

ANEXOS

Anexo N 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA SEMI ESTRUCTURADA SOBRE PARTO HUMANIZADO

Fecha: _____

El objetivo de este documento es brindarle a usted toda la información relacionada con la solicitud de permitir la divulgación en medios científicos de los datos de la encuesta sobre parto humanizado.

El Congreso de la República de Colombia en su proyecto de ley 063 del senado del año 2017 y el primer debate 244 de la cámara en el año 2019; promulgan que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, que titulan como: “ley de parto digno, respetado y humanizado, por medio del cual se garantizan los derechos de la mujer, en el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, duelo gestacional o perinatal” el propósito de esta entrevista es conocer sus opiniones, sensaciones y vivencias relacionadas con este tema en su práctica diaria como especialista de obstetricia en el Hospital Universitario San Ignacio.

Es importante comentarle que esta entrevista es confidencial, con una duración aproximada de 30 mn.

Para poder acceder a los datos de su entrevista, analizar el caso y reportar los datos y resultados de este análisis, en un contexto académico y científico, es necesario que usted autorice el uso de estos datos. Con este propósito se elaboró un consentimiento informado, el cual debe leer y comprender. Todas las inquietudes respecto al uso de los datos serán resueltas por el profesional que le entrega este documento. Si está de acuerdo con el uso que se dará a los datos, puede expresar su autorización mediante la firma de este formato de consentimiento.

Todas las disposiciones del presente documento se interpretarán de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 (Habeas Data) y la normatividad vigente aplicable sobre la materia, así como los parámetros definidos por parte del Comité de Investigación y Ética de la Pontificia Universidad Javeriana.

Anexo N 2

Entrevista semiestructurada sobre parto humanizado

Introducción:

Los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de atención en salud Materno Perinatal del ministerio de Salud de julio 2018 (RIAS), promulgan la atención de parto humanizado a toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto,

El propósito de esta entrevista es conocer sus opiniones, sensaciones y vivencias relacionadas con este tema en su práctica diaria como especialista de obstetricia.

Es importante comentar que esta entrevista es confidencial, con una duración aproximada de 30 mn.

Fecha:
Hora:
Lugar (ciudad y sitio específico):
Entrevistador:
Entrevistado
Nombre:
Edad:
Género:
Puesto:
Dirección:

Preguntas

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?
2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?
3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?
4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?
5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda? ¿Nota cambios en su relación médico paciente cuando no se cumplen las peticiones de las pacientes?
6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta?
7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?
8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

Anexo N 3

ENTREVISTAS REALIZADAS A OBSTETRAS QUE LABORAN EN DISTINTAS INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

1. DOCTOR DA

14 de julio 12 am

43 años

Gineco obstetra del HUSI

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

Conjunto de actitudes y actividades, necesarios para brindar la mejor calidad en la atención posible, teniendo empatía y dando soporte emocional en la atención de parto.

2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

Aún no estamos preparados, tampoco en infraestructura. Estamos muy crudos en personal para brindar apoyo en algunos puntos claves como por ejemplo la deambulación, anestesia y adoptar la posición que desea para el parto. El exagerado paternalismo médico no nos ha permitido realizar un cambio en el esquema mental en la atención, porque creo que si es viable por ejemplo el cambio de posición.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

Lo fundamental es el cambio de actitud de los médicos. El gremio piensa más en la comodidad del médico y el hecho de los cambios de estereotipos o el pensamiento de cambiar el esquema mental de cómo realizar la atención no es fácil de transformar, hay que trabajar mucho en esto.

Es un cambio viable, pero necesita más trabajo, el elemento no viable en Colombia es la unificación de los beneficios en todos los estratos.

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?;

Las pacientes desean deambulación, que es difícil por la infraestructura. Dar la dieta en esas inducciones largas, trae no solo un cambio en el esquema de atención, por parte del ginecólogo y de los anestesiólogos.

¿Podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

Es increíble que no haya agua tibia para la higiene de la paciente, se necesita un cambio de actitud y además inversión.

A nivel nacional no se debe estar cumpliendo las RIAS, como se hace en algunas clínicas y hospitales supervisados en Bogotá.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento

de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

¿Nota cambios en su relación médico paciente cuando no se cumplen las peticiones de las pacientes?

Definitivamente las RIAS le da a la paciente demasiada autonomía.

El límite se logra cuando se tiene una relación médico paciente adecuada, ya que la paciente entiende hasta dónde llega su intervención y cuando lo define el médico. Esto es fácil si se ha visto al paciente en controles prenatales.

Dejar claro como es la forma de atención, si la paciente no admite las intervenciones que se sugieren con previa explicación y exigen que se haga solo lo que ella diga; quiere decir que no acepta los riesgos explicados, por lo que debería cambiar de obstetra.

Comenta, el ejemplo de una paciente con partera, que presenta un sufrimiento fetal, se le aconseja cesárea y la paciente inicialmente dijo que tomaba la conducta de parto que aconseja la partera. Entonces la obstetra se retiró y le dejó la responsabilidad a la partera. A los 15 min la llaman porque continua con desaceleraciones, finalmente la ópera.

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta?

Es muy incómodo, en hospital es más fácil que se dañe la relación médico paciente, porque solo nos conocemos en el momento de parto, es más sencillo porque hay mayor comunicación y más estable la relación con las pacientes de prepagadas.

Se intenta conciliar, cuando la paciente se pone terca y obstinada es difícil, pero la mayoría de las veces se logra.

Cuando el parto está en segunda fase, en el expulsivo, el feto puede estar comprometido lo que me genera angustia.

Ya no se puede decir, aunque sea cierto, que si no puja hay que instrumentar, porque eso según la norma y las pacientes es deshumanización.

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

No se les debería dar tanta autonomía a la paciente porque al final la responsabilidad es médica; y las pacientes no tienen el conocimiento suficiente.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

Es todo lo que pueda agredir a la materna, ya sea verbal y física. La forma de disminuirlo es entender, hablar y permitir estar con un familiar por que las pacientes se sienten más apoyadas.

Explicar a la paciente que a pesar de la tecnología existen efectos adversos, que no dependen del obstetra; la norma solo hace una reglamentación para fortalecer las exigencias de las pacientes, sin considerar todos los factores que implican una atención humanizada.

2. DOCTOR AP

18 de julio: 7: 43 pm

36 años ginecoobstetra del HUSI

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

Tengo un concepto que es muy amplio; la idea es que es un conjunto de actividades que mejoren la experiencia de vida de las pacientes en el parto, y estas dependen de los deseos de cada paciente que varían claro dependiendo de su entorno cultural.

Los médicos estamos limitados desde nuestra academia y en el ámbito legal, que requieren cambios de actividades y opciones para la atención.

No creo que existan partos deshumanizados, siempre intento que seamos lo más humanos posibles dentro de nuestros estándares; pero nunca es suficiente, ya que el imaginario de las pacientes en algunas oportunidades sobrepasa lo viable.

2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

Las normas son divinas e idealistas, no estamos preparados ni en infraestructura, en el personal para ofrecer el cumplimiento de las RIAS.

El paternalismo médico ha cambiado en nuestra práctica, cada vez se da más participación a la paciente, pero la norma puntualiza muchos actos que no deben ser reglamentados, porque las pacientes y sus familias lo mal interpretan, exagerando en sus exigencias.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

Se estaba implementando el manejo del acompañamiento, pero la pandemia lo frenó; este en el hospital es viable, pues ya se habían hecho algunas adecuaciones. Pero en la mayoría de los hospitales no lo es por la pérdida de la intimidad.

También, se ha avanzado en pasos de dieta.

Estrategias de manejo de dolor está contemplado como masajes u otras opciones propuestas, en las que no se ha tenido ningún acercamiento.

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

La movilidad es difícil, complicado dejar la movilización en un espacio reducido, sin vigilancia de evadir riesgo obstétrico, por la parte legal.

No ha tenido choques personales, si de pronto difíciles manejos en la parte de la movilidad más cuando las pacientes ya tienen analgesia peridural.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento

de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

Siempre debe haber un límite cuando está en riesgo la seguridad de la paciente o el bebé.

Por ejemplo, algo tan sencillo como que la paciente quiere cambiar de posición en el momento del pujo. Si la materna está sola y todo el personal está ocupado no es posible, si está acompañada seguramente será viable. Seguramente esta paciente y su familia hablarán de la deshumanización en el parto y se pierde la adecuada relación con la paciente.

Cuando llegan con peticiones exageradas, con demasiado detalle, y no es viable con nuestros protocolos, por más de que se explique no hay empatía ni adecuada relación médico pacientes.

¿Nota cambios en su relación médico paciente cuando no se cumplen las peticiones de las pacientes?

Si los actos van en contra de lo que desea la paciente la relación médico paciente se pierde y se sabe de disentimientos que han firmado sus compañeros.

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta? Inicialmente hay angustia por el riesgo de la madre y el feto, posteriormente rabia por no poder controlarlo.

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

Exagerada la autonomía que se le da a las pacientes, ejemplo no desean episiorrafia, pero esa es una decisión médica, no se realiza al azar, ni por gusto propio para contradecir a las pacientes, solo se realiza si es necesario; ya sea por un periné poco distensible, feto muy grande o por falta de pujo. Refiere que ella siente que esta es una postura paternalista, pero el riesgo lo asume el médico.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

Actualmente describen que todo es violencia obstétrica, y es exagerado, la mayoría son actos médicos que se realizan intentando el bienestar materno perinatal; claro que hay cosas que se realizan de rutina según los protocolos de cada institución; como el uso de oxitocina.

Tiene una paciente que se queja por una amniotomía en el trabajo de parto y esto es una conducta médica, lo que falta de pronto es la comunicación para que no sea interpretado como violencia.

Pero violencia en realidad es maltrato físico o emocional.

La norma no es clara para las pacientes porque la violencia, para ellas es todo lo que no está en su imaginario y sirve exclusivamente para que las pacientes que tienen la educación puedan quejarse basándose en las RIAS, no son para las pacientes de los estratos que realmente sufren la violencia.

Mi trabajo en el hospital no es lo que se vive en realidad en Colombia.

3. DOCTOR MR

21 de julio, 3 pm

35 años, Ginecoobstetra del HUSI

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

Son todas las medidas que se deben tomar en un servicio en la atención, para mejorar la experiencia, con emociones positivas, acompañamiento y con buenos resultados médicos.

2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

La ruta tiene un buen enfoque, o proyección. Pero en Colombia las cosas que tenemos para ofrecer se exceden en la ruta.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

Viable el acompañamiento de la paciente por parte de un familiar, la posibilidad de poder comer y poder caminar, la posibilidad de exponer sus deseos para la atención de su parto. No es viable permitir elementos como la canalización, no medicamentos, no intervenciones en caso de requerirse.

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

No es viable la posición para la atención que las maternas elijan por la infraestructura y las instalaciones, camas o camillas. Así como las dificultades técnicas en la atención ya que el médico debe estar cómodo y con adecuada visualización para no desarrollar daño.

No es viable la solicitud de algunas pacientes de no hacer ningún tipo de intervención médica que se encuentra en los protocolos de la institución. Ej. oxitócica, que se requiere para una inducción en la semana 40.

No uso de oxitocina, solo hospitalizada y esperar que nazca y que inicie de forma espontánea, o un trabajo de parto sin dinámica regular, no se puede eternizar en una institución hospitalaria por que se realizan más intervenciones quirúrgicas, ya porque sobrepasa los tiempos de trabajo de parto o por que la paciente se cansa, o la misma familia exige seguridad del bienestar fetal.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

El límite está en el saber que puede haber desenlaces erróneos, tanto para mama y bebe, por ejemplo, no monitorización, pienso que esto no es negociable.

¿Nota cambios en su relación médico paciente cuando no se cumplen las peticiones de las pacientes?

En la medida de que la paciente pueda entender la realidad de las cosas, si se logra tener entendimiento, seguramente será negociable o es viable. Si no se logra estaría completamente alterada la relación médico paciente

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta? Frustración, miedo de las consecuencias de no intervenir; impotencia y rabia de no tener el control.

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

Enfocar mejor las directrices, porque muchas no son viables desde instalaciones y desde personal médico disponible. Ejemplo, no hay separaciones entre camilla, y las pacientes están desnudas y no habría privacidad si hubiera acompañamiento, acá se violaría el derecho a la intimidad.

La mención de la exagerada instrumentalización, ya que no hacemos nada que vaya en contra del bienestar de la madre o el feto; algunas conductas podrían ser exageradas para algunas pacientes de bajo riesgo, pero al final cada caso es diferente y no se sabe cuál puede complicarse.

8. ¿Usted que entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

Si ayuda a disminuirla, es el maltrato en contra de una paciente, la falta de explicación y diálogo con la paciente.

La violencia son malas expresiones o críticas hacia la paciente.

4. DOCTOR AG

19 de julio 7 pm

27 años Gineco-obstetra de la Clínica Magdalena

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

Se piensa en la materna, en sus deseos particulares de la experiencia del parto, en su percepción del dolor, manejo familiar y se debe tener adecuada comunicación con la paciente y con su familia.

2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

Está bien encaminada, pero no es realizable en todos los lugares, ni en todos los partos, ni en todas las oportunidades de atención. No se puede generalizar para todas las pacientes, ya que hay muchos lugares donde esta guía no puede ser aplicada o acciones que en casi ningún lugar en Colombia han sido implementadas, como la posición que la paciente elija para el parto.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

Si llega a ser viable por la infraestructura, es buena idea el acompañamiento familiar, acción que cambió totalmente con la pandemia, perdiéndose por completo. Viable, la información médica.

Viable, el manejo del dolor.

No es siempre viable, la deambulaci3n, no es viable tener a una paciente sin canalizar, sin monitorizar.

4. ¿Desde su punto de vista cu3l es el problema de los elementos que considera no viables?; podr3a darnos un ejemplo que haya vivido en su pr3ctica diaria?

El factor econ3mico y disposici3n de espacio para tener el mismo tipo de beneficio con todas las personas.

No hay la disposici3n para explicarles a los familiares, ni entienden ellos por qu3 no se cumplen sus exigencias.

El trabajo en cl3nica Magdalena, donde no dejan entrar al familiar, pero nunca ha escuchado peticiones a la cl3nica exigiendo humanizaci3n, piensa que es porque no saben, no hay un nivel de educaci3n y tampoco educaci3n a la familia para su participaci3n.

No hay infraestructura en esta cl3nica, ni tiempo para explicaci3n por el volumen de pacientes, no hay espacio personalizado

Las pacientes no llegan con plan de parto, por el tipo de paciente: son de estratos econ3micos m3s bajos, s3lo tienen educaci3n b3sica primaria y/ o un t3cnico.

5. ¿Cu3l considera que deber3a ser el l3mite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompa±amiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducci3n de exploraciones m3dicas con un l3mite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elecci3n de posici3n por parte de la materna en el momento de parto y negaci3n o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una raz3n m3dica clara en su demanda?

Que sus decisiones no interfieran con las decisiones m3dicas, claro que sus opiniones deben ser escuchadas. Ejemplo, Me ha pasado que no se desean dejar realizar m3s tactos y terminan en una ces3rea y no un parto. Son m3s conflictivas, en esta paciente probablemente falt3 un buen entrenamiento en el curso psicoprofil3ctico, que resolviera sus dudas y expectativas previo al evento.

¿Nota cambios en su relaci3n m3dico paciente cuando no se cumplen las peticiones de las pacientes?

Si es una relaci3n m3dico paciente se hace muy conflictiva.

Los familiares m3s que las maternas discuten, se disgustan porque desean vivir del proceso del parto algunos imponi3ndose sobre el deseo de la paciente; y ahora en pandemia la falta de contacto y comunicaci3n tienen grandes efectos en una relaci3n, desarrollando una sensaci3n de insatisfacci3n en la atenci3n.

6. Con relaci3n a la pregunta anterior ¿C3mo describir3a lo que usted experimenta? Frustraci3n, ruptura de la relaci3n m3dico - paciente.

7. ¿Qu3 les gustar3a cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

Se debe mencionar y establecer que el m3dico tiene autonom3a sobre alguna conducta, la ruta no protege al tratante, da a entender que toda la autonom3a se da al paciente

Se debe adaptar la ruta a la realidad de atenci3n colombiana.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

Falta de información de la paciente, que se usen palabras agresivas, juzgar su sexualidad, palabras soeces. Uso de palabras denigrantes o se juzga su paridad o el deseo de su interrupción, etc.

La ruta si ayuda a disminuir la violencia obstétrica, pero da pie a violencia hacia los médicos.

5. DOCTOR LM

1 de agosto. 4 pm

34 años, Ginecoobstetra del Hospital San Rafael

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

Conjunto de acciones que necesita una madre para que la paciente pueda estar plena, tranquila y que cumpla sus expectativas

Que esté cómoda y tranquila.

2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

La ruta habla de muchas acciones y beneficios que optimizan los deseos de la madre, pero no nos están dando la ayuda, ni la intención alguna en ayudar a su cumplimiento. Las salas de partos en la Clínica de la mujer las cierran si no se cumplen, pero la secretaria de salud al Hospital de Kennedy ni lo visitan porque no se cumple ninguna y además no es viable cerrarlo, porque entonces donde se atiende esa población.

El propósito es bueno, pero en Colombia solo los estratos más altos tienen la posibilidad de obtener la mayoría de estos beneficios

Por ejemplo, yo trabajo en San Rafael, en esta institución casi ninguna logra analgesia en el trabajo de parto.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

Es viable el contacto piel a piel, como algunas otras acciones escritas en la norma, dependiendo de la condición clínica de la paciente y el bebé.

En San Rafael era viable el acompañamiento familiar, con pérdida de la privacidad, pero se hacía, en el trabajo de parto no siempre en el parto; con el covid este beneficio se perdió. También he vivido que algunas pacientes en trabajo de parto no desean a su esposo al lado o pelean con la ayuda que les brindan.

Por ejemplo, en San Rafael no es viable para todas anestésicas, pues solo un anestesiólogo que se encuentra en cesáreas, y usualmente no tienen la disponibilidad de tiempo en trabajo de parto.

Dar líquidos o alimentos, no es viable, no hay el recurso económico, ni personal disponible.

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

Por ejemplo, en San Rafael sin Anestesia, no se cumple la norma, porque lo más importante para la humanización es no tener dolor, elemento que no se ofrece a estas pacientes.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

La exagerada autonomía, es lo que se intenta decir en la norma, hay conductas que las pacientes deben entender, para participar.

¿Nota cambios en su relación médico paciente cuando no se cumplen las peticiones de las pacientes?

Si cambia la relación, pero la verdad la mayoría entiende cuando el médico se comunica y se toma su tiempo en explicar y escuchar.

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta? Frustración, impotencia cuando está en riesgo la integridad de su paciente. El acompañamiento familiar no siempre debe ser obligatorio, y las mujeres no solo lo exigen, sino que cuando es viable tratan de obligar al acompañante que esté presente y hay que entender que esto no es para cualquier participante.

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

No tanto cambiar, sino exigir a la universalidad que la norma se cumpla.

No deberían entrar familiares a una cesárea, para acompañamiento como se sugiere también en la norma.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

La violencia para mí son el maltrato, comentarios y juzgar; en ocasiones el médico tiene que dar órdenes porque la paciente hace un berrinche y se descontrola; si uno habla con una voz firme la paciente ya habla de violencia.

Hablar de una episiorrafia es violencia o instrumentar, esto es exagerado y fuera de contexto,

yo no creo que el trabajo del médico sea violentar a la paciente, de pronto la norma nos recuerda acciones que para la paciente son importantes, pero según mi definición la norma no está ayudando a disminuir la violencia.

6. DOCTOR CP

11 de agosto, 6 pm

Perinatología del Hospital San Ignacio

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

La paciente puede intervenir en el proceso de atención de parto, de una forma razonable, participación, enmarcada dentro de unos límites dadas por un equipo de personas y recursos.

Las RIAS son unos lineamientos generales, pero por los recursos no son totalmente aplicables. Son una aproximación al parto humanizado, con requisitos mínimos.

No todas las Eps, ni las Ips son tan estrictas, ni todas las maternas en Colombia son atendidas igual, no hay una muestra Universal de unificación de los criterios ni de los mismos beneficios.

2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

Tratar de que la gestante esté acompañada, no es viable en todas las IPS, este es un objetivo bueno, pero no es alcanzable siempre.

El apego y contacto piel a piel se logra más, pero es difícil según el volumen.

Otros: tiempo de corte del Cordón umbilical, llevarse la placenta, entendiendo que es un material biológico son conductas que dependen claramente de la decisión médica dependiendo de que suceda en el evento de la atención.

Atención domiciliaria de parto no es viable.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

Una de las barreras del parto humanizado es la estructura arquitectónica, son instituciones y edificios de muchos años de construcción, donde no es viable la individualización de atención de parto.

Tenemos un insuficiente recurso humano, que no existe para la contingencia emocional, (en Europa esa figura se llama comadrona)

Recurso logístico, porque no es viable traslado en caso de emergencia; nuestras RIAS no hablan de parto en casa, si la participación sobre la conducción y atención de parto

Ejemplo de petición no viable: ¿no quieren que les cojan una vena, que él bebe salga conectado a la placenta? No sé de dónde sacan esta idea.?

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

El límite está dado por qué no pongan en riesgo la del bebe y la de la paciente.

En Europa se hace por parte de comadrona, desde semana 36, se realiza estimulación de piso pélvico; la comadrona tiene un papel importante en el desarrollo de las emociones contenidas durante el embarazo, es la persona que tiene la disposición de tiempo y análisis para resolver los conflictos no médicos que desarrolla esta etapa de la mujer. En Colombia esto se suple con insulso curso psicoprofiláctico, donde más de 30 parejas de reunión antes presencial ahora virtual comparten conocimientos y experiencias con un tiempo limitado.

El parto humanizado inicia desde el control prenatal, pero nuestro sistema de salud no es viable. Resultado: severas alteraciones o disconfort de las expectativas de la paciente y de lo que es la realidad.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente

demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

En la consulta de alto riesgo usualmente las pacientes hacen las preguntas de sus dudas y solicitudes; lo que se hace es aclararle los que es viable en la institución y hasta donde ellas lo pueden pedir.

Luego ellas si no están de acuerdo salen y lo pelean. Logrando con esto cambios en la norma actual legal; por ejemplo, ahora la que quieren se pueden llevar la placenta, siendo un producto biológico que podría causar la contaminación, si no se maneja su desecho como tal.

Yo creo que el límite es que la conducta tomada por la paciente no afecte el bienestar de ella y su familia. y que no afecte la intimidad de las otras pacientes que comparten las instalaciones en el momento del parto

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta? Es muy raro que con el diálogo no se logre el entendimiento de la situación actual de la atención, a pesar de las expectativas de la paciente y su familia. Pero cuando la decisión de estas dos partes afecta a la integridad y salud materno perinatal, sería entonces un sentimiento de rabia e impotencia.

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

Un punto clave y que para mí sería el top de la humanización, es que fuera la misma práctica de las prepagas, o pacientes más beneficiadas de nuestra sociedad por sus recursos económicos y es tratar de conocer el obstetra que le va a atender el parto con el objetivo de haber desarrollado un conocimiento, empatía, y haber podido solucionar las expectativas, en el evento de parto.

Además, las salas de parto no tienen la facilidad locativa para desarrollar algunas de las peticiones, la mayoría de las pacientes, que para ellas parece ser fundamental en el tema del parto humanizado.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

Las pacientes entienden por violencia obstétrica no hacer lo que ellas piden, cuando la definición real para mí es no tener la empatía con la paciente, si no hay comunicación se vulneran sus derechos; porque no hubo la comunicación suficiente para explicar los procedimientos.

7. DOCTOR RC

18 de agosto, 12 pm

Gineco Obstetra del Hospital San Ignacio

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

El conjunto de acciones en la atención médica que le da a la paciente embarazada; brindar una atención digna, segura y eficaz en el parto o cesárea. Teniendo en cuenta los nuevos lineamientos; según el consenso en atención de parto, por mencionar algunos es la anestesia, no episiorrafia, dejar él bebe ligado a la madre unos minutos cuando nace.

2. Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

Tiene puntos importantes para las maternas, pero desconociendo las limitaciones de las instituciones tanto estructurales y de personal para su realización, hay puntos buenos como desear que para todas se brinde anestesia en el trabajo de parto, pero por lo ya mencionado estamos lejos de lograrlo.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

La correcta capacitación del personal médico como paramédico son la base inicial para propiciar esta implementación.

La mayoría podrían ser viables, pero con unos cambios significativos que no solo necesitan inducción del personal, sino además un gran apoyo económico, por ejemplo, que las mesas de partos sean TPR, para que la paciente pueda adoptar otras posiciones en el parto, o no sea necesario su traslado y pueda estar además con su familiar desde el inicio de la atención. Siento que no son peticiones adaptadas a nuestro país.

La mayoría de los partos en Colombia se hacen en hospitales de primer nivel, donde la limitante para la atención es toda o en Hospitales distritales, algunos los tienen en casa, que es peor.

No le parece viable la deambulación, no hay opción se viola la intimidad de otras pacientes.

No es viable la adopción de la posición que se quiera, ya que la seguridad es responsabilidad del médico.

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

La principal limitante es económica, con el modelo de atención actual no es viable masificar la atención de las RIAS, donde las maternas pueden traer sus peticiones de atención.

Tiene el ejemplo de una paciente que quería luz apagada, 2 familiares, aromaterapia, música suave, no se le pudo cumplir nada porque lo que es bueno para una paciente, viola la intimidad y el deseo de la otra; ya que se encuentran al lado la mayoría de las veces sin intimidad, no hay divisiones.

En nuestra sala de parto las pacientes tienen dolor, gritan, no son aisladas, a todas no se les puede poner anestesia, es decir que el común denominador es parto con dolor.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

Los derechos de una van hasta donde inician los de los demás, pero esto se basa en la comunicación y los límites que el médico, puede sumar y no restar los beneficios de su atención. Hay personas que aceptan y otras que no lo hacen,

más las que están mal asesoradas, pero la gran mayoría con el diálogo acceden a la intervención médica.

Si tuvo un caso de un disentimiento, en el que la paciente no aceptó la valoración sino de un solo ginecólogo, y no intervenciones, se explicó que logísticamente no eran viable, por lo que decidió asistir pagando en la institución donde se lo pudieran brindar

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta? Una paciente me exigió que por ningún motivo le hiciera episiorrafia, y por más que se le explicó que no era de rutina sino solo si lo requería no hubo entendimiento, por lo que se dañó por completo la relación médico paciente.

Me siento presionado como obstetra, el médico está dado a sus pacientes, pero lo que no puedo es darles gusto sin salir de la seguridad que se les debe brindar.

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

El modelo de salud actual es la falla más grande, la paciente nunca tiene relación médico paciente, no hay comunicación. Cada paciente debería tener un médico tratante, como debería ser la medicina preventiva.

Una relación médico paciente no se logra en 15 mn de consulta y menos en un parto donde nunca has visto al médico.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

La norma se queda muy corta para tratar la violencia obstétrica, solo incita a la prohibición de intervenciones que en algunas oportunidades son absolutamente necesarias y que por estas ya aquí descritas son violencia.

En épocas pasadas se veía más agresión emocional y verbal: la norma está haciendo que todo se convierta en un búmeran hacia el médico, por ejemplo, ¿un tacto puede doler y esto sería entonces culpa del médico? Así lo ve la paciente, como violencia

Para esto hay que tener empatía y confianza con la paciente, así de verdad hablar de una atención con responsabilidad, con conocimiento de parte de la materna y de su familia con entendimiento y aceptación, sin que sea interpretado como violencia por parte de la materna, según su mala interpretación de la norma.

8. DOCTOR CC

25 de agosto, 9:51 pm

Gineco Obstetra del Hospital San Ignacio, coordinador en Clínica Magdalena, obstetra en Clínica del Country y además epidemiólogo

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

Buscar la manera de que el parto de nuestras pacientes sea agradable, cómoda, amigable, amoroso, con conocimiento de los procedimientos a realizar, que pueda exponer sus dudas, que pueda estar acompañada por su pareja, que vea al personal de salud como un apoyo, no como una persona que va en contra de sus peticiones.

2. Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

La intención es buena, está diseñada para que se realice lo que se mencionó en el punto anterior, pero no es suficiente para que esto se esté realizando en todas

las instituciones, ya que no solo es hacer la norma sino además tener un compromiso de servicio de salud, hospitales, médicos y las pacientes. Existen muchas limitaciones según la institución, el volumen de pacientes, el espacio y entrenamiento del personal de atención ya que usualmente no es suficiente.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

El acompañamiento propicia el parto humanizado, pero no siempre es viable, depende del espacio, el volumen, la ropa para el acompañante y no hay infraestructura. Pienso que todos los puntos de las RÍAS son viables en algunas instituciones y en otras no lo son, por ejemplo, en clínica Magdalena se ha tenido que poner requisitos como exigencia para hacer el acompañamiento, se pide certificado del padre que asistió a cursos y firmas de consentimientos como requisitos, pero en Magdalena por el volumen de las maternas hace que con acompañante se pierda la intimidad de otras. No es viable que adopten la posición que desean para el parto, culturalmente algunas vienen influenciadas, pero no tenemos las camillas, es muy difícil de realizar. En otros países tienen lo necesario, en Colombia no es fácil.

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

Un problema para el acompañamiento es la ropa, el personal para entrenar a la familia.

Ha tenido anécdotas complicadas como un código rojo por que los del personal de la salud olvidaron que estaba el papá acompañando por la urgencia, y no entienden lo que pasa y luego demandan. A los anesthesiólogos les incomoda el familiar por el espacio, para su acción en caso de requerirse.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

En mi práctica particular hay solicitudes con las que no estoy de acuerdo, por ejemplo, no atiende un parto de una paciente que no acepte analgesia, porque es muy doloroso y esto va a ser un desastre, es una paciente que grita, poco colaborativa, que no se puede abordar una urgencia con la rapidez que lo requiera.

El límite es que cuando el médico debe intervenir por tener factores de riesgo materno perinatales, acá la paciente debe entender y aceptar porque ella no es la que tiene el conocimiento científico

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta?

El parto humanizado particular y la institución es muy diferente, desde la relación médico paciente. Se establecen las reglas de juego desde el principio, y la que no desea cambiar de obstetra. Claramente se les explica a las pacientes que

peticiones de su plan de parto son viables y cuáles no; por ejemplo: Para el entrevistado existen algunas cosas discutibles como la fecha de desembarazar, otras no son discutibles como, por ejemplo: parto en agua, fumar marihuana, o que el parto sea en la semana 38 o antes, si las pacientes no están de acuerdo cambian de obstetra. Al respecto esto no lo incomoda, "me da más tranquilidad".

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

Me gustaría que los padres traigan más información para poder participar en el parto, esto no está incluido en la ruta y en muchas instituciones no se puede realizar. Que el pos también tenga su médico tratante, pero esto en Colombia no es viable

Desde el punto de vista epidemiológico, no estoy seguro de que se pueda medir el impacto; así que dudo de los argumentos de la secretaría de salud, ellos solo quieren estadísticas; ¿pero no miden el impacto?, pienso más que puede traer consecuencias en la pareja por disfunción sexual posterior al parto.

Creo que es poco el impacto de la pareja al lado cogiendo la mano, trae más impacto una atención con empatía por parte del personal de la salud.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

A la paciente se le están imponiendo los actos en sala de partos, sin explicación.

La norma si ayuda, porque está vigilando los actores que están en la cadena de atención, de lo contrario no ayudaría; porque lo primordial sería un cambio en esquema en la atención

9. DOCTOR GH

Martes, 5 de septiembre, 21:00

Gineco Obstetra del Hospital San Ignacio y de Clínica Cobos.

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

El parto que se da con características que respetan las peticiones de las pacientes y vulnerabilidad, aspectos como el dolor, cambios físicos, y emocionales que ha tenido en el desarrollo de su embarazo.

2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

Las RIAS generaliza muchos puntos y no están puntualizando en actos médicos necesarios para que se atiendan las pacientes dentro de los avances de la atención. Además, cada materna es un mundo aparte, y ellas pueden pedir algunos actos médicos (traen su plan de parto); es acá donde el obstetra explica hasta dónde puede llegar según sus conocimientos y la normatividad de la institución. La materna que decide no aceptar estos términos después de una clara explicación, no puede tenerlo en esa institución.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

El acompañamiento me parece importante, pero no todas las clínicas tienen la infraestructura, se realizó muy a la ligera porque no en todos los estratos es viable esta petición. Además, los padres no realizan los cursos psicoprofilácticos para

que entiendan que es lo que sucede en la sala del parto y cuáles deben ser sus comportamientos.

No viable: no realizar los refuerzos de trabajo de parto con la oxitocina, ya que no se puede hacer una curva de trabajo de parto y un seguimiento de progresión adecuado; no canalizar, ya que esta conducta ayuda a manejar las complicaciones que se puedan presentar en el parto.

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

El problema es que no hay un límite en la autonomía, en la práctica diaria del entrevistado ha vivido hechos en los que la paciente no quiere canalización, no medicamentos, con antecedente de cesárea y RPM; no dejó realizar la operación y posteriormente él bebe duro 7 días hospitalizado por infección. Lo más grave que le parece al entrevistado es no lograr acordar estos procesos antes de la hospitalización, porque no les llega la información de procesos básicos en la atención

Tiene una paciente que se quejó, porque el parto no se atendió a oscuras como la paciente pretendía; esto es superar la autonomía como paciente, porque una mujer en este proceso claro que sin una explicación sabe que sin las luces es difícil la atención segura de su parto y de su bebe.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

El límite se puede lograr con la explicación de cada solicitud, y se puede explicar por qué algunas peticiones no son negociables. Por ejemplo, la deambulacion con la analgesia, no usar oxitocina en el trabajo de parto o en el post parto.

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta? El sentimiento es de frustración.

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

El control prenatal es lo que más debe mejorar, no hay el tiempo para la información adecuada y nunca hay empatía con la paciente ya que por el plan obligatorio de salud se cambia con mucha frecuencia del médico prestados del servicio.

Las guías y el plan de las RIAS pretenden que, con los mismos recursos, se haga cada día más y que el médico llene casillas en la historia clínica para cumplir con una norma y que el personal cumpla peticiones sin siquiera tener el personal y el ambiente; cuando lo más importante realmente la empatía y el diálogo de la paciente. Si la atención tuviera el diálogo suficiente se disminuirían el número de consultas por urgencias.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

Me parece que hay un entendimiento subjetivo con algunas pacientes; puede ser verbal, actitudinal o tecnicización. El tono como se habla muchas lo pueden entender como agresión, ayudas técnicas como kristeller en una paciente con fatiga materna se hace por ayudar y acortar el período expulsivo, y muchas veces

se interpreta como violencia. La misma episiotomía se realiza en muchas oportunidades para evitar un desgarro o un estallido vaginal no para violentar.

10. DOCTOR SP

Jueves, 7 de septiembre, 21:00

Gineco Obstetra de la Clínica de la Mujer, Salud Total

1. ¿Qué es para usted parto humanizado?

Es el parto en el que la materna puede vivir esta experiencia según sus deseos, en compañía de su familia. Puede ser en casa o en una institución hospitalaria, teniendo en cuenta que las condiciones pueden cambiar de acuerdo donde se realice. Importante la actitud empática del medico durante la atención.

2. ¿Qué opina de la Ruta Integral de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud del 2018 (RIAS) sobre la atención de parto humanizado?

La norma está bien encaminada la materna puede intervenir en el proceso de atención de parto, de una forma razonable, con participación, para mejorar la experiencia del nacimiento de su hijo y con el acompañamiento de un ser querido; pero tiene una falencia, no se enmarcan los límites que dan los protocolos institucionales, así como un equipo de personas y recursos disponibles.

3. ¿Para usted qué elementos propician la humanización del parto de la Ruta de atención Integral Materno Perinatal (RIAS), son viables y cuáles no lo son?

El acompañamiento me parece importante, pero no siempre es viable, en época de pandemia esto se eliminó.

No viable: no realizar uso de anestesia, ya que es uno de los avances tecnológicos que aprecio y que facilitan la vida de las maternas; no canalizar, ya que esta conducta ayuda a manejar las complicaciones.

4. ¿Desde su punto de vista cuál es el problema de los elementos que considera no viables?; podría darnos un ejemplo que haya vivido en su práctica diaria?

El problema es que no hay un límite en la autonomía de la paciente, ellas no conocen las causas o las reglas de la normalización en los hospitales, no es un antojo de los médicos, que además de hacer prácticas de medicina basada en la evidencia, al mismo tiempo la burocracia también nos ha normalizado.

Las pacientes eligen para su atención hospitales universitarios, y cuando llegan exigen que estos no las valoren, otras peticiones muy frecuentes no acordes con su elección del hospital es que su familia esté en acompañamiento permanente y que, si no es más de uno, ellas se puedan turnar.

5. ¿Cuál considera que debería ser el límite del alcance de decisiones de la paciente en torno al acompañamiento, medidas de confort durante el trabajo de parto, reducción de exploraciones médicas con un límite de tiempo previamente demarcado en la Ruta, elección de posición por parte de la materna en el momento de parto y negación o exigencia temprana de anestesia por parte de la paciente sin una razón médica clara en su demanda?

El límite se puede lograr es hasta donde se pueda conciliar con la paciente, sin poner en riesgo su salud o la de su bebe; la paciente debe entender y aceptar

porque ella no es la que tiene el conocimiento científico; además que no llegue a afectar la intimidad de las que se puedan encontrar en el mismo recinto.

En la norma se da el mensaje a la materna que ella es la que decide cuando el acto médico es exagerado o si ella lo puede solicitar, invalidando el conocimiento y la buena praxis del médico, por ejemplo, se menciona en la norma solo al hablar de los tactos en el trabajo de parto; lo que muestra que no hay límite en la autonomía brindada.

6. Con relación a la pregunta anterior ¿Cómo describiría lo que usted experimenta? El sentimiento inicialmente es de rabia, luego tristeza y temor por la salud de mis pacientes; pero finalmente razonó, me sereno y tomo la conducta y la paciencia o calma necesaria para lograr la explicación necesaria, y lograr así el resultado esperado

7. ¿Qué les gustaría cambiar de la ruta para efectos de humanizar el parto o como se puede mejorar?

La empatía con la paciente no depende solo del personal de salud, esto se logra además del cambio de pensamiento y actitud humanística; con recursos, ya que tenemos escaso personal, pocos recursos, malas instalaciones; elementos necesarios para lograr el objetivo. Si la atención tuviera el diálogo suficiente se disminuirían el número de consultas quejas e insatisfacciones; ya que muchas de las peticiones del paciente para que sientan o logren beneficios en su parto requieren de comodidades que se logran con inversión.

El top para de la humanización, es que fuera la misma práctica de las prepagadas, o pacientes más beneficiadas de nuestra sociedad por sus recursos económicos y es tratar de conocer el obstetra que le va a atender el parto, con el objetivo de haber desarrollado un conocimiento, empatía, y haber podido solucionar las expectativas en el evento de parto.

8. ¿Usted qué entiende por violencia obstétrica, considera que esta norma ayuda a disminuirla?

Las pacientes elaboran un plan de parto, asesoradas por una doula o su familia, muchas sin estar conscientes realmente de lo que desean en la atención, ni por qué lo solicitan; solo toman un nuevo asesor que las adoctrina con sus manejos y creencias, y lo que no se cumple para las maternas y sus familias es violencia obstétrica

La violencia obstétrica en nuestro medio puede ser verbal, actitudinal o exceso de tecnificación. Si se dialoga y explica a la paciente para que se realiza cada intervención, seguro no será mal interpretado. Pero en realidad la violencia obstétrica es maltrato físico o emocional.

Anexo N 4

PLAN DE PARTO

FORMATO DE SOLICITUD DE LAS PACIENTES, PREELABORADO POR UNA DOULA

Clínica _____

Área de Ginecología y Obstetricia
Bogotá D.C.

Ref. Presentación de Plan de parto y nacimiento de

Respetados proveedores de salud:

De manera atenta nos permitimos presentar anexo a la presente el Plan de Parto para el nacimiento de _____, hijo de _____ y _____, que será atendido por ustedes en los próximos días, así como la carta de solicitud de entrega de la placenta.

Este plan contiene las indicaciones especiales que solicitamos sean tenidas en cuenta por parte del equipo encargado de la atención en este caso: ginecólogos, pediatras, enfermeras, auxiliares y, por supuesto tiene las consideraciones en torno a los lineamientos provisionales para la atención en salud de la gestante, recién nacido y para la lactancia materna en el contexto de la Pandemia de COVID-19.

Estas solicitudes tienen el propósito de generar las condiciones que favorezcan los procesos naturales que se dan en las distintas etapas del parto. Sabemos que en la medida en que hayamos tenido una gestación saludable y no presentamos ningún tipo de signos de alarma frente a los síntomas del COVID -19, podemos seguir con el proceso natural del parto y reducir al mínimo, en ausencia de condiciones médicas adversas, las intervenciones clínicas a dicho proceso.

Agradecemos de antemano tener muy en cuenta estas recomendaciones. Estamos seguros de que ello nos permitirá vivir una experiencia de parto gratificante, a pesar de las condiciones de la Pandemia. Estamos seguros como familia que ustedes como institución de salud, hacen todo el esfuerzo para seguir protegiendo nuestros derechos pese a las condiciones de excepción que todos acatamos por el bien común.

Cordialmente,

Madre

Padre

Anexo N 5

Plan de parto y nacimiento

Bebé: _____

FPP: _____

Mamá	
Cédula	
Dirección	
Celular	
Correo electrónico	

Papá	
Cédula	
Dirección	
Celular	
Correo electrónico	

Este Plan de parto y nacimiento es, como su nombre lo indica, un plan. Sabemos que durante el transcurso del parto pueden presentarse circunstancias imprevisibles que lleven a modificar lo aquí planteado, es por eso que queremos tener la certeza de que siempre que esto ocurra seremos previamente informados de cuáles son las opciones para la toma de decisiones.

Les agradecemos que, en ausencia de condiciones médicas adversas, se sigan las siguientes indicaciones y solicitudes para la atención del proceso de parto:

1. Generalidades

- Sabemos, por recomendaciones del Ministerio correspondiente, que los centros de salud no están permitiendo la entrada de una Doula o acompañante de parto y, que, sólo en casos excepcionales se le permite al padre estar presente. Les solicitamos que tengan en consideración, de que, al no tener mayor congestión en los espacios de atención en el momento de nuestro parto, dejen entrar al padre de mi hijo. Nosotros llevaremos los implementos de bioseguridad requeridos.

- Tenemos conocimiento a través de documentos oficiales del Ministerio de Salud, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben reforzar las medidas para que las mujeres, los niños y el personal de salud que labora en las áreas de atención obstétrica y neonatal no estén expuestas a otras áreas hospitalarias donde exista mayor riesgo de contacto con el virus, esto incluye al personal administrativo, de vigilancia y aseo. Quisiéramos que nos informaran previamente sobre las rutas de acceso a la clínica de manera clara y diferenciada

para nosotras las gestantes en labor de parto y así evitar al máximo el cruce con el personal asistencial de los demás servicios o unidades asistenciales de la Institución.

- Se solicita que antes de la realización de cualquier procedimiento o suministro de medicamentos por vía venosa o cualquier otra vía, se informe adecuadamente acerca del procedimiento o del medicamento a suministrar y se solicite el debido consentimiento previo. Esto aplica especialmente para procedimientos como desprendimiento de membranas durante el tacto, tacto vaginal, monitoreo, cateterización, etc., y suministro de medicamentos como anestesia epidural, oxitocina, entre otros.
- Con el fin de favorecer mi intimidad, se solicita procurar que la atención sea llevada a cabo durante todo el proceso por el mismo personal y se evite la presencia de personal que no sea estrictamente necesario para los procedimientos. En caso de que se requiera la presencia de personal adicional se solicita informar y solicitar el debido consentimiento.

2. Labor de Parto

- Permitir el progreso natural del trabajo de parto sin imponer límites temporales. No administrar oxitocina u otros medicamentos sintéticos que aceleren el trabajo de parto. De existir una razón médica de peso que requiera la aplicación de estos medicamentos, se solicita informar y requerir el debido consentimiento. Para la atención del parto, prefiero que dicha atención se desarrolle en la misma sala de aislamiento donde realizó el trabajo de parto.

Sabemos que en muchos casos la cesárea se viene planteando en varias instituciones como una medida de prevención y control. Les pedimos que sólo se sugiera y en caso dado, realice, cuando haya una razón obstétrica justificable, no como una medida de Pandemia.

Sabemos por los mismos documentos del Ministerio de salud que referenciamos al final de este documento que ni siquiera la infección por COVID-19 representa indicación absoluta para su práctica.

- Permitir la libre movilidad, para hacer más llevadero el dolor.
- No aplicar ni ofrecer la aplicación de anestesia epidural. En caso de cambio de opinión lo informaré oportunamente.
- Realizar los tactos vaginales que sean estrictamente necesarios. En lo posible que estos sean realizados por una misma persona (médico tratante).

- No realizar rotura artificial de membranas que tenga como objetivo acelerar el trabajo de parto. Este procedimiento solo se debe realizar si existe razón médica insalvable que comprometa el bienestar del bebé o de la madre, caso en el cual solicitó requerir el debido consentimiento previo.

3. Periodo expulsivo, nacimiento y atención del recién nacido

- Para empezar el período expulsivo, esperar hasta que tenga ganas de pujar. Permitan los pujos espontáneos y no dirigidos, a menos de que sea necesario.
- No realizar una episiotomía de forma rutinaria sino sólo de ser estrictamente necesario.
- En cuanto nazca mi bebé solicito que sea puesto sobre mi pecho. Solicito el contacto piel a piel durante el mayor tiempo que ustedes puedan hacerlo.
- Realizar el pinzamiento del cordón cuando éste haya dejado de latir, no antes.
- Posponer las actuaciones no urgentes en mi bebé (peso, talla, aplicación de vacunas y vitaminas, profilaxis de la oftalmia, vestido...) para prolongar lo más posible este primer momento de contacto piel con piel.
- Solicito apoyo para favorecer el inicio de la lactancia durante la primera hora del nacimiento. Durante este periodo el bebé se encuentra en estado de alerta tranquila, lo cual favorece que la lactancia se inicie en él de forma instintiva.
- A menos de que haya algún motivo de peso que lo amerite, no realizar a mi bebé aspiración de secreciones o introducción de sondas nasales o anales.
- No ingresar a mi bebé a sala de observación por rutina. Este debe estar el mayor tiempo posible conmigo.
- Decido el momento adecuado para el baño de mi bebé. Les solicito sea consultado conmigo si ustedes por rutina lo acostumbran a hacer.
- No suministrar ningún biberón con fórmula o suero glucosado sin mi consentimiento. En caso de que por algún motivo no sea posible la lactancia materna, se prefiere que mi bebé sea alimentado con gotero, cuchara o vaso en vez de tetero.
- Tras el alumbramiento y examen de la placenta, les solicito que ésta sea entregada a mi familia con las debidas recomendaciones que les llegó en la carta adjunta de solicitud de placenta.

Solicitud de entrega de placenta

Clínica _____
Área de Ginecología y Obstetricia
Bogotá D.C.

Por medio de la presente comunicación deseo solicitar la autorización requerida para que, mi PLACENTA me sea entregada después del nacimiento de mi hijo/a y que por lo tanto se conserve según los protocolos en sus instalaciones hasta que me sea entregada.

Esta entrega es parte del ejercicio de mi derecho a la libertad de conciencia, ya que para mí es importante que como madre de esa nueva vida podamos como familia conservar el tejido que sirvió de vínculo entre nuestro bebe y mi cuerpo. Por ello, en ejercicio al respeto a las formas de concebir el mundo que yo y mi familia compartimos, hacemos esta petición a su institución seguros de que será respetada nuestra voluntad. Toda vez que nos encontramos en un país respetuoso de los principios y derechos fundamentales consagrados en la Carta Política de 1991, los cuales están basados en la pluralidad, la dignidad humana y es reconocimiento y respeto de la igualdad y libertad de conciencia y de culto. Y que como institución prestadora de servicios de salud no están con esta entrega poniendo en riesgo mi vida, la de mi hijo o la de otra persona. Para nuestra familia, la placenta es un órgano sagrado dado el vínculo simbólico de la vida de nuestro hijo, siendo esta petición el ejercicio de nuestras convicciones amparadas por la constitución y la ley.

Para su entrega seguiremos todos los protocolos de embalaje, conservación y transporte de la placenta para no poner en riesgo la salubridad pública según los decretos nacionales definidos para el manejo de este tipo de materiales biológicos. Dicho manejo está definido en los decretos 4741 de 2005 "*Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral*" y el 351 de 2014 "*Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.*" Este tratamiento de la placenta no es modificado en el marco de las medidas que en el sector salud se han tomado para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. Y con ello, conocemos que la única limitante para la entrega de la placenta es que yo esté diagnosticada con COVID 19 positivo, caso en el cual se pondría en riesgo la salubridad y salud pública.

Con esta petición, les solicito una vez termine el parto, la placenta sea almacenada adecuadamente para su posterior entrega.

Dejamos nuestros correos electrónicos al lado de nuestras firmas para que sean informados los detalles adicionales en caso de ser necesario.

Gracias de antemano por permitir prácticas de humanización del nacimiento dentro de su Institución.

En espera de su respuesta,

C.C. _____

ps. _____ (correos electrónicos)