Varía valoración de mujeres sobre atención en nuevas salas de parto integral

Así lo advierte un estudio de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, cuyo análisis y conclusiones son la base de un artículo que acaba de publicar la reconocida revista científica International Journal of Gynecology Obstetrics.

El Modelo Integral de Atención al Parto, que en Chile comenzó a ser implementado hace una década en algunos hospitales de alta complejidad, busca promover la atención humanizada, la autonomía materna y el vínculo emocional temprano entre la madre y el recién nacido. Sin embargo, y a pesar de las mejoras y avances que supone esta propuesta, su aplicación presenta una serie de consideraciones e inconsistencias.

Así lo establece un pionero estudio realizado por un equipo de docentes e investigadores de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, que en lo sustancial revela que aun cuando las mujeres que han vivenciado el nacimiento de su hijo o hija bajo este paradigma manifiestan una elevada satisfacción general hacia él, sobre todo en lo relativo al trato digno y respetuoso, advierten al mismo tiempo que su práctica no es uniforme y varía dependiendo de la modalidad de parto y la atención durante el puerperio.

Esta discontinuidad crítica es notoria entre quienes han sido sometidas a cesárea, ya que reportan niveles significativamente menores de autonomía, comodidad y contacto temprano con el recién nacido, en comparación con aquellas que tuvieron partos vaginales.

Titulado “Experiencia de mujeres en el posparto con la

atención recibida bajo el modelo de parto integral: un estudio de métodos mixtos en un hospital público de alta complejidad en Chile", su análisis, hallazgos y conclusiones acaban de ser publicados por la reconocida revista científica International Journal of Gynecology Obstetrics, en la forma de un artículo cuyos autores son los académicos Antonieta Silva Muñoz, Cristian Carreño León y Claudia Vilches Arredondo.

Propuesta y contexto

El estudio se desarrolló el año pasado y su objetivo central fue conocer y comprender las experiencias significativas de puérperas que dieron a luz en alguna de las salas de atención integral del parto (SAIP) del Hospital Doctor Gustavo Fricke de Viña del Mar, donde este modelo opera como estándar desde 2021. Además, sus autores se propusieron identificar diferencias en la percepción de la calidad del cuidado ofrecido en esas unidades, según la vía de parto escogida, integrando en ese proceso mediciones cuantitativas de satisfacción con narrativas cualitativas.

En este cometido contaron con la colaboración de Jenny Zárate Mesa, Jonathan Gálvez Arancibia y Alejandra Figueroa Cañete, profesionales de la matronería de ese centro asistencial.

Este despliegue se dio en un contexto en el que la humanización de la atención al parto es una prioridad global que ha sido respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el fin de potenciar la autonomía materna, la toma de decisiones informada y los entornos de atención respetuosos.

Pese a ello, la implementación de este modelo sigue enfrentando desafíos en la mayoría de los países y continentes. En Latinoamérica, por ejemplo, esto se debe en gran medida a la coexistencia de una atención obstétrica altamente tecnificada, la heterogeneidad institucional y las limitaciones estructurales de los sistemas de salud pública.

Chile, en tanto, ha podido avanzar en la atención integral del parto, mediante la operativización de estos principios en entornos de alta complejidad, a través de marcos normativos como la denominada Ley Mila y la creación de las SAIP. No obstante, su implementación se ve tensionada por la progresiva medicalización del parto, que entre otras cosas se traduce en el aumento sostenido de la tasa de nacimiento por vía quirúrgica, que en la actualidad supera el 40 por ciento.

Dimensiones

El estudio realizado por el equipo de docentes e investigadores de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso comprendió un diseño exploratorio mixto.

Su fase cuantitativa consideró los antecedentes aportados por 345 mujeres en etapa de postparto (184 vaginales, 158 cesáreas, 3 fórceps), para lo cual sus autores utilizaron la escala BMSP2, que fue desarrollada por la enfermera matrona Claudia Uribe, destacada investigadora y actual encargada del Departamento de la Mujer de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, quien dio su aprobación para que dicha herramienta fuera utilizada –por primera vez– para medir el bienestar de puérperas atendidas en una sala integral de parto.

Esta escala considera siete dimensiones: cuidado relacional de la atención (trato dispensado por el personal de salud), autocuidado y confort (medidas de comodidad para la madre), condiciones del contacto madre-hijo (relación emocional temprana), cuidado despersonalizado (dimensión invertida de la atención), participación familiar continua (acompañamiento durante el proceso), cuidado oportuno y respetuoso (rapidez y trato en las intervenciones) y entorno físico confortable (condiciones ambientales de la sala de parto).

A su vez, la fase cualitativa incluyó 26 entrevistas en

profundidad, las cuales fueron analizadas mediante codificación temática deductiva-inductiva.

Las seleccionadas de ambas fases fueron mujeres mayores de 18 años, con nacimientos sin complicaciones ni condiciones fetales letales o prematuridad extrema, para asegurar la homogeneidad de la percepción del cuidado.

“La recopilación de datos se concretó de manera simultánea, tras obtener la aprobación del comité de ética científica del hospital. Para el efecto, se definió un intervalo de 24 a 48 horas tras el parto, para garantizar la estabilidad clínica de las participantes y minimizar el sesgo de recuerdo en ambas fases de la investigación. Nuestro equipo contactó a las posibles participantes en la sala de puerperio y, luego, durante el período del estudio se reclutó, de forma consecutiva, a todas las mujeres elegibles, siguiendo el orden cronológico del registro institucional de partos del día anterior”, explicó la enfermera matrona y docente Antonieta Silva, autora principal del artículo.

Hallazgos

En cuanto a los hallazgos de este trabajo, el profesor Cristian Carreño, coautor del artículo, detalló que estos se integraron en su fase interpretativa, con miras a explorar y contextualizar los patrones cuantitativos de satisfacción junto con las narrativas cualitativas, según la modalidad de parto.

De acuerdo con estos parámetros, la convergencia fue más marcada en lo relativo a la calidad relacional de la atención, ya que no se observaron diferencias significativas entre el parto vaginal y la cesárea, mientras que las narrativas cualitativas destacaron sistemáticamente el trato respetuoso y el compromiso profesional, confirmando así la preservación del pilar relacional del modelo de atención integral al parto.

Por contrapartida, el estudio consigna que la divergencia se

concentró en aquellos aspectos que presentaron puntuaciones significativamente más bajas tras la cesárea. En esa línea, las diferencias cuantitativas observadas en el contacto madre-hijo, el autocuidado y el confort se interpretaron a la luz de las narrativas cualitativas que describían las limitaciones propias del quirófano, tales como la movilidad restringida, el retraso en el contacto piel con piel, el ayuno y una participación limitada en la toma de decisiones.

“Por la cesárea no podía elegir nada. Me pusieron en la posición correspondiente y tuve que quedarme allí”, admitió una de las participantes en el estudio.

De igual modo, las diferencias en cuanto a la despersonalización y la participación continua de la familia se interpretaron junto con los relatos sobre restricciones derivadas de los protocolos institucionales de acompañamiento y comunicación. Al respecto, las participantes señalaron que estos factores contribuían a una sensación de aislamiento y a una menor autonomía.

“Me lo mostraron un ratito, pero luego se lo llevaron con mi pareja. Esa espera fue larga. Una hora y media sola sin él”, fue el testimonio de otra de las mujeres que tomó parte en el estudio, en referencia a lo que para ella implicó el contacto inicial con su hijo.

Asimismo, en lo referido a la atención oportuna y respetuosa, la profesora Silva puntualizó que la ausencia de diferencias cuantitativas significativas se vio matizada por los hallazgos cualitativos: los partos vaginales se describieron como partos con apoyo continuo, mientras que las cesáreas se percibieron como rápidas pero más procedimentales, con menor continuidad relacional.

En este entendido, el quirófano surgió como un entorno organizativo relevante en el que las mujeres reportaron menor autonomía, comodidad, experiencias de vinculación temprana y

apoyo posparto temprano limitado. En efecto, el artículo precisa que la integración indica que la implementación es relacionalmente sólida, pero el quirófano sigue siendo el principal punto estructural donde el protocolo y el entorno limitan la autonomía, la comodidad y la vinculación temprana.

Recomendaciones

A modo de conclusión, el estudio enfatiza que, en términos generales, el Modelo de Atención Integral al Parto genera una elevada satisfacción a las usuarias, quienes lo perciben y definen como sólido en cuanto a su calidad relacional, sobre la base de la capacidad y el desempeño del equipo de matronas, cuyo desempeño profesional es acorde en todo momento con un trato digno y respetuoso, independientemente de la modalidad de parto.

Este parecer cambia en el contexto quirúrgico, el que en opinión de las puérperas que participaron en la consulta enfrenta desafíos operativos significativos.

Estos apuntan principalmente a algunos factores organizacionales, como el hecho de que las brechas en la calidad percibida en las cesáreas están asociadas a la dinámica del quirófano y protocolos de seguridad rígidos, más que al trato del personal.

También advierten de su impacto en el entorno, por entender que el parto quirúrgico actúa como un predictor independiente de menores puntuaciones en autonomía y contacto temprano, incluso después de ajustar por edad, educación y paridad.

Por último, las consultadas identifican una vulnerabilidad y falta de apoyo inmediato para el cuidado del recién nacido en las primeras horas tras una cesárea.

Y en lo relativo a las recomendaciones para la práctica clínica, este trabajo plantea la necesidad de revisar los protocolos de cesárea para facilitar el contacto piel con piel

temprano y la presencia continua del acompañante en pabellón, fomentar que el equipo quirúrgico mantenga una comunicación activa y personalizada para reducir la sensación de “ser tratada como un objeto”, que describieron algunas mujeres y, junto con eso, reforzar el apoyo de las profesionales de la matronería en el periodo posoperatorio inmediato, para alinear las expectativas de las usuarias con la realidad clínica.

“En síntesis, este estudio permite concluir que este modelo es relacionalmente robusto, pero enfrenta desafíos operativos significativos en el contexto quirúrgico. También que las limitaciones en las cesáreas no se deben a la falta de compromiso profesional, sino a la rigidez de los protocolos quirúrgicos y rutinas organizacionales”, apuntó la profesora Antonieta Silva.

El artículo “Experiencia de mujeres en el posparto con la atención recibida bajo el modelo de parto integral: un estudio de métodos mixtos en un hospital público de alta complejidad en Chile” está disponible en este enlace: obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.71282. Quienes se interesen pueden acceder a él según las condiciones e indicaciones de International Journal of Gynecology Obstetrics.