

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1798>

Análisis de la atención obstétrica desde las vivencias de las enfermeras como pacientes

Analysis of obstetric care from the experiences of nurses as patients

Rey Arturo Salcedo Álvarez

rasalced@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5321-3996>

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México
México

José Cruz Rivas Herrera

joserivash@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7142-8800>

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México
México

Martha Lilia Bernal Becerril

marthaliliabb@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7165-6064>

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México
México

Blanca Consuelo González Camaño

bg.caamanho@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4503-1076>

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México
México

Diana Bucio López

buciodhyana@gmail.com

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México
México

Artículo recibido: 17 de febrero de 2024. Aceptado para publicación: 01 de marzo de 2024.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Las políticas públicas son el conjunto de las decisiones del Estado que determinan las características de la atención sanitaria; las enfermeras, debido a su formación profesional, tienen mayores elementos para evaluar la atención obstétrica. El objetivo es conocer el cumplimiento de la política pública en la atención obstétrica a partir de las vivencias de las enfermeras en su experiencia como pacientes. Utilizamos el diseño descriptivo naturalista en donde, a través de redes sociales del gremio de enfermería, se invitó a responder un cuestionario estructurado para indagar aspectos sobre calidad de la atención obstétrica. Se aplicó un cuestionario a 19 enfermeras sobre su experiencia de control prenatal y parto. Las edades oscilaban entre 21 y 38 años. Se tiene que 89% recibió atención en hospitales públicos y el 11% en alguna institución privada; 80% fue atendida en la Ciudad de México y el otro 20% en otra entidad. De las mujeres encuestadas, 21% tenía estudios de posgrado, 63% nivel licenciatura y 16% carrera técnica. Se encontró que 26% de las participantes no detectó ningún inconveniente, mientras que 74% reportó algún incidente en la atención brindada. De los incidentes presentados, 42% corresponde a procedimientos regulados por la política pública en México y 35% fueron situaciones que no están consideradas por la política pública. La reglamentación en política pública obstétrica no garantiza, por sí sola, su aplicación efectiva; estudiar esta temática a partir de

las vivencias de las enfermeras en su propia experiencia de parto permitió obtener una mirada más completa de la realidad que se vive en las unidades de atención obstétrica.

Palabras clave: atención obstétrica, calidad de la atención de salud, enfermería, eventos adversos, política pública

Abstract

Public policies are the set of State decisions that determine the characteristics of health care; Nurses, due to their professional training, have greater elements to evaluate obstetric care. The objective is to understand compliance with public policy in obstetric care based on the experiences of nurses in their experience as patients. We used the naturalistic descriptive design where, through social networks of the nursing union, people were invited to respond to a structured questionnaire to investigate aspects of the quality of obstetric care. A questionnaire was administered to 19 nurses about their experience of prenatal care and childbirth. The ages ranged between 21 and 38 years. It is estimated that 89% received care in public hospitals and 11% in a private institution; 80% were treated in Mexico City and the other 20% in another entity. Of the women surveyed, 21% had postgraduate studies, 63% had a bachelor's degree, and 16% had a technical degree. It was found that 26% of the participants did not detect any inconvenience, while 74% reported some incident in the care provided. Of the incidents presented, 42% correspond to procedures regulated by public policy in Mexico and 35% were situations that are not considered by public policy. Obstetric public policy regulations do not guarantee, by themselves, their effective application; Studying this topic based on the experiences of nurses in their own birth experience allowed us to obtain a more complete view of the reality experienced in obstetric care units.

Keywords: adverse events, obstetrics, public policy, quality of health care, nursing

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons 

Cómo citar: Salcedo Álvarez, R. A., Rivas Herrera, J. C., Bernal Becerril, M. L., González Camaño, B. C., & Bucio López, D. (2024). Análisis de la atención obstétrica desde las vivencias de las enfermeras como pacientes. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (1), 2780 – 2797. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1798>

INTRODUCCIÓN

El término calidad, de acuerdo con la definición de la Real Academia Española (2021), se entiende como: "Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor".

La Organización Mundial de Salud (OMS) sostiene que: "La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" (Conexión ESAN, 2016, s. p.).

Por su parte, la Comisión Permanente de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como: "la atención oportuna personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios" (Secretaría de Salud, 2003, p. 7).

Políticas públicas

Las políticas públicas son el producto de los procesos de toma de decisiones del Estado frente a determinados problemas públicos. Estos procesos de toma de decisión implican acciones u omisiones de las instituciones gubernamentales (Cámara de Diputados, 2003).

Cada política pública es implementada a través de uno o un conjunto de instrumentos específicos: leyes, cuotas, premios, sanciones, permisos, prohibiciones, accesos y restricciones (Sarhou, 2015).

Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007).

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones técnicas de carácter obligatorio. Reglamenta los productos, procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la población, los animales, así como el medio ambiente en general (Secretaría de Economía, 2010).

Son la forma en la que se puede verificar su cumplimiento y las autoridades o personas facultadas que lo harán y pueden aplicar al sector privado y público por medio de sus tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) (Secretaría de Economía, 2021).

Atención obstétrica

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (OPS, 2010).

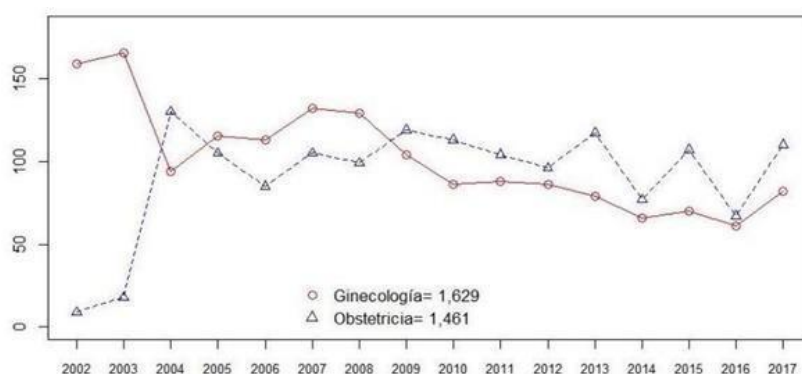
La Ley General de Salud (Cámara de Diputados, 2023), en su artículo 3°, fracción IV, define la atención materno- infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

De este modo, la salud materno-infantil constituye un objetivo básico en la población porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

De acuerdo con los resultados de la Plataforma de registro de quejas médicas y dictámenes de las comisiones estatales de Arbitraje Médico (Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED], 2021), en 2020, Ginecología y Obstetricia fue el segundo servicio con el mayor índice de quejas, con 9.4%. Además, la base de datos de quejas atendidas en la CONAMED, conformada durante el periodo de 2002 a 2017 a partir del Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), pone en evidencia un incremento de más de mil por ciento en las quejas de la especialidad de Obstetricia, ya que comienza con sólo 9 casos hacia el inicio del periodo y termina con 110 hacia el final de éste (CONAMED, 2017).

Gráfico 1

Número de quejas concluidas del servicio de Gineco - obstetricia en el SAQMED según subespecialidad, 2002-2017



Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED (2002-2017).

Violencia obstétrica

Un problema constante dentro de la atención obstétrica durante los últimos años ha sido la violencia obstétrica, millones de mujeres en México la han experimentado. Entre 2011 y 2016, 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte del personal de salud que las atendió (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

La violencia obstétrica se define como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y el puerperio. Constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020; Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, 2016).

Incidente sin daño y evento adverso

Para fines del presente trabajo, tomaremos en cuenta los siguientes conceptos de incidente sin daño y evento adverso.

En una situación en la que existan condiciones de riesgo potencial, pero que no se concreta en un daño para el paciente, este tipo de circunstancia no deseada se clasifica como "incidente sin daño"

(incidente relacionado con la atención de la salud que no causó daño al paciente) (Rodríguez-Herrera et al., 2019; Secretaría de Salud, s. f.).

Así mismo, pueden ocurrir situaciones en las cuales la salud del paciente se ve afectada en algún grado por una acción u omisión que no es intencional, y entonces se requiere tomar medidas, la menor de las cuales es la simple evaluación del estado clínico de ese paciente por al menos un profesional de salud. Esta segunda situación constituye un “evento adverso”.

Los eventos adversos se presentan en los tres niveles de atención y sistemas sanitarios tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo, aunque difieren en magnitud y frecuencia. Las consecuencias que provocan los ubican como un problema para la salud pública cuya atención debe ser prioritaria.

Los incidentes y eventos adversos constituyen la parte más representativa de los resultados no deseados en la atención a la salud, por lo cual es de suma importancia abordarlo como un aspecto primordial a explorar para conocer el cumplimiento de la política pública en la atención obstétrica.

Para este caso en particular, lo que nos interesó fue conocer el cumplimiento de la política pública a partir de las vivencias de las enfermeras en su experiencia como pacientes; la relevancia de esta medición es que ellas, al ser profesionales de la salud, conocen las técnicas y procedimientos necesarios en la atención prenatal y del parto, y con base en dichos conocimientos pueden emitir una opinión mejor informada.

El objetivo de este trabajo fue conocer el cumplimiento de la política pública en la atención obstétrica a partir de las vivencias de las enfermeras en su experiencia como pacientes.

METODOLOGÍA

Diseño descriptivo naturalista en donde, a través de redes sociales del gremio de enfermería, se invitó a responder un cuestionario estructurado para indagar aspectos sobre calidad de la atención obstétrica.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: enfermeras que recientemente hubieran tenido un parto y/o hubieran recibido atención prenatal o haber sido cuidadora primaria de una familiar cercana que parió.

Se excluyeron las respuestas no relacionadas con la atención del parto y se eliminaron las encuestas que no aportaron información suficiente para completar los datos requeridos en el instrumento de investigación.

El instrumento para recolectar los datos fue validado en un panel de expertos y constó de cuatro apartados divididos de la siguiente forma:

Aviso de privacidad de datos donde se explica que la información proporcionada será utilizada para fines académicos, de ser aceptada, se continuaba con la encuesta, y de no aceptar los fines, no se realizaría el cuestionario.

Datos de quien responde la encuesta.

Datos de la paciente obstétrica.

Cuestionario, conformado por las siguientes preguntas:

- Aspectos generales (fecha, lugar e institución y diagnóstico);
- Descripción breve de la situación clínica (incidente o evento adverso percibido);
- Respuesta ante la situación;
- Calificación del 1 (poco grave) al 10 (muy grave) del riesgo para la seguridad y/o vida de la madre o recién nacido;
- ¿Realizó algunas de las siguientes acciones?

Informar a la jefa inmediata superior.

Informar ante la CONAMED.

Demandar judicialmente.

Otro.

- ¿Cuál fue el principal motivo para realizar o no las acciones anteriores?
- ¿Era del conocimiento del personal de salud que cometió el error, omisión, evento adverso que usted era enfermera? ¿Considera que su profesión influyó en esa situación en alguna medida?
- ¿Qué o cuáles situaciones considera usted que favorecieron este error, omisión, evento adverso?
- Sentimientos y sensaciones ante este error, omisión, evento adverso
- En una escala del 1 (muy mala) al 10 (excelente), ¿cómo califica usted la atención que el personal de salud le brindó durante la experiencia de parto?
- ¿Cuáles serían sus recomendaciones para mejorar la calidad de la atención del personal de salud?

Se realizó una prueba piloto con 10 enfermeras; el instrumento se difundió a través de redes sociales. Dos de las participantes contestaron el formulario sobre la experiencia de parto de algún familiar y ocho sobre su propia experiencia de parto. Posterior a esto, se decidió que el cuestionario se aplicará únicamente a enfermeras que compartieran su propia experiencia de parto y se modificaron preguntas correspondientes al apartado 3. Datos de la paciente obstétrica, donde se añadió la leyenda "(a la fecha del suceso)" a cada una de las preguntas de ese apartado, pues no proporcionaban información sobre su experiencia, pese a que en la descripción se especificaba tal indicación.

Una vez realizadas las encuestas, se hizo un análisis de las respuestas y se contrastaron contra los documentos normativos oficiales vigentes que regulan la atención a la salud y en particular el embarazo, parto y puerperio de la República mexicana.

Las consideraciones éticas fueron las establecidas en la Ley General de Salud en materia de investigación; el presente estudio se catalogó como investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos.

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario sobre su experiencia de control prenatal y parto a 19 enfermeras. Las edades oscilaron entre 21 y 38 años. Se encontró que 89% (17) recibió atención en hospitales públicos, mientras que 11% (2) fue atendida en alguna institución privada. Asimismo, 80% (15) acudió a instituciones ubicadas dentro de la Ciudad de México y 20% (4) en otro estado.

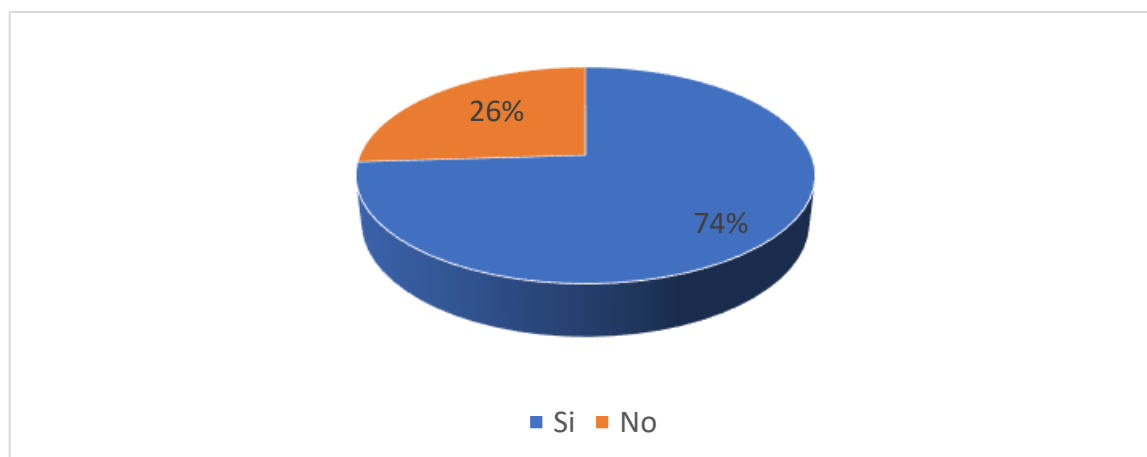
En cuanto al nivel de estudios de las mujeres encuestadas, 21% (4) contaba con estudios de posgrado, 63% (12) con nivel licenciatura y 16% (3) con carrera técnica.

Los principales diagnósticos de ingreso fueron: embarazo a término ($n= 7$; 36%), enfermedad hipertensiva en el embarazo ($n= 3$; 16%), embarazo de alto riesgo ($n= 3$; 16%), cesárea ($n= 3$; 16%) y otros ($n= 3$; 16%).

Se tiene que 26% (5) dijo no haber detectado ningún inconveniente, mientras que 74% (14) reportó haber registrado algún incidente en la atención brindada (gráfico 2). Al realizar el análisis de la información, encontramos que dicho porcentaje está constituido, a su vez, por dos subgrupos: 42% (8) corresponde a procedimientos que están regulados por la política pública en México, mientras que 35% (6) pertenece a situaciones que no están consideradas por la política pública del país.

Gráfico 2

Incidentes detectados por las enfermeras cuando son pacientes



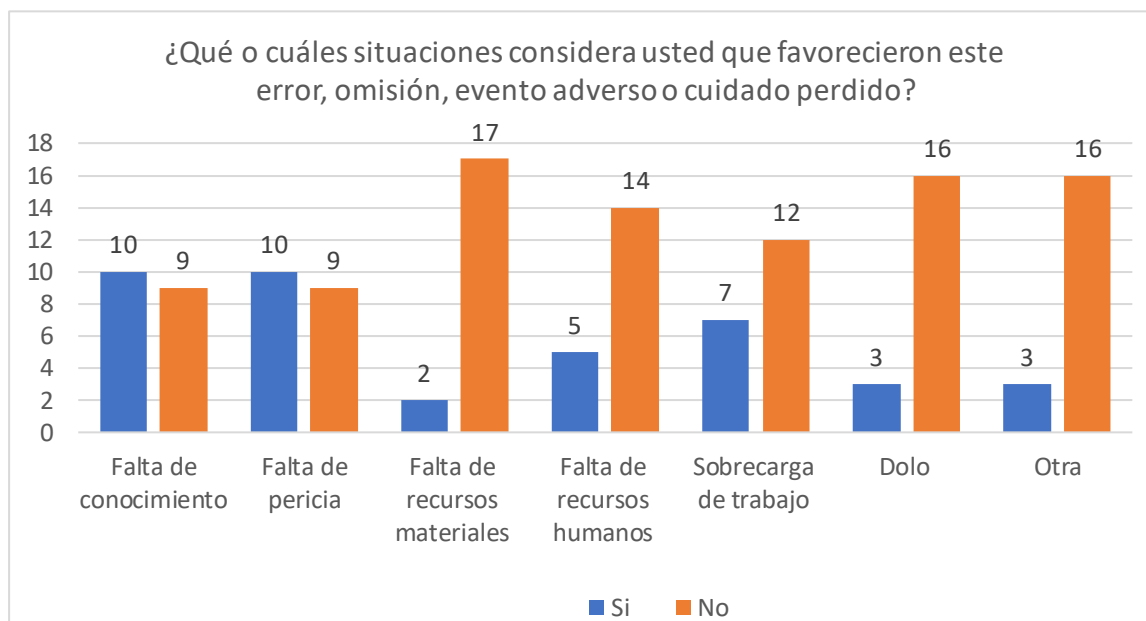
Una vez detectados los errores, la acción realizada con más frecuencia por parte de las pacientes-enfermeras fue hacerle un comentario al personal ($n= 6$; 32%), reportar con la enfermera a cargo ($n= 4$; 21%), no realizaron ninguna acción ($n= 4$; 21%), mientras que 5 (26%) no tuvieron ningún inconveniente que reportar.

Se les pidió que calificaran del 1 (poco grave) al 10 (muy grave) si estos errores, omisiones o eventos adversos implican algún riesgo para la seguridad y/o la vida de ellas o el recién nacido. Así, 36% (7) calificó la gravedad de entre 1 y 2, 32% (6) la calificó de 6 a 8, mientras que 32% (6) la evaluaron entre 9 y 10. Lo anterior arroja una media de 8, una moda de 1 y un promedio de 5.8.

Las situaciones que favorecieron este error o evento, de acuerdo con las encuestadas, fueron: falta de conocimiento ($n= 10$; 52%), falta de pericia ($n= 10$; 52%), sobrecarga de trabajo ($n= 7$; 37%), falta de recursos humanos ($n= 5$; 26%), dolo ($n= 3$; 16%), otro ($n= 3$; 16%) y falta de recursos materiales ($n= 2$; 11%) (gráfico 2).

Gráfico 3

Factores que favorecieron los errores



También se les pidió que califican la calidad de la atención que se les brindó, donde 1 es muy mala y 10 excelente. Así:

42% la evaluó entre 9 y 10.

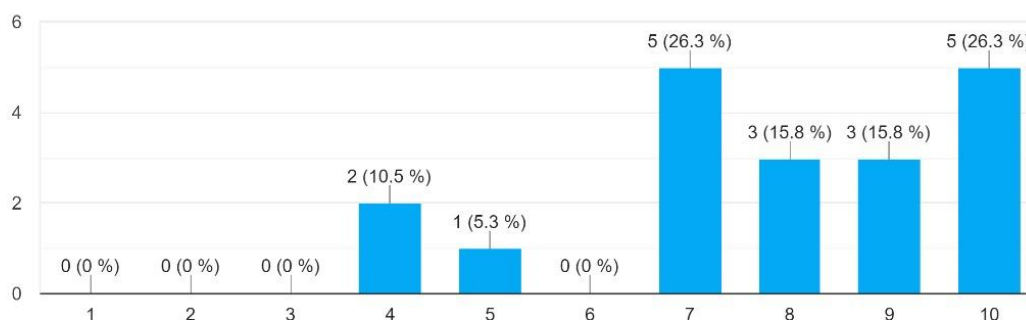
42% le dio una calificación de entre 8 y 7.

16% le dio una puntuación menor a 6.

De lo anterior, se obtiene una media de 8, moda de 7 y 10, y una calificación promedio de 7.8 (Figura 4).

Gráfico 4

Calificación a la calidad de la atención recibida



Entre las recomendaciones para mejorar la calidad de la atención comentadas por las enfermeras, se encuentran:

Conocer los programas, pero individualizar la situación y el cuidado específico para cada paciente. ¡Estudiar! Para no repetir errores por omisión del cuidado o por ignorancia.

Actualización y capacitación continua

El trato de enfermería fue excelente.

Empatía.

Que todo el personal de salud conozca la NOM 007 y llevarla a cabo, así como tener humanismo sobre la muerte gestacional y duelo perinatal.

Mayor apego a protocolos de atención.

Que no haya sobrecarga de trabajo para que se le brinde una mejor calidad de atención a los pacientes.

Que sean un poco más profesionales en su labor, desde tener los conocimientos indispensables para la atención del parto, como el saber brindar un trato digno; que no olvidemos que trabajamos con personas y que a pesar de encontrar dificultades (falta de personal y sobrecarga de trabajo), siempre debemos considerar los sentimientos de los pacientes.

Estar más atenta en las actividades que realiza.

Leer indicaciones del médico tratante antes de realizar procedimientos y verificar.

Siempre presentarse e informar al paciente sobre lo que se hará, es lo más importante, son parte de los 10 correctos.

DISCUSIÓN

Control prenatal

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas por parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, detectar riesgos tempranamente, prevenir complicaciones y preparar a la paciente para el parto, la maternidad y la crianza.

La atención prenatal no sólo implica el número de visitas, sino también cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo, así como la calidad de éstas. El Programa de Atención Prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones de la etapa gestacional, como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2017b).

Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunas pruebas de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además, es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto (Aguilera y Soothill, 2014).

“Me refirieron y el médico no cumplió con la NOM 007, no me mandó a hacer pruebas de laboratorios. No me dieron pláticas de signos de alarma, nada...” “Me dijeron: Estás muy joven para tener hijos, si gustas yo te atiendo en mi consultorio privado... Sólo querían que fuera de manera privada a sus consultorios” “Todo lo busqué por mi cuenta, literal yo sola fui a hacerme los estudios para ver mis parámetros de hemoglobina, etc...” F1.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (Secretaría de Salud, 2016) dice que:

3.4 La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía.

Además, en el punto 5.2.1 nos dice que dentro de las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal se debe:

Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio

Biometría hemática completa; grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto); glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g); creatinina; ácido úrico; examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano; prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita, así como la detección de VIH y sífilis.

Por otra parte, el punto 5.2.1.18 nos indica que en la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar información a la embarazada y resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida, además de que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata.

Vigilancia y monitorización

El monitoreo fetal es la evaluación del bienestar fetal durante el trabajo de parto, a través de auscultación intermitente con estetoscopio de Pinard, doptone, cardiotocografía continua o por ultrasonido. Las alteraciones en los patrones de la frecuencia cardíaca fetal pueden indicar la necesidad de una intervención (IMSS, 2014).

El acompañamiento continuo favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna.

La revisión continua de la contractibilidad uterina permite una pronta intervención en un progreso lento o cese en el trabajo de parto (Lavender y Hart, 2013).

“La enfermera me dejaba sola con las contracciones fuertes y no me dijeron cómo debía pujar o controlar la respiración” F1.

“De parte de la atención de enfermería noté poca atención a mi persona, pues en ningún momento fui acompañada por una enfermera, sin embargo, no tuve problemas con ello gracias a que yo ya sabía el protocolo” F3.

“El trabajo de parto en fase latente lo llevé sola, me revisaron cada 4 horas, pedí un cómodo que me lo pusieron sin revisar y al momento de quitarlo, ya se veía la

cabeza de mi bebé, estaba mareada y con ganas de vomitar, me regañaron y me pusieron oxígeno” F12.

En el apartado 5.5.10 de la NOM-007-SSA2-2016 se expone que las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.

También es importante para complementar la monitorización de las contracciones, el registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) cada dos horas, de acuerdo con lo estipulado en el numeral 5.5.12 de la NOM-007-SSA2-2016.

Registro e interpretación de signos vitales

La preeclampsia es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década: edad gestacional mayor de 20 semanas, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con 1+ o muestra aislada de orina con 30 mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 horas.

De acuerdo con la GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, en las pacientes con preeclampsia (IMSS, 2ª 17a) se recomienda monitoreo continuo de signos vitales.

De igual forma, se aconseja hospitalizar a la paciente con embarazo y preeclampsia con datos de severidad e iniciar el tratamiento antihipertensivo con Nifedipina en cápsulas de acción corta y/o Hidralazina parenteral intravenosa (IV) y/o Labetalol intravenoso (IV) en caso de contar con él.

“Tenía la T/A muy elevada y no me dieron antihipertensivos hasta después de 5 horas, me iban a pasar a quirófano sin control de la T/A, tenía cefalea, proteinuria, edema de extremidades pélvicas, con 3 cm de dilatación, embarazo a término. Las enfermeras debieron checar signos vitales para detectar la TA elevada” F19.

El punto 5.5.12 de la NOM-007-SSA2-2016 estipula que el registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo con las condiciones clínicas de la paciente.

Lactancia materna

La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades infecciosas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad, y que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de ésta con alimentos adecuados y nutritivos para su edad.

“Se apegan a la política de no biberón sin identificar que algunas mamás no tenemos la producción de leche de manera inmediata, y no importa si el recién nacido no ha tomado leche, sólo dicen pégatelo al seno y deja que succione. A veces, ya no tienen la energía para succionar” F9.

“Pedí hablar con el médico, solicité que me prestaran el glucómetro y una toma de fórmula, sí fui un poco exigente” F9.

La NOM 007 en el apartado 5.8.1 nos dice que en todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

Así mismo, en el punto 5.11.1.3.3 dice que se debe proporcionar información sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en la acción

3.2.9, habla de favorecer el apego inmediato y la lactancia materna voluntaria hasta los dos años de vida y como alimento exclusivo los primeros seis meses de vida, mediante la formación y actualización del personal de salud.

En ambos casos, se habla de promover la lactancia materna exclusiva, más no de imponer, ya que la mujer tiene total libertad de decidir sobre este aspecto y aunque en el testimonio la entrevistada refiere que sí quería realizar la lactancia, no podía hacerlo inmediatamente y el personal no le brindó asistencia para estimular la producción de leche por medio de otras técnicas, dejando a un lado que esta situación podría causar hipoglucemia en el recién nacido. Lo anterior denota la importancia de mantener al personal en constante formación y actualización en materia de lactancia materna, que además de beneficios, posturas y técnicas para amamantar, incluya la resolución de problemas comunes que obstaculizan la correcta lactancia materna e individualización de los casos.

Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.

La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género (Villanueva-Egan, 2010).

Expertos en el tema identifican dos modalidades de violencia obstétrica. Por un lado, la física, que se configura cuando se realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico, la inducción del parto con oxitócicos, la restricción de la ingesta de líquidos, el confinamiento en cama, el dejar a la mujer sola, sin acompañamiento psicoafectivo, así como la episiotomía (Medina, 2009).

Por otro lado, está la dimensión psicológica, que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando se pide asesoramiento o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información para la mujer y sus familiares sobre la evolución de su parto.

“El trato fue mal, debido a que la ginecóloga que me trató me empezó a tirar indirectas sólo porque era estudiante, las enfermeras me trataron muy bien” F11.

“No tuvieron ningún trato digno” F12.

“El camillero me dijo ‘pásese a la camilla’ justo cuando tenía una contracción, por lo que respondí ‘permítame un momento’ y sólo recibí una mala cara/gesto de desagrado” F3.

Conforme lo descrito en el punto 5.5.3 de la NOM-007-SSA2-2016, “Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminar o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto”.

Por su parte, el Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en la acción 3.2.4 nos invita a impulsar la mejora continua de la atención del trabajo de parto y parto desde un enfoque humanizado basado en evidencia científica, mediante el cumplimiento de la normatividad

Como se puede observar, estos casos específicos de violencia obstétrica pertenecen a la dimensión psicológica, que es la que mayormente identifican las madres como violencia obstétrica, sin embargo, los apartados siguientes pertenecen al rubro de violencia física, lo interesante es que estas situaciones no fueron identificadas propiamente como algún tipo de violencia obstétrica por parte de las encuestadas, pese a desempeñarse como personal de salud.

Ingesta de líquidos en labor de parto

La restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto es una intervención habitual en muchos centros de atención obstétrica. Esta rutina se fundamenta en la prevención del riesgo de broncoaspiración del contenido gástrico, en caso de una intervención quirúrgica bajo anestesia general (Síndrome de Mendelson); sin embargo, ahora se conoce que esta técnica no garantiza la reducción del contenido estomacal y el bienestar de la mujer puede verse afectado ante la imposibilidad de beber o ingerir alimentos.

En la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dado paso a las técnicas neuroaxiales (que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas), haciendo de la anestesia general un evento sumamente raro, lo que ha llevado a replantearse la necesidad de dicha restricción (IMSS, 2014).

“No me dejaron tomar nada de agua” F12.

La NOM-007-SSA2-2016, en el apartado 5.5.5, nos dice que durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente de acuerdo con sus necesidades.

Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos, por lo que las mujeres tienen la posibilidad de elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto.

Inducción del trabajo de parto

La inducción del trabajo de parto implica una serie de procedimientos dirigidos a estimular contracciones uterinas en mujeres embarazadas que no se encuentran en trabajo de parto y que buscan inducir el parto vaginal (Aragón-Hernández et al., 2017).

Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado su manejo activo, con amniotomía u oxitócicos (Costley y East, 2012).

La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto (IMSS, 2019).

“No me avisaron cuándo me aplicarían la oxitocina en la pierna, sólo me dolió mucho” F1.

“La solución con oxitocina pasó muy lento. No terminó de pasar en el tiempo que fue indicado” F4.

“Qué me iniciaran oxitocina, cuando en el expediente estaba cesárea programada por desproporción cefalopélvica” F13.

La NOM-007-SSA2-2016, en el punto 5.5.7, especifica que la inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

En el primer caso, no se informó previamente a la paciente sobre la administración de la oxitocina, en el segundo, hubo un deficiente manejo y monitorización del medicamento, por lo cual no se pudo llevar a cabo correctamente la inducción; la tercera situación, con una gravedad mayor, irrumpió con varios parámetros: no se informó a la paciente ni se solicitó su autorización para realizar la inducción, y el hecho de que se le iniciará dicho procedimiento cuando existe desproporción cefalopélvica es realmente alarmante, pues evidencia que esta actividad sigue siendo una práctica rutinaria que se realiza sin ningún criterio médico en las unidades de atención obstétrica.

Episiotomía selectiva

La episiotomía se refiere a una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura (episiorrafia).

La indicación precisa para la realización de la episiotomía es prevenir el riesgo de desgarro perineal facilitando la expulsión fetal y maniobras obstétricas (IMSS, 2013).

“Se hizo episiotomía rutinaria con una deficiente episiorrafia” F12.

De acuerdo con el apartado 5.5.9 de la NOM-007-SSA2-2016, se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

Atención humanizada de los casos de pérdida gestacional

El duelo perinatal se especifica como aquellos duelos por la muerte de un hijo en cualquier etapa del periodo gestacional; se denomina muerte fetal tardía cuando la pérdida se presenta a partir de la semana 28 de gestación (Mejías, 2012).

“Cuando lloraba mucho por haber perdido a mi bebé, me sentía de lo peor y nadie de ellas tuvo la humanidad de darme palabras” F1.

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), dentro de la acción 3.2.8, estipula que se debe favorecer la atención humanizada de los casos de pérdida gestacional y la identificación oportuna de la depresión en el embarazo y posparto, por medio de acciones de sensibilización y capacitación del personal de salud.

Deficiencias percibidas no sustentadas por la política pública en México

Este último apartado integra todas aquellas situaciones que, al realizar la búsqueda de información correspondiente, no se encuentran reguladas dentro de documentos oficiales como leyes, programas, Normas Oficiales Mexicanas, entre otros.

“Omitieron hacerme aseo vulvovaginal” F1. “Se tardaron en atenderme” F2.

"No se me notificó la administración del medicamento (metoclopramida) porque estaba dormida, la dilución no fue la adecuada y presenté ansiedad y sensación de muerte" F7.

"Identificación del personal, no comunican su nombre" F16.

"Cuidados básicos, como la técnica de toma de presión arterial, los signos vitales los toman de dispositivos digitales sin escuchar, por ejemplo, la frecuencia cardíaca"

F9.

"Me dejaron sola en el baño y tuve lipotimia" F14. "Levantaron la cabecera y me desmayé del dolor" F5.

"No se presentaron, me regañaron por no avisar que estaba llena de loquios" F17.

CONCLUSIONES

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención basados en la reglamentación correspondiente, para lo cual es importante que el personal de salud tenga conocimientos en materia de política pública.

La política pública busca dar respuesta a las necesidades y demandas de la población por medio de reglas y acciones. Todos los profesionales de salud y centros de atención a la salud estamos obligados a cumplir con lo establecido por ella, sin embargo, la reglamentación no garantiza, por sí sola, su efectivo ejercicio y situaciones como la falta de pericia, capacitación, insumos y personal dificulta su efectivo cumplimiento.

Trabajar esta temática a partir de las vivencias de las enfermeras en su propia experiencia de parto permitió obtener una mirada más completa de la realidad que se vive en las unidades de atención obstétrica. Las enfermeras cuentan con los conocimientos necesarios sobre las normas, lineamientos y estipulaciones con las que se debe brindar una atención de calidad, y el hecho de que ellas sean las pacientes, en este caso, hace que la observación y crítica sean más minuciosas y confiables.

Entre los aspectos con mayor incumplimiento encontramos, en primer lugar, la violencia obstétrica física y psicológica, en segundo lugar, la vigilancia del estado general de la madre, de monitorización de las contracciones y de monitorización fetal, y por último, con menor frecuencia, se encontró incumplimiento en materia de control prenatal y lactancia materna.

Estos pueden relacionarse con la falta de preparación del personal, falta de pericia, sobrecarga de trabajo y falta de recursos humanos.

Es recomendable realizar estudios donde se profundice el conocimiento de las enfermeras sobre la violencia obstétrica, esto debido a que fue la situación que se presentó con más frecuencia, sin embargo, no fue mencionada de forma directa en ningún caso, por lo que llama la atención conocer hasta qué grado el profesional de enfermería logra identificar tales situaciones.

Sabemos que la limitante principal del estudio es el hecho de que los resultados obtenidos están lejos de ser una muestra representativa de la población que atiende su parto en los servicios de salud y de los incidentes que se presentan en las diversas instituciones y niveles de atención; no obstante, considerando la ausencia de fuentes de información específicas sobre el tema, se tomó la decisión de revisar y analizar la información obtenida a partir de las encuestas realizadas, abriendo así una nueva fuente de análisis de esta problemática

REFERENCIAS

Aguilera, S. y Soothill, P. (2014). Control Prenatal. Rev. Med. Clin. Condes, 25(6), 880-886. <https://bit.ly/2GD0SaA>

Aragón-Hernández, J. P., Ávila-Vergara, M. A., Beltrán-Montoya, J., Calderón-Cisneros, E., Caldiño-Soto, F., Castilla-Zenteno, A., García-Espinosa, M., Gil-Márquez, J., Gudiño-Ruiz, E. N., Hernández-Rivera, C., Loya-Montiel, L., Salvador-Domínguez, G. y Vadillo-Ortega, F. (2017). Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Ginecol Obstet Mex, 85(5), 314-324.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2003). El marco teórico - conceptual de la evaluación de las políticas públicas. Servicio de Investigación y Análisis. <https://bit.ly/3MpAbX1>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2022). Ley General de Salud, última reforma. Diario Oficial de la Federación. <https://bit.ly/3fSA6id>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2017). Análisis de la queja médica en el Servicio de Ginecología y Obstetricia 2002-2017. CONAMED. <https://bit.ly/3SVtFcP>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2021). Resultados de la Plataforma de registro de quejas médicas y dictámenes 2020. CONAMED.

Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. (2016). ¿Sabes en qué consiste la Violencia obstétrica?. Gobierno de México. <https://bit.ly/3EyVovx>

Conexión ESAN. (2016). Los diferentes conceptos de calidad en salud, Apuntes empresariales. <https://bit.ly/2KYfb8t>

Costley, P. L. y East, C. E. (2012). Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. Cochrane Database of Systematic Reviews, 11(7).

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la episiotomía complicada. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/608GRR.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. <https://bit.ly/3Vmbhvm>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017a). GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-020-08. <https://bit.ly/3g2Jxfn>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017b). Guía de Práctica Clínica Control prenatal con atención centrada en la paciente. <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. <https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/vigilancia-y-atencion-amigable-en-el-trabajo-de-parto-en-embarazo-de-bajo-riesgo>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. INEGI. <https://bit.ly/2JkpTtB>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. Gobierno de México. <https://bit.ly/3ECWsi7>

Lavender, T. y Hart, A. (2013). Efecto del uso del partograma en los resultados de las mujeres en trabajo de parto espontáneo a término. *Cochrane Database Syst Rev.*, 10(7), CD005461. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23843091/>

Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista de Derecho de Familia y de las Personas*, 4. <https://acortar.link/Mn0SaJ>

Mejías Paneque, M. C. (2012). Duelo perinatal: atención psicológica en los primeros momentos. *Hygia de Enfermería*, 19(6), 1405-1412.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. *Salud en las Américas 2007*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3009>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Atención prenatal en atención primaria de la salud. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. <https://bit.ly/3g1D9oA>

Real Academia Española. (2021). Calidad. *Diccionario de la lengua española*. Espasa. <https://bit.ly/3TigG53>

Rodríguez-Herrera, R., Víctor Mora, E., Gómez-Alpízar, L. (2019). Incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad de los pacientes. Una propuesta de clasificación enfocada en la gestión organizacional. *Boletín CONAMED*, enero-febrero. <https://bit.ly/3Vi2dHT>

Sarthou, N. F. (2015). Los instrumentos de política como enfoque de análisis de los sistemas de pago al mérito: contribuciones analíticas a partir del caso argentino. *Perfiles Educativos*, 37(149), 150-168. <https://bit.ly/3yV0Vcz>

Secretaría de Economía. (2010). Catálogo Mexicano de Normas. <https://catalogomexicanodenormas.economia.gob.mx/default.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

Secretaría de Economía. (2021). Sabes cómo te benefician las normas oficiales mexicanas. <https://www.gob.mx/se/acciones-y-programas/sabes-como-te-benefician-las-normas-oficiales-mexicanas?state=published>

Secretaría de Salud. (2003). Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. Comisión Interinstitucional de Enfermería. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/evaluacion_servicios_enfermeria.pdf

Secretaría de Salud. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario Oficial de la Federación*.

Secretaría de Salud. (s. f.). Glosario de términos aplicados a seguridad del paciente. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf

Villanueva-Egan, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, 15(3), 148. <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2010/vol15/no3/4.pdf>