nuestra pregunta investigativa, caracterizando la realidad, tal como se ha vivido. Por consiguiente, generar un impacto en las siguientes generaciones y futuros problemas sanitarios, que no sean considerados como una dificultad o justificación para no llevar a cabo una atención humanizada, y que los desafíos que enfrentaron los profesionales junto con las estrategias que surgieron sirvan para seguir consolidando y fortaleciendo la humanización del parto de manera transversal.
7. Esta investigación no implicará ningún costo para los participantes y no se recibirá ningún tipo de pago por realizar la investigación.

8. **Derechos del participante**

a. **A manifestar dudas, preguntas**

El participante tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento, y en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación se podrá contactar con la investigadora principal, Profesora Matrona Alejandra Muñoz Moya a través de teléfono celular: +56981591623 o correo electrónico: alejandra.munoz@uv.cl.

b. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento

El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, solo comunicándose con el investigador principal. Su decisión no lo perjudicará en caso alguno.

c. A la atención y derivación oportunas en casos identificados de hallazgos a consecuencia de la investigación.

c. A recibir información relevante derivada de la investigación que lo pueda beneficiar o hacer cambiar su opinión respecto de su participación.

9. Confidencialidad

a. Reserva de la identidad del participante

El nombre del participante no será revelado, ya que en su lugar se utilizará un código alfanumérico.

b. De los datos personales y sensibles

El registro de los datos será reservado, sólo tendrán acceso a ellos los investigadores y serán resguardados por el investigador principal. La grabación de la entrevista se resguardará en un disco duro de uso exclusivo para la investigación, el que permanecerá durante 5 años en un mueble con llave en la oficina de la Investigadora Principal, ubicada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, cuya dirección es Calle Angamos N° 655 edificio R2, piso 12 oficina N° 1202.

10. Los resultados de la investigación serán difundidos por la Escuela de Obstetricia y Puericultura de Universidad de Valparaíso, y no serán utilizados en otras investigaciones que se alejen de los objetivos de la presente investigación, velando en todo momento por el resguardo de la identidad del participante. Además, los resultados podrían ser presentados en algún congreso o ser publicados en revistas científicas.

11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED) de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl.

Acta de Consentimiento Informado

Matrón (a) de las Unidades de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren

Yo,....., C.I., Declaro que el investigador principal matrona docente Alejandra Eugenia Muñoz Moya, y Claudia Carolina Vilches Arredondo, Fernanda de Los Ángeles Cavieres Muñoz, Javiera Constanza Céspedes Rojo, Valeska Aylyne Marín Pinto, Daniela Carolina Peñafiel Saa y Sofía Ignacia Torrealba Pizarro de la Escuela Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina Casa Central, ubicada en calle Angamos 655 de la ciudad de Viña del Mar., me han informado en forma completa en qué consiste la investigación “Desafíos para la matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la pandemia por COVID-19” que se llevará a cabo en la región de Valparaíso.

He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado que mi participación consistirá en una entrevista en profundidad, efectuada por las tesisas, investigadora principal y co - investigadora sobre los desafíos que surgieron para la matronería durante la pandemia por COVID-19 en la atención de parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren, la cual se realizará entre agosto y septiembre del año 2022, tendrá una duración aproximada de 45 minutos y será grabada. Se llevará a cabo en modalidad en línea, a través de plataforma zoom (en la cual no se grabará mi rostro, solo mi voz).

Los datos obtenidos podrían ser presentados en algún congreso o enviado a una revista para publicación científica, y mi identidad será resguardada en todo momento, ya que se utilizará un código alfanumérico en lugar de mi nombre y apellido, por lo tanto, solo el investigador conocerá mi identidad.

En caso de sentirme afectado (a) psicológicamente, me podrán derivar al Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, el cual me brindará contención inicial

Mi participación es voluntaria y me podré retirar del estudio en cualquier momento, al ponerme en contacto con el investigador principal. Mi decisión no me perjudicará.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador(a).

Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Matrón Gestor de Matronería

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren.

C.I.:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable

C.I.:

Fecha:

Valparaíso,.....de de 2022

Anexo 6.1: Entrevista M1

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Código alfanumérico: M1

Años de trabajo en el servicio: 8 años

Fecha: 23-09-2022

Hora de inicio: 11:03

Hora de término: 11:26

Estudio: "Desafíos para la Matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la Pandemia por COVID 19"

Buen día, mi nombre es Sofia Torrealba, me encuentro con mi profesora guía Alejandra Muñoz y mi compañera Valeska Marín, Fernanda Cavieres, Javiera Céspedes y Daniela Peñafiel, somos estudiantes de 4° año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso y estamos trabajando en nuestra tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura.

El propósito de este estudio es aportar al conocimiento sobre el estado de implementación de la atención del parto humanizado, a través de la descripción de los desafíos a los que se enfrenta el profesional Matrón (a), ya sea, para la implementación y/o mantención de estrategias, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, pese a los obstáculos impuestos por la actual crisis sanitaria.

El objetivo general de nuestro proyecto conocer las estrategias que se implementaron durante la pandemia por COVID-19 en la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren; mientras que los objetivos específicos son reconocer el estado de implementación de la atención del parto humanizado en la Unidad

de este hospital según las recomendaciones de la OMS durante el período de pandemia e identificar los desafíos que surgieron para el profesional de matronería en la atención de parto humanizado durante la pandemia COVID-19.

Desde el punto de vista ético, es importante considerar que esta entrevista será grabada, en este caso solo se grabará la voz, y será resguardada en un disco duro exclusivo para la investigación.

Los datos obtenidos serán utilizados para el análisis y desarrollo de la presente investigación. Además, podrían ser presentados en algún congreso o enviado a una revista para publicación científica, cautelando la protección de identidad en todo momento, ya que se utilizará un código alfanumérico en lugar de su nombre y apellido, por lo tanto, solo nosotros conoceremos su identidad. Su código es: M1

Esta investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Antes de comenzar la entrevista, ¿nos puede decir cuántos años ha trabajado en la Unidad de Pre Parto - Parto del Hospital Carlos Van Buren?

M1: Llevo 11 años trabajando en el hospital, pero vamos rotando mensualmente por las unidades, por lo que he estado 8 años en pre parto y parto, ya que los otros 3 estuve en patología.

Para contextualizar la base de nuestro estudio, nos enfocaremos en la Organización Mundial de la Salud, la cual estableció recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva. Estas son: trabajo de parto respetado y atención durante el parto, apoyo emocional de un acompañante de su elección, comunicación efectiva de parte

del personal, estrategias para el alivio del dolor, vigilancia regular del trabajo de parto, documentación de eventos, auditorías y comentarios, ingesta de líquidos y alimentos por vía oral, movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto, plan de derivación preestablecido y continuidad de la atención.

¿Cómo ha sido su experiencia respecto a estas recomendaciones? ¿Las conoce?

M1: Si, las conocemos, el año pasado llegó una matrona a trabajar el parto humanizado propiamente tal, porque se cambió la infraestructura con lo del COVID en el preparto, antes tenía 5 camas en un solo espacio y quedaron 3 camas en un espacio y se crearon 2 salas aparte, para dejar a las mamás que venían con COVID +, y ahora esas salas, como ya no se ocupan tanto, quedaron como salas de parto integral. Para eso trajeron una matrona que tenía cursos y diplomados en parto humanizado, y ella hizo una charla y unos talleres bien aterrizados, ya que podríamos hablar de tina de hidromasajes que es algo que nunca vamos a tener en el hospital, y nos mostró esto de la OMS y ahí analizamos un poco, y en realidad yo creo que hace unos 5 años más o menos esto se cumple. De repente es un poco difícil, depende de los turnos médicos, de los anestesiistas, pero últimamente esto se cumple hartito. Lo más difícil es lo de la ingesta de líquidos y alimentos, porque a las señoras nosotros le damos su comida y agua, pero llega el anestesiista y nos ve con la comida encima de la mesa de la señora y tenemos que esconderla porque a ellos no les gusta que las pacientes coman y se alimenten durante el trabajo de parto, para ellos deben estar en ayunas, pero el resto, es bueno, tenemos cajas de esencias, aceites, balón kinésico, lenteja de parto, maní de parto, que son elementos que nos permiten posicionar a la paciente que está anestesiada, no solamente mantenerla acostada y también ha cambiado un poco, se ha renovado hartito la generación de matronas que hay en el preparto, y eso ha ayudado un montón a cumplir todo esto que dice la OMS.

¿En cuánto a estas recomendaciones, cuales se implementaban en su servicio previo a la pandemia de COVID-19?

M1: La continuidad de la atención, desde que llegué siempre ha sido, nos repartimos las usuarias, yo me quedo con ella, le hago el trabajo de parto, le atiendo el parto, el puerperio inmediato, la traslado al piso, eso siempre ha sido así. El acompañante también desde que estoy, siempre se ha permitido que el acompañante entre y la persona que elija la paciente. La comunicación del personal depende un poco del turno, porque depende de las personalidades de quienes trabajan, el comentario de una señora el otro día era como “oh y cuando estuve arriba eran todos muy simpáticos acá también son todos muy amables, antes no era así” porque ha habido un recambio generacional importante y no tan nuevo, sino que ocurrió hace un tiempo, y eso ha permitido el buen trato que debe tener la paciente. Las estrategias para el alivio del dolor también, los aceites, aromas, el difusor, también estaba de antes. La vigilancia siempre, la movilidad también ha estado. Yo creo que siempre todo esto estuvo de antes, de antes de la pandemia.

También dentro de estas recomendaciones se encuentra el contacto piel a piel, la lactancia

M1: Si eso siempre, esa parte igual es más como de la neo, de las chicas que hacen recién nacido inmediato, el ligamento tardío del cordón, uno se comunica con su colega y le pregunta si le corta o no, y uno se coordina, eso si antes de la pandemia, de todas maneras.

¿Cuáles de las recomendaciones se vieron más afectadas producto de la pandemia por COVID-19?

M1: El acompañamiento, se suspendió el acompañamiento en algún momento, yo creo cuando empezó la pandemia, cuando todo era muy caótico, muy crítico todo, ese se

suspendió y después se retomó rápidamente, pero solamente entraban al parto, al momento del parto o de la cesárea, no había acompañamiento durante el trabajo de parto, luego dejaron acompañar durante el trabajo de parto a las personas que tenían pase de movilidad y ahora ya no se exige pase de movilidad y se puede acompañar a la paciente. Lo otro que también pasó es que si teníamos 3 pacientes, nos teníamos que turnar, un ratito cada paciente con su acompañante porque no podíamos tener los 3 acompañantes adentro junto con las 3 pacientes, eso también se limitó por el aforo, pero en el principio no había acompañamiento ni en el parto, de hecho, nos pasaron del hospital un celular, que está guardado ahora en un casillero, porque hacíamos videollamada cuando ocurría el nacimiento, y así eran acompañadas las mamás, con videollamadas.

¿Qué desafíos considera usted que surgieron para la implementación de la atención humanizada de parto durante la pandemia por COVID-19?

M1: Lo más difícil era tratar de que las señoras no estuvieran solas, eso fue lo más complicado porque estás en un momento de tu vida, épico, muchas veces muy vulnerable, estás en un lugar que lo más probable es que no hayas estado en tu vida, y con gente que no conoces, entonces nosotros de repente le decíamos a la señora “no, no está sola, estás con nosotros”, que en realidad estaba sola, y eso era lo más difícil, tratar de contener todo el rato para que no sintiera esa sensación de soledad cuando está naciendo tu hijo. Eso era lo más difícil, que hubiera acompañamiento para las chicas por parte de nosotros y después que se nos permitió usar el celular que nos pasaron del hospital, que igual fue una buena idea, porque las mamás que tenían COVID y les hacían cesáreas prematuras para poder intubarlas, era como el último momento que tenía el acompañante de verla como despierta y embarazada, y eso fue lo más difícil, tratar de que las chicas no estuvieran solas.

¿Puede contar sobre algunas estrategias que fueron implementadas para hacer frente a estos desafíos?

M1: Igual fue difícil en la atención de partos en pacientes COVID + el acompañamiento de nosotros con la señora, porque por ejemplo uno a veces hace masajes en la zona lumbar o aplicas aceite, ayudas a cambiar de posición o cuando venía el anestesista la posicionabas para que no se moviera, todo eso era difícil porque en el principio del COVID, cuando todos tenían mucho miedo, tu con tu EPP tenías que trabajar para poder tocar a la señora, para poder estar menos a un metro de distancia todo el rato. Entonces poder volver a tener el contacto con la paciente, como “libre”, eso fue difícil, y lo único que quedó por hacer fue usar tu EPP y ser valiente nomas, te metiste y entraste. Y lo otro que fue un poco difícil fue lo del alivio del dolor, porque la matrona que atendía el trabajo de parto y parto de una paciente COVID + tenía que estar todas las horas que implica solo para esa paciente, por lo tanto, la otra matrona que estaba sola en el parto se tenía que hacer cargo de 2, 3 o más paciente, y eso era difícil, poder ayudar a 3 o 4 mamás, tu única, porque ellas también estaban sin compañía, entonces no tenías como en quien apoyarte, y eso también fue complejo.

¿Cuáles recomendaciones considera que se pueden retomar actualmente?

M1: Se retomó el acompañamiento ya, no se pide pase de movilidad ni aforo, todas pueden estar acompañadas. El contacto también con la paciente, cuando ingresan al parto se le toma un test de antígeno, un test rápido de COVID y PCR de rutina, y ya como que uno confía en el test rápido nomás y con mascarilla, y se toma contacto con la paciente, ya no existe prácticamente embarazadas con COVID que lleguen con trabajo de parto, hace mucho rato podemos trabajar todos los que corresponden en la unidad, y eso te permite tener 1 o 2 pacientes a lo más, y darle el apoyo, la contención y vigilancia que le corresponde a cada una.

¿Cómo ve al equipo de salud, en cuanto a su disposición para poder implementar estas recomendaciones?

M1: Yo creo que el 90% está muy dispuesto y cumple, pero hay un par por ahí que de repente es medio reticente, pero es porque son así. Pero ahora esto es habitual.

¿Cuáles desafíos considera usted que se enfrentan como hospital para la implementación de las recomendaciones?

M1: Lo difícil es el tema médico, entre anestesistas y ginecólogos, que de repente, nos dicen “no, tiene que estar en ayuno”, y en realidad, es contraproducente el ayuno en el trabajo de parto, y los gine que repente quieren todo un poco más rápido, a pesar de que igual ahora han cambiado hartos también ellos. Y lo que más nos molesta y lo que nos hace todo muy difícil lo del movimiento y el acompañamiento, es el espacio, estamos muy chicos, entonces si se quiere sentar 3 personas en el balón kinésico, no alcanza el espacio, tienes que ir eligiendo porque el espacio está muy pequeño.

Para finalizar, ¿le gustaría agregar algo que nos podría aportar en la investigación, ya sea algo que no hemos mencionado o si quiere retomar algún punto que hablamos anteriormente?

M1: Por lo que yo he conversado un poco con colegas de otros lados, nosotras ya no somos tan nuevas, pero en realidad, lo que ustedes me mostraron, de lo que tuvimos el taller que hizo Romina, la matrona que llegó, y yo creo que pasamos, y no hace tan poquito tiempo, de que en verdad atiendes señora que tienen 3 hijos y su primer hijo lo tuvieron ahí, y ahora tienen el último y siempre el comentario de ellas es que es muy diferente la experiencia, y a mí eso me enorgullece hartos, porque es difícil lograr cosas, en un lugar que tenemos poco espacio, pocas cosas, poco dinero, de repente el público es un poco difícil, el personal

también, y creo que ha sido un poco la disposición de generaciones nuevas, informarse, de TENS nuevas, matrones nuevos y médicos nuevos, que han evolucionado para bien el acompañamiento y todas las comodidades que debe tener una paciente en trabajo de parto, que va a tener su hijo, y veo ahora que la gente es más consciente de la importancia del momento que están viviendo. Y lo otro que me alegra mucho, que por lo menos en la maternidad y en la neo, se hacen cosas para actualizar, para concientizar, lo que es genial, que suceda en un hospital público donde gente que no tiene otro lugar para tener a su bebé que ese, lo tenga de una manera bonita, y que el comentario sea ahora más positivo que negativo, me pone contenta y creo que depende de las ganas de la gente que está ahí. Yo creo que falta mucho, pero vamos por muy buen camino.

Bueno en relación a lo que ha planteado, agradecemos su disposición y participación, es de suma importancia para el fortalecimiento de la profesión, poder visibilizar el rol de la matronería, que incluso durante la pandemia pudo enfrentar estas adversidades y así poder empoderar a seguir adelante, avanzando, con la implementación del parto humanizado, y que esto nos sirva para demostrar que, si hay obstáculos, sabemos que podemos esforzarnos para llevar a cabo lo que queremos lograr.

Si a usted le gustaría recibir los resultados de la investigación, nos pondremos en contacto.
¡Muchas gracias!

Anexo 6.2: Entrevista M2

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Código alfanumérico: M2

Años de trabajo en el servicio: 8 años

Fecha: 29-09-2022

Hora de inicio: 22:05

Hora de término: 22:37

Estudio: "Desafíos para la Matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la Pandemia por COVID 19"

Buen día/Buenas tardes, mi nombre es Valeska Marín, me encuentro con mi profesora guía Alejandra Muñoz y mis compañeras Fernanda Cavieres, Javiera Céspedes, Daniela Peñafiel y Sofía Torrealba. Somos estudiantes de 4° año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso y estamos trabajando en nuestra tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura.

El propósito de este estudio es aportar al conocimiento sobre el estado de implementación de la atención del parto humanizado, a través de la descripción de los desafíos a los que se enfrenta el profesional Matrón (a), ya sea, para la implementación y/o mantención de estrategias, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, pese a los obstáculos impuestos por la actual crisis sanitaria.

El objetivo general de nuestro proyecto conocer las estrategias que se implementaron durante la pandemia por COVID-19 en la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren; mientras que los objetivos específicos son reconocer el estado de implementación de la atención del parto humanizado en la Unidad

de este hospital según las recomendaciones de la OMS durante el período de pandemia e identificar los desafíos que surgieron para el profesional de matronería en la atención de parto humanizado durante la pandemia COVID-19.

Desde el punto de vista ético, es importante considerar que esta entrevista será grabada, en este caso solo se grabará la voz, y será resguardada en un disco duro exclusivo para la investigación.

Los datos obtenidos serán utilizados para el análisis y desarrollo de la presente investigación. Además, podrían ser presentados en algún congreso o enviado a una revista para publicación científica, cautelando la protección de identidad en todo momento, ya que se utilizará un código alfanumérico en lugar de su nombre y apellido, por lo tanto, solo nosotros conoceremos su identidad. Su código es: M2

Esta investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Antes de comenzar la entrevista, ¿nos puede decir cuántos años ha trabajado en la Unidad de Pre Parto - Parto del Hospital Carlos Van Buren?

M2: Llevo en el hospital 11 años, constantemente la unidad de pre parto y parto rota, por lo que en general llevo 8 años.

Para contextualizar la base de nuestro estudio, nos enfocaremos en la Organización Mundial de la Salud, la cual estableció recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva. Estas son: trabajo de parto respetado y atención durante el parto, apoyo emocional de un acompañante de su elección, comunicación efectiva de parte del personal, estrategias para el alivio del dolor, vigilancia regular del trabajo de parto,

documentación de eventos, auditorías y comentarios, ingesta de líquidos y alimentos por vía oral, movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto, plan de derivación preestablecido y continuidad de la atención.

¿Cómo ha sido su experiencia respecto a estas recomendaciones? ¿Las conoce?

M2: Ahora último, es un tema que se habla más y trata de socializar en el equipo de salud, como lo he visto yo es que ha ido evolucionando. Es muy distinto la atención ahora, los equipos y herramientas que tenemos a como era al inicio cuando llegué al hospital. Sin embargo, aún considero que falta todavía, falta un poco más de espacio, hay más personal que favorece sobre todo la continuidad de la atención, se nota que está la intención del equipo de matronería, hay que considerar que la atención no solo es de la matrona influye mucho lo que es el área médica, los paramédicos, todo el equipo médico en el fondo y sobre todo en un sistema tan estructurado o que por años ha sido tan estructurado a hacer el cambio, no es tan fácil, pero está la intención y voluntad por un gran número de personas y además ha habido mucho recambio de personal, eso ha aportado que sea más fácil o se intente el implementarlo.

En el servicio y unidad ¿Qué recomendaciones utilizan actualmente? ¿Cómo ve en la unidad la presencia de estas recomendaciones?

M2: Cuando inició la pandemia, se hizo un cambio de infraestructura, fue complicado para el personal porque el hecho de enfrentarse a una pandemia que nadie había vivido eso ya es estresante, ya que era un virus desconocido. Se comenzaron a generar cambios en la infraestructura porque antes en el pre parto no había mucha privacidad, estaban todas las pacientes en la misma sala con solo dos matronas, entonces todo lo que es continuidad y acompañamiento por parte del profesional era muy difícil y no se daba.

Se hizo una sala integral donde ya por lo menos podemos tener a usuarias con más privacidad. Con la pandemia fue más complicado porque se comenzaron a hacer los trabajos ahí mismo, se sentía constantemente los martillazos, taladros y eso era complicado, pero también estaba la voluntad del personal porque se sabía que era para algo mejor.

El cambio que se hizo no estuvo muy de acorde a las expectativas del personal, porque se pensaba realmente que iban a haber salas integrales individuales, no fue así, pero hay mejoras en cuanto a lo visual, se ve más limpio y ordenado, con eso llegaron implementos como: balón kinésico, lenteja, set de aromaterapia que al menos en mi turno se ocupa, no en todos los turnos se ocupa de la misma forma, falta protocolizar, pero se está ocupando. Se están ocupando ciertas herramientas y que estamos en camino.

En cuanto al acompañamiento, al menos en mi turno eso siempre se ha hecho desde el principio, tratamos de que eso se hiciera, si se tenía a una paciente que estuviese sola en el parto del momento uno siempre se trata de facilitar el acompañamiento de la persona significativa, al principio de la pandemia era muy difícil por el miedo al COVID, por el hecho de contagiarse, se hacía firmar un consentimiento relacionado al acompañamiento, hubo un par de usuarias que mintió respecto al diagnóstico y tenían COVID, generando contagios y eso a su vez generaba una especie de rechazo por parte del personal. Pero se está intentando implementar y favorecer siempre el acompañamiento.

¿En cuánto a estas recomendaciones, cuales se implementaban en su servicio previo a la pandemia de COVID-19?

M2: Antes de la pandemia, desde que yo llegue al hospital, yo escuche muchas veces que la familia estorbaba, que el acompañamiento no aportaba, después fue cambiando esa concepción, pero yo creo que existía ese pensamiento porque el espacio era muy pequeño y estábamos en el fondo todos amontonados. Después del inicio de la pandemia hubo rechazo por el hecho de que no se cumpliera el aforo, ya era mucha gente con el equipo médico y más la familia, que nunca se les pidió PCR, entonces era más complicado.

Cuando comenzamos a vivir más con el COVID disminuyó ese miedo, ahora están las vacunas, todo eso ha favorecido que el COVID es un virus más, no vemos cómo las pacientes se complicaban en un principio y eso causaba susto, ya no se van a la UCI, no están con ventilación mecánica, incluso ya no están con síntomas, además ya que casi todo el personal de salud se contagió de COVID no existe ese miedo.

Ahora sí, del momento uno, incluso en mi turno si la paciente no está en trabajo de parto se deja ingresar al acompañamiento, le preguntamos a la paciente si quiere que alguien la acompañe y se da la instancia para que este el familiar.

¿Cuáles de las recomendaciones se vieron más afectadas producto de la pandemia por COVID-19?

M2: Yo creo que lo que se vio más afectado fue el acompañamiento. Respecto a la ingesta de líquido y alimento yo también creo que es algo que ha costado que cambie sobre todo por los anestesiistas, por eso a veces ponen en duda la administración de la anestesia, ahí falta un poco, en otros lados está bien regulada la dosis e incluso en algunos centros asistenciales tienen estas bombas de infusión continua, en el Van Buren no es así, depende mucho del anestesiista que dosis de anestesia administre y las recomendaciones, eso yo creo que falta.

La continuidad de la atención en la pandemia llegó más personal y eso facilita que uno esté con una usuaria de forma más personalizada, porque cuando hay dos personas en el pre parto, que además se encargan de la recuperación y pabellón, es muy difícil generar esa personalización, en el fondo se trata de sacar el trabajo adelante que preocuparse de que este la matrona con cierta usuaria, ya que la urgencia muchas veces obliga a la matrona a desplazarse y se hace más complicado.

Lo que yo creo que favoreció la pandemia, fue la contratación de más personal para favorecer el equipo y eso en estos momentos nos está ayudando a hacer un trabajo más personalizado con las usuarias. Pero si el acompañamiento se vio muy afectado al principio,

por el temor de contagiarse de COVID y eso generó rechazo, pero ahora estamos volviendo un poco más a la normalidad para darle la importancia que tiene.

En las estrategias de alivio del dolor, tenemos estas herramientas como lo es el balón, guateros, aromaterapia, música que eso siempre ha estado implementado en algunos momentos tuvimos problemas porque los discos estaban rayados, pero ahora ya hay otras formas, entonces, además ahora se adiciono lo que es masajes con aceites, balón, lentejas, que también se ocupa mucho.

En cuanto a la anestesia, las gestantes la solicitan, pero muchas veces no hay anestesista disponible, entonces, eso se vio afectado en la pandemia porque los anestesistas estuvieron muy ocupados durante la pandemia, pero yo creo que eso es un problema a nivel nacional la falta de anestesistas en los servicios de salud y hoy en día si bien se ve la voluntad del anestesista de ir al pre parto, a veces están solos con una urgencia, pero podemos estar en un turno de 12 horas sin anestesia, sobre todo en la pandemia donde ellos debían estar cuando los pacientes estaban con ventilación mecánica, entonces, ahí se hizo escaso el recurso de la anestesia.

¿Qué desafíos considera usted que surgieron para la implementación de la atención humanizada de parto durante la pandemia por COVID-19?

M2: Yo creo que algo que nos hizo ver la pandemia, es la modificación del recurso físico, porque el tener como lugares más privados para la atención es fundamental, eso aun no lo logramos al 100 porque tenemos dos salas integrales, que ahora se están ocupando más como aislamiento que como salas de parto integral en sí, y eso porque falta personal.

Entonces, la falta de personal y la falta de infraestructura, son los grandes desafíos. Pero el personal que llega o el que ya está en el servicio, es importante que venga con ese cambio de pensamiento que en el fondo es para estar de forma personalizada y atento a cierta cantidad de usuarias, que en estricto rigor no deberían ser más de dos, si bien aumento la dotación yo creo que para llegar a un estándar óptimo aún falta.

En la infraestructura habían solo 2 matronas solo para el segundo piso, es muy difícil mantener el control en el segundo piso porque son espacios muy diferentes, en un principio era más fácil porque el pre parto por ejemplo era toda una sala entonces uno tenía una visión y se escuchaba todo lo que estaba ocurriendo en esas salas, pero ahora tenemos las salas integrales y eso nos separa por lo que ya no tenemos el control de lo que pasa en pre parto, y el estar ahí fijo en preparto requiere tener más personal, entonces es algo necesario, ya que si nos ponemos en el lugar de la usuaria si yo estoy con trabajo de parto, trato de controlar el dolor, tratando de respirar como corresponde o tratar de sentir como me estoy sintiendo y al lado hay otra usuaria que está más descompensada, es muy difícil tener la concentración, también con el mismo COVID, nos abrió otra perspectiva que al tener salas integrales nos hace más fácil la atención con este virus o con cualquier otro. Si hubiésemos tenido puras salas integrales una para cada usuaria, es mucho más manejable el tema del aislamiento, pero para eso se debe tener más personal, como una matrona para cada sala o máximo dos pero que estén cerca, eso falta todavía, se intentó realizar, pero no se ha completado porque requiere de muchos recursos y cambios en los centros asistenciales, por ejemplo, construir un nuevo hospital no es fácil o cambiar una estructura antigua que lleva años funcionando de una forma, requiere recursos, dinero, el mismo Fricke lleva años y se entregó hace poco, ahora en Valparaíso es lo mismo, está el proyecto pero de ahí a que se construya un hospital nuevo o que se pueda modificar de una forma importante el Van Buren, se habla de años. Yo creo que esta la necesidad y el desafío, pero que ocurra es super complejo, se han hecho cambios pequeños, el pre parto se ha podido dividir en ciertas áreas, pero no es todavía lo óptimo.

¿Puede contar sobre algunas estrategias que fueron implementadas para hacer frente a estos desafíos, ya sea en su turno o si tiene conocimiento de los otros?

M2: Bueno la estrategia global, que es un poco de lo mismo, se cambió el pre parto, tenemos dos salas integrales, tenemos una matrona más en turno y eso nos permite

distribuirnos mejor. Como estrategia en mi turno, es como bien receptivo a tener colegas nuevos y tratar de acogerlos al sistema que tenemos, nuestro sistema no es estar en lugar fijo sino que estamos rotando, entonces eso hace que uno vaya generando empatía con los colegas que están en los otros pisos. También en la pandemia nos adaptamos o nos quedamos con colegas nuevos para tratar que siguieran el mismo sistema.

¿Cuáles recomendaciones considera que se pueden retomar actualmente?

M2: Yo creo que todo se puede implementar de alguna u otra forma, los recursos físicos esenciales se puede hacer, lo que falta es un poco de motivación de todo el equipo y conocimiento o empaparse más de todo lo que esto significa pero a nivel general no solo el equipo de matronería sino también los TENS y el equipo médico.

¿Cómo ve al equipo de salud, en cuanto a su disposición para poder implementar estas recomendaciones?

M2: Es relativo, por lo menos yo veo más gente que se une un poco, además que para allá vamos, y como hay leyes que nos dicen que ese es el camino, es relativo, si bien veo gente que no tiene problema en adaptarse, veo a otras personas que generan más resistencia y puede ser que parte del equipo esté cansado y/o agotado y eso influye en que muchas veces no quieran ser flexibles o adaptarse al cambio.

¿Cuáles desafíos considera usted que se enfrentan como hospital para la implementación de las recomendaciones?

M2: El desafío tiene que ver con la infraestructura y dotación, el desafío es valorar más nosotras como matronas lo que realizamos y ojalá tener cada vez más matronas porque si somos más y nos enfocamos más en la calidad que en tratar de hacer tantas cosas de

repente vamos a poder ir enfrentando y tratando que los recursos físicos esenciales se lleven a cabo.

¿Cómo visualiza la implementación de las recomendaciones de atención de parto humanizado en otros turnos?

M2: No se visualiza mucho, porque cada turno trabaja de forma muy independiente, creo que también falta eso de unificar algunos criterios para eso hay dos formas, una es protocolizar y otra quizás es motivar. En un momento hubo una colega que tiene un diplomado en lo que es la humanización del parto y realizó unas actividades que fueron muy importantes, lo que yo percibí es que a la gran mayoría le gustaron pero como quedamos con gusto a poco, quizás ella se desmotivó porque se enfrentó a otros desafíos y lo tuvo que dejar de lado, hizo unos talleres bastante buenos, pero eso implica trabajo y de repente un trabajo un poco ingrato porque ella me imagino que invirtió su tiempo personal y que eso no es muy retribuido, no sé si habrá ido por ahí la desmotivación, yo creo que hubiese sido muy bueno seguir con la capacitación de todo el equipo. Yo creo que va por ahí esa capacitación que ayuda a motivar a que todo el equipo vaya por el mismo camino.

Para finalizar, ¿le gustaría agregar algo que nos podría aportar en la investigación, ya sea algo que no hemos mencionado o si quiere retomar algún punto que hablamos anteriormente?

M2: Poner énfasis en que de repente sobre todo en las nuevas generaciones que la motivación genera cambio, pero en el sistema público se genera mucho cansancio, se genera esto que es el Burnout que de alguna u otra forma hay mucha gente que se vio afectada sobre todo en la pandemia, porque el desgaste del personal fue hartó y sobre todo en la incertidumbre de no saber qué pasaba, además de estar trabajando en algo que nos gustaba y que se convirtió en algo peligroso para nuestros más cercanos y familia, que

repercutió bastante en el equipo de salud y que se vio reflejado en un aumento de las licencias médicas ,entonces, retomar la motivación puede ser un desafío que no había mencionado antes, teniendo en cuenta el impacto que hubo en el personal, porque quizás eso está más al alcance de nosotros como individuos, que el pedir un hospital nuevo que eso es más complejo o pedir más matronas, se ha conseguido gracias a la pandemia. Pero al respecto con cosas más pequeñas lo importante es volver a motivarnos y sensibilizarnos, a sanar entre todo el equipo, quizás las nuevas generaciones sean un ente importante en el cambio.

Bueno en relación a lo que ha planteado, agradecemos su disposición y participación, es de suma importancia para el fortalecimiento de la profesión, poder visibilizar el rol de la matronería, que incluso durante la pandemia pudo enfrentar estas adversidades y así poder empoderar a seguir adelante, avanzando, con la implementación del parto humanizado, y que esto nos sirva para demostrar que, si hay obstáculos, sabemos que podemos esforzarnos para llevar a cabo lo que queremos lograr.

Si a usted le gustaría recibir los resultados de la investigación, nos pondremos en contacto.
¡Muchas gracias!

Anexo 6.3: Entrevista M3

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Código alfanumérico: M3

Años de trabajo en el servicio: 19 años

Fecha: 20-10-2022

Hora de inicio: 09:15

Hora de término: 10:00

Estudio: "Desafíos para la Matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la Pandemia por COVID 19"

Buen día/Buenas tardes, mi nombre es Fernanda Cavieres, me encuentro con mi profesora guía Alejandra Muñoz y mis compañeras Valeska Marín, Javiera Céspedes, Daniela Peñafiel y Sofía Torrealba. Somos estudiantes de 4° año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso y estamos trabajando en nuestra tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura.

El propósito de este estudio es aportar al conocimiento sobre el estado de implementación de la atención del parto humanizado, a través de la descripción de los desafíos a los que se enfrenta el profesional Matrón (a), ya sea, para la implementación y/o mantención de estrategias, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, pese a los obstáculos impuestos por la actual crisis sanitaria.

El objetivo general de nuestro proyecto conocer las estrategias que se implementaron durante la pandemia por COVID-19 en la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren; mientras que los objetivos específicos son conocer el estado de implementación de la atención del parto humanizado en la Unidad de este hospital según las recomendaciones de la OMS durante el período de pandemia e

identificar los desafíos que surgieron para el profesional de matronería en la atención de parto humanizado durante la pandemia COVID-19.

Desde el punto de vista ético, es importante considerar que esta entrevista será grabada, en este caso solo se grabará la voz, y será resguardada en un disco duro exclusivo para la investigación.

Los datos obtenidos serán utilizados para el análisis y desarrollo de la presente investigación. Además, podrían ser presentados en algún congreso o enviado a una revista para publicación científica, cautelando la protección de identidad en todo momento, ya que se utilizará un código alfanumérico en lugar de su nombre y apellido, por lo tanto, solo nosotros conoceremos su identidad. Su código es: M4

Esta investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Antes de comenzar la entrevista, ¿nos puede decir cuántos años ha trabajado en la Unidad de Pre Parto - Parto del Hospital Carlos Van Buren?

M3: 19 años. Siempre en la maternidad, pero nosotras trabajamos en sistema rotativos, vamos rotando en las unidades desde hace 5 años más o menos que llevamos trabajando así.

Para contextualizar la base de nuestro estudio, nos enfocaremos en la Organización Mundial de la Salud, la cual estableció recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva. Estas son: trabajo de parto respetado y atención durante el parto, apoyo emocional de un acompañante de su elección, comunicación efectiva de parte del personal, estrategias para el alivio del dolor, vigilancia regular del trabajo de parto,

documentación de eventos, auditorías y comentarios, ingesta de líquidos y alimentos por vía oral, movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto, plan de derivación preestablecido y continuidad de la atención.

¿Cómo ha sido su experiencia respecto a estas recomendaciones? ¿Las conoce?

M3: Sí las conocía, y en el hospital trabajamos el tema de libre movimiento, del manejo con medidas paralelas a lo que es analgesia, el tema del acompañamiento se lleva ya hace mucho tiempo, la continuidad de la atención también tratamos de hacerlo dentro de la carga asistencial y los planes de derivación están establecidos con los hospitales de base que en nuestro caso es el del San Antonio, y la comunicación efectiva por parte del personal de salud se trata de mantenerlo el mayor tiempo posible. Con respecto a la ingesta de líquidos estamos como al debe por un tema de que muchas veces las pacientes que están con trabajo de parto hay anestesistas o médicos de turno que no les gusta que la mujer tome líquidos o que coma, y ahí estamos un poco al debe, hay una falta de actualización quizás de algunos protocolos, pero generalmente, se ve que en los anestesiólogos más jóvenes ellos si permiten la libertad de movimiento con las anestesias y libertad de ingestas o de agua, como que ya no hay problema en ese sentido. Y, estrategias para aliviar el dolor las hemos tenido hace mucho tiempo, en ese sentido el hospital Van Buren fue pionero, incluso tuvo hace muchos años atrás, creo que hace más de 25 años, tuvo una escuela para madres, entonces tuvo como una base del manejo del dolor, de partos sin episiotomías innecesarias, estuvo como bien a la vanguardia desde hace muchos años atrás.

En el servicio y unidad ¿Qué recomendaciones utilizan actualmente? ¿Cómo ve en la unidad la presencia de estas recomendaciones?

M3: Mira, en la población nuestra, es como un poco compleja, desgraciadamente yo siento que falta un poco más de preparación prenatal de la mujer en general en trabajo de parto,

es como una percepción super personal, es como una sobrevaloración de la anestesia, es como, durante mi trabajo de parto no debo sentir nada, no debo sentir pujo, no debo sentir dolor, y en ese sentido es como solamente la anestesia para muchas mujeres es lo válido en el manejo del trabajo de parto, no así, en aquellas mujeres que uno ve que están más bien documentadas desde antes o con preparaciones previas en que buscan posiciones, y hay como otra postura, una postura más hacia lo natural, que no quieren anestesia o que la difieren la mayor cantidad de tiempo, que valoran mucho el uso del balón, del libre movimiento, del estar acompañadas. El acompañamiento nosotros lo retomamos casi a la mitad del año pasado, porque durante la pandemia, durante los primeros meses de la pandemia no hubo acompañamiento durante ningún proceso, después volvió el acompañamiento solo en el expulsivo y ya desde que se levantaron un poco las restricciones ya partimos con el acompañamiento 24/7, cada vez que se inicia el trabajo de parto. El tema del acompañamiento en el hospital Van Buren es un tema complejo, porque nuestra usuaria es una usuaria que muchas veces el acompañante o la misma usuaria está acostumbrada al trato de manera un poco como decirlo, como más basado en la violencia, entonces si nos hemos visto como más expuestas a ser violentados muchas veces por los familiares y los acompañantes, más si tú a eso le sumas que el recurso por ejemplo, medico de turno, de los que es obstetra o anesthesiologo es más restringido, es menos, desgraciadamente muchas veces el hospital cuenta con un solo anesthesiologo y si la mujer necesita o quiere la anestesia depende de los requerimientos que tenga el anesthesiologo para poder bajar, entonces ya llega un punto en que el balón, la respiración, la aromaterapia, el libre movimiento ya no surge efecto, además de eso se debe sumar muchas veces que nuestra población parte su trabajo de parto desde una manera artificial, ósea, la mayoría o sin inducciones o son aceleraciones, porque la población que nosotros atendemos es una población que además tiene muchas patologías asociadas, hay muchas hipertensas, mucha diabética, entonces el grado de alto riesgo que tiene el hospital es mayor quizás que en otros hospitales de baja complejidad, entonces no tiene solamente un trabajo de parto espontaneo, que la mujer llegue en trabajo de parto, tiene generalmente algo que viene

más inducido o intervenido, y está demostrado que los trabajos de parto intervenidos, obviamente la resistencia de la mujer o la tolerancia al dolor es menor, la oxitocina artificial genera menos tolerancia que la oxitocina natural, ahí también se tiene que trabajar con un tema de manejo pero también con un tema de empatía, se cruzan esas dos variables.

¿En cuánto a estas recomendaciones, cuales se implementaban en su servicio previo a la pandemia de COVID-19?

M3: Todas se implementaban antes de la pandemia.

¿Cuáles de las recomendaciones se vieron más afectadas producto de la pandemia por COVID-19?

M3: La libertad de movimiento, porque ya no hay posibilidad, antes se podía deambular en los pasillos o en el hall, ahora eso ya no se puede hacer, ahora recién partimos permitiendo que puedan salir al hall, puede moverse, antes su unidad estaba establecida por ejemplo aquellas mujeres que no tenían PCR no podían moverse o se quedaban en ciertas salas determinadas, peor aún si eran mujeres que ingresaban con COVID (+). El trabajo de parto de una mujer COVID (+) de las primeras mujeres atendidas en pandemia, partieron todas o su gran mayoría como cesáreas, porque no había estudios que demostraran o no la transmisión vertical entonces la mayoría eran cesáreas. A ver, el COVID partió en marzo, yo creo que el primer parto asistido con una paciente COVID (+) tiene que haber sido alrededor de julio o agosto, y eso fue con un aislamiento completo, con un equipo de salud expuesto a muchas horas dentro de la unidad COVID, un recién nacido que no tenía contacto piel a piel con su madre, una madre que no tenía libre desplazamiento, que no podía alimentarse, que llegaba a una sala donde veía a las personas que la atendían completamente cubiertas, entonces para ellas era muy fuerte, más encima solas, un lugar desconocido porque eran salas nuevas habilitadas nuevamente, fue muy complejo para las mujeres, además del

miedo que para ellas involucraba estar en un servicio de salud, porque en el fondo el hospital era el lugar más riesgoso donde tu podías tener a tu bebe o donde tu podías estar con tu guagua porque no sabias cuantos pacientes COVID habían, ellas se sentían muy discriminadas, muy solas, a pesar de que tratábamos de hacer videollamadas, a pesar de que tenían la libertad de usar sus celulares y todo era complejo, porque tampoco teníamos quien nos pudiera entre asistir el parto, porque sabíamos que tenían que entrar menos personas a las salas COVID, no teníamos quien nos ayudara para una cámara para que la señora pudiese hacer videollamada, no podíamos entrar ni salir todo el rato porque había que manejar absolutamente lo que era EPP, estaba comprobado que mientras más veces te quitaras o te colocabas los EPP, era mayor riesgo de contagiarse, no había vacuna, como que todo el equipo tenía mayor temor, la embarazada a su vez tenía mayor temor por su bebe, por si lo podía contagiar o no, los equipos neo no podían tener mucho contacto con el recién nacido, el recién nacido quedaba en incubadora sin poder estar con la mama, la mamá lo podía ver pero no le podía dar besos, fueron meses super complejos tanto para la embarazada como para sus bebes.

¿Qué desafíos considera usted que surgieron para la implementación de la atención humanizada de parto durante la pandemia por COVID-19?

M3: Tuvo que rehabilitar todo, por ejemplo, perdías la comunicación cara cara porque estabas con antiparras, ocupabas casco, entonces la mujer no te podía ver a ti, yo encuentro que era muy traumático para la mujer porque llegaba a una sala donde generalmente eran dos personas, la matrona y su TENS que entraba pero no te veía ni siquiera las manos, no había contacto físico con nadie, no sabían tus nombres porque no podías estar identificada, todas vestimos de celeste o de verde, muchas veces no lograbas llegar a un nivel de voz porque ella no te podía escuchar bien entre la mascarilla, el casco, los latidos, el mismo tema del manejo del dolor, el temor de ser COVID (+) y de que se podía complicar por ejemplo, las colegas que estuvieron a cargo o las que fuimos a salas COVID de UCI o UCIN, era super complejo, había que pronar a pacientes que nunca en la vida habíamos pronado,

sabíamos por ejemplo las embarazadas fácilmente se complicaban sus cuadros de COVID estando en las unidades, entonces, para nosotros toda mujer que ingresaba en trabajo de parto era una potencial mujer COVID (+) por lo tanto tampoco podías bajar los niveles de EPP, entonces se perdía el contacto físico de poder acompañar a la mujer, de posicionarle en las anestесias era super complejo porque en los trabajos de parto estaban consideradas de alto riesgo por la emisión de aerosoles, entonces posicionar a una mujer en la anestesia, lo que era habitual para nosotras acompañar, no lo podíamos hacer, no había ese contacto piel a piel de tóname la mano, dime esto, tampoco podíamos. Ahora ya ha bajado bastante porque ya ahora el trabajo de parto se maneja con las EPP casi como previo a la pandemia, seguimos igual nosotras usando las protecciones, pero, por ejemplo, ya sabemos que pacientes ingresan testeadas, tenemos antígenos, la PCR, es como un poco menos complejo que los primeros meses, los primeros meses fueron mucho más complejo. En general, nosotras somos un servicio a diferencia del resto del hospital que tiene como una especie de más contacto entre el recién nacido, entre la mujer, hay una comunicación más fluida porque es un proceso natural no un proceso de enfermedad, entonces eso se perdió, como que el personal podía ver todo como un potencial paciente COVID (+) y a su vez para la mujer éramos muchas veces portadores del virus, porque éramos el equipo de salud que salía casi como los propagadores de COVID entonces fue súper complejo, y para los familiares también porque estaban afuera, los celulares fueron como el gran apoyo porque no teníamos que más ofrecerle, o sea videollamada, comunicación con los familiares que iban viendo la progresión del parto, foto cuando nacían sus bebés pero no había más opción que eso.

¿Puede contar sobre algunas estrategias que fueron implementadas para hacer frente a estos desafíos, ya sea en su turno o si tiene conocimiento de los otros?

M3: Dentro del equipo fuimos también estableciendo otros roles, por ejemplo, sabíamos que era importante para la mujer a lo mejor hacer una videollamada o llamada apenas

terminara el parto, con el apego inmediato, entonces generalmente por ejemplo los TENS que estaban alrededor, las colegas que estaban en la neo también apoyaban, así como ya señora llame a su familiar, muestre a su bebe, vea que este bien o también por ejemplo, en el caso de las pacientes COVID (+) no tenían posibilidad de visita, ni en las unidades COVID de alta complejidad ni tampoco en las salas nuestras. El hospital implementó salas de aislamiento que no teníamos, lo que significó, recambiar toda nuestra sala de parto, nuestra sala de parto se tuvo que adaptar y pasó a ser sala de box individuales de atención para eventuales mujeres COVID (+) y eso significó que los equipos tuvieran que movilizarse muchas veces a salas más pequeñas y que tenías que hacer aislamiento, entonces ocupamos timbres de estos de casas para poder mantenernos comunicarnos, ocupamos un personal que quedaba como volante cuando teníamos que entrar a las cesáreas COVID, que nos hacían nexo con el medio externo, que muchas veces nos ayudaban hacer videollamadas para mantener la comunicación, tuvimos que cambiar salas, por lo que muchas veces las salas de recuperación no podían ser ocupadas porque se colocaba a una mujer COVID (+) entonces teníamos que trasladar inmediatamente a sala y los equipos tenían que adaptar, a su vez las mujeres empezaron a ocupar otras estrategias, iban ya como más preparadas, llevaban por ejemplo todo para una hospitalización, porque, no teníamos un acceso libre como ahora, que por ejemplo si le falta un apósito a la mujer, se le puede pedir al acompañante, que durante la pandemia no se podía pedir, se puede pensar que son cosas muy sencillas pero que para una mujer en trabajo de parto o una puérpera son super importantes, entonces empezaron a venir más preparadas, todo por si acaso, nos tuvimos que acostumbrar a que todo el mundo tenía que usar mascarilla que antes eso jamás lo hubiésemos visto, fueron pequeños detalles que se fueron cambiando, se separaron mucho más las camas, antes se tenían 8 pacientes por sala, ahora se tienen 6 en todas las unidades de hospitalizado, tuvimos que empezar a trabajar si o si con cubículos individuales, que se nos achicaron los espacios, porque como se tuvo que readaptar esta sala de parto a parto, recién nacido inmediato también porque necesitábamos un inmediato estuviese en aislamiento, los espacios fueron cambiando y a su vez tuviste que ir

readaptándolos con las mesas de parto, que te permitiera de a poco ir retomando la normalidad, de que esta mujer se pudiera mover, de que pudiera tener un acceso más de manera normal o previo a lo que teníamos antes. Todavía nos falta, estamos en un periodo de pseudo normalidad previa, pero es complejo lo que viene ahora, que es la readaptación.

¿Cuáles recomendaciones considera que se pueden retomar actualmente?

M3: Yo creo que ya la mayoría está retomada, adaptada si a lo mejor a una nueva realidad. Pero la libertad de movimiento la volvimos a retomar, el acompañamiento lo volvimos a retomar, la ingesta también pero eso lo tenemos que trabajar en paralelo independiente a COVID, se tienen que actualizar los protocolos y eso hay que trabajarlo en conjunto con lo que es anestesiólogo, los planes de derivación los tenemos más o menos establecidos desde antes y se mantuvieron casi todos iguales, la continuidad de la atención tuvimos una mejora bastante, la gestión de matronería en ese sentido ha mantenido bastante bien el número de matronas, somos más matronas en el pre parto post COVID que éramos previo al COVID, tuvimos un aumento de una matrona por turno y eso se sintió mucho, tienes más gente para trabajar, vamos encaminados a que ya tenemos casi todo ya vuelto a lo que recomienda la OMS. Hay cosas que trabajar, pero ya estamos en un camino a la normalidad con respecto a lo que estábamos al inicio de la pandemia.

¿Cómo ve al equipo de salud, en cuanto a su disposición para poder implementar estas recomendaciones?

M3: El equipo depende muchas veces de como lo lideres tú, generalmente las personas que son un poco más mayores tienen mayor expertis, por ejemplo el tema del acompañamiento lo tienen más asumido que las generaciones más nuevas, ya que a muchas no les gusta el acompañamiento, pero, la libertad de movimiento por ejemplo, cuesta todavía con las mujeres que están con anestesia peridural o siempre vas a tener dentro de los equipos

ciertos puntos de resistencia a cosas o a implementar nuevas cosas, por ejemplo, la aromaterapia porque a alguna persona de tu equipo le pueden molestar los olores, pero ahí el rol nuestro es trabajar hacia general la empatía de que el trabajo de parto no es del equipo de salud, el trabajo de parto es de la mujer, su bebe y de la persona significativa, entonces es un trabajo que hay que hacer de acuerdo a los equipos y de acuerdo a las mujeres, por eso les digo, hay mujeres muy empoderadas, que saben manejar muy bien su trabajo de parto, que se instruyeron mucho, como todavía existe aquella población que no quiere vivir un trabajo de parto y que también es super respetable, hay mujeres que definitivamente no quieren tener parto aunque tengan todas las condiciones y ninguna complicación, porque crecieron, porque se formaron, porque tienen creencias adquiridas y/o heredadas que no quieren parto y también hay que respetar a estas mujeres que no quieren pasar por este proceso, es como, el ser empático y ahí yo hago mi mea culpa que a mí el tema del acompañamiento no me agrada, para mí el acompañante en el pre parto no es de gran valor, pero para mí, pero para esa mujer si es importante tener al marido aunque el este en el celular y no sea un acompañamiento efectivo, pero si para ella es importante tener al caballero ahí, sentado ahí se quedara el caballero, y a su vez tienes ese acompañante que tú dices wow, ese acompañante se instruyó, él trabajó, le hace masajes, se preocupa del bebe, entonces tampoco puedes generalizar de que todas las mujeres van a pasar el mismo proceso o que todos los acompañantes van a pasar el mismo proceso o que todos los bebés van a pasar el mismo proceso, si en el fondo el parto lo decide él bebe no la matrona, ni la mama ni el acompañante, es él bebe el que decide cuando inicia su trabajo de parto, cuál va ser su vía de parto y cual va ser su resolución, yo creo que ahí nos falta trabajar, ahí estamos un poco al debe en general. Por eso, también hay que cambiar los paradigmas porque viene una generación nueva con creencias e ideales diferentes, que quieren vivir su proceso de parto de otra manera y hay que actualizarse si o si y como matronas ahí tenemos mucho trabajo. Nosotras que somos más antiguas, generación sobre los 40, trabajamos otros paradigmas en la universidad, ósea cuando yo fui interna hace muchos años atrás no hacer episiotomías en primigestas me valió reto en algunos

hospitales, ahora yo a una interna que saque un periné sin episiotomía y que tampoco tenga una lesión mayor del periné, pucha es genial, porque maneja super bien su trabajo en el proceso de protección del periné durante el parto. Ahora, aprendimos por ejemplo en la pandemia a ocupar otras cosas que antes no ocupábamos como el calor, por ejemplo, el calor perineal, suerito tibio que tenías a mano porque anestesiólogo no teníamos, pero necesitábamos relajación del periné se utilizaba suerito tibio, que es fácil de acceder, no se necesita mayor cosa que compresas y listo, lo puedes hacer y presentárselo a la mujer.

¿Cuáles desafíos considera usted que se enfrentan como hospital para la implementación de las recomendaciones? ¿Cómo visualiza la implementación de las recomendaciones de atención de parto humanizado en otros turnos?

M3: Yo creo que el tema del trabajo de parto respetado y la atención durante el trabajo de parto, yo creo que es el gran desafío que tenemos todos, el mantenerlo reactualizarlo para una realidad que se va a mantener en el tiempo. Y en el hospital nuestro, yo creo que el gran factor como en contra es que nos falta muchas veces el espacio físico, porque en el fondo en el hospital, la maternidad nuestra no cuenta como con lugares para volver a implementar, sería ideal como el mantener el parto respetado y la privacidad el contar con salas SAIP como lo tienes otros hospitales regionales, por ejemplo el Fricke, nosotros tenemos un hospital antiguo que nunca tuvo maternidad, la maternidad nuestra nunca existió dentro del hospital Van Buren, luego después del terremoto cuando el hospital Deformes se derrumbó, entonces la maternidad siempre ha sido como que se ha adaptado a los espacios que le han dejado, pero ahora por ejemplo que tuvimos que readaptar otros espacios, tuvimos que sacrificar muchas cosas y ahí estamos como al debe, el tener por ejemplo cubículos un poco más amplios, que nos permitan que esta mujer se pueda mover, que nos permitan que el acompañante pueda estar más cómodo, pero que a su vez, nos permitan trabajar seguros y tranquilos, pero ahí pasa por un tema institucional, no quizás de la gestión, sino que del recurso espacio físico que tienes y que eso desgraciadamente no

lo puedes cambiar, a diferencia de que las personas las puedes cambiar, puedes trabajar con ellos, puedes ir visualizándolo, le puedes ir mostrando testimonios de las mismas embarazadas e incluso las mismas embarazadas te van retroalimentando de acuerdo a sus experiencias. Yo jamás en mi vida había hecho algo tan simple como hacer una impresión de placenta con pintura, y esta semana lo hice después de muchos años y la señora quedo feliz, y con eso tú ves que para ella era importante tener un recuerdo de su placenta, entonces aprendimos una técnica que nos enseñó otra colega y la usuaria se fue feliz y muy significativo para su parto porque en el fondo respetamos su decisión de llevarse su placenta y que quedara con un recuerdo y eso lo puedes implementar, son cosas fáciles, pero el tema espacio físico y el equipo de trabajo que te va generar esa resistencia de tener un parto respetado, porque muchas veces estamos acostumbrados a vivir en la misma vorágine de cosas diarias, el que llega la mujer, en que tres o cuatro personas en que en su vida había visto le pone el aparato de presión, el monitor, le colocas una vía, y a veces se nos va el presentarnos, que es algo que se puede trabajar, y eso hay que hacerlo día a día, de pequeñas cosas a largo plazo lo puedes hacer porque el equipo humano lo tienes, pero el espacio físico en el hospital Van Buren es lo que te juega en contra muchas veces. Eso es lo fome, porque, por ejemplo, no puedes tener tantas personas juntas porque te queda muy poco espacio para hacer tu pega o tienes que re adaptar espacios para otras cosas y desplazar gente, tienes un personal de salud altamente capacitado, tienes matronas que manejan patologías que probablemente en otros hospitales no las manejan, y tienes una relevancia a nivel regional importante, pero es como lo que más te puede topar ahí. El personal técnico que tiene el hospital es maravilloso, ósea, tienes para armar equipo de pabellón en una urgencia en cinco segundos, pero lo físico es lo que nos juega en contra ahora, y ahí a lo mejor pensar en que el hospital se va a renovar en algún momento, trabajar con planos nuevos con este modelo ya como establecido como política para todas las señoras del hospital, eso creo que es como lo que falta más, porque con el resto de cosas contamos, como con balones, con respecto a espacios más privados tenemos al menos

cortinas que años atrás no lo teníamos, pero, nos falta a lo mejor una sala SAIP, el resto se puede trabajar siempre.

Para finalizar, ¿le gustaría agregar algo que nos podría aportar en la investigación, ya sea algo que no hemos mencionado o si quiere retomar algún punto que hablamos anteriormente?

M3: Yo creo que la matrona en ese sentido trabajamos en un rol en el parto complejo, porque trabajas muchas veces con equipos médicos que no están actualizados, y a su vez, con equipos que quieren hacer muchas cosas, entonces, como que muchas veces te conviertes en el jamón del sándwich, como que quieres hacer mucho, tratas de hacer mucho, pero te presionan por muchas partes, entonces el estrés yo creo que del equipo de salud y de las matronas que trabajan en el hospital en este momento yo creo que es alto, estamos con una alta carga asistencial todavía, bajamos un poquito los niveles de temor o previos que teníamos al inicio del COVID, pero si aun las matronas de parto estamos altamente expuestas a manejar complejos escenarios, yo creo que por ahí hay que tomar en cuenta ese sentido de lo que es el trabajo de la matronería y que desgraciadamente o afortunadamente somos la mayoría mujeres, y las mujeres tenemos mucho trabajo además del trabajo laboral, entonces ahí a lo mejor tenemos que trabajar en el tema del autocuidado. Las matronas a nivel terciario somos complejas, trabajamos mucho, queremos tener todo dominado, pero eso es como mal de nosotras no más. Las generaciones antiguas estábamos muy acostumbradas a ser las hijas del rigor, la universidad poco más te decía que tenías que llegar arrastrándote, pero tenías que llegar, y dejamos muchas veces el autocuidado de lado. En el COVID lo primero que estaba dentro de los cursos que uno hacía era que tu autocuidado era lo primordial, ósea, aunque tuvieras una urgencia tu tenías que entrar cuidada, pero abordando la parte física, pero yo creo que los equipos ahora están en un proceso de decantar, yo creo que va a haber un episodio de estrés post pandemia, que va a ser complejo de manejar, porque hubo muchos equipos que se vieron muy afectados.

Bueno en relación a lo que ha planteado, agradecemos su disposición y participación, es de suma importancia para el fortalecimiento de la profesión, poder visibilizar el rol de la matronería, que incluso durante la pandemia pudo enfrentar estas adversidades y así poder empoderar a seguir adelante, avanzando, con la implementación del parto humanizado, y que esto nos sirva para demostrar que, si hay obstáculos, sabemos que podemos esforzarnos para llevar a cabo lo que queremos lograr.

Si a usted le gustaría recibir los resultados de la investigación, nos pondremos en contacto.
¡Muchas gracias!

Anexo 6.4: Entrevista M4

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Código alfanumérico: M4

Años de trabajo en el servicio: +/- 12 años

Fecha: 20-10-2022

Hora de inicio: 10:30

Hora de término: 10:58

Estudio: "Desafíos para la Matronería en la atención humanizada del parto, en el contexto de la Pandemia por COVID 19"

Buen día/Buenas tardes, mi nombre es Valeska Marín, me encuentro con mi profesora guía Alejandra Muñoz y mis compañeras Fernanda Cavieres, Javiera Céspedes, Daniela Peñafiel y Sofía Torrealba. Somos estudiantes de 4° año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso y estamos trabajando en nuestra tesis para optar al grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura.

El propósito de este estudio es aportar al conocimiento sobre el estado de implementación de la atención del parto humanizado, a través de la descripción de los desafíos a los que se enfrenta el profesional Matrón (a), ya sea, para la implementación y/o mantención de estrategias, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, pese a los obstáculos impuestos por la actual crisis sanitaria.

El objetivo general de nuestro proyecto conocer las estrategias que se implementaron durante la pandemia por COVID-19 en la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren; mientras que los objetivos específicos son conocer el estado de implementación de la atención del parto humanizado en la Unidad de este hospital según las recomendaciones de la OMS durante el período de pandemia e

identificar los desafíos que surgieron para el profesional de matronería en la atención de parto humanizado durante la pandemia COVID-19.

Desde el punto de vista ético, es importante considerar que esta entrevista será grabada, en este caso solo se grabará la voz, y será resguardada en un disco duro exclusivo para la investigación.

Los datos obtenidos serán utilizados para el análisis y desarrollo de la presente investigación. Además, podrían ser presentados en algún congreso o enviado a una revista para publicación científica, cautelando la protección de identidad en todo momento, ya que se utilizará un código alfanumérico en lugar de su nombre y apellido, por lo tanto, solo nosotros conoceremos su identidad. Su código es: M4

Esta investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

Antes de comenzar la entrevista, ¿nos puede decir cuántos años ha trabajado en la Unidad de Pre Parto - Parto del Hospital Carlos Van Buren?

M4: 23 años trabajando en el hospital, y la mitad de ese periodo en prepartos en forma intercalada.

Para contextualizar la base de nuestro estudio, nos enfocaremos en la Organización Mundial de la Salud, la cual estableció recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva. Estas son: trabajo de parto respetado y atención durante el parto, apoyo emocional de un acompañante de su elección, comunicación efectiva de parte del personal, estrategias para el alivio del dolor, vigilancia regular del trabajo de parto, documentación de eventos, auditorías y comentarios, ingesta de líquidos y alimentos por

vía oral, movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto, plan de derivación preestablecido y continuidad de la atención.

¿Cómo ha sido su experiencia respecto a estas recomendaciones? ¿Las conoce?

M4: Mi experiencia en el hospital es que dentro de los recursos que se tienen se han intentado abarcar la enormidad de recomendaciones, hay muchas cosas que pasan por voluntad del funcionario, como hay otras que deben protocolizarse.

Por ejemplo, ingesta de agua, la parte del acompañante se fue protocolizando en base al COVID, al principio no entraba nadie, después se fue flexibilizando y podía entrar solo un acompañante. Al principio el acompañante solo podía estar en la asistencia del parto, luego se fue extendiendo un poquito y fue durante el trabajo de parto y parto. Y ahora actualmente aumentó la cantidad de siempre y ya hay visitas, entonces ha ido fluyendo en base a cómo ha ido avanzando la pandemia. Porque antes de la pandemia era todo, podían estar en trabajo de parto, parto, puerperio inmediato, tenían visita continua y eso es lo que se está volviendo a lograr ahora, pero durante estos 2 casi 3 años ha ido paulatinamente dependiendo como se ha dado la pandemia.

Referente a las posturas y posiciones tenemos diferentes instrumentos que nos permiten ayudar a lo que es la analgesia del dolor como los balones, las lentejas, el maní, infusiones con aroma, guateros, etc. Pero todo eso depende de la persona que esté acompañando a la paciente.

Nosotros como hospital tenemos una afluencia de gente muy importante, entonces tener la exclusividad de una matrona por paciente no es siempre factible, aunque se trate, por la cuantía de trabajo que tenemos

No es continuo como en otros hospitales, dependiendo de la sobrecarga que tengamos yo puedo estar en todo el trabajo de parto y finalmente termina otra colega atendiendo el parto, pero eso no significa que sea impersonal.

Generalmente entra la persona que ella desea, se le pregunta quién elige ya que esa persona no puede volver a salir.

La comunicación efectiva por parte del personal yo encuentro que eso fluye muy bien, es diverso por una cosa de manejo emocional de cada uno de nosotros.

En cuanto a las estrategias para el alivio del dolor están las terapias alternativas que ya nombré antes como el balón los cambios de posición, guateritos y además las conducciones anestésicas, dependiendo si es que ella lo desea y si es que tenemos la disponibilidad de anestesistas, ya que aunque seamos el hospital base de la región no tenemos anestesista, entonces contamos solo con la buena voluntad del anestesista de turno que ve todo lo que fluye a nivel hospitalario, entonces ellos se hacen su tiempo para venir a entregar analgesias, pero no tenemos un staff de médicos anestesistas para la maternidad.

La vigilancia es regular, siempre hay alguien, la documentación del trabajo de parto está intrínseco, nosotros funcionamos con un sistema de registro donde todo lo que hacemos debemos anotarlo, lo que no se anota no se hizo.

La ingesta de líquido y alimentos por vía oral en pacientes que van a cesárea no aplica ninguna de esas dos alternativas, pero las pacientes que están en trabajo de parto está comprobado que, si pueden alimentarse e ingerir líquidos, siempre liviano.

Nosotros contamos con un espacio bastante reducido, con respecto a la movilidad durante el trabajo de parto, nuestro hospital cada vez está quedando más pequeño, entonces en espacio asistencial muy pequeño, entonces en ese espacio tan pequeño tratamos de dar la mejor facilidad para la movilidad, pero no es muy extenso, lo que sí se puede hacer es jugar

con ciertas posiciones, moverse en el contorno de su unidad que están muy juntas con otras.

La continuidad de la atención yo asumo que es expedito, después que la paciente se va de alta evidentemente ella se va muy bien educadas desde acá para que sigan con su proceso en atención primaria en el consultorio, pero a veces no fluye bien por diferentes índoles, porque la paciente no capta bien la indicación, o no se supo explicar bien, entonces en ese sentido hay que tener mucho cuidado.

¿En cuánto a estas recomendaciones, cuales se implementaban en su servicio previo a la pandemia de COVID-19?

M4: Todas, y ahora se están restableciendo más a cabalidad por una cosa de que tenemos más apertura a recibir más gente.

¿Cuáles de las recomendaciones se vieron más afectadas producto de la pandemia por COVID-19?

M4: El acompañamiento de las parejas, que fue fluyendo de a poco, se intentó siempre tratar de que las pacientes estuvieran muy acompañadas, pero hasta el día de hoy una paciente que es COVID (+) no puede estar con su pareja al lado, tiene que estar sola, a menos que tenga a alguien que la acompañe pero que no esté con ella. El apoyo emocional siempre se da y eso depende netamente del equipo, por eso comentaba que hay muchas cosas que dependen de la voluntad del personal que está atendiendo la usuaria.

¿Qué desafíos considera usted que surgieron para la implementación de la atención humanizada de parto durante la pandemia por COVID-19?

M4: Yo creo que no solo a nivel pandemia, sino que es un desafío permanente, siento que igual dentro de las ganas y el empeño siento que es un tema que está en pañales, se tratan de hacer muchas cosas, pero no todo el equipo se quiere sumar a lo que se quiere lograr,

esa parte es un poco compleja, y no es un tema de pandemia, es un tema de resistencia social, siento yo.

¿Puede contar sobre algunas estrategias que fueron implementadas para hacer frente a estos desafíos, ya sea en su turno o si tiene conocimiento de los otros?

M4: se dio mucho énfasis a la parte de humanización del parto en general, evidentemente hay muchas personas que se embarcan con el asunto y muchas otras no. Se han implementado actividades como impregnar la placenta en algún lugar específico, que la mamá tenga la posibilidad de escribir alguna cosa, en mi turno tratamos de que continuamente estén acompañadas de una persona significativa. Esas son cosas que mueven un poco a la humanización del parto.

¿Cuáles recomendaciones considera que se pueden retomar actualmente?

M4: Todas estas recomendaciones están retomadas nunca se han dejado, han disminuido en cuantía por una cosa de aforos, ahora se están tratando de retomar para ampliar los tiempos, pero nunca se han dejado, siempre han sido funcionales.

¿Cómo ve al equipo de salud, en cuanto a su disposición para poder implementar estas recomendaciones?

M4: Lo que te decía, hay una resistencia permanente, el programa es precioso, pero son pocas las personas que se embarcan en el programa, yo creo que influyen muchas cosas como el estrés que ha generado la pandemia en el equipo de salud, las condiciones físicas actuales tampoco son óptimas para desempeñar como lo plantea la OMS. Muchas veces atentamos contra la privacidad de la usuaria por no tener un espacio físico adecuado y eso ya se escapa de nuestras manos, por más que uno quiera tratamos de resolver en cuanto a estructuras e insumos que hay que ir improvisando sobre la marcha para poder dar la atención que corresponde, hay una falta de recursos y personal.

¿Cuáles desafíos considera usted que se enfrentan como hospital para la implementación de las recomendaciones?

M4: Estructura física, estructura más amplia, dotación de técnicos y profesionales adecuados para la atención, eso es lo que se necesita, la gente tiene muchas ganas, yo lo veo en nuestra mater que independiente de que hay gente que esta reticente siempre hay gente que está sumando, pero estamos remando contra la corriente constantemente si no tenemos un anestesista que nos acompañe y estamos con una paciente horas en trabajo de parto sin anestesia gritando y nosotras atadas de manos porque no podemos hacer nada, evidentemente cae sobre nosotros porque la paciente asume que eres tú la culpable o el equipo que está presente tratando de contenerla pero se escapa de nuestras manos, pero es difícil que la gente lo pueda entender también, por ejemplo un papá que está de acompañante y ve que su señora grita y está desesperada, es difícil contener y bajar las revoluciones. Eso es lo que yo mejoraría considerablemente para tener realmente una mejora si no, no tenemos como.

Para finalizar, ¿le gustaría agregar algo que nos podría aportar en la investigación, ya sea algo que no hemos mencionado o si quiere retomar algún punto que hablamos anteriormente?

M4: No, pero más que nada agradecerles por la instancia que se da para expresar desde la realidad como se ha vivido esto y el desgaste que ha significado para el equipo en general tratar de cumplir a cabalidad todos estos puntos que son relevantes para que la paciente tenga un historial positivo en su mente del nacimiento de su hijo, no ha sido fácil y sigue siendo cuesta arriba, así que se agradece que por último esto sirva como catarsis de lo que vivimos constantemente.

Bueno en relación a lo que ha planteado, agradecemos su disposición y participación, es de suma importancia para el fortalecimiento de la profesión, poder visibilizar el rol de la matronería, que incluso durante la pandemia pudo enfrentar estas adversidades y así poder

empoderar a seguir adelante, avanzando, con la implementación del parto humanizado, y que esto nos sirva para demostrar que, si hay obstáculos, sabemos que podemos esforzarnos para llevar a cabo lo que queremos lograr.

Si a usted le gustaría recibir los resultados de la investigación, nos pondremos en contacto.

¡Muchas gracias!

Anexo 7: Análisis de variables

Reconocer el estado de implementación de la atención del parto humanizado en la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren según las recomendaciones de la OMS previo al período de pandemia por COVID -19.	Identificar los desafíos que surgieron para el profesional de matronería de la Unidad de Pre Parto y Parto del Hospital Carlos Van Buren en la atención de parto humanizado durante la pandemia COVID 19.
Apoyo emocional de un acompañante de su elección M1: "El acompañante también desde que estoy, siempre se ha permitido que el acompañante entre y la persona que elija la paciente." M2: "En cuanto al acompañamiento, al menos en mi turno eso siempre se ha hecho desde el principio, tratamos de que eso se hiciera, si se tenía a una paciente que estuviese sola en el preparto del momento uno siempre se trata de facilitar el acompañamiento de la persona significativa." M3: "El tema del acompañamiento se lleva ya hace mucho tiempo..." M4: "Antes de la pandemia era todo, podían estar en trabajo de parto, parto, puerperio inmediato, tenían visita continua."	Infraestructura M1: "...Y lo que más nos molesta y lo que nos hace todo muy difícil lo del movimiento y el acompañamiento, es el espacio, estamos muy chicos, entonces si se quiere sentar 3 personas en el balón kinésico, no alcanza el espacio, tienes que ir eligiendo porque el espacio está muy pequeño..." M2: "Yo creo que algo que nos hizo ver la pandemia, es la modificación del recurso físico, porque el tener como lugares más privados para la atención es fundamental, eso aun no lo logramos al 100 porque tenemos dos salas integrales, que ahora se están ocupando más como aislamiento que como salas de parto integral en sí, y eso porque falta personal." M3: "En el hospital nuestro, yo creo que el gran factor como en contra es que nos falta muchas veces el espacio físico, porque en el fondo en el hospital, la maternidad nuestra no

		cuenta como con lugares para volver a implementar, sería ideal como el mantener el parto respetado y la privacidad el contar con salas SAIP como lo tienes otros hospitales regionales...” M4: “Muchas veces atentamos contra la privacidad de la usuaria por no tener un espacio físico adecuado y eso ya se escapa de nuestras manos, por más que uno quiera tratamos de resolver en cuanto a estructuras e insumos que hay que ir improvisando sobre la marcha para poder dar la atención que corresponde, hay una falta de recursos y personal.”
--	--	--

Comunicación efectiva de parte del personal	M1: "La comunicación del personal depende un poco del turno, porque depende de las personalidades de quienes trabajan..." M2: - M3: "La comunicación efectiva por parte del personal de salud se trata de mantenerlo el mayor tiempo posible." M4: "La comunicación efectiva por parte del personal yo encuentro que eso fluye muy bien, es diverso por una cosa de manejo emocional de cada uno de nosotros."	M1: "Yo creo que el 90% está muy dispuesto y cumple, pero hay un par por ahí que de repente es medio reticente, pero es porque son así." "Lo difícil es el tema médico, entre anestesistas y ginecólogos, que de repente, nos dicen "no, tiene que estar en ayuno", y en realidad, es contraproducente el ayuno en el trabajo de parto." M2: "La falta de personal y la falta de infraestructura, son los grandes desafíos. Pero el personal que llega o el que ya está en el servicio, es importante que venga con ese cambio de pensamiento que en el fondo es para estar de forma personalizada y atento a cierta cantidad de usuarias, que en estricto rigor no deberían ser más de dos, si bien aumentó la dotación yo creo que para llegar a un estándar óptimo aún falta." "Lo que falta es un poco de motivación de todo el equipo y conocimiento o empaparse más de todo lo que esto significa, pero a nivel general no solo el equipo de matronería sino también los TENS y el equipo médico." M3: "El equipo de trabajo que te va a generar esa resistencia de tener un
--	--	---

		parto respetado, porque muchas veces estamos acostumbrados a vivir en la misma vorágine de cosas diarias, el que llega la mujer, en que tres o cuatro personas en que en su vida había visto le pone el aparato de presión, el monitor, le colocas una vía, y a veces se nos va el presentarnos, que es algo que se puede trabajar, y eso hay que hacerlo día a día...” “El recurso por ejemplo, medico de turno, de los que es obstetra o anestesiólogo es más restringido, es menos, desgraciadamente muchas veces el hospital cuenta con un solo anestesiólogo...” “Dentro del equipo fuimos también estableciendo otros roles, por ejemplo, sabíamos que era importante para la mujer a lo mejor hacer una videollamada o llamada apenas terminara el parto, con el apego inmediato...” “Tuvimos un aumento de una matrona por turno y eso se sintió mucho, tienes más gente para trabajar” M4: “Hay una resistencia permanente, el programa es precioso, pero son pocas las personas que se embarcan en el programa, yo creo que influyen
--	--	--

		muchas cosas como el estrés que ha generado la pandemia en el equipo de salud, las condiciones físicas actuales tampoco son óptimas para desempeñar como lo plantea la OMS.” “Yo lo veo en nuestra mater que independiente de que hay gente que está reticente siempre hay gente que está sumando, pero estamos remando contra la corriente constantemente si no tenemos un anestesista que nos acompañe...” “Hay muchas cosas que dependen de la voluntad del personal que está atendiendo la usuaria.”
--	--	---

Estrategias para el alivio del dolor	M1: "Tenemos cajas de esencias, aceites, balón kinésico, lenteja de parto, maní de parto... Las estrategias para el alivio del dolor también, los aceites, aromas, el difusor, también estaba de antes." M2: "En las estrategias de alivio del dolor, tenemos estas herramientas como lo es el balón, guateros, aromaterapia, música que eso siempre ha estado implementado." M3: "Y, estrategias para aliviar el dolor las hemos tenido hace mucho tiempo, en ese sentido el hospital Van Buren fue pionero..." M4: "Están las terapias alternativas que ya nombré antes como el balón los cambios de posición, guateritos y además las conducciones anestésicas, dependiendo si es que ella lo desea y si es que tenemos la disponibilidad de anestesistas..."	M1: "Tratar de contener todo el rato para que no sintiera esa sensación de soledad cuando está naciendo tu hijo. Eso era lo más difícil, que hubiera acompañamiento para las chicas por parte de nosotros y después que se nos permitió usar el celular que nos pasaron del hospital, que igual fue una buena idea, porque las mamás que tenían COVID y les hacían cesáreas prematuras para poder intubarlas, era como el último momento que tenía el acompañante de verla como despierta y embarazada, y eso fue lo más difícil, tratar de que las chicas no estuvieran solas." "Dejaron acompañar durante el trabajo de parto a las personas que tenían pase de movilidad y ahora ya no se exige pase de movilidad y se puede acompañar a la paciente." "Si teníamos 3 pacientes, nos teníamos que turnar, un ratito cada paciente con su acompañante porque no podíamos tener los 3 acompañantes adentro..." M2: "Bueno la estrategia global, que es un poco de lo mismo, se cambió el pre parto, tenemos dos salas integrales, tenemos una matrona más en turno y
---	--	---

		eso nos permite distribuirnos mejor. Como estrategia en mi turno, es como bien receptivo a tener colegas nuevos y tratar de acogerlos al sistema que tenemos, nuestro sistema no es estar en lugar fijo, sino que estamos rotando, entonces eso hace que uno vaya generando empatía con los colegas que están en los otros pisos. También en la pandemia nos adaptamos o nos quedábamos con colegas nuevos para tratar que siguieran el mismo sistema.” M3: “Tuvo que rehabilitar todo, por ejemplo, perdías la comunicación cara cara porque estabas con antiparras, ocupabas casco, entonces la mujer no te podía ver a ti, yo encuentro que era muy traumático para la mujer porque llegaba a una sala donde generalmente eran dos personas, la matrona y su TENS que entraba pero no te veía ni siquiera las manos, no había contacto físico con nadie...” “Yo creo que el tema del trabajo de parto respetado y la atención durante el trabajo de parto, yo creo que es el gran desafío que tenemos todos, el mantenerlo reactualizarlo
--	--	---

			para una realidad que se va mantener en el tiempo..." M4: "Ya se escapa de nuestras manos, por más que uno quiera tratamos de resolver en cuanto a estructuras e insumos que hay que ir improvisando sobre la marcha para poder dar la atención que corresponde, hay una falta de recursos y personal."
Vigilancia regular del trabajo de parto, documentos de eventos, auditoría y comentarios	M1: "La vigilancia siempre ... todo esto estuvo de antes, de antes de la pandemia." M2: - M3: - M4:" La vigilancia es regular, siempre hay alguien, la documentación del trabajo de parto está intrínseco, nosotros funcionamos con un sistema de registro donde todo lo que hacemos debemos anotarlo, lo que no se anota no se hizo."		

Ingesta de líquido y alimentos por vía oral	M1: “Lo más difícil es lo de la ingesta de líquidos y alimentos, porque a las señoras nosotros le damos su comida y agua, pero llega el anestesista y nos ve con la comida encima de la mesa de la señora y tenemos que esconderla porque a ellos no les gusta que las pacientes coman y se alimenten durante el trabajo de parto, para ellos deben estar en ayunas...” M2: “Respecto a la ingesta de líquido y alimento yo también creo que es algo que ha costado que cambie sobre todo por los anestesistas, por eso a veces ponen en duda la administración de la anestesia” M3: “Con respecto a la ingesta de líquidos estamos como al debe por un tema de que muchas veces las pacientes que están con trabajo de parto hay anestesistas o médicos de turno que no les gusta que la mujer tome líquidos o que coma, y ahí estamos un poco al debe, hay una falta de actualización quizás de algunos protocolos, pero generalmente, se ve que en los anestesiólogos más jóvenes ellos si permiten la libertad de movimiento con las anestesias y		
--	--	--	--

	libertad de ingestas o de agua, como que ya no hay problema en ese sentido..." M4: "La ingesta de líquido y alimentos por vía oral en pacientes que van a cesárea no aplica ninguna de esas dos alternativas, pero las pacientes que están en trabajo de parto está comprobado que, si pueden alimentarse e ingerir líquidos, siempre liviano."		
Movilidad en el trabajo de parto y posición de su elección en el parto	M1: "Tenemos balón kinésico, lenteja de parto, maní de parto, que son elementos que nos permiten posicionar a la paciente que está anestesiada, no solamente mantenerla acostada..." M2: - M3: "En el hospital trabajamos el tema de libre movimiento." M4: "Con respecto a la movilidad durante el trabajo de parto, nuestro hospital cada vez está quedando más pequeño, entonces en espacio asistencial muy pequeño, entonces en ese espacio		

	tan pequeño tratamos de dar la mejor facilidad para la movilidad, pero no es muy extenso, lo que sí se puede hacer es jugar con ciertas posiciones, moverse en el contorno de su unidad que están muy juntas con otras..."		
Plan de derivación preestablecido	M1: - M2: - M3: "Los planes de derivación están establecidos con los hospitales de base que en nuestro caso es el del San Antonio." M4: -		
Continuidad de la atención	M1: "La continuidad de la atención, desde que llegué siempre ha sido, nos repartimos las usuarias, yo me quedo con ella, le hago el trabajo de parto, le atiendo el parto, el puerperio inmediato, la traslado al piso, eso siempre ha sido así." M2: "Hay que considerar que la atención no solo es de la matrona influye mucho lo que es el área médica, los paramédicos..." M3: "La continuidad de la atención también tratamos de hacerlo dentro de la carga asistencial"		

	M4: “No es continuo como en otros hospitales, dependiendo de la sobrecarga que tengamos yo puedo estar en todo el trabajo de parto y finalmente termina otra colega atendiendo el parto, pero eso no significa que sea impersonal.”		
--	--	--	--