



HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD PERINATAL, EN CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, ENTRE LOS AÑOS 2020-2021.

Ciclo de Metodología Científica II

Facultad de Medicina

Universidad de la República

Montevideo, Uruguay, 2021.

Autores: Br. Camacho, V. ¹; Br. Cardozo, C. ¹; Br. Castrillo, M¹.; Br. Fernández, G. ¹; Br. Leal, L. ¹; Br. Moraes, J¹.

Tutores: Dra. Castellano, G. ²; Dra. Herrera, M. ²

¹: Estudiantes Ciclo de Metodología Científica II 2021-Facultad de Medicina - Universidad de la República, Uruguay.

²: Docente Departamento de Medicina Preventiva y social – Facultad de Medicina – Universidad de la República, Uruguay.

1. Índice de contenidos

1. Índice de contenidos	2
2. Índice de figuras	3
3. Resumen	4
PALABRAS CLAVE:	4
4. Abstract	4
5. Introducción.....	5
6. Objetivos	10
7. Metodología.....	10
TIPO DE ESTUDIO.....	10
POBLACIÓN Y MUESTRA	10
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	11
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	11
ANÁLISIS DE VARIABLES LIGADAS A LA HUMANIZACIÓN EN EL SIP	11
ANÁLISIS DE VARIABLES CUALITATIVAS: ENTREVISTAS.....	12
8. Resultados	13
RESULTADOS OBTENIDOS DEL SIP	13
RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENTREVISTAS A USUARIAS	19
RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENTREVISTAS A PERSONAL DE SALUD...	21
9. Discusión	26
10. Conclusiones	28
11. Referencias bibliográficas	29
12. Anexos.....	31

2. Índice de ilustraciones

Tabla 1. Terminación del embarazo en 2020	13
Tabla 2. Rango de edades maternas en 2020.....	13
Tabla 3. Medidas de tendencia central para edad materna. Año 2020	14
Tabla 4. Nivel educativo de usuarias. Año 2020.....	14
Figura 1. Nivel educativo de usuarias. Año 2020.....	14
Tabla 5. Estado civil de usuarias.	15
Figura 2. Estado civil de usuarias.....	15
Tabla 6. Calidad de controles en valores relativos, año 2020.	16
Tabla 7. Calidad de controles en valores absolutos, año 2020	16
Tabla 8. Calidad de controles en valores absolutos, año 2019.	16
Tabla 9. Calidad de controles en valores relativos, año 2019.	16
Figura 3. Calidad de controles 2019.....	17
Figura 4. Calidad de controles 2020.....	17
Tabla 10. Frecuencia de vía de finalización del embarazo en los años 2019-2020.....	17
Figura 5. Porcentaje de cesáreas de los años 2017 al 2020.	18
Figura 6. Acompañamiento del parto en el año 2020.....	18
Tabla 11. Ningún acompañante.....	18
Figura 7. Usuarias sin acompañante en el parto desde el 2017 al 2020	19

3. Resumen

En los últimos años en Uruguay, se ha hecho gran énfasis en la importancia de avanzar hacia una atención médica más humanizada, a través de leyes que buscan la protección de la dignidad y los derechos humanos. Así mismo, la implementación de protocolos de atención intenta abordar la atención de la salud de manera integral.

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de usuarias y personal de salud sobre la humanización de la atención médica en la etapa perinatal durante la pandemia por SARS-COV-2, priorizando las variables relacionadas con la humanización como frecuencia de cesáreas, cantidad y calidad de controles y el acompañamiento durante el parto y trabajo de parto.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal. La población objetivo fue de usuarias del sistema de salud con experiencias recientes en el área de cuidados perinatales, y personal de salud de dicha área. La recolección de datos fue a través de entrevistas semi estructuradas y del análisis del SIP 2019 y 2020 mediante Epi Info.

La percepción de usuarias en cuanto a la atención en el CHPR es positiva. En cuanto a los profesionales del área, coinciden en que se han realizado mejoras pero que aún queda mucho por hacer. Durante el 2020 se observó una baja en la calidad y cantidad de controles prenatales. Se evidenció un aumento en el número de cesáreas (aproximadamente 1% por año desde 2017 a 2020), no atribuible a la pandemia, por encima de lo recomendado por la OMS (10% a 15%). No se vio diferencia significativa en cuanto al acompañamiento en este año.

Se evidenciaron diferencias en cuanto al concepto de Humanización entre los diferentes actores de la salud, lo cual perjudica la calidad de la atención.

PALABRAS CLAVE: Humanización; parto; personal de salud; perinatal; embarazo; SARS-Cov-2.

4. Abstract

In recent years in Uruguay, great emphasis has been placed on the importance of moving towards more humanized medical care, through laws that seek to protect dignity and human rights. Likewise, the implementation of care protocols tries to address health care in a comprehensive manner.

The objective of this study was to know the perception of users and health personnel on the humanization of medical care in the perinatal stage during the SARS-COV-2 pandemic,

prioritizing the variables related to humanization such as frequency of caesarean sections, quantity and quality of controls and monitoring during delivery and labor.

A descriptive, cross-sectional observational study was carried out. The target population was users of the health system with recent experiences in the area of perinatal care, and health personnel from that area. The data collection was through semi-structured interviews and the analysis of the SIP 2019 and 2020 through Epi Info.

The perception of users regarding care at the CHPR is positive. As for the professionals in the area, they agree that improvements have been made but that there is still much to do. During 2020, a decrease in the quality and quantity of prenatal controls was observed. There was an increase in the number of caesarean sections (approximately 1% per year from 2017 to 2020), not attributable to the pandemic, above that recommended by the OMS (10% to 15%). No significant difference was seen in terms of accompaniment in this year.

Differences were evidenced in terms of the concept of Humanization between the different health actors, which affects the quality of care.

5. Introducción

A lo largo del tiempo, la Medicina y su práctica han ido evolucionando, nuevos conocimientos, la institucionalización y el avance tecnológico han impactado considerablemente en el bienestar de la salud.

Si bien este progreso ha sido sumamente beneficioso, trae consigo planteamientos acerca de qué tan necesarias son ciertas prácticas realizadas en la actualidad, las cuales procuran un modelo tecnocrático en la atención. Esto motiva el cuestionamiento del tema que guía esta monografía: La humanización en la práctica clínica.

Esta temática resulta demasiado amplia para los objetivos del presente trabajo, por lo que se centrará en uno de los ejes de mayor resonancia en la actualidad, la humanización de la atención médica en el parto y el comienzo de la vida en el contexto de pandemia por SARS-CoV-2.

Justificación y uso de datos:

El humanismo es un punto de vista filosófico y ético, que enfatiza el valor del ser humano. Es una filosofía de vida progresista que afirma la capacidad y responsabilidad de la persona para llevar una vida ética de realización personal, que aspira al bien mayor. En consecuencia, definimos el humanismo como una filosofía basada principalmente en el racionalismo y el empirismo. Ese punto de vista debería influir en la organización de los sistemas de atención de la salud y la ética de las relaciones médicas en todas las sociedades. Esto tiene especial relevancia cuando hablamos de la humanización en la asistencia en salud. ¹

Los protocolos de humanización colocan a la futura madre y al futuro padre en el centro, la paternidad y maternidad son apoyadas y estimuladas, el personal de salud es capaz de tomar decisiones basadas en la evidencia científica. El nacimiento y los momentos posteriores al mismo son acompañados por personas formadas técnicamente, pero también en la comunicación humana, de modo que el comienzo de la vida de ese nuevo ser sea un buen comienzo (contacto inmediato piel a piel, amamantamiento precoz, padre implicado en la crianza).²

En Uruguay, se ha hecho en los últimos años, gran énfasis en reformar el sistema de salud, con el objetivo de reconocer y cumplir con los derechos humanos, mejorar las condiciones de salud, obtener una mayor satisfacción en usuarios y prestadores de los servicios.

La Ley N° 18335 /2008 regula derechos y obligaciones de usuarios y trabajadores del sistema de salud. En el artículo 17 se hace referencia al derecho que tiene el paciente de ser tratado de manera digna y respetuosa, y a que no se actúe de manera que se pueda vulnerar su integridad física o mental.

En el área de la Ginecología, la humanización también tiene un papel central. “Se denomina parto respetado o parto humanizado a un modo de atender el proceso de parto en el cual se privilegia la voluntad de la mujer que va a dar a luz y se respetan sus tiempos fisiológicos personales. El objetivo es que el momento del parto sea un espacio familiar donde la mujer y su producto de la concepción sean los protagonistas, donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible”³

Como se mencionó anteriormente, la temática a tratar es cuestión de debate constante en la actualidad. Se le suma una amplia variedad de voces que ponen en discusión el cumplimiento de la normativa vigente (Ley N°17386/2001 de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento, y Ley N°18.426 /2008 de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva), lo que propicia la razón del estudio. A esto se le agrega la situación de emergencia sanitaria que afecta, no solo a nuestro país, sino al mundo entero.

Al abordarlo se espera conocer la normativa actual, los protocolos establecidos, las diferentes perspectivas de los actores involucrados y si hubo algún impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la atención de los cuidados perinatales.

En los últimos tiempos, se han realizado diferentes estudios sobre esta temática, con variadas conclusiones, que manifiestan la problemática en cuestión. La OMS, en el artículo “Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva” hace referencia a que “la medicalización creciente de los procesos de parto tiende a

debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto”.

En la misma línea, en Uruguay, un reciente estudio descriptivo plantea que la tasa de cesárea se duplicó en los últimos 20 años, siendo del 44% para 2017. Las variables que más contribuyen a esto son: cesárea previa, nulípara, cesárea electiva o después de una inducción fallida. Este porcentaje es aún mayor en el sector privado (51%), donde se identifican factores que incrementan aún más el riesgo de cesárea. Se concluye que si se pretende bajar las tasas de cesáreas es necesario implementar estrategias basadas en la evidencia que impacten. Para esto, se necesita que los profesionales que tienen mayor tasa de cesárea en nulíparas bajen el número en que realizan estos procedimientos con mejores decisiones en cada caso, evitando inducciones y cesáreas médicamente innecesarias. Sin olvidar que la estrategia del parto humanizado e institucional es la base para implementar cualquier estrategia de mejoramiento de la calidad de atención y seguridad en el área materno perinatal.⁵

En el año 2018, en Cuba, se realizó una revisión bibliográfica sistemática, “El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer”, con el fin de reforzar el conocimiento teórico del equipo de salud sobre la humanización en el parto. Los resultados obtenidos de la revisión realizada, evidencian que el proceso del parto, desencadena en la mujer sensaciones y sentimientos que involucran al estrés, el miedo y la incertidumbre. El estrés en los seres humanos es, por su determinación, un fenómeno social y por su naturaleza, un fenómeno psicofisiológico. Su evolución está influida, no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, socioculturales y ambientales. Es por ello que los profesionales de la salud deben establecer una relación empática y humanizada, donde interactúen los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para brindar una asistencia de calidad. Se debe descartar la concepción del parto como sinónimo de enfermedad y no transformarlo en un acto médico quirúrgico que diluye su esencia original.⁶

En el año 2020, en Colombia, se realizó el estudio “La participación de la pareja masculina en el embarazo, parto y posparto: percepciones del equipo de salud en Bogotá” en el cual participaron médicos, enfermeros, internos y auxiliares de enfermería. Como conclusión del presente estudio se pudo identificar la importancia del rol masculino en el proceso perinatal, demostrando el protagonismo que adquiere la participación del acompañante en un parto humanizado. Las evidencias demuestran cómo un rol activo influye sobre el bienestar del binomio madre-hijo, logrando una mayor estabilidad emocional y una mayor adaptación al proceso. También se relaciona con un parto natural más humanizado y una vivencia más confortable.⁷

En el marco epidemiológico que ha atravesado el mundo desde el año 2019, la atención médica se ha visto afectada en todos sus ámbitos, y el control del embarazo y el parto no ha sido la excepción.

El Artículo “COVID-19 y embarazo: Una aproximación en tiempos de pandemia”, realizado en Cuba en 2020, concluye que, si bien en líneas generales se considera a las embarazadas como población de riesgo frente a la mayoría de las enfermedades infecciosas, actualmente no hay evidencia de que sean más susceptibles a la infección por COVID-19 o que tengan un curso más severo de la enfermedad. Cuando la enfermedad se manifiesta tempranamente en el embarazo no suele presentar complicaciones, aunque no hay suficiente evidencia para descartar si puede tener consecuencias perinatales. Se debe tener en cuenta que la fiebre, síntoma común en la enfermedad por SARS-COV-2, es un factor de riesgo en el primer trimestre para el desarrollo de defectos a nivel del tubo neural, malformaciones renales y cardíacas, por lo que es un campo a estudiar. Tampoco se ha podido evidenciar la transmisión vertical de la enfermedad.⁸

En esta línea el estudio “Nacer en los tiempos del COVID-19”, deja en claro que la infección por sí misma no constituye la indicación de finalizar el embarazo, salvo en el caso de gravedad de la paciente. Si el parto ya está en curso, lo adecuado en las pacientes con diagnóstico o sospecha de SARS-CoV-2, es que sea manejado por el menor número de personal posible, sin acompañante y siempre llevando mascarilla. Destacamos aquí que en este estudio se prioriza el riesgo de contagio por sobre la posibilidad y el deseo de la mujer de estar acompañada. Esta y otras circunstancias nos alejan, según estos mismos autores, de la práctica humanizada que actualmente se busca en la atención sanitaria.⁹

Las medidas adoptadas a raíz de la emergencia sanitaria colocaron además al personal de salud en la necesidad inmediata de buscar alternativas para poder realizar instancias de control en las embarazadas, sin colocarlas en riesgo de contraer la enfermedad.

En este sentido, el estudio “Implementación de un modelo mixto de atención prenatal, presencial y virtual durante la pandemia COVID-19, en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú”, evoca la convivencia de la atención presencial tradicional, con la telemedicina, un nuevo modelo que parece haber llegado para quedarse. “La telemedicina es la prestación de servicios de atención médica que utiliza tecnología de la información y comunicación con potencial beneficio en superar obstáculos en la prestación de salud”. En el contexto de la pandemia, tomó un lugar central en la atención médica cuando la visita presencial conllevaba un riesgo materno-fetal, y fue recomendada por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal. Es una opción que ha brindado flexibilidad a las pacientes y seguridad tanto a ellas como al propio sistema sanitario. Vivanti

y col. y Peahl y col. recomiendan estructurar el seguimiento del embarazo alrededor de tres ecografías principales, complementadas con controles remotos o presenciales, de acuerdo con el riesgo obstétrico de cada paciente. Esta indicación debe individualizarse de acuerdo a las posibilidades de la paciente, riesgo, y situación sanitaria del momento y lugar en el que se encuentra. El estudio concluye, entre otras cosas, que no hay grandes diferencias entre la atención brindada a través de la telemedicina, en relación con los métodos tradicionales. Esta nueva modalidad no compromete la relación médico-paciente ni la participación del paciente en el proceso asistencial. Es por ello que se prevé que esta nueva forma de ejercer la práctica médica conviva con las consultas tradicionales, complementándose en el futuro, aun cuando la pandemia haya sido superada. ¹

Sin embargo, en el año 2020 en Uruguay, el artículo “Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva”, se identificaron algunos problemas con la telemedicina en esta área. Así mismo, se habla de un posible riesgo en el derecho al acompañamiento en el parto, el cual está amparado en Uruguay por la Ley 17386 desde el 2001. “No existe evidencia que contradiga el acompañamiento de la mujer en el nacimiento, determinándose un único acompañante elegido por la mujer que se encuentre asintomático y sin noción de contagio de COVID-19.” Pero a pesar de esto muchos prestadores de salud limitan o incluso impiden la presencia del acompañante en parto o cesáreas. ¹¹

Como estos estudios, hay muchos otros que intentan analizar diferentes factores que influyen en la humanización en la etapa perinatal. Sin embargo, nuestro país cuenta con pocos estudios en el área, motivo que impulsa a tratar el tema.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos reconocidos internacionalmente. En Uruguay, se han dado grandes avances en el reconocimiento legal y normativo de estos.

La Ley N° 18.426 /2008 de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, en el artículo 2, establece como objetivo respetar los derechos del paciente tratándolo de manera integral como un ser biopsicosocial. respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista. El artículo 3 enuncia “promover el parto humanizado, garantizando la intimidad y privacidad; prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificadas”. ¹²

La Ley N° 17.386/2001 establece que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza, o a su elección personal con el criterio que le brinde apoyo emocional. ¹³

“Davis-Floyd, antropóloga que estudia el parto contemporáneo, plantea que en la actualidad se distinguen tres modelos de atención de los cuidados sanitarios que afectan particularmente a

las sociedades occidentales: el tecnocrático, el humanista y el holístico”. En estos modelos se diferencian la “conexión” entre cuerpo y mente, el humanista ve al cuerpo como un organismo no así el tecnocrático en donde separa cuerpo y mente. En el holístico se le suma el componente espiritual. Estos tres modelos se “integran” en el parto contemporáneo, destaca la autora. Planteó al modelo humanista como oportunidad de cambio, ya que la tecnología ha tomado gran control en las prácticas obstétricas. ¹⁴

La pandemia de covid-19 es antes que nada una carrera contra el tiempo para preparar la respuesta sanitaria en general, y del sistema de salud en particular, para enfrentar las consecuencias sobre la salud humana de la acción de un nuevo virus. Un elemento relevante es considerar que, siendo el tema covid-19 el principal, no es el único, ya que los problemas biopsicosociales que definen la salud continúan su derrotero, y en particular, algunas medidas unánimemente aceptadas, como el aislamiento social, incrementarán el riesgo en los temas que se vinculan con los derechos sexuales y reproductivos en general. ¹⁵

6. Objetivos

Objetivo general: Conocer la percepción de usuarias y personal de salud sobre la humanización en las prácticas y cuidados de la etapa perinatal, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell de Montevideo-Uruguay, durante la pandemia por SARS-CoV-2 entre los años 2020-2021.

Objetivos específicos:

1. Conocer la frecuencia y calidad de controles prenatales durante la pandemia de SARS-CoV-2.
2. Conocer la frecuencia de cesáreas durante la pandemia.
3. Reconocer variaciones en el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, luego de decretada la emergencia sanitaria en nuestro país.

7. Metodología

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cualitativo de tipo observacional descriptivo, de corte transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se tomó como población objetivo a usuarias del sistema de salud que hayan tenido experiencias en el área de cuidados perinatales y personal de salud que brinda atención en dicha área.

Se realizó el muestreo por conveniencia, motivado por la limitación temporal y la situación sanitaria, que impidió el libre acceso a salas hospitalarias y, por ende, a usuarias.

Adicionalmente se tomaron datos de la base SIP de los años 2019 y 2020, con la finalidad de identificar aquellas variables que, de acuerdo a la literatura, se involucran con la humanización en la atención Perinatal.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó como técnica de recolección de datos la realización de entrevistas semi estructuradas [H1] a usuarias y personal de salud, en salas de parto y maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre los meses septiembre-octubre del 2021. Las entrevistas fueron desarrolladas tomando como eje una guía establecida a priori con una duración de 20 minutos aproximadamente. En el caso de las usuarias, la finalidad fue profundizar acerca de su experiencia respecto a la atención durante la etapa de trabajo de parto y parto. Respecto al personal de salud entrevistado, el objetivo fue recoger su visión sobre los procedimientos y aspectos fundamentales que se vinculan con la humanización de la atención de la etapa mencionada.

Se incluyen en anexos las guías de las entrevistas, las transcripciones de las mismas y los consentimientos informados correspondientes.

Los datos para el análisis de las variables del SIP se extrajeron del sitio web del Ministerio de salud pública.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

En el marco de un diseño abierto, exploratorio y descriptivo, se empleó un enfoque principalmente cualitativo y complementariamente el uso de herramientas cuantitativas (datos secundarios SIP). El resultado y conclusiones del estudio parten de la triangulación de ambas técnicas.

ANÁLISIS DE VARIABLES LIGADAS A LA HUMANIZACIÓN EN EL SIP

Para el análisis de la asociación entre las variables cualitativas se utilizó el método estadístico de Test de comparación de proporciones. Las herramientas utilizadas para su procesamiento fueron Epi-Info y Microsoft Excel.

Las variables que fueron utilizadas del SIP fueron:

- Variables sociodemográficas, edad, nivel educativo, estado civil, lugar de ocurrencia parto (interior/Montevideo)

- VÍA de Finalización del embarazo
- Acompañamiento
- Cantidad de control prenatales

Dado que la variable “cantidad de controles prenatales” es un valor cuantitativo, se optó por clasificarlo en categorías de acuerdo a la cantidad de controles de la siguiente manera:

- 0 controles: sin control
- 1 a 4 controles: mal controlado
- 5 a 9 controles: buen control
- 10 o más controles: muy buen control

ANÁLISIS DE VARIABLES CUALITATIVAS: ENTREVISTAS.

Los datos fueron evaluados mediante el análisis de los discursos que surgieron de las entrevistas. Se utilizaron diferentes categorías para su análisis.

En el caso de las entrevistas a usuarias se emplearon:

- Conformidad de usuarias con la atención recibida
- Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto
- Acceso a estrategias alternativas para aliviar el dolor
- Cambios en la atención durante la pandemia
- Restricciones durante la internación

Para el personal de salud se utilizaron las siguientes categorías de análisis:

- Importancia en la libertad de decisión
- Maniobras invasivas durante el parto
- Vía de finalización (cesárea). Sobre indicación.
- Vínculo madre-hijo al momento del nacimiento
- Noción, conocimiento y percepción del concepto humanización
- Estrategias institucionales para humanizar la atención perinatal.

Diferencias público-privado:

- Pandemia: Cesárea, acompañamiento y otros cambios

8. Resultados

RESULTADOS OBTENIDOS DEL SIP

En una primera instancia de análisis, se presentan variables sociodemográficas de la población estudiada. Durante el 2020 un total de 35231 mujeres tuvieron registro en el Sistema Informático Perinatal, de las cuales 35147 finalizaron en parto, 83 en aborto y en un solo caso no se obtuvieron datos (véase Tabla 1.)

Parto / Aborto	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	83	0,24 %
Parto	35147	99,76 %
Sin dato	1	0,00 %
Total	35231	100,00 %

Tabla 1. Terminación del embarazo en 2020

En cuanto a la variable “Edad” se opta por clasificarlas de en intervalos. (véase Tabla 2)

rec_0009	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Wilson 95% LCL	Wilson 95% UCL
14 o menos	71	0,20 %	0,20 %	0,16 %	0,25 %
15-19	3870	10,98 %	11,19 %	10,66 %	11,32 %
20-24	8234	23,37 %	34,56 %	22,93 %	23,82 %
25-29	8556	24,29 %	58,84 %	23,84 %	24,74 %
30-34	8251	23,42 %	82,26 %	22,98 %	23,86 %
35-39	4909	13,93 %	96,20 %	13,58 %	14,30 %
40-44	1264	3,59 %	99,78 %	3,40 %	3,79 %
45 o más	68	0,19 %	99,98 %	0,15 %	0,24 %
No indicado	8	0,02 %	100,00 %	0,01 %	0,04 %
Total	35231	100,00 %	100,00 %		

Tabla 2. Rango de edades maternas en 2020

Con respecto a las medias de presentación de la edad materna, se obtuvieron los siguientes datos:

	Obs	Total	Medias	Var	Desviación estándar	Min	25%	Mediana	75%	Max	Modo
Edad materna	35223	980303	27,8313	43,0665	6,5625	11,0000	23,0000	28,0000	33,0000	55,0000	28,0000

Tabla 3. Medidas de tendencia central para edad materna. Año 2020

Destacando que la Media se encontró en 27,8, la Mediana en 28 y la Moda en 28. La mujer más joven en dar a luz tenía 11 años y la más añosa 55. (véase Tabla 3).

Otra de las variables representativas de la población que fue utilizada es el “Nivel Educativo” de las mujeres. Los resultados fueron los siguientes. (véase Tabla 4).

Estudios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Wilson 95% LCL	Wilson 95% UCL
Ninguno	38	0,11 %	0,11 %	0,08 %	0,15 %
Primaria	4592	13,03 %	13,14 %	12,69 %	13,39 %
Secundaria	21271	60,38 %	73,52 %	59,86 %	60,89 %
Sin dato	652	1,85 %	75,37 %	1,72 %	2,00 %
Universidad	8678	24,63 %	100,00 %	24,18 %	25,08 %
Total	35231	100,00 %	100,00 %		

Tabla 4. Nivel educativo de usuarias. Año 2020

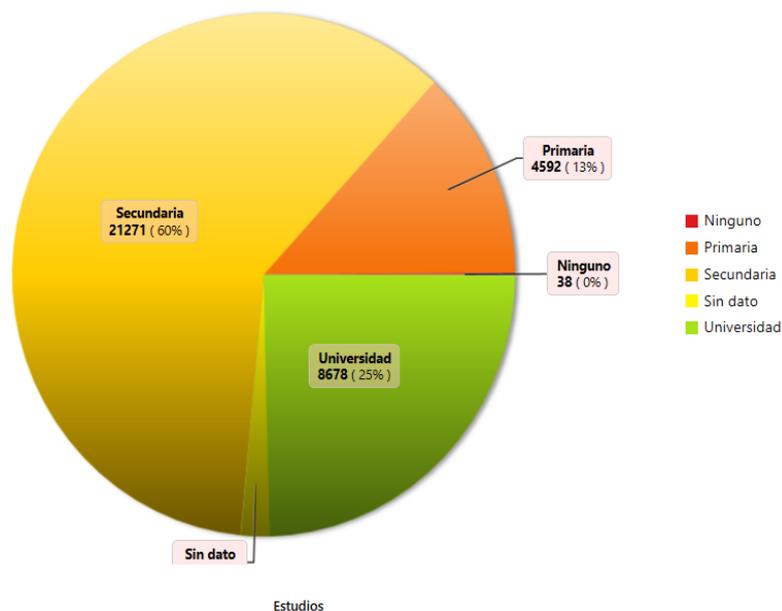


Figura 1. Nivel educativo de usuarias. Año 2020

La variable “Estado civil” también fue seleccionada para la representación sociodemográfica. (véase Tabla 5 y Figura 1).

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.	Wilson 95% LCL	Wilson 95% UCL
Casada	6642	18,85 %	18,85 %	18,45 %	19,26 %
Otro	209	0,59 %	19,45 %	0,52 %	0,68 %
Sin dato	1734	4,92 %	24,37 %	4,70 %	5,15 %
Soltero	5537	15,72 %	40,08 %	15,34 %	16,10 %
Unión estable	21109	59,92 %	100,00 %	59,40 %	60,43 %
Total	35231	100,00 %	100,00 %		

Tabla 5. Estado civil de usuarias.

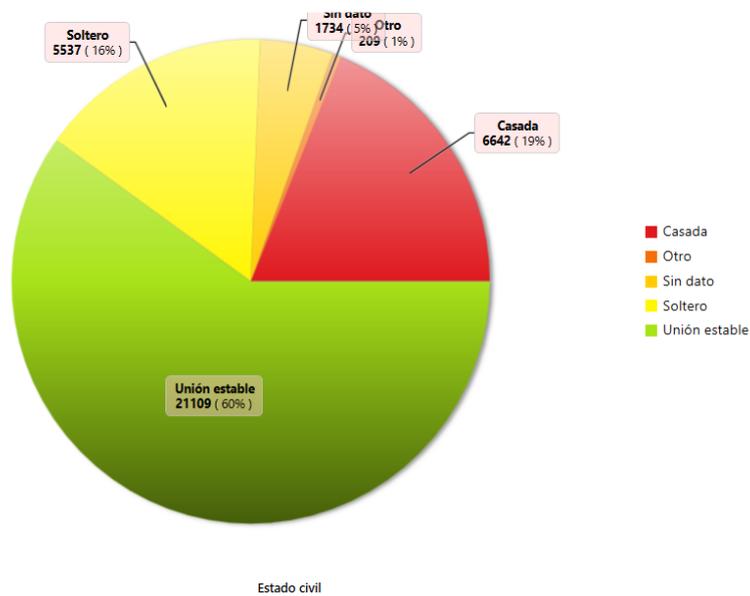


Figura 1. Estado civil de usuarias.

En cuanto a la variable “Calidad de control”, los datos obtenidos fueron los siguientes. (véase Tabla 6 y Tabla 7).

2020 VALORES ABSOLUTOS					
VIA DE TERMINACION	SIN CONTROL	MAL CONTROL	BUEN CONTROL	MUY BUEN CONTROL	TOTAL
Vaginal espontánea	193	1010	7.739	9.122	18064
Cesárea	41	555	6.468	9.399	16463
Fórceps	6	15	142	223	386
Otra	0	1	7	5	13
Sin dato	1	4	15	13	33
Total	241	1585	14.371	18762	34959

2020 VALORES RELATIVOS					
VIA DE TERMINACION	SIN CONTROL	MAL CONTROL	BUEN CONTROL	MUY BUEN CONTROL	TOTAL
Vaginal espontánea	0,0055	0,0289	0,2214	0,2609	0,5167
Cesárea	0,0012	0,0159	0,1850	0,2689	0,4709
Fórceps	0,0002	0,0004	0,0041	0,0064	0,0110
Otra	0,0000	0,0000	0,0002	0,0001	0,0004
Sin dato	0,0000	0,0001	0,0004	0,0004	0,0009
Total	0,0069	0,0453	0,4111	0,5367	1

Tabla 6. Calidad de controles en valores relativos, año 2020.

Tabla 7. Calidad de controles en valores absolutos, año 2020

Se presentan además los datos del año 2019 para posteriormente realizar un análisis de proporciones. (véase Tabla 8 y Tabla 9).

2019 VALORES ABSOLUTOS					
VIA DE TERMINACION	SIN CONTROL	MAL CONTROL	BUEN CONTROL	MUY BUEN CONTROL	TOTAL
Vaginal espontánea	208	977	7.132	10.466	18783
Cesárea	70	453	5.580	10.367	16470
Fórceps	2	5	105	218	330
Vacuum	0	0	1	0	1
Otra	0	0	9	8	17
Sin dato	0	7	48	72	127
Total	280	1442	12.875	21.131	35728

2019 VALORES RELATIVOS					
VIA DE TERMINACION	SIN CONTROL	MAL CONTROL	BUEN CONTROL	MUY BUEN CONTROL	TOTAL
Vaginal espontánea	0,0058	0,0273	0,1996	0,2929	0,5257
Cesárea	0,0020	0,0127	0,1562	0,2902	0,4610
Fórceps	0,0001	0,0001	0,0029	0,0061	0,0092
Vacuum	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Otra	0,0000	0,0000	0,0003	0,0002	0,0005
Sin dato	0,0000	0,0002	0,0013	0,0020	0,0036
Total	0,0078	0,0404	0,3604	0,5914	1

Tabla 8. Calidad de controles en valores absolutos, año 2019.

Tabla 9. Calidad de controles en valores relativos, año 2019.

Se realiza test de comparación de proporciones para determinar si hubo diferencias en la calidad de controles entre los años 2019 y 2020. Las categorías que se utilizan son la sumatoria de “Sin control” y “mal control” consideradas representativas de la mala calidad de los controles.

El cálculo del estadístico Z dio como resultado 2, 4242 y considerando un valor crítico para un nivel de significación de 5% que resulta: 0,0078, se rechaza la hipótesis de igualdad y se concluye que la proporción de controles de mala calidad en 2020 fue mayor que en 2019, a un nivel de significación del 5%. (19) (véase Figura 3 y Figura 2).

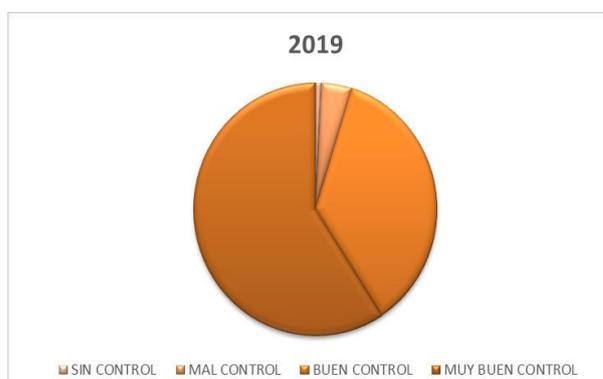


Figura 2. Calidad de controles 2019

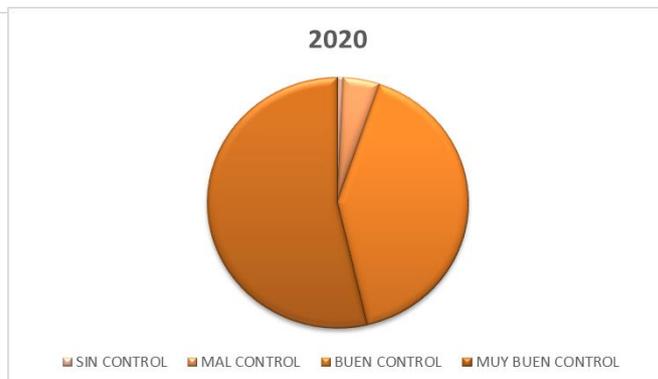


Figura 3. Calidad de controles 2020

Con respecto a la frecuencia de las cesáreas:

TERMINACION	2019	% 2019	2020	%2020
Vaginal espontánea	18.783	53	18169	51,57
Cesárea	16.470	46	16560	47
Fórceps	330	0,92	386	1,1
Vacuum	1	0,003	0	0
Otra	17	0,0476	73	0,21
Sin dato	127	0,355	43	0,12
TOTALES	35.728	100	35231	100%

Tabla 10. Frecuencia de vía de finalización del embarazo en los años 2019-2020

Al comparar la frecuencia de cesárea del 2020 con respecto al 2019, se observa un aumento del porcentaje en esta vía de finalización. (véase Tabla 10).

Si se observan los años 2017 al 2020, se puede evidenciar que la tendencia de la indicación de cesárea va en leve aumento y se mantiene ampliamente por encima de los números recomendados por la OMS (entre el 10% y el 15%)¹⁶

Si bien al comparar el porcentaje de cesáreas, en los diferentes años mencionados, se observa un aumento de la incidencia en el 2020, esta diferencia no es suficiente como para afirmar que durante la pandemia hubo un aumento representativo de la indicación de esta vía de finalización. El aumento de la indicación se viene manteniendo en el correr de los años y no podría atribuirse únicamente al decreto de la emergencia sanitaria en nuestro país. (vease Figura 4. Porcentaje de cesáreas de los años 2017 al 2020.Figura 4).

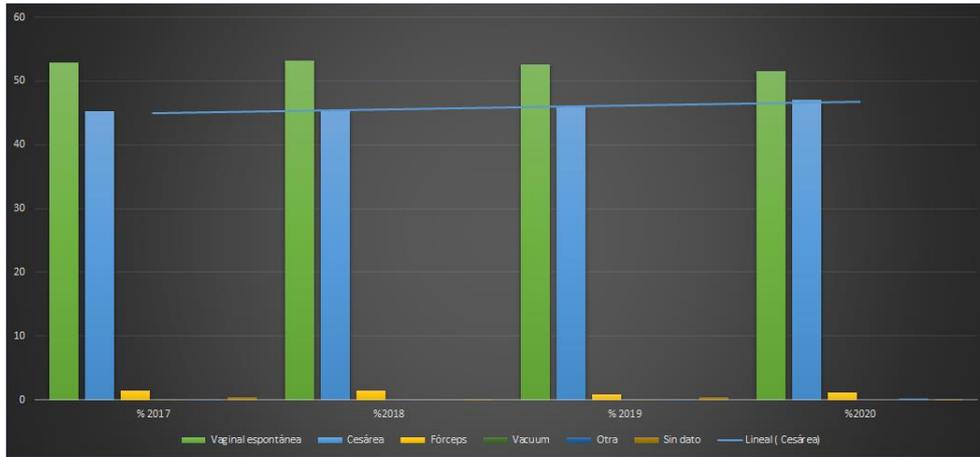


Figura 4. Porcentaje de cesáreas de los años 2017 al 2020.

Con respecto a la variación del acompañamiento en la pandemia, se obtuvieron los siguientes resultados. (véase Figura 5).

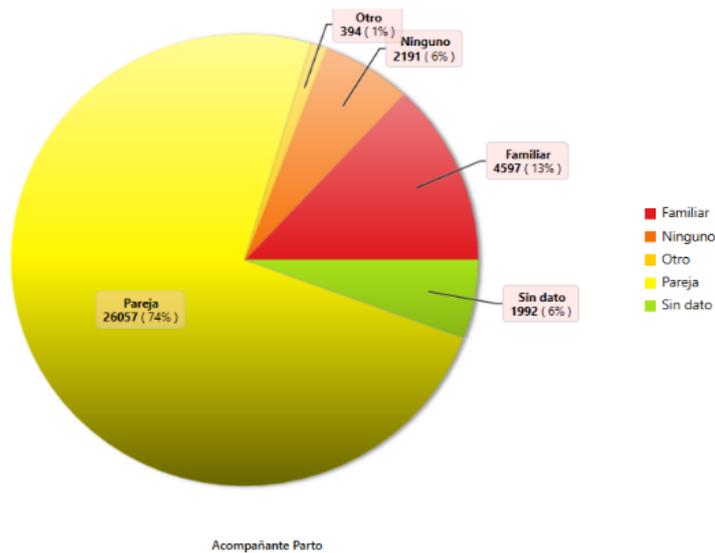


Figura 5. Acompañamiento del parto en el año 2020

Del total de partos del 2020, un 6% de las usuarias no tuvo ningún acompañante.

Al comparar los resultados en porcentajes, con respecto a los años anteriores, se obtiene lo siguiente. (véase Tabla 11).

Acompañante	AÑO 2017	% 2017	AÑO 2018	% 2018	AÑO 2019	% 2019	AÑO 2020	% 2020
Ninguno	3234	7,73	2297	5,93	1720	4,81	2191	6,22

Tabla 11. Ningún acompañante.

Al observar la evolución del porcentaje de mujeres que no tuvo acompañante desde el 2017 al 2020, se evidencia una tendencia a la baja hasta el año 2019 y luego un aumento en el 2020.

De la misma forma que ocurre con las cesáreas, si bien hay un aumento en el 2020 en comparación al año anterior inmediato, este aumento no es suficiente como catalogar a la pandemia como la responsable de esta variación. (véase Figura 6).



Figura 6. Usuarias sin acompañante en el parto desde el 2017 al 2020

RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENTREVISTAS A USUARIAS

Conformidad de usuarias con la atención recibida

De las entrevistas analizadas, se destaca que hay conformidad en la mayoría de las usuarias con la atención recibida tanto en el embarazo como en el parto por parte del personal de salud. Resaltan la amabilidad y buena comunicación de todo el equipo médico. Hubo casos puntuales en los que el trato no fue el esperado.

"La verdad ha mejorado bastante de mi vez anterior, hace dos años lo noto mejor en la atención"

Entrevista realizada a usuaria

"Muy conforme, la atención fue muy buena. El trato de las enfermeras podría ser mejor, a veces te tratan mal, tardan en cumplir con los horarios, si les pedís algo demoran o te lo niegan sin consultar, pero lo otro no"

Entrevista realizada a usuaria

Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto

De la totalidad de las entrevistas se destaca que independientemente de la situación epidemiológica que atraviesa nuestro país, las usuarias pudieron estar acompañadas en todo momento por la persona de su preferencia.

"Si, me acompañó mi pareja"

Entrevista realizada a usuaria

Acceso a estrategias alternativas para aliviar el dolor

Para esta variable la mayoría de las usuarias relatan no haber tenido asesoramiento sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para aliviar su dolor. Un porcentaje menor refiere haber recibido alternativas no farmacológicas como masajes, duchas caliente o pelota de pilates.

“... la partera me ofreció la pelota de pilates y masajes que le enseñó a hacer a mi pareja para que me ayudara.

Entrevista realizada a usuaria

“No, esa es mi única crítica, no la pase bien con el dolor. No notaban mi cara de sufrimiento, pero yo les decía que me dolía, pero me decían las parteras que no había anestesistas y no me lo iban a dar y yo les decía que no aguantaba...”

Entrevista realizada a usuaria

Cambios en la atención durante la pandemia

Durante la pandemia no se perciben grandes cambios en la atención brindada desde el punto de vista de las usuarias. Sin embargo, algunas refieren haber tenido dificultades a la hora de realizar sus controles ya sea por la imposibilidad de contar con un acompañante durante los mismo o por demoras generadas en la atención.

“Los médicos encajaron la excusa de la pandemia (...)”

Entrevista realizada a usuaria

“Claro, capaz que en otro momento podría estar mi mamá un rato, cambiar con él para que pueda salir a tomar aire, aunque sea.”

Entrevista realizada a usuaria

Restricciones durante la internación

La mayoría de las usuarias refiere no haber presentado restricciones durante su internación. Si no presentaban contraindicaciones, se les permitía moverse, bañarse, alimentarse, entre otras actividades.

“Me dijeron si quería escuchar música que podía poner, y si quería caminar también.”

Entrevista realizada a usuaria

RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENTREVISTAS A PERSONAL DE SALUD

Libertad de decisión

De las entrevistas realizadas la mayoría de los profesionales destacan al Centro Hospitalario Pereira Rossell como uno de los centros asistenciales que más respeta la libertad que se les brinda a las usuarias, logrando así una atención más humanizada. Desde el equipo de salud se informa y educa a la usuaria sobre los procedimientos y prácticas que se llevan a cabo haciéndola participe en todo momento de la toma de decisiones.

“(…) creo que esta es una de las maternidades que más humanizado es el nacimiento y que más respeta lo que la usuaria quiere, más allá que si hay mucha gente, o hay estudiantes o... que tampoco está bueno pero comparado con otros lugares me parece que este...es mucho más avanzado en ese sentido.”

Entrevista realizada a la partera

“(…) en líneas generales creo que, por lo menos en este centro en el que trabajamos, hay mucha garantía dada para que se respeten los derechos de las usuarias y para que ella sea participe de la toma de decisiones a la hora de la finalización de su embarazo.”

Entrevista realizada a neonatólogo

Maniobras invasivas durante el parto

Al analizar la siguiente variable se puede observar una disminución en la realización de maniobras invasivas, a pesar de que siguen siendo elevadas las indicaciones de algunos procedimientos como por ejemplo episiotomías. No se realizan de rutina y un gran número de entrevistados coinciden que, cuando estos procedimientos se pueden evitar, no se realizan. Predomina la autonomía de los padres sobre la toma de decisiones, si esto no conlleva riesgos de salud para la usuaria ni para el recién nacido.

“(…) las maniobras invasivas que se hacen tipo fórceps y ese tipo de cosas (...) se dejan para casos excepcionales. “

Entrevista realizada a ginecóloga

En referencia a la episiotomía:

“Se hace más de lo que se debería. (...) Por el hecho de aprender a hacerlo. (...) Es muy probable que veas a alguien que quizás tenga muchos años de recibido, que haga menos episiotomías que alguien que recién está aprendiendo”.

Entrevista realizada a la partera

“(…) No se hace de rutina, no se hace a todas las pacientes solo porque van a parir. Es una maniobra que se hace y es un recurso que utilizamos cuando consideramos que lo necesita y es parte de la decisión que se toma en el momento, siempre con el consentimiento de la paciente y explicándole lo que se le va a hacer (…)”

Entrevista realizada a residente de
ginecología

Vía de finalización (cesárea)

En cuanto a esta variable, los profesionales coinciden que las causas de su realización son en su mayoría por patología fetal, y que la elección de optar por tener una cesárea por parte materna varía mucho de institución pública a privada.

“Cada vez tenemos más diagnósticos de patologías fetales, entonces las patologías fetales son un grueso número de causas de cesáreas”.

Entrevista realizada a ginecóloga

Sobre indicación

Para la variable de sobre indicación de cesáreas, se destaca que el personal considera que sí están sobreindicadas y el número actual está por encima del recomendado por la OMS. Se encontraron diferencias entre la percepción de ginecólogos y neonatólogos, estos últimos indican que muchas veces se pueden evitar ciertas cesáreas e igualmente se hacen. En algunos casos la falta de preparación de la usuaria para el parto lleva a la “elección” de una cesárea.

“Yo creo que en los ginecólogos es muy raro que venga una mujer pidiendo una cesárea y le digan que no.”

Entrevista realizada a neonatólogo

“(…) Muchas pacientes que no tienen preparación para el parto, tienen mucho miedo al dolor, tienen mucho miedo al parto en sí. La mujer que ya hizo clases de parto, piensa que lo mejor es tener un parto. (…) La mayoría que quiere una cesárea electiva no fue a clase de parto.”

Entrevista realizada a residente de ginecología

“(…) Me parece que hay que tener mujeres con más preparación, esa es la realidad. Las mujeres que hacen clases de preparación para el parto están como... tienen muchas más ganas o están más informadas y pelean más ellas mismas por el parto. (...) Me parece que la preparación para el nacimiento es fundamental.”

Entrevista realizada a partera

Vínculo madre-hijo al momento del nacimiento

En relación al vínculo madre-hijo al momento del nacimiento, los profesionales coinciden que, en el parto vaginal, el contacto piel a piel siempre se realiza. No así en las cesáreas ya que la falta de termo cunas en el block determina que el recién nacido deba ser trasladado a otra sala para llevar a cabo la recepción. Una problemática que destacan en Salud Pública a diferencia de lo que sucede en instituciones privadas, es el acotado tiempo que se logra dejar al recién nacido con la madre, ya que el número de partos a asistir es mayor.

“(…) en otros lugares puedes dejarlo una hora y media igual, acá no. (...) no le haces solo la piel con piel desde el principio, es mentira es rapidito (...) estas son las limitaciones del Pereira Rossell que otros te gritan "partoooo" pero la realidad es que acá no se hace la piel con piel como nos gustaría”

Entrevista realizada a neonatólogas

“Estamos lejos. (...) En las cesáreas 100% que no. 100% que no. Se lo llevan, a veces la madre ni lo ve. Y...antes, cuando yo había empezado hace dos años teníamos las termo cunas dentro de las salas de block, ahora las sacaron (...) están en otra habitación, y antes estaban las termo cunas ahí por lo menos podías ver como lo examinaban.”

Entrevista realizada a residente de ginecología

Noción, conocimiento y percepción del concepto humanización

Sobre la percepción de la humanización en la etapa perinatal son varios los profesionales que hacen hincapié en el acompañar, escuchar, brindar información, trabajar en equipo, generar estrategias y herramientas que permitan brindarle a la usuaria una atención de mayor calidad. Se destaca el rol central que cumple la mujer en esta etapa, respetando su opinión y haciéndola partícipe de la toma de decisiones. A su vez muchos de los profesionales entienden que es un proceso natural, por lo cual su rol se limita a acompañar y solo en el caso de ser necesario intervenir. Destacar las diferencias en cuanto al conocimiento de este concepto, existiendo

grandes diferencias entre diferentes profesionales de la salud, inclusive el desconocimiento en algunos casos, sobre todo personal de enfermería.

“Nuestra función es acompañar y simplemente evaluar que esté todo bien, mínimamente invasivo y cuando realmente se necesita poder estar a tiempo y hacer todo lo necesario (...)”

Entrevista realizada a neonatóloga

“Que se respeten los derechos de la mujer, de la familia, lo que ellos quieran (...) si hay que hacer algo que se le pregunte, que se le de las opciones y que puedan decidir siempre.”

Entrevista realizada a partera

Estrategias institucionales para humanizar la atención perinatal.

En relación a las estrategias institucionales para brindar una atención más humanizada en esta etapa, la mayoría de los profesionales relatan que se han implementado. A nivel de infraestructura, la creación de las salas de nacer, donde la usuaria cuenta con mayor comodidad para ella y su recién nacido. La existencia de recursos materiales como pelotas de pilates, bancos, bañeras, etc. La implementación de clases de parto para brindar mayor información y educar a la usuaria. Varias estrategias que sin duda han mejorado la atención pero que consideran que aún son insuficientes.

“Sí, yo creo que sí. Desde el punto de vista de la infraestructura (...) Yo entre acá y había sala de block y después se volvieron a las salas de nacer”

Entrevista realizada a partera

“Bueno el hecho de las salas de nacer, están un poco mejor, con un baño privado, con las pelotas, los banquitos, con las camillas que se pueden adaptar (...)”

Entrevista realizada a residente de ginecología

“(...) considero que estamos en proceso de humanización, nos falta mucho (...) se han implementado muchas estrategias y se han hecho muchas campañas de concientización, es un tema que está en boca de todo el mundo (...)”

Entrevista realizada a neonatóloga

Diferencias público-privado:

Dentro de las diferencias que existen en la atención en la etapa perinatal en el ámbito público y privado, lo que más se destaca es la diferencia en la tasa de cesáreas. La mayoría de los profesionales opinan que la tasa de cesárea es mayor en el ámbito privado. La causa es multifactorial (recursos humanos, cantidad de nacimientos, etc.). Otro punto a destacar es la calidad en la atención, donde en el sector privado reciben una atención de mejor calidad. Si bien existen algunas diferencias, gran parte del personal entrevistado manifiesta que existe igualdad de condiciones respecto a estrategias que favorezcan la humanización en esta etapa.

“Las mutualistas en definitivas funcionan como empresas y ellos son sus clientes (...) sí, yo creo que todavía sigue siendo una brecha entre las pacientes que viven una situación de vulnerabilidad social y las que no, y las que se atienden en un sistema público y las que se atienden en un sistema privado.”

Entrevista realizada a neonatóloga

“(…) el clampeo oportuno de cordón, el prenderlo a pecho precozmente, hacer el contacto piel a piel, lograr que haya como un ambiente poco intervencionista creo que se ha ido evangelizando en todo el sistema (...) pero la tasa de cesáreas sin duda que es bien diferente.”

Entrevista realizada a neonatólogo

Pandemia: Cesárea, acompañamiento y otros cambios

Según la mayoría de los profesionales entrevistados la situación epidemiológica del país influyó de manera significativa en la práctica clínica, afectando desfavorablemente la atención en esta etapa. La incertidumbre, el miedo, las nuevas medidas y protocolos a seguir dejaron en segundo plano aquella atención más humanizada que se habían ido ganando con el tiempo. De los relatos surgen varias limitaciones por las cuales tuvieron que transitar tanto el personal de salud como la usuaria. Con respecto al acompañamiento durante la etapa se respetó en todo momento, lo que cambió fue el régimen de visitas. Si existieron cambios en el número de cesáreas no lo relacionan con la situación sanitaria. Y dentro de los cambios más notorios se destaca la calidad de atención. Como la vestimenta, el cumplimiento de los protocolos sanitarios, la falta de recursos, un sinnúmero de limitaciones que afectaron significativamente el vínculo personal-usuaria-familia.

“A las visitas no se las dejaba entrar, pero el acompañamiento no, en el acompañamiento fueron acompañadas siempre.”

Entrevista realizada a ginecóloga

“(…) a mí me parece que una de las cosas que como profesional más me afectó, es el tema de la vestimenta. (…) Realmente es complicado igual se trata de hacer, pero sí, me parece que el vínculo, el contacto, esa conexión que a veces tiene que haber en este momento”

Entrevista realizada a la partera

9. Discusión

A partir de las entrevistas realizadas se puede concluir de la percepción de las usuarias que existe una buena atención por parte del personal de salud del Centro Hospitalario Pereira Rossell. El sentirse partícipe de su experiencia, acompañadas y escuchadas en todo momento favorecieron el vínculo con el personal logrando así una atención más humanizada. Por otro lado, se encontraron algunas dificultades como el no tener acceso a alternativas para aliviar el dolor durante parto y parto.

Si bien no se dieron grandes cambios en la atención durante la pandemia por SARS CoV-2 las usuarias se vieron afectadas por las restricciones presentes en el protocolo sanitario, entre ellas el acceso de las visitas al centro. Otras dificultades que se presentaron fueron demoras en la atención ya sea a la hora de solicitar turnos para los controles de rutina como en la sala de espera para ser atendidas.

Desde la perspectiva del personal de salud, se piensa que la atención que brindan durante esta etapa es una atención más humanizada en relación a años anteriores. Es un tema de gran debate actual por el cual se llevan a cabo estrategias para estimular mejoras que van desde lo edilicio, como reformas en las salas de parto, adquisición de material para analgesia no farmacológica, herramientas que estimulen una adecuada educación, ya sea para el personal, como para la población en general. Ejemplo de ello son los cursos de capacitación en atención perinatal y clases de parto.

Respecto a las maniobras invasivas que se realizan durante el proceso asistencial, se percibe que se utilizan cada vez menos y en los casos que se requiera, sin embargo, aún hay maniobras que se realizan en demasía, ejemplo las episiotomías.

En cuanto a la vía de finalización del embarazo por cesáreas, se percibe que sigue siendo una problemática su elevada tasa de indicación, los profesionales consideran que se pueden implementar medidas para su descenso. En relación con la pandemia el personal de salud no destacó variación en la frecuencia de cesáreas. Esto contrasta con los resultados obtenidos del

análisis del SIP en donde se evidenció un leve aumento de esta vía de finalización con respecto a años anteriores, aunque no suficiente como para afirmar que la pandemia fuese la causante de esto.

La percepción del acompañamiento durante la pandemia despertó diferentes opiniones entre el personal de salud. Por un lado, algunos sostuvieron que no hubo variaciones en cuanto a este tema. Pero otro grupo manifestó lo contrario, haciendo alusión a la problemática generada durante el inicio de la pandemia con respecto a este tema, donde se limitó el acceso al acompañante, sobre todo cuando la vía de finalización era la cesárea. Esta percepción, está respaldada por los resultados que se obtuvieron del análisis SIP, donde se observó un aumento de las usuarias que no fueron acompañadas durante el parto, en relación a los años anteriores. Sin embargo, estos resultados obtenidos, no son suficientemente significativos como para demostrar que la pandemia fue la causante de este aumento.

Considerando controles de mala calidad a los incluidos en las categorías “Sin Control” y “Mal Control”, se pudo evidenciar que durante el 2020 hubo un aumento de los controles de mala calidad, con respecto al año anterior. Esta comparación tuvo como objetivo contrastar un periodo de tiempo: Post Pandemia (2020) y Pre-Pandemia (2019). Si bien el aumento fue significativo según los cálculos realizados, al observar las proporciones de embarazos de mala calidad en los dos años, se puede ver que la diferencia no es demasiado amplia como para poder afirmar que la pandemia fue el claro desencadenante de esta diferencia.

Los resultados de este estudio son similares a los obtenidos en otros estudios ya realizados. En la investigación “Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva” se obtuvieron resultados similares, donde se destaca una disminución en el acompañamiento en el parto, pese a no existir recomendaciones sanitarias para esto.¹⁷

En el artículo “Parir y nacer en tiempo de COVID- 19 en Uruguay” , también se hace foco en esta problemática, donde se vislumbran denuncias existentes por incumplimiento de la normativa vigente. *“(…)organizaciones de la sociedad civil denunciaron ante la INDDHH que se estaba vulnerando el derecho al parto humanizado y a la salud familiar integral, pues en centros asistenciales públicos y privados de la capital (Montevideo) y del interior del país se había impedido la presencia de acompañante durante el parto, invocando medidas especiales debido a la emergencia sanitaria.”*¹⁸

Otros aspectos importantes que se identifican por parte del personal de salud, son cambios que afectaron la calidad en la atención brindada. Entre estos, se destacan la falta de recursos

humanos que tiene como resultado la sobrecarga laboral del personal y la implementación de un protocolo sanitario, donde el uso de equipos de protección personal, impacta negativamente sobre el vínculo entre la usuaria y el personal de salud, aumentando la percepción de deshumanización de la situación.

10. Conclusiones

A modo de conclusión, mediante este estudio, se pudo conocer la percepción de las usuarias y del personal de salud entrevistados, del Centro Hospitalario Pereira Rossell, respecto a la humanización en la atención perinatal y la implicancia de la pandemia en ella.

En cuanto a las usuarias, en general resaltaron que se respetando sus decisiones, derechos y beneficios. No percibieron que la pandemia haya tenido grandes implicaciones en la atención en esta etapa.

Con respecto al personal de salud, las opiniones fueron variadas, pero la mayoría apuntaron al avance que se viene realizando en esta temática, las mejoras en recursos logísticos, la disminución de ciertas prácticas innecesarias, la priorización de la voluntad de la usuaria y brindarle la libertad en la toma de decisiones siempre que sea posible. Sin embargo, destacaron que queda mucho camino por recorrer, como la disminución en la frecuencia de la cesárea, la sobrecarga laboral del personal y la disminución de prácticas, como la episiotomía.

En vista a la pandemia, las mayores implicancias se percibieron en la calidad de atención y un distanciamiento en el vínculo con la paciente por la implementación de protocolos sanitarios.

Con respecto a la variación en la calidad de los controles en el embarazo, si bien existe un aumento en la mala calidad de los controles en el 2020 con respecto al año anterior, no se puede asegurar que la pandemia sea una de las causas, ya que la variación no fue de gran magnitud.

Este estudio permitió, además, evidenciar las diferencias en cuanto al conocimiento que se maneja con respecto a la Humanización, entre los diferentes actores de la salud. Se considera necesaria la unificación de estos conceptos, dando espacios a debates con la finalidad de ampliar el conocimiento para todo el personal. De esta manera, se le puede ofrecer un servicio más integral a la usuaria.

Se espera que este estudio sirva para reafirmar el concepto de humanización, para poder continuar con el avance en esta área, y que no se dé marcha atrás en los logros obtenidos hasta el momento.

Desde el equipo de investigación se sugiere la implementación de una capacitación unificada hacia todos los actores involucrados en el proceso de atención perinatal, como forma de aunar criterios y brindar una atención integral y más humanizada.

11. Referencias bibliográficas

1. Kvesić A, Galić K, Vukojević M. Humanism influencing the organization of the health care system and the ethics of medical relations in the society of Bosnia-Herzegovina. *Philos Ethics Humanit Med.* 2019;14(1):12.
2. 6 a) (INFORME PROYECTO HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS, HTAL DE ROCHA, 2016) Castellano y cols.
3. Turnes A. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS [Internet]. *Org.uy.* [cited 2021 Nov 18]. Available from: <https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos4/art12.pdf>
4. El parto PLCD, De parto positiva PUE. Recomendaciones de la OMS [Internet]. *Who.int.* Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Briozzo L, Tomasso G, Colistro V. Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. *Rev Med Urug (Montev).* 2019;35(2):4–31. <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.35.2.1>.
6. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Rev cuba obstet ginecol.* 2018;44(3):1–12.
7. Lafaurie-Villamil MM, Valbuena-Mojica Y. La participación de la pareja masculina en el embarazo, parto y posparto: percepciones del equipo de salud en Bogotá. *Enferm Cuid Humaniz.* 2020;9(2):129–48.
8. Marañón Cardonne Tatiana, Mastrapa Cantillo Kenia, Poulut Durades Tania Margarita, Vaillant Lora Lillian Dangelis. COVID-19 y embarazo: Una aproximación en tiempos de pandemia. *MEDISAN [Internet].* 2020 Ago [citado 2021 Nov 18]; 24(4): 707-727. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000400707&lng=es. Epub 15-Jul-2020.
9. López Rubio María Antonia. Nacer en los tiempos del COVID-19. *JONNPR [Internet].* 2020 [citado 2021 Nov 19]; 5(6): 597-602. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000600597&lng=es. Epub 03-Mayo-2021. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3681>.
10. Meza-Santibañez Luis, Novoa Rommy H., Torres-Osorio Juan, Jáuregui-Canchari Vladimir, Rodríguez-Hilario Noé, GuevaraRíos Enrique et al . Implementación de un modelo mixto de atención prenatal, presencial y virtual durante la pandemia COVID-19, en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú. *Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet].* 2021 Abr [citado 2021

- Nov 18] ; 67(2): 00004. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2313>.
11. Marañón Cardonne Tatiana, Mastrapa Cantillo Kenia, Poulut Durades Tania Margarita, Vaillant Lora Lillian Dangelis. COVID-19 y embarazo: Una aproximación en tiempos de pandemia. MEDISAN [Internet]. 2020 Ago [citado 2021 Nov 18] ; 24(4): 707-727. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000400707&lng=es. Epub 15-Jul-2020.
 12. Ley No 18.426 de Defensa al derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (01/12/2008) [Internet]. Org.uy. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/normativa-sanitaria-7/>
 13. Ley No 17.386 de Acompañamiento durante el parto (23/08/2001). (n.d.). Retrieved July 19, 2021, from Org.uy website: <https://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/normativas/ley-decreto-y-ordenanza/normativa-sanitaria-5/>
 14. Gainza PP, Natalia Magnone Alemán ML. La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos [Internet]. Edu.uy. Disponible en: https://www.fhuce.edu.uy/images/genero_cuerpo_sexualidad/1187-5513-2-PB.pdf
 15. Briozzo L. Origen, impacto sanitario y perspectiva de la pandemia covid-19 . Newspaper “La diaria” . (Cited 2021 Oct.) <https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2020/4/origen-impacto-sanitario-y-perspectivas-de-la-pandemia-covid-19/>
 16. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Who.int. [cited 2021 Nov 18]. disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
 17. Briozzo Leonel, Nozar Fernanda, Fiol Verónica, Ben Sebastián, Greif Diego, Stapf Cecilia et al . Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2020 Dic [citado 2021 Nov 18] ; 36(4): 249-274. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000400249&lng=es. Epub 01-Dic-2020. <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.4.12>.
 18. Viera, M., & Evia, V. (2021). Parir y nacer en tiempos de covid-19 en Uruguay. Alteridades, 0(61). doi:<https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alt/2021v31n61/Viera>
 19. Material de apoyo al ciclo de metodología: test de independencia de x2 y contraste con 2 proporciones, 2014.

12. Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONAL DE SALUD.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento, se lo invita a participar del proyecto de investigación "Humanización de los cuidados en salud perinatal, en Uruguay, 2021", por ser personal del sistema de salud en el área de cuidados perinatales del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Este estudio tiene como objetivo conocer la percepción de usuarios y personal de salud sobre la humanización en el área de los cuidados perinatales.

Su participación en esta investigación no implica riesgos y es totalmente voluntaria, pudiendo negarse a continuar en cualquier momento.

Se le realizará una entrevista estructurada con preguntas orientadas a la temática de la investigación. La entrevista tendrá una duración aproximada de 15 minutos, será grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis. Los registros obtenidos serán anónimos y confidenciales, se cambiará los nombres y apellidos de los participantes por alias o iniciales.

La información resultante de las entrevistas será analizada por quienes llevan a cabo esta investigación.

Yo _____, el día ___ de _____ de 2021, he leído y/o escuchado la información en este formulario de consentimiento informado, todas mis preguntas o dudas han sido aclaradas y contestadas. Mediante este documento, acepto participar de este proyecto de investigación de forma libre y voluntaria, bajo las condiciones establecidas.

Firma: _____

Aclaración: _____

ENTREVISTAS A PERSONAL DE SALUD

1-Entrevista a Neonatólogos.

Participantes: **E:** Entrevistador. **AN:** Neonatólogo. **MJ:** Neonatóloga. **GF:** Neonatólogo.

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E. 1 - ¿En qué área se desempeñan y bajo qué cargo?

AN. -En esta institución soy asistente de Neonatología.

MJ. -Soy médica de guardia, neonatóloga de guardia.

E. 2A - ¿Hace cuánto tiempo se encuentran vinculados en esta área?

AN. -5 AÑOS.

MJ. -Yo también.

E. 2B - ¿Trabajan en alguna otra institución?

AN. -Si, yo trabajo como neonatólogo en La Española, en El instituto de cardiología integral y en Cosem. Y además soy tesorero del sindicato médico del Uruguay.

MJ. -Yo trabajo en COMECA, en CAMCEL, en el hospital militar y acá.

E. 2C- ¿Cuántas horas semanales de trabajo?

AN. - 100 aproximadamente.

MJ. -Más o menos 72, si tenemos que decir un número.

E. -3: - ¿Piensan que se les brinda a las usuarias la libertad de decidir sobre ciertas prácticas realizadas durante el proceso asistencial? (analgesia, anestesia, libertad para moverse, comer).

MJ. -Nosotros cuando estamos hablando de eso, ¿Estamos hablando de específicamente en el Pereira Rossell?

E. -Sí, solo del PR.

AN. - Si, en el hospital me parece que, a ver hay algunos aspectos que son positivos y que se cumplen y otros capaz que no tanto dependiendo del momento. Eh... lo que tiene que ver con la capacidad de decidir sobre la vía de finalización del parto, sobre la capacidad de decidir si el parto va a ser en una posición ginecológica o en una posición que sea más cómoda para la usuaria, eh..., ese tipo de cosas están habitualmente contempladas. Muchas veces tiene que ver con quienes están como parte del equipo obstétrico, pero la mayoría de los equipos están abiertos a que la usuaria sea participe de la toma de decisiones. Eh...lo que tiene que ver con

lo que tú mencionabas acerca de la analgesia, en realidad depende del día y de la hora que venga a tener su parto. Porque hay días que hay anestesia y habitualmente el fin de semana para hacer analgesia del parto propiamente dicha es muy, es muy complejo. Entonces, ahí en realidad la usuaria no tiene la capacidad de decidir porque hay veces que el servicio no se brinda. Pero en líneas generales creo que, que por lo menos en este centro en el que trabajamos hay mucha garantía dada para que se respeten los derechos de las usuarias y para que ella sea participe de la toma de decisiones a la hora de la finalización de su embarazo.

MJ. - Sí, yo pienso lo mismo que **AN**, capaz en realidad si uno se pone a ver los avances del Pereira Rossell en relación a otras instituciones, capaz que esta es una de las cuales uno puede decir que hay más respeto hacia esas cosas. El tema de la analgesia en el parto también nos consta a nosotros que se viene trabajando. Nosotros arrancamos acá, era un grupo de residentes que estaban como aprendiendo esa parte, entonces se brindaba analgesia en el parto de 8 a 15. Cualquier persona que fuera a tener su parto fuera de esa hora, no solo fuera de esa hora, ya cuando se calculaba que se iba a tardar más de las 15, por más de que hubieses ingresado a las 10 de la mañana, ya no existía esa posibilidad. Ahora, si es cierto que hay algunos días que de repente no está cubierto o cosas así pero como que se ha extendido eso, hay más gente todo el día, se está trabajando en eso. **SI**, es muy probable que sea como de todo de esto que ustedes mencionaban, capaz si se está intentando mejorar es como el punto más débil de la cuestión. Todo lo demás, bueno en realidad lo que son las prácticas y la elección se respeta sí, siempre creo que tanto los ginecólogos como nosotros cuando ellas vienen con un plan de parto, por ejemplo, como muchas veces nos pasa que vienen con un plan de parto, obviamente que se tiene que respetar con todo lo que ellos piden, el tema es que a veces las justificaciones no son las correctas. ¿A qué voy con esto? que ellos de repente vienen y te dicen: Mira yo no quiero eh... que le pongas las gotas en los ojos porque yo me hice toda la paraclínica en el embarazo. Bueno está bien, pero uno tiene la obligación de explicarle que nosotros no estamos cubriendo las cosas de la paraclínica que se hizo en el embarazo, porque uno nota a veces en ese plan de parto que la persona no tiene información correcta. Si después de tener la información correcta ellos deciden que no lo quieren hacer de todas formas. Bueno, son sus decisiones, a ver hay algunas cosas que podemos llegar a algún acuerdo o de las que no. Nosotros lo que hacemos habitualmente, o yo por lo menos lo que hago habitualmente cuando vienen con un plan de parto es explicarle las cosas que yo creo que por ahí no fueron bien informados. En por que uno hace esto y no otra cosa, que tomen su decisión con respecto a eso, pero siempre dejarles en claro que el si el niño... esto todo si el niño nace en condiciones normales, si el niño nace deprimido o grave, uno no les va a consultar nada, es ese momento en el que uno tiene que actuar rápido y además no es una cosa en la que uno tenga que consensuar, se trata de la vida del niño y ningún padre jamás en la vida me ha dicho, si no, no quiero que le hagas maniobras

de reanimación. Pero digo, está bueno cuando ellos vienen porque una de las maniobras de reanimación es muy invasivo y en general la gente que viene con los planes de parto quiere que hagamos menos cosas de las que hacemos. Si bien en verdad yo considero por ejemplo que con un recién nacido normal no somos invasivos, le hacemos cosas que a nosotros nos parecen importantes para descartar algunas cosas. O porque bueno, pero hacemos nada, los dejamos cuando nacen todo bien, el contacto piel a piel que se queden ahí arriba el tiempo que quieran, algunas piden que ya lo quieren prender a pecho, ponerle música, o lo que sea y si el niño nace bien cero problema. Y con lo otro, cuando no nace bien, ya les digo por lo menos a mí nunca me ha pasado que algún padre me diga no, no hagas lo que tienes que hacer.

E.- Perfecto, bien siguiendo entonces en esta línea:

4- ¿Se enfrenta con limitaciones al momento de brindarle libertad de decisión a la usuaria?

¿Tienen algún tipo de limitación?

AN. -No, en realidad lo que mencionábamos como antes, pero no me doy cuenta de limitaciones específicas. ¿No se vos?

MJ. - Yo creo que alguna limitación a veces específica, que esto con el tiempo, como esto ya lleva mucho tiempo de trabajo la gente se ha acostumbrado. Pero es como todo, cuando uno trae una cuestión que es nueva o uno trabaja un poco de otra manera, o algo en lo que el personal por ahí está acostumbrado. Capaz que la limitación ha pasado por algún compañero un poco más viejo que otro médico, de enfermería, ¿no? Que a veces es como difícil sacarlo de su forma habitual de trabajar y de sus conceptos previos y esto es como que a veces le genera, no, no ver que después pase cualquier desastre o cosas así porque están acostumbrados, pero creo que eso. Como acá ya llevamos bastante tiempo de trabajar de esa forma, como que cada vez uno va encontrando menos. La gente por ahí que está acostumbrada a hacer las cosas de otra manera al principio protesta un poco, se pone, así como un poco contra, pero después siguen...

E. 5: -Bien, ¿con qué frecuencia creen que se utilizan maniobras invasivas en el momento del parto?

AN. -Bueno, maniobras invasivas, ¿qué quieren decir con maniobras invasivas, la parte instrumental?

E. -Exacto, la utilización de fórceps, episiotomía, el rasurado.

AN. -El rasurado forma parte de una maniobra invasiva, nadie rasura a nadie hoy en día en realidad. Es una práctica que no se hace. Por lo menos de rutina en el este hospital, no se hace.

MJ. - Bueno, a mí me pasa por ejemplo que en uno de esos lugares que yo les mencioné que es en Melo, hay ginecólogos que tienen ochenta mil años que las mandan a eso y al enema y todo.

Por eso son muy difíciles de cambiar, además están hechos de la medicina esa donde nadie discute nada con nadie y la opinión del otro, del neonatólogo no importa. Entonces no tienes como esa accesibilidad, en el día de hoy esas cosas por ahí el que trabaja solo en Montevideo no ve, en el interior esta. Acá no volvimos a ver nunca más en la vida una mujer rasurada. Salvo que ella quisiera porque le parece que es mejor, pero no porque nadie se lo pidiera. Ni las cuestiones de usar iodo, ni las cosas de...

AN. - Bueno el iodofon acá en Montevideo hay algunas instituciones que la usan, pero es una cosa rara.

MJ. -Pero digo, acá.

AN. -No, acá no.

MJ. - Ni los enemas, ni nada de ese tipo.

E. - ¿Y el fórceps?

AN. -No, el fórceps y otras maniobras como el Kristeller por ejemplo son maniobras que se utilizan cuando hay indicación formal de hacerlo. No se hace de forma rutinaria y sin indicaciones. Si existe un elemento específico de pérdida de bienestar fetal que indique la maniobra se hace, pero no se hace de forma rutinaria.

MJ. - ¿Sabes lo que pasa? Que esto también al ser un hospital universitario esas cosas están mucho más controladas, no, o sea que, que de repente uno este de guardia y venga un residente y diga ¡Ay no sé, a la partera le dio ansiedad y se le paró arriba de la panza y le empezó a hacer el Kristeller! se hablan, pero esas cosas ya no están bien vistas, entonces yo creo que no. En otros lugares, es más.

E. 6: -Respecto a las cesáreas realizadas. ¿Cuál es la causa más frecuente?

AN. -Pa, eh... falla de inducción me parece que debe ser.

MJ. -Debe ser sí. ¿Saben lo que es la inducción? Cuando le ponen una medicación para el parto y no anda por algún motivo.

AN. -O por la ansiedad del obstetra.

MJ. -Creo que esa es todavía la cosa que aún seguimos viendo más eh... al santo botón digamos. Creo que hoy, si bien obviamente el Pereira Rossell por los pacientes que recibe va a tener un número mucho mayor de cesáreas que alguno puede ver en alguna otra institución. Porque vienen pacientes residenciados para nacer acá con cosas que ta, que van a haber mucho más. Pero si, nos parece que la indicación de cesárea acá es como... sigue siendo de mano floja.

AN. -Si, igual en volumen el porcentaje del PR tiene un porcentaje menor de cesáreas que en el ámbito privado. El ámbito público en líneas generales y el ámbito privado tienen más, casi

50 % de cesáreas. Eh... pero creo que ahí en eso estoy de acuerdo, hay una cierta facilidad para indicar cesáreas que a veces no debería estar indicada.

MJ. -Eso depende del médico de guardia que este, obviamente. Hay de todo, hay algunos que no quieren hacer la cesárea ni cuando uno le diga por favor saquemos esto y después, pero ta. Pero en verdad, el motivo de la cesárea si alguien quiere hacer una cesárea es como difícilmente...

AN. -Contrastable.

MJ. -Claro, que yo te diga: ¡No! ¿Por qué hiciste esta cesárea? Vos rápidamente podés usar una justificación por más que no sea verdad, es como muy difícil cuestionárselo. Capaz que es al revés ¿por qué no la hiciste? ¿No? Pero yo qué sé.

E. -Bien, entonces. ¿Creen que estas están sobre indicadas?

MJ. -En algunas guardias sí.

AN. -y bueno... es difícil.

MJ. -La guardia del sábado estaba todo sobre indicado.

AN. -Si, acá se ve menos que en otros lugares, en otros lugares ingresa el paciente y es cesaría, chau.

MJ. -Yo creo que ahí va por el deseo de la madre, la usuaria del Pereira no viene pidiéndote una cesárea en general, No es como en un servicio privado que se meten en la cabeza que lo mejor que hay es tener una cesárea y vienen ya con la decisión tomada y te la piden. Ta bien es su derecho, pero la usuaria del Pereira viene y cuando uno le dice, es muy raro encontrar a alguien, que cuando el ginecólogo le dice para mí lo mejor que tengas es un parto, que la mujer diga a no, no yo no quiero. No son habituales con la cantidad de nacimientos que hay. El tipo de población que se atiende acá es mas de confiar en lo que le dice la persona que la está atendiendo, y si la persona le dice tú puedes tener un parto se va al parto no te pide la cesárea. Entonces yo creo que los números por ahí se disminuyen, ahí en ese sentido. Después tenemos muchas que realmente son indicadas, porque acá nacen niños que vienen de todas las partes del país. Porque esto es un centro de referencia y vienen para eso con niños con patologías complejas, complicados, que se coordinan las cesáreas, pero también esta eso que hay gente que tiene como la mano más blandita para manejar cesáreas y cuando las quiere hacer es muy fácil justificarlas. Lo hice porque no progresó en el trabajo de parto, ta y uno no va y revisa a la mujer, pero decís ¿qué raro todo?

E.-En el caso que la mujer concorra con el deseo de realizar la cesárea ¿no tienen ningún problema en que se la hagan?

AN. - NO, al toque.

MJ. -NO, también se le da la información de decirle a la mujer que si uno cree que la mejor vía para que nazca su hijo es el parto porque tiene otros beneficios que no tiene la cesárea. Uno lo que hace es intentar explicarle, porque cuando la persona te llega con ese deseo vos no sabes de donde lo sacó y de que fantasía viene. Ni siquiera si tiene toda la información. Una vez que vos le das toda la información que con eso uno también le da la posibilidad de elegir libremente, lo que quiera hacer.

AN. -yo creo que en los ginecólogos es muy raro, es muy raro que venga una mujer pidiendo una cesárea y le digan que no.

MJ. -No, pero nosotros lo hacemos.

AN. -Nosotros sí pero lamentablemente llegamos tarde.

MJ. -Si, siempre se respeta. Capaz que falta la parte esa de no tener toda la información y que el parto sea mejor.

E. -Claro.

MJ. -si la mujer viene pidiendo una cesárea se la hacen, de eso no hay duda.

E.-Entonces, ¿consideran que es posible disminuir la tasa de cesáreas?

MJ. -Sí.

AN. -Lo que no hay...el problema no es disminuir o aumentar, el problema es optimizar el recurso. La cesárea tiene sus indicaciones y hay que ajustar los criterios para que sean la cantidad necesaria, capaz que en algunos lugares son muchas y en otros lugares no son las suficientes. Pero... porque no quiero caer en ese discurso que es muy fácil de decir que los ginecólogos son todos malos, quieren hacer quieren hacer plata por eso hacen la cesárea. Porque eso es parte de una fábula que hay de cierto como todo, pero también hay de las otras, de las cesáreas que están bien indicadas y después hay enormes cuestionamientos. Yo creo que está ahí, el punto es tener guías específicas con criterios específicos que permitan definir cuándo es cesárea y cuando no y que el equipo tenga capacidad de discusión y de dialogo para cuando los casos en los que queden en zonas grises como sucede en cualquier pauta y cualquier ámbito de toma de decisiones, que se pueda resolver en conjunto.

MJ. -Yo lo que pienso es que las cosas dependen un poco también del ámbito y de las posibilidades que cada uno tenga. En general acá, uno tiene un niño que bueno, que el parto viene medio ahí y dicen bueno, vamos a esperar un poco más y bueno vos decís, ta perfecto. ¿Y de repente en otros lugares por ejemplo ni ahí te digo si vamos a seguir a ver qué pasa no? O la disponibilidad de recursos es otra, ahora en este momento abrió la unidad, pero antes no

había la unidad ni nada, nada de ninguna de esas cosas, entonces claro eran niños que uno tenía que trasladar si les pasaba algo 400 k a Montevideo, entonces uno tiene que hacer esa adaptación a los lugares en donde uno trabaja no todos los lugares son iguales.

E.-Bien, esto ya lo hablamos un poco, pero ¿consideran que se cumplen con las recomendaciones existentes sobre el contacto madre-hijo al momento del nacimiento?

AN. -Si, si, las recomendaciones primero hay que analizar si son correctas o no son correctas y podés ver si se cumplen o no se cumplen de acuerdo en los lugares donde se está trabajando. Acá se intenta cumplir, el primer contacto piel a piel y el apego se favorece y la lactancia en la primera hora de vida también se favorece. Eh... hay lugares en los que, es más, lugares donde es menos.

MJ. -Suponiendo que nace en condiciones normales. Además, vieron que nosotros tenemos las salas de nacer acá, por ejemplo. Hay veces que si hay muchas pacientes y todo no nos da el tiempo, pero la idea es que queden no solo después, mientras estas en trabajo de parto si no que después que queden dos horas ahí con su bebe, nosotros lo vichamos ahí, sin que ellos se tengan que estar moviendo, no sacándolos así corriendo porque ya parió y ya está. Entonces los ayudamos con la lactancia esas dos horas porque estamos ahí al lado, es un ambiente en el que están solo ellos tranquilos, eso está bueno. A veces tenemos muchas pacientes juntas y bueno no se puede cumplir ese tiempo de las dos horas por la cantidad de camas que tenemos. No solamente hacemos eso, los niños que nacen mal y que tenemos que reanimarlos o hacerles cosas no se van a otro lado, no lo separamos de la madre, los padres están viendo lo que está pasando, los tenemos al lado de ellos. Tenemos todo armado al lado de ellos, ellos ven todas las maniobras que estamos haciendo.

E.- ¿Les parece importante promover el contacto piel a piel y la lactancia materna en el momento del nacimiento?

MJ. -Si claro, y más para las usuarias, para el tipo de usuarias que tenemos nosotros en este hospital. Para cualquier mujer y cualquier niño es importante la lactancia materna para estas pacientes que están en situación de vulnerabilidad como ellos yo creo que es mucho más importante.

AN. -- Igual nuevamente hay que adaptarse a las circunstancias, no todo es rígido. Porque no es yo pongo el niño arriba de la madre una hora y me quedo tranquilo no. Hay una serie de pasos que debemos cumplir, una serie de elementos protocolizados. Hay que entender que de todo lo que esta medicalizado tiene pautas de funcionamiento y las pautas de funcionamiento hay que ir adaptándolas a los tiempos que corren. Yo entiendo que nuevamente que de ahí al circuito fácil donde nosotros vamos y decimo hay que promover el contacto piel a piel, hay que prenderlo a pecho a veces no es posible a veces las condiciones no están dadas, hay que hacerlo

de la mejor forma o de lo que consideramos que es la mejor forma. Que capaz que no coincide con la mejor forma de los estándares.

MJ. -Bueno yo creo que no se están refiriendo a condiciones en particulares donde no se puede, sino que...

AN. - Al mundo ideal.

MJ. -No al mundo ideal no, a lo que en lo general uno hace. Porque vos lo haces porque te parece importante.

AN. -Si claro.

MJ. - Después hay casos que ta, que vos no podés lograrlo por otras cosas o también a mí me parece sumamente valido que una usuaria del PR pueda decir yo... volvimos a lo mismo por más que uno le explique los beneficios puede decir yo no quiero.

Y eso también es válido porque vos vas a otro lugar y le decís y eso y nadie te cuestiona nada, entonces acá también estaría bueno. Acá a veces si cuando tenemos esos casos que no quieren se cuestiona mucho.

GF. - Igual yo creo que en el mundo en el cual vivimos tener que estar discutiendo esto es como, es como medio un viaje verdad? Porque ya roza lo que vendría a ser un derecho humano entendes? Poder tener un momento respetuoso. Ta si con supervisión médica pero no medicalizado.

AN. - Pero es medicalizado en fin.

GF. - Pero porque tenemos los dos extremos de la vida medicalizados, tenemos medicalizados el nacimiento y tenemos medicalizada la muerte. A la muerte la hemos podido sacar de la medicalización con el tema de los cuidados paliativos, de morir en el domicilio. Pero en el tema del nacimiento no podemos hacer eso porque en el Uruguay no están dadas las condiciones para que un niño nazca en un domicilio, no están dadas las condiciones entendes? Entonces esto lleva a que se empiecen a confundir lo que son las intervenciones médicas con derechos inherentes al momento del nacimiento de un niño y de una madre y respetar los tiempos. Es verdad lo que dicen ellos, no es lo mismo que si tú vas a tener un nacimiento en tu mutualista a una señora de 16 años vulnerada que va a tener un nacimiento acá. Porque no es que le vaya a pasar cosas distintas, porque nosotros trabajamos en las mutualistas y tratamos de obrar de manera igual con todo o no? Me parece que es parte del actuar médico, trabajar de la misma manera en todos los lugares donde uno trabaja. Pero las situaciones son distintas, por ejemplo, una gurisa de 16 años súper vulnerada que nos sabes si el producto del nacimiento como pasa acá muchas veces es de abusos o lo que sea, hacer ese contacto piel a piel o prenderlo a pecho en ese montón, quizás no es lo mejor. Si bien el libro dice que lo tiene que hacer uno tiene que

jugar con esas variables. Pero yo creo que nadie en su sano juicio puede impedir que una madre en el momento del nacimiento no quede con su bebe en el pecho no lo prenda a pecho, que no se haga un clampeo tardío de cordón, todas las cosas que se le deben hacer a un niño.

Pausa, entra más personas a la sala, se retiran.

E.- Bueno continuando, ¿Cuánto tiempo es que transcurre entre el nacimiento y la realización de las medidas antropométricas?

E.- Hay tres opciones: en los primeros diez minutos, entre los once minutos y la hora, o más de una hora.

AN. - Entre los once minutos y una hora siempre.

MJ. - Sí.

AN. - Acá, siempre.

E- ¿Y piensan que este tiempo se podría prolongar para estimular el vínculo entre la madre y el hijo?

Se retira MJ.

AN. - El argumento ese, vos sabes que a mí lo que me irrita un poco es... juzguemos al médico. Porque hay preguntas dirigidas socialmente a juzgar el accionar profesional. Poner al niño en los brazos de la madre, desvestido inicialmente y prenderse a pecho, luego vestirlo y que se siga prendiendo a pecho. No cambia el apego ni cambia el desarrollo. No hay evidencia que demuestre nada de eso, entonces...por qué vamos a dejar al niño en un lugar inhóspito desnudo, si en realidad no está justificado. No hay ningún argumento académico que diga que lo Tenes que dejar desnudo en el pecho de la madre sin hacerle ninguna medida ni nada. De hecho, es mucho más sencillo porque no vamos a molestar después de nuevo. Nosotros habitualmente lo dejamos diez, quince minutos con la madre, hacemos el examen y se lo devolvemos a la madre. Y el examen lo hacemos adelante de la madre y al lado del padre. Pero siempre hay un argumento como buscando el cuestionamiento en algo que no hay evidencia para demostrar, de hecho, no hay evidencia que diga que cambia el apego ni que cambia el neurodesarrollo, ni cambia nada estando vestido o desvestido el recién nacido o medido o no medido.

E.- Bien, ahora cambiando un poco de tema ¿qué entiende por el concepto de humanización en la etapa perinatal?

AN. - Yo entiendo que implica incorporar a los padres y a la familia en la toma de decisiones que vamos a llevar a delante en el periodo del nacimiento del recién nacido. En lo que tiene que ver con nosotros, porque después la etapa perinatal nos excede en el antes digamos. Porque lo que tiene que ver con la asistencia prenatal está incluido en la etapa perinatal, entonces ahí

nosotros como que no estamos, no formamos parte de eso. Deberíamos, porque en realidad nosotros ahora trabajamos en una sociedad que se llama sociedad uruguaya de neonatología, y parte de nuestras reivindicaciones es que la asistencia integral de la embarazada tiene que estar incluida en la valoración del neonatólogo previo al nacimiento. Incluso en la etapa preconcepcional, entonces eh...yo creo que brindarle toda la información, que los padres sean partícipes de la toma de decisiones y el respetar el derecho de los mismos durante todo lo que tiene que ver con el control del embarazo, en las últimas etapas y en lo post natal inmediato forma parte de la humanización de la medicina.

E.- Bien, ¿entonces considera que esta humanizada la etapa perinatal?

AN. - Yo creo que acá sí. Acá esta humanizada, de hecho, cuando vienen como comentaba hoy MJ los padres con los planes de parto, lo que ellos traen es lo que nosotros hacemos. Entonces bueno, eso me parece que habla bien de las conductas que se están tomando.

E.- Y ¿considera que hay aspectos en los que se puede mejorar?

AN. - Y siempre hay lugar para mejorar me parece eh...Siempre hay lugar para mejorar. No sé si... no sé, específicamente en qué áreas podríamos avanzar hoy. Creo que nos pasa mucho lo que tiene que ver con el control pre natal que muchas veces tenemos madres que no vienen bien controladas, a veces las cosas se salen un poco de control y capaz que en esos momentos en donde todo es muy enérgico, tomarse un minuto para reflexionar y ver como nosotros vamos a abordar a esa paciente podría ser un punto para mejorar. Pero ya te digo, son situaciones que no son la regla. Cuando todo viene bien, bien organizado y bien hecho creo que estamos en una situación bastante buena.

E.- Y ¿considera que la institución implemento alguna estrategia o algo, para favorecer la humanización?

AN. - Bueno sí, de hecho, se reformó toda la maternidad justamente con el objetivo de... porque claro, yo cuando empecé la residencia en el año 2016, los nacimientos eran en una sala de partos quirúrgica, como un block quirúrgico, estaba todo en el mismo pasillo y al fondo había una sala con ocho termo cunas y todos los bebés que nacían los llevábamos y hacíamos todo el examen ahí, lo vigilábamos ahí y al rato se lo devolvíamos a las madres. Entonces desde el 2016 a la fecha ha cambiado radicalmente, porque hoy en día tenés 10 salas de nacer donde la mamá está alojada con el recién nacido, donde tenés todas las herramientas para trabajar en esa misma sala. Donde hay una silla para el acompañante. Tenés un block quirúrgico específicamente diseñado con un área de recuperación donde él bebé puede estar con la madre. Se han tomado muchísimas medidas para que todo se haga en un ambiente familiar digamos y no extrayendo al niño de ese lugar. Eh... después con lo que tiene que ver con medidas más puntuales o no quiero decir menores, pero si específicas. El contacto piel a piel inicial, el

favorecer la lactancia en la primera hora, eso se ha venido haciendo. Creo que la mayoría de nosotros lo hacemos de forma sistemática, pero obviamente tiene que ver con la cultura y la capacidad técnica y formativa que tiene cada neonatólogo y cada equipo de salud.

E.- Ya nos había comentado que trabajaba en otras instituciones. ¿Considera que hay diferencias en la tasa de cesáreas, el acompañamiento y la libertad de decisión de las usuarias?

AN. - Sin duda que hay diferencias en las tasas de cesáreas, sin dudas. Sí, hay más cesáreas en proporción que partos, debe andar cerca del 50% como sucede en el ámbito privado. Si ustedes miran los datos en el ámbito público son menos y dentro del PR tiene muchas menos cesáreas que partos proporcionalmente. Eh...pero, en cuanto a los otros aspectos de acompañamiento y demás, como son aspectos culturales uno cuando va como que evangeliza esos aspectos. Entonces cuando trabajas con enfermería y haces la recepción, yo qué sé. En los otros lugares por ejemplo Tenes un parto dos veces por día, dos, tres, cuatro, como una locura. Acá 20, 22 partos por día, acá culturalmente se asienta más rápido porque Tenes departamentos muy grandes con líneas de funcionamiento muy específicas y tiene los servicios universitarios, entonces es bien diferente. Afuera que hay queda librado a la forma de trabajar de cada neonatólogo muchas veces. Al ser pocos partos te permite conversar con el equipo, ir de a poco para poder cambiar conductas que por mucho tiempo fueron manejadas. Eso que se veía en las películas: agarrar al niño de los pies y pegarle unas nalgadas, si bien no era así, pero tampoco se alejaba tanto de la realidad. Nacía, estímulo, clampeo de cordón y a otra cosa. Hoy ya es distinto, en todos los lugares se hacen clampeo oportuno de cordón, por lo menos donde yo trabajo y donde trabajamos los neonatólogos más jóvenes llevamos estos conceptos, y muchos de los neonatólogos más viejos los han ido adaptando también. Eh... el clampeo oportuno de cordón, el prenderlo a pecho precozmente, hacer el contacto piel a piel, lograr que haya como un ambiente poco intervencionista creo que se ha ido evangelizando en todo el sistema, y eso tiene menos diferencia acá con los otros lugares. Pero la tasa de cesáreas sin duda que es bien diferente.

E.- Bárbaro, entonces ¿cree que la pandemia por COVID influyó en cuanto a la humanización en la atención del parto?

AN. - Bueno se ha intentado que no, pero sí. En realidad, hay cosas que... porque no es lo mismo que te atiendan...ya sea en una cesárea o en un parto. En el parto se nota más porque la cesárea vos ya te vestís, Tenes equipo quirúrgico, Tenes el tapabocas, Tenes el gorro. Pero en los partos normalmente vos te ponías una sobre túnica de TNT bastante menor, digamos una protección mínima y el tapabocas y nada más, a veces ni tapabocas. Y...tenías un contacto muy estrecho con el paciente. Hoy en día, hoy estamos volviendo a eso, pero cuando el peor momento de la pandemia tenías: muchas veces que las mamás todavía no tenían la PCR vos

cuando entrabas, entrabas de doble tapaboca, doble gorro, doble sobre túnica, antiparras, llegabas y prácticamente era un riesgo biológico. El hacer el contacto piel a piel también, si no tenías una PCR para COVID en algunos lugares se hacía, en otros primero se dejaba que se higienizara el pecho de la madre y después se podía hacer. Era una situación bastante compleja, difícil desde el punto de vista logístico para nosotros porque trabajar con ese equipo arriba no era sencillo y desde el punto de vista del apego no es lo mismo. Yo creo que ahí retrocedimos unos casilleros, pero de a poco se ha ido avanzando en el plan de vacunación, de a poco se han ido dejando más laxas esas normas y eso nos ha permitido volver al plano en el que estábamos. Pero si, sin duda que hubo algún momento donde era muy complejo, había miedo en realidad.

E.- ¿Se le permitió a la usuaria estar acompañada?

AN. -Bueno, hubo un periodo en el que no. Hubo un periodo en el que generó dudas por lo menos, eh... me acuerdo que incluso salió en la televisión, en algún programa de la radio, había una asociación de usuarias que no sé cómo se llama, de mujeres que habían pasado por violencia obstétrica y que trabajan en la concientización en lo que tiene que ver con los derechos de usuarias al momento del nacimiento. Y claro muchos de ellos decían que les llegaban muchas consultas o correos diciéndoles bueno que no habían podido tener la posibilidad. Ya sé que habían tenido dificultades en el periodo prenatales, que habían tenido dificultades en el momento del nacimiento, dificultades para que sus parejas pudieran acceder a las instituciones. Porque muchas veces hasta excedió el campo específico nuestro, de lo gineco obstétrico y neonatal. En la puerta de la institución el usuario pasa solo, y ahí tenía una primera barrera. Y si no pasabas esa primera barrera, obviamente que quedaba la madre sola en la internación pre y post natal, y durante el trabajo de parto y durante el nacimiento.

Hubo periodos en lo que eso sucedió y luego se fue nuevamente como todo cambio adaptando un poco a la situación a que se corría. Creo que fue parte de un problema que nos excedió ampliamente a todos, hay una pandemia cada 100 años, nuestras generaciones no sabían cómo iba a ser la situación. Después de, no sé si llego a meses, pero se empezó con las medidas de higiene adecuadas al ingreso de los padres obviamente o al acompañante que la madre eligiera, hoy en día en ese sentido estamos en la normalidad.

E.- Con respecto a esto que hablábamos de que se vio afectado el acompañamiento, ¿Qué consecuencias cree que se pudo haber generado? Respecto a eso ¿no? Que la usuaria este sola...

AN. - No solo por la usuaria no? El nacimiento es un momento que, que es muy íntimo y tiene que ver con una vida en familia, es un cambio en el que va a vivir esa familia de ahora en adelante. Entonces, me parece que por coactar un poco las posibilidades que tienen de vivir el proceso grupalmente o vivirlo como ellos elijan vivirlo es un problema. Eh... yo creo que en ese sentido se afectó no solo a la usuaria sino a toda la familia del recién nacido y a todos. Y el

impacto sin duda es negativo, es negativo porque retrocedimos como decíamos hoy algunos casilleros. Es negativo porque uno termina interrumpiendo un momento que debería ser muy feliz con sentimientos capaz muy negativos para tanto la madre el padre, y donde hay que ir a atravesar un momento de vulnerabilidad solo, alejado de su pareja o de su familia o de quien quiera tener al lado. Absolutamente solo, medicalizado, con gente que no conoces, con términos técnicos que muchas veces te ponen más nervioso que lo que te tranquilizan que te lo digan de una forma más amigable y respetuosa posible. Entonces eso me parece que sin duda tuvo un impacto de todo el núcleo familiar. Y más imagínate los que iban a visitar a los recién nacidos. Para mí no es una buena práctica, pero bueno muchas familias están acostumbradas que hoy en día viene la abuela, el abuelo, la tía, un amigo, etc. Esto en el hospital estaba totalmente cortado, y después en la familia cuando vos los mandabas para la casa también el ambiente se tornaba poco sencillo de manejar, nosotros hacíamos mucho hincapié en la burbuja, en el mantenimiento de la distancia. Y esto que sin duda impacto, trasciende a la usuaria, la usuaria y su recién nacido fueron los más vulnerados, pero Tenes a todo el entorno que también ve vulnerado sus derechos y sus necesidades individuales.

E.- ¿Y este tipo de limitaciones sienten que afecto la relación entre la usuaria y el personal de salud?

AN. - Nosotros no sé, yo no lo viví tanto la verdad. Yo siempre trate de...y creo que la mayoría de nosotros tratamos de ser muy continentales con las usuarias y entonces claro uno se pone en un lugar donde lo ven como una válvula de escape, quieras o no dentro de un lugar tan inhóspito como lo es un hospital eh...el neonatólogo es la figura más, como decirlo, amigable, en realidad. Entonces nosotros siempre somos los que más, por lo menos como lo vivo yo, los que más contenemos.

Nosotros entramos nos sentamos un rato, yo por ejemplo acá en el hospital y en otros lugares veo que el obstetra entra te revisa y se va. Nosotros nos sentamos, le preguntamos por él bebe, le preguntamos por la familia, nos quedamos conversando. Entonces las madres se abren mucho más con nosotros, nuestra relación médico paciente habitualmente tiene pocas dificultades, esa es la realidad. Tiene que ver con el esquema de formación, con esquemas de vulnerabilidad. Entonces entre una cosa y otra, que nosotros somos muy proclives a acompañar, y que la mayoría, hay excepciones como todo. Y la madre muchas veces nos ve a nosotros como la figura más amigable, que más importancia le da a nosotros o por los menos a mí no me afecto tanto. No tuve grandes dificultades.

E.- Bien, con respecto a la vía de finalización del parto ¿considera que el número de cesáreas se vio modificado debido a la pandemia?

AN. -Eh... la verdad que no lo sé, tendría que mirar los datos no lo tengo claro. Si me decís subjetivamente no creo, no creo que se haya visto modificado, que haya aumentado la tasa de cesáreas. Pero no tengo los datos como para afirmarlos.

E.-Bueno, ya finalizando con la entrevista, ¿tiene alguna otra cosa que nos quiera contar o algo más para agregar sobre el tema?

AN. - No en principio no. Nosotros estamos trabajando y haciendo todos los esfuerzos para volver a la situación pre pandemia y seguir avanzando con respecto a los derechos de los usuarios y también la garantía del desempeño profesional del neonatólogo. Eh...creo que, para tener una asistencia de calidad, nosotros tenemos que tener una calidad de trabajo adecuada y eso es en lo que estamos trabajando, no solo el neonatólogo si no también todo el equipo, el equipo perinatal.

E.-Bueno finalizamos la entrevista, le agradecemos por formar parte.

INGRESA MJ. SE RETORNA LA ENTREVISTA CON LAS PREGUNTAS QUE LE HABIAN FALTADO RESPONDER.

E.- Retomamos donde habíamos quedado: ¿Cuánto tiempo transcurre entre que le hacen las medidas antropométricas?

MJ. -Si eso es como decía NEONATOLOGO, eso es entre los once minutos y la hora.

E.-Bien, y, ¿Tú crees que es te tiempo se podría estimular para prolongar estimular el vínculo madre-hijo?

MJ. - Yo creo que si, en algunas instituciones más chicas con menos nacimientos sería como más fácil de aplicar. Por las cuestiones de que por tantos nacimientos que hay a veces se nos dificulta, eso no porque uno no quiera si no porque hay muchos partos y muchas veces en el mismo tiempo todo y es como difícil todo. Y más en esta situación en la que estamos ahora que la mayoría de los partos son con el protocolo del COVID y todo lo demás, se haría muy difícil en este lugar con tantos nacimientos, pero obviamente sería ideal poder favorecer una cosa así. Ya que no es algo que apure mucho, el peso del niño solo lo necesitamos cuando se requiere hacer alguna maniobra, si el niño nace bien no. El tema de que acá es muy difícil, ya era difícil de aplicar y ahora con esto de los protocolos, la vestimenta y todo uno a veces ni alcanza a sacarse la ropa y terminar de hacer todas las medidas de higiene que va a correr al otro por la cantidad que hay.

E.- Claro, bien. ¿Qué entiendes por el concepto de humanización en la atención perinatal?

MJ. - Y bueno... creo que en realidad es un poco esto de todo esto que veníamos hablando de un no intervencionismo y eso y disminuir lo más posible, o sea tratar de favorecer una

transición, si bien acompañada ¿no? Porque yo creo que eso es importante, pero yo por ejemplo no estoy de acuerdo con el nacimiento en el domicilio. Porque yo particularmente pienso que si en algún momento yo estoy en esa situación prefiero hacerlo en algún lugar en donde tenga todo el respaldo, porque la realidad que nos pasa es que los niños más gravemente enfermos que se complican en ese momento son los que venía todo bien. Y es muy difícil llegar a tu casa con un niño nacido en malas condiciones y poder llevarlo a un centro donde reciba la atención. En general eso es tarde y puede generar muchas secuelas, pero en definitiva creo que la idea sería el acompañamiento de todo el equipo haciendo las mínimas maniobras que se requieran. Y obviamente siempre tratando que se respeten los deseos de los padres, pero como en otras oportunidades decía siempre con toda la información que uno les puede brindar dentro de las posibilidades y bueno que ellos finalmente decidan.

E.- En base a todo esto que tu decías que para ti es humanización, ¿consideras que esta humanizada actualmente esta etapa?

MJ. - Yo creo que en realidad faltan cosas pero que vamos por un buen camino. Incluso nosotros que no tenemos tanto tiempo en esto como decía NEONATOLOGO recién, 5 años yo creo que, si uno se pone a pensar en lo que era al principio, con lo que llegamos ahora es abismal la diferencia. Se ha avanzado mucho en poco tiempo, siempre obviamente hay algunas cosas que se pueden mejorar.

E.- ¿Por ejemplo?

MJ. - Bueno por ejemplo esto, ahora lo que pasa es que ta, todo esto, con la situación de la pandemia fue un poco más difícil poder hacer esas cosas. Pero si vos identificas que bueno, que las medidas se las podríamos hacer de otras formas y tenemos muchos nacimientos que analizar ¿Qué es lo que nos falta acá? Muchas cosas como decía NEONATOLOGO recién eh...son cuestiones de las condiciones de trabajo nuestras también. ¿No? Yo por ejemplo en el hospital militar para que tengas una idea cuando estoy de guardia después de las 14 hay otro neonatólogo que puede ir a los partos, acá después de las 14 yo que hago las guardias en el CTI, tengo que salir yo a los partos. A veces tengo pacientes graves, entonces ando corriendo, me es imposible dejarlo al chiquilín dos horas, tres horas con la madre y después poder volver a hacerle las medidas. Porque no soy solamente yo, la enfermera que sale también a asistir al parto es una enfermera mía de adentro del CTI. Entonces muchas de estas cosas que no hemos podido lograr es por las condiciones de trabajo del neonatólogo, todavía por ser una especialidad nueva separada de pediatría, como que no está muy regulada, no están comprendidas, en el sentido de que bueno ¿Qué somos nosotros? ¿Cómo trabajamos? ¿Cómo intensivista pediátrico? Pero no es lo mismo, porque el intensivista pediátrico no sale de su CTI para hacer un parto o para ver a un niño en el alojamiento. Entonces muchas de esas cosas necesitan mejorarse, para poder

seguir con este camino y con estas cosas ¿Qué es lo que necesitamos? ¿Qué haya dos neonatólogos de guardia? Uno se va a encargar de hacer eso y acordarse de ir después cuando la madre ya lo crea pertinente eh...las medidas antropométricas, darle una ducha al niño, lo que sea sin que el que este adentro descuidar a los pacientes graves que están. Porque a veces la realidad es que apenas a uno lo puede revisar, Tenes que salir corriendo con el otro que está ahí. Creo que básicamente sería eso, regular las condiciones de trabajo para poder cubrir todo eso.

E.- Y en base a eso ¿consideras que la institución ha implementado estrategias para hacer más humanizada la atención?

MJ. - Si, yo creo que sí. Han implementado estrategias y bueno justamente esto ahora se creó la sociedad de neonatología, yo les hablo en el caso nuestro, los ginecólogos será otra cuestión en particular. Surge sobre todo de las cátedras de los hospitales universitarios que son en definitiva los que nos forman y los que bueno más o menos entienden cuáles son las condiciones en las que deberíamos de trabajar. Incluso yo pienso que acá adentro sabiendo que por ahí no son ideales se trata de distribuir las tareas y todo de una manera que se pueda hacer lo mejor que se puede.

E.- Tú nos habías comentado que trabajabas en otras instituciones, ¿tú crees que hay diferencias en las tasas de cesáreas, el acompañamiento y la libertad que tiene la usuaria de decisión?

MJ. - Si, si si. Sin duda que sí, pero creo que también responde un poco a eso que yo les decía antes que por ahí las usuarias de otros lugares son más demandantes. Y bueno siempre está la gestión esa de que el hospital público...no es que una usuaria no pueda hacer una queja obviamente, pero por ahí la trascendencia no es tanta. Las mutualistas en definitivas funcionan como empresas y ellos son sus clientes, entonces un poco...yo trabajo en todos los lugares de la misma forma porque esa es la realidad. Pero si uno ve, esto no pasa solamente por el neonatólogo porque a vos te llaman cuando el niño va a nacer, pero la mujer a veces lleva días ahí internada, entonces si yo creo que todavía sigue siendo una brecha entre las pacientes que viven una situación de vulnerabilidad social y las que no. Y las que se atienden en un sistema público y las que se atienden en un sistema privado. En cuanto a lo que es la neonatología yo les puedo asegurar que CTI como este que hay acá no hay en ninguna mutualista ni en ningún otro lugar, que eso para mí es...no hay en el buen sentido. Uno que trabaja en otros lugares, si llevo a tener un hijo con algún problema me lo traigo acá adentro porque realmente no hay otra mutualista, otro lugar que tenga ni el recurso humano ni el recurso material que hay acá. Pero bueno la vulnerabilidad de la persona hace que por ahí sean un poco llevadas por la gente. Se encuentran con alguien que les dice, no, mira no podés tener un acompañante. Nos pasó con la pandemia, que reflataron un montón de cosas que nosotros tuvimos que ir a derribar. El tema

de que cuando esto arranco que la gente se enloqueció como con todas las cosas. No, no puede entrar un acompañante, no esto es un derecho ganado, nosotros tuvimos que salir a veces hasta contra compañeros nuestros que ni siquiera por maldad, por miedo, por lo que sea. Entonces yo sentí que en algún momento estábamos retrocediendo en un montón de cosas que nos había costado mucho. Y eso se veía más acá, porque en la mutualista por ahí la señora decía “no, no no mi marido va a entrar conmigo porque yo te voy a levantar los techos” y acá a la pobre señora no puede entrar por pandemia y se quedaba mal pero no te lo reclamaba en general no.

E.- ¿Crees que con la pandemia influyo en cuanto a la humanización?

MJ. -Si.

E.- Y ¿Qué aspectos crees que fueron los más afectados?

MJ. - Si totalmente. También fue un poco por el desconocimiento. Yo creo que porque había cosas que no conocíamos muy bien, por el miedo que nos generaba. Si uno lee los primeros protocolos de las madres con probable COVID, hoy en día te quieres poner a llorar. No podían tener un acompañante, no podían prender al niño a la teta, el niño tenía que ingresar no podía seguir con ellos. Esto porque no se sabían una cantidad de cosa, después nos fuimos dando cuenta por suerte que rápidamente y en base a unos estudios que pudimos tener como algunas cosas que como esto ya había comenzado en otros lugares pudimos rápidamente ir cambiando esas cosas. Pero realmente si ustedes ven un protocolo de una paciente con sospecha de COVID de lo que se suponía que debíamos hacer con el niño...creo que por suerte acá en el Pereira no lo llegamos a usar porque empezamos a cambiar esos protocolos y todavía no teníamos ninguna paciente embarazada con COVID. Pero si, desde el no poder entrar u otras cosas como si podés entrar, pero Tenes que traer tu ropa, y claro capaz que para uno es mucho más fácil. Pero yo por ejemplo estuve con una amiga que estuvo internada y tenías que comprarte el equipo de túnica, yo me puedo llevar una sobre túnica de acá si quiero o de otro lado, pero si no tenías que cruzar pagar 400\$, que para uno no es nada, pero para una persona de estas tener que ir a comprar para estar un ratito con la persona, una sobre túnica un tapaboca que la institución no te lo brinde por una cuestión de gastos. Hubo otra institución en la que yo trabaje, que decía que no se los podían pedir porque no lo podemos obligar que se los paguen, pero bueno no pueden entrar porque nosotros no se lo podemos dar. Estaba toda la locura esa, de que todo el mundo y quedaba sin material y se vestía con bolsa de nylon para protegerse del COVID. Uno miraba en la tele aquello y...acá hubo muchas cuestiones de esas y de hecho se denunció mucho esto del acompañamiento del parto y todo lo demás. Y el ministerio tuvo que sacar un comunicado, pero todo bien es lo que tiene que hacer la institución es buscar las estrategias de que se siga cumpliendo el derecho de la mujer, pero inicialmente fue todo para atrás.

E.- Con respecto a la vía de finalización, el número de cesáreas ¿cree que se modificó en el contexto de la pandemia?

MJ. - Si, inicialmente también nos pasó eso. ¿Que nos pasó? No que no podían tener un parto, pero en su momento también hubo un protocolo por ejemplo en base al desconocimiento y al miedo este de quedarnos sin material para atender a la gente. Se había protocolizado que no se ponían inducciones, por ejemplo...o sea que si la señora venía con una condición favorable para tener un parto sola y todo eso y para disminuir la cantidad de veces que entraba la persona como ustedes saben, cuando uno le pone una inducción con oxitocina a una persona la monitorización tiene que ser continua, la persona que la está atendiendo tiene que estar todo el tiempo. No es lo mismo tener tus propias contracciones, que obviamente vos lo monitorizas, pero por algo viene la persona, para que vos le estés poniendo un fármaco y este fármaco se tiene que ir controlando, si esta funcionando, si hay que aumentar a dosis, si nos pasamos de la dosis y hay que bajarlo. Y bueno esto le condicionaba la vía de parto, la indicación si esto sería la inducción para que tenga un parto vaginal, bueno no, ta, es una cesárea. Después con el tiempo volvimos a acomodarnos para poder hacerlo de nuevo. }

E.- Bueno como para ir terminado, ¿algo que quieras agregar o contar?

MJ. - Creo que ya contamos.

E.- Bueno, terminamos. Gracias.

FINALIZA LA ENTREVISTA.

2-Entrevista a Parteras y residentes de ginecología.

Participantes: **E:** Entrevistador. **AR:** Partera. **MB:** Partera. **PC:** Residente ginecología. **AC:** Residente de ginecología.

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E.- ¿En qué área se desempeñan y bajo qué cargo?

AR.- Yo soy obstetra partera y trabajo acá en la maternidad del piso y en la puerta de emergencia y en la policlínica de salud sexual y reproductiva, acá en el Pereira.

E.- ¿Tu?

MB. -Soy obstetra partera, soy suplente y trabajo acá en maternidad o en puerta de emergencia o en puerperio.

PC. -Yo soy residente de ginecología en primer año y trabajo acá en el Pereira.

AC. -Yo soy residente de ginecología de tercer año y trabajo también acá en el Pereira, hacemos las guardias de parto y en las salas.

E.- Perfecto, y ¿hace cuánto tiempo se encuentran vinculadas en esta área? y ¿trabajan en alguna otra institución?

AR.- Yo hace 5 años que trabajo acá, así haciendo las nuevas actividades, ahora estoy titular en Casa de Galicia también haciendo guardias, después soy suplente en el CASMU en el hospital italiano, en el SMI, pila de lugares, pero ta voy como muy esporádicamente. En realidad, mis trabajos fijos son Casa de Galicia y acá. Y después trabajos con la docencia que no tiene que ver con la asistencia en sí pero hago eso, docencia y después clases de preparación para el nacimiento particulares en consultorio que vemos a la gente de COSEM, MP y de blue cross, con toda esta gente las clases de parto.

E.- Genial, ¿y, tú?

MB. - Y yo que trabajo en la partería hace 5 años que me recibí, soy suplente creo que hace dos años acá y después hago a veces guardias en Young y hago preparación para el parto también de forma particular.

PC. -Yo hace un año, o sea seis meses en realidad que soy residente acá. Y trabajo como medica general en otras instituciones. Pero como residente de ginecología acá como hace seis meses.

AC.-. Yo hace dos años y medio y también solo acá en el Pereira.

E.- Bien, ¿Cuántas horas de trabajo más o menos realizan?

AR.- ¿Globalmente? ¿Semanales?

E.- Semanales. O por día más o menos aproximadamente.

AR.- Mirá yo los domingos tengo 24 horas de guardia, después el resto de los días de la semana trabajo aproximadamente 12 horas por días. Los únicos días libres que tengo son los sábados pasa que en realidad son...

E.- Muchas horas.

AR.-Si, calcúlale más de doce por día seguro y si dividís la del domingo, bueno ponele que sean doce horas por día.

E.- Ta perfecto.

AR.-Más o menos.

E.- ¿Tu?

MB. -Yo 24 horas semanales.

PC. -Yo en la residencia más o menos 50 60 horas más lo que trabajo como medica general semanales.

E.-Bien ¿y tú?

AC. - Lo mismo, 60 horas mínimo semanales.

E.-Genial, bien ahora si adentrándonos un poco más al tema. ¿Piensan que se les brinda a las usuarias la libertad de decidir sobre ciertas prácticas realizadas durante el proceso asistencial? Ya sea analgesia, anestesia, libertad para moverse, comer, posición en el parto.

AR.- ¿Acá?

E.-Si, acá en el Pereira Rossell.

AR.- Si. O sea, en realidad me parece que es una de las maternidades que trabaja con...respetando más los derechos de las usuarias. Igual falta muchísimo, hay como...para poder llegar a decir que tenemos un... este...una maternidad humanizada o una maternidad totalmente respetada hay que tratar de cambiar otro montón de cosas que tienen que ver con la asistencia. Y no tanto con esto, de que si ¿tengo derecho a la analgesia? Sí, tengo derecho a la analgesia, pero el equipo de analgesia viene y ¿me trata bien? O sea, hay otro montón de cosas que quizás si nosotros empezamos a hacer tics y ver tengo esto tengo lo otro, si tengo, tengo tengo, pero ¿Cómo lo hago? Ahí me parece que esta la diferencia en la famosa humanización del nacimiento.

AC. - Yo creo que el hecho de que este sea un hospital universitario hace que a veces nos tengamos que desviar un poquito de lo que es lo más humanizado. Entonces creo que el hecho de que sea la primera vez que vengan residentes de ginecología, que vengan residentes de

anestesia y que no sea siempre un equipo que este fijo y también que estemos rotando continuamente hace que a veces sea más difícil mantener eso. Pero estoy de acuerdo con PARTERA 1, no trabajo en otros lados, pero bueno creo que dentro de todo tratamos de respetar, trabajando de esa forma tratamos de respetar bastante y de mantener la decisión de la paciente lo más humanizado que podemos. Por lo menos es lo que tratamos de aprender.

PC. - Yo no trabajo en el otro lado en la parte de ginecología entonces no tengo mucho con lo que comparar, pero me parece que sí, que se respeta bastante acá. O por lo menos es lo que, nosotros los más chicos tratamos de aprender.

MB. - Yo opino lo mismo y creo que esta es una de las maternidades que más humanizado es el nacimiento y que más respeta todo lo que la mayoría de las cosas que la usuaria quiere, más allá que si hay mucha gente o hay estudiantes o que tampoco está bueno pero comparado con otros lugares me parece que este...es mucho más avanzado en ese sentido.

AR.-Claro, lo que tiene acá en realidad es que al ser un hospital escuela también habla como...todo el tiempo tiene la última evidencia ahí disponible. Entonces eh...se trata de mantener conductas siempre iguales, obviamente que hay guardias que cambian de criterio, pero, a veces cuando trabajas afuera quizás a ellos no les pasa tanto pero capaz que nosotros conocemos más que vos que pasas de guardia en guardia donde una guardia tiene un criterio y la otra totalmente otro. Eso acá no pasa, es como medianamente más, entonces le da como una...este...algo más holístico. O vendría a ser más o menos como que a todas las pacientes se las trata como con el mismo criterio. Obviamente que hay diferencias de criterios por la diferencia del personal pero en ese sentido si, nosotros puntualmente como parteras es en los hospitales públicos el lugar en el que nosotros podemos desarrollar más nuestro trabajo en la totalidad. En los hospitales, en los sanatorios probados nosotros la asistencia del parto no la hacemos por ejemplo y acá sí. Entonces, en ese sentido nosotros también tenemos como cierta libertad a trabajar que ta, y además que no se...yo puntualmente siempre trabajo como en equipo, con los residentes y todo, pero me parece que eso que decía RESIDENTE 2 que todos los años cambien hace que a veces hay que empezar de cero de nuevo. Para nosotros que estamos fijadas, ponele, pero ta creo que sí.

E.- Claro, y ¿ustedes se enfrentan a limitaciones al momento de brindarle la libertad de decisión a la usuaria? De su posición en el parto...

AR.-Creo que en realidad a veces este...limitaciones puede haber desde el punto de vista...como se llama? estructura, estructural. Pude llegar a haber eh...de la cosa que vos le podés llegar a ofrecer. No sé, no tenemos una pelota para cada usuaria, bancos de partos hay dos. O sea que si justo...por lo general no pasa pero...pero puede llegar a pasar que no tengas como estructuralmente todas las cosas que necesitas.

AC. -Las salas de nacer, que a veces tienen los partos en el block.

AR.-Claro.

AC. - O en salas porque no hay salas de nacer disponibles a veces eso también puede limitar. No es lo más frecuente que pase.

AR.-No, no es lo más frecuente.

AC. -No es lo más frecuente.

AR.- Yo creo que el déficit más grande acá que hay, es la privacidad.

MB. -Tal cual.

AR.-Acá no se respeta la privacidad.

AC. -En un parto en block.

AR.-No, también en una sala de nacer. Entran a cada dos minutos personas a ver, y ¿Cómo está?

MB. -Si la puerta no cierra bien.

AR.-Todo el tiempo abriéndose. Entonces ese tipo de cosas me parece que son las que no le estamos pudiendo brindar a las mujeres.

MB.- Lo que no hay es limitación en cuanto a...cómo funciona el hospital en lo que podemos hacer porque...no es que no, tiene que estar acostada y...no, eso no lo tenemos, lo que podemos llegar a tener es esto, más estructural.

AR.-Claro. La mujer acá tiene libertad de movimiento en la medida que no tenga una contraindicación para el movimiento.

E.- El tema de que ella pueda si quiere escuchar música, comer...y esas cosas ¿eso se permite?

AR.- Si por eso a no ser que tenga una contraindicación médica para la ingesta la mujer puede comer y tomar lo que quiera o yo que se...ahí se la incentiva. Ahí empiezan a jugar un montón de cosas que, por ejemplo, la analgesia los anestesistas le suspenden la vía oral, hay como montones de cosas que a veces que son parte del tire y afloje de cada equipo ¿viste? Pero ta. A veces pasa que le suspenden, le dicen lo comas ni tomas nada yo que se después que se hace la analgesia, pero...

E.-Bien, ¿con que frecuencia creen que se utilizan maniobras como el enema evacuador, la episiotomía, el fórceps?

AR.-El enema no se hace más.

AC. -No se hace.

AR.-No se hace, a no ser que una mujer tenga una indicación...

AC. -Tampoco.

AR.-Tampoco, no se hace más ni de manera rutinaria, no se hace, no se hace.

AC. -Yo desde que estoy acá nunca.

AR.-No, yo desde que me recibí nunca hice. Nunca vi que se hiciera.

AC.- La episiotomía ahí es otro tema ¿no? No se hace de rutina, no se hace a todas las pacientes solo porque van a parir. Pero se hacen. Es una maniobra que se hace y es un recurso que utilizamos cuando consideramos que lo necesita y bueno es parte de la decisión que se toma en el momento, siempre con el consentimiento de la paciente y explicándole lo que se le va a hacer.

AR.-Se hace más de lo que se debería, esa es la realidad.

AC. -Sobre todo por lo que decía...

AR.-Que es un hospital escuela.

AC.- Entonces es difícil aprender también en qué momento lo vas a hacer, a que paciente se lo vas a hacer. A veces entonces terminamos en esa. Se hace más de lo que a veces requiere.

AR.-Por el hecho de aprender a hacerlo.

AC.-Si, y por el hecho de no saber que... que paciente lo requiere o no.

AR.-Claro, en realidad...o sea es, la indicación de la episiotomía es la prevención de los desgarros mayores también ¿no? O a veces acortar el periodo expulsivo, lo que sea. Pero muchas mujeres que se les hace, capaz que no lo hubiesen tenido que ver con esto. A veces la ansiedad de decir: bueno va a nacer...y ¿no? Pero, se hace más de lo que se debería. Pero también eso, la prevén...la... la no realización de la episiotomía tiene todo un cuidado previo que también tiene que tener. Si uno estimula mucho el periné, si uno está todo el tiempo examinando a la mujer, si no va distendiendo de a poquito es obvio que se le va a desgarrar después. Entonces capaz que tenía indicación...o sea vas a terminar haciendo una episiotomía igual. Entonces tiene que haber toda una cosa antes que se va aprendiendo. Es muy probable que vos veas a alguien que quizás tenga muchos años de recibido, haga menos episiotomías que alguien que recién este aprendiendo porque0 ese miedo a decir tipo ta yo sé la hago por las dudas.

MB. -Hay que saber no hacer episiotomía.

AR.-Claro. Es más fácil hacer, que saber no hacer episiotomía. Porque hay que esperar mucho, tener mucha paciencia. Y también que vaya todo bien ¿no? Yo que se...

MB. -O a veces la mujer lo pide. A veces dice: ¡córtame! Jajaja.

E.-Pero eso ¿no es muy frecuente? O ¿sí?

AR.-A veces la mujer piensa que uno corta y sale, a veces él bebe está ahí arriba y no tiene nada que ver con que le haga una episiotomía o no. Mujeres que sobre todo ya tienen experiencias de que ya le hicieron episiotomía en los partos previos que vos sabes que ni siquiera tiene la indicación porque va a salir. Este...no, por lo general no.

E.-Ta, esto ya lo hablamos recién, pero ¿consideran que siempre se realizan son porque son necesarias?

AR.-Y bueno...

AC. -Tratamos de que sí.

AR.-Yo creo que es algo que está cambiando. Eh...como que va pasando el tiempo y cada vez se hacen menos episiotomías deportivas, tipo...para practicar. Cada vez se hacen menos, pero...pero sigue pasando esto que tiene que ver con esto a veces no todo el mundo sabe hasta dónde puede llegar el periné, o proteger realmente el periné, entonces bueno, prefiero hacerla antes de que se me desgarre más o...o...ansiedad o lo que sea.

MB. -O aprendiste así.

AR.-Claro.

MB. -O aprendiste a que...bueno, hay que hacerla.

AR.-Bueno, yo creo que por eso cada vez hay menos. Eso de por lo menos ponerse en la cabeza y decir: yo creo que le va a dar, antes era tipo, se hace. Primigesta, se hace.

E.- tal vez los ginecólogos con más experiencia lo siguen haciendo.

AC. -No, no tenemos tantos ginecólogos que...

AR.-Claro.

AC. -Que transmitan como eso. Cada vez, como te decíamos se renueva mucho el... los grados dos, los residentes y actualmente hay gente nueva que trabaje por lo menos acá en la guardia de parto.

AR.-Claro, capaz que si vos estas en otro lugar, sí. Hay ginecólogos que vos sabes que son más veteranos que aprendieron de la vieja escuela y que primigesta le hacen episiotomía. O se cómo algo...

E.-Como ley.

AR.-Claro. Los ginecólogos más nuevos, que se están formando en esto, afuera no lo ves. Y acá que pasa eso, en realidad los nacimientos los hacen los residentes o las parteras, los ginecólogos recibidos que son los grados dos, por lo general si hacen un nacimiento es porque

algo se complicó o porque hay que actuar rápido por algo, si no los hacen ellos o nosotras. Ellos están ahí, solamente para las urgencias, en la guardia están ahí. Entonces no vemos asistir nacimientos a ellos.

E.-Perfecto, respecto a las cesáreas: ¿Cuál es la causa más frecuente?

AC. - ¿Electiva será?

AR.-No sé si electiva.

AC. -No tengo el dato.

AR.-Ese dato capaz que los pueden sacar del SIP.

AC. -Si. Nosotros te podemos decir cuál es subjetivamente.

E.- Claro.

AC. -Pero los números no los tenemos. Si cesáreas electivas hay muchas, bicesareadas también, eh...podálica.

AR.-Sospecha de hipoxia.

PC. -Solo hoy, 4 son electivas. De las seis que tenemos.

AC. - Si, realmente no tenemos...digo a aumentado mucho el número de cesáreas electivas, eso es verdad. Pero bueno también operamos muchas bicesareadas, este...podálicas también. No es la causa más frecuente ni cerca. Yo creo que últimamente electiva. Pero entonces como te digo, podemos decirte subjetivamente pero no. Esos son datos que capaz que podés buscarlos en el SIP.

E.- Y ¿creen que están sobreindicadas?

AC. -Si.

E.-Y ¿a qué se debe?

AR.-. Bueno mira, en realidad la OMS recomienda que haya cesáreas en países en donde se tiene acceso a un sistema de salud como el nuestro, bueno, que hay entre un 14 y 17% más o menos.

AC.-. Y acá en el Pereira estamos en un 25-30%.

AR.- En Uruguay hay 40-45%.

AC. -35% acá en el Pereira.

AR.-. Acá en realidad hay una sobre indicación de cesáreas. Que a veces tiene que ver con esto...con que las mujeres la elijen. Pero hay todo un tema atrás de ¿Por qué una mujer elige una cesárea? Hay...es multifactorial. No es que...porque yo siempre digo...ponele doy clases

de parto, cuando las doy. Bueno acá en realidad en el Pereira es el índice menor de cesáreas que hay en el Uruguay. Después cruzas a otros hospitales que quedan a dos cuadras y de repente tienen un índice de cesáreas 80%. Y no es que las mujeres del británico paran menos que las de acá. Hay otro montón de cosas que tienen que ver con, el anestésico, con que el equipo este adentro, donde podemos tirar mucho más de la piola. Hasta el último momento vos sabes que en cinco minutos la estás operando, en otros lugares la decisión Tenes que tomarla antes porque tiene que venir todo el equipo...entonces por eso está el índice aumentado, pero...sí, está sobreindicada. Si pensamos en términos de...de números y recomendaciones a nivel mundial...sí. Acá yo creo que es el lugar donde...

MB. -Que menor hay.

AC. -Acá particularmente en el Pereira Rossell.

AR.-Igualmente el doble que el que se recomienda.

E.-Bien, ¿consideran que es posible disminuir esta tasa de cesáreas?

AR.-. Si, posibles es. Lo que pasa que...estoy respondiendo solo yo chiquilinas.

AC. - No, no, lo que pasa que vos trabajas en otro lado jaja.

RISAS.

AR.-. Posible es, lo que pasa es eso. Creo que es multifactorial, no es solamente decir...me propongo hacer esto no. Me parece que hay que tener mujeres con más preparación, esa es la realidad. Mujeres que hacen clases de preparación para el parto están como, tienen como muchas más ganas o están más informadas y pelean más ellas mimas por el parto.

AC. - Total, tal cual. Yo acá lo que viví es eso, muchas pacientes que no tienen preparación para el parto, no...tienen mucho miedo a la...al dolor, tienen mucho miedo al parto en sí. La mujer que ya hizo clases de parto y que realmente piensa que lo mejor es tener un parto, ella...

AR.-Pelea.

AC. -Ahí va pelea mucho más por su parto. La paciente que, que a veces viene y nunca tuvo preparación te das cuenta. Porque les preguntas ¿hiciste clases de parto? Y la mayoría que quiere una cesárea electiva no fue a clase de parto.

AR.-O las que están en trabajo de parto espontaneo, con dolor, que se yo...están, eso como que no, no...

AC. -Si, tienen menor tolerancia.

AR.-A veces la sensación es desde uno, de...tipo vos sos un comité de obstáculos, vos le estas poniendo obstáculos para llegar a la cesárea que es la gloria. A veces es esa la sensación que nosotros tenemos.

MB. - ¿Por qué no me haces una cesárea?

AC. -Tal cual.

AR.-Si claro también. Entonces, ¿Por qué las mujeres quieren? Para poder acceder a una ligadura están tiempo, entonces hay como un montón de cosas.

E.-Capaz también por la falta de información.

AR.-Si es por eso, es todo en realidad. Me parece que la preparación para el nacimiento es fundamental.

AC. -La información y también el hecho de que muchas pacientes...lo que estaba diciendo AR del tema de la ligadura, vos decís: tuvo cinco partos ¿Por qué no puede tener otro parto más? Puede, perfectamente tener otro parto más. Pero el tema que quiere la cesárea, se niega a tener un parto y vos le Tenes que respetar la vía de nacimiento, pero la causa es porque se quiere ligar. Y después, para coordinar la ligadura no es tan fácil.

AR.-Claro.

AC. -No es te ligo en 48 hs, que es una cirugía que es mucho menos, este riesgosa y menos invasiva que una cesárea en sí, una recuperación distinta. Pero no se lo podés prometer, porque es mucho más difícil, le decís: te ligo en tres meses o por laparoscopia...no se lo podés prometer. Porque ni tres meses...tenemos atrasos de dos años para ligar pacientes.

MB. -Y la entendés a la mujer.

E.-Claro.

AR.-Y también estamos hablando como viviendo...esto es mucho más místico capaz, pero en un mundo de la inmediatez, donde yo toco y tengo, es así. Entonces es como...

MB. -Quiero ligarme ya...

AR.-No y quiero venir y ya salir con mi hijo. Eh...entonces es como.

AC. -Sí, sí. Las inducciones que llevan dos o tres días generar mucha ansiedad.

AR.-. Que están esperando. Esas cosas también tienen que ver con el aumento del número de cesáreas.

MB. -Cuando hacen la preparación no pasa.

AR.-Cuando haces preparación entendés que es un proceso natural que lo que tenemos que hacer nosotros como profesionales es vigilar. Es no intervenir, pero a veces esa no intervención te pone al paciente del otro lado de decir...

AC. -No están haciendo nada.

AR.-No están haciendo nada, pero no hay que hacer nada. Es como viste...en muchos lugares lo que pasa es...bueno ta, si ella quiere que le haga, le hago y entras como en esa rosca y a veces es iatrogénico lo que terminas haciendo y eso termina aumentando el índice de cesáreas.

AC. -Los tiempos también ¿no? De la paciente, el trabajo de parto detenido que capaz que alguno en algún momento por ansiedad, hace cuatro horas que esta con 4 cm, es una primigesta, esta con analgesia...no se...yo que se...es muy complejo. Y también, en eso de esperar y vigilar es donde entra la paciente, la familia...

AR.-Claro.

AC. - Que la madre no dilató, que le hicieron cesárea y...

AR.-Sí, sí. El gen no dilatador.

RISAS.

Es como hereditario.

AC. -La causa...es multifactorial.

AR.-Si. Pero se puede bajar, yo creo que la clave es la preparación para el nacimiento. No es porque las demos las parteras...

RISAS.

Pero es verdad, de verdad. O sea...ves la diferencia, cuando ves a una mujer que viene, hizo las clases de preparación para el nacimiento vos ves que tiene como otra actitud frente al nacimiento. Es así.

AC. -Si y sobre todo en esas también, pensando en la paciente de la semana pasada, ¿no?

AR.- Sí.

AC. -Que tuvo la preparación, que tiene un bebe grande, capaz que una duda un poco, bueno le hago las cesáreas porque tiene un bebe que parece grande, y otra que dice no, déjame probar un parto capaz que puedo.

AR.-Tal cual.

AC. - Y puede, y ¿Cuánto pesó?

RISAS.

AR.-Sí, sí. Por eso.

MB. -Es que la que quiere un parto lo prueba.

AR.-Lo prueba sí, claro yo qué sé. O si elijo una cesárea elijo entendiendo cuales son los riesgos, porque también es válido. Yo que se... o sea es eso. Hay mujeres que tienen miedo, que tienen que ver con otras cosas de su vida que no las permite exponerse a una situación de dolor, entonces, bueno ta. Capaz que en ese momento es necesario hacer una cesárea electiva, pero que tienen que entender cuáles son los riesgos, cuales son...también las complicaciones que pueden tener en si futuro reproductivo ¿no? Ta, si lo entienden así ta. Pero el tema que hay mujeres que es eso, uno siente como que está poniendo obstáculos para llegar a la cesárea y eso aumenta el indice de cesáreas...o sea es así.

E.-O sea que desde el equipo de salud lo que se fomenta es tener un parto.

AR.-Siempre, sí. Bueno, acá.

AC. -Siempre que no tenga una contraindicación para no tener un parto vaginal.

AR.-Claro. Que no tenga una contraindicación ta, acá, acá por lo menos. En otros lugares se estimula las cesáreas. Porque es más rápido, porque es más fácil, porque...cobran...sale más cara...o sea...no es el 100% del equipo, pero hay profesionales que son así, delincuentes como en todos lados. Como en todas las profesiones ¿no? Pero...pero sí, siempre hablando en términos académicos lo que se debe de estimular siempre es un parto vaginal en medida que no tenga ninguna contraindicación.

E.- Bien, ahora hablando un poco más del nacimiento: ¿consideran que se cumplen con las recomendaciones existente sobre el contacto madre hijo al momento del nacimiento?

AR.- No. ¿Acá?

E.-Si.

AR.-No. Creemos que sí, pero no.

AC. -Estamos lejos.

AR.-Porque los dejan cinco minutos con la madre creemos que sí.

AC. -Dos minutos. Para el clampeo de cordón. ¿Estamos hablando de parto natural o de cesárea también?

E.- Ambos sí.

AC. -En las cesáreas 100% que no. 100% que no. Se lo llevan, a veces la madre ni lo ve. Y...antes, cuando yo había empezado hace dos años teníamos las termo cunas adentro de las salas de block, ahora las sacaron. Entonces ni siquiera se las puede examinar a cesáreas con

bebés que nacen sin ninguna complicación, que no requieren ninguna intervención, por el equipo de neonatología se lo llevan. Y están en otra habitación, y antes estaban las termo cunas ahí por lo menos podías ver como lo examinaban.

AR.-Si eso es un tema de voluntad, nada más.

-OTRA PERSONA PRESENTE. Le dan biberón cuando perfectamente en diez minutos la madre podría darle pecho.

AC. -Entonces no.

AR.- No, y...y...

AC. -El contacto piel a piel en la cesárea muy poco, cada vez más pero muy poco sigue siendo...

AR.-Pero siempre es estimulado desde el ginecólogo.

AC. -Neonatología no siempre, a veces sí, depende del equipo.

AR.-Por lo general no.

AC. -Bueno después depende del resto del equipo, anestesia, instrumentista medio que nunca te dicen mucha cosa, pero ta...

AR.-Claro, como que sos la rara, sos la hippie, sos la yo qué sé. Si quieres respetar básicamente ese tipo de cosas. Porque eso también es lo que tiene ¿no? Si apagas la luz, si...cosas que están demostradas científicamente que si vos prendes la luz se liberan otro tipo de hormonas que van en contra de la oxitocina de las endorfinas que necesitas para el momento del trabajo de parto, pero ya sos la hippie ¿entiendes? Si prendes la luz, o sea se apagas la luz, si la dejás que la mujer camine, lo digo en todos ¿no? Si eso tiene que ver como que a veces se pierde en la rutina y con la cantidad de nacimientos que hay, se pierde eso, de que como para esa mujer y esa familia capaz que ese nacimiento es ese único. Para nosotros capaz que vemos 30 nacimientos por día, pero tenemos que seguir respetando eso.

E.-Pero ¿sucede que una vez que nace el niño la madre lo quiere tener y se lo niegan? ¿No?

AC. -No es que se lo niegan es como algo que...es que en realidad siempre que...en el nacimiento hacemos el contacto piel a piel como debe ser, el tema es que una vez que el cordón este clampeado...

E.-Claro, capaz que no se respetan los tiempos.

AR.-A veces pasa, por ejemplo, el clampeo oportuno se hace acá, eso sí, por protocolo, ta. Vos le pones, esperas que deje de latir, o esperas un minuto. A veces pasa por ejemplo, la enfermera de neonatología está ahí en la termo cuna, suena la termo cuna piii, al minuto y dice "un minuto". Me ha pasado con neonatólogos que de repente me dicen "ta, déjalo" y dicen "van dos

minutos” tipo como si fuera algo...ta clampean y se lo llevan. Se lo llevan ahí, a la termo cuna, pero en realidad las recomendaciones a nivel mundial dicen...no tendrían ni por qué...vos estando ahí...podrías hacerle...

MB. -Las madres no dicen, no me lo lleve. Ta en realidad le dicen “lo voy a llevar a la cuna, le vamos a hacer.

AC. - Es como lo siguiente, el paso siguiente es se lo llevan a la termo cuna.

AR.-Es automatizado, eso también es como...es hasta un tema antropológico, que se puede llegar a hablar. Pero estamos acostumbrados a eso, que el niño nace y parece que es de propiedad del equipo de salud. En realidad, no es mío ¿entendes?, como madre. Es del equipo de salud, entonces bueno ta. ¿Lo puedo agarrar? ¿Le puedo dar la teta?, eso está salado, pero es así.

MB. -Yo les digo, acuérdense que el hijo es suyo. Es suyo, no es de...

AR.-1- Esta salado, pero sí. Esta como también esa parte de esa rutina que en realidad...hay que cambiarla. Igual hay cosas que han venido cambiando de a poco, pero va a llevar años.

E.-Bien, entonces ¿les parece importante promover el contacto piel a piel y la lactancia materna al momento del nacimiento?

AC. -Sin duda.

AR.-Si.

MB. -SI.

E.-Y ¿entienden que esto se lleva en la práctica clínica, en la cotidianidad?

AR.-No, ¿Qué si se hace?

E.-Claro.

AC. -Si se hace, no. Lo que te decíamos, el contacto piel a piel y la lactancia no, no. Ya te digo en las cesáreas no se hacen, es como una lucha y no solo o sea...a mí también me falta adquirirlo, como que...

AR.-Si, a todos.

AC. -Vas aprendiendo y quieres cambiar algo que en realidad tendría que ser natural.

AR.- Claro, pero sí. No es un no categórico, de decir nunca pasa, como por ejemplo te digo lo del enema, eso nunca pasa. Pero esto otro se está intentando que pase, pero es un cambio de, de mucha...o sea es como muchas personas que tendrían que cambiar. Sería lo más fácil, porque en realidad lo que tenemos que hacer nosotros el vigilar nada más, mirar y ver que todo pase

naturalmente. Pero en realidad estamos como acostumbrados a intervenir ¿viste? A estar ahí todo el tiempo, pero ta...hay que cambiar como muchas cabezas, y ta bueno algún día...

MB. - En el caso de la recepción creo que es algo que tipo está más automatizado en sí, nació bueno clampeo, le hacemos todo, lo vestimos y se lo damos a la mama, es como...

AC. - Creo que nosotros tenemos que empezar desde el equipo de salud y después...terminar como de trasladarlo...porque también es un problema lo de la población en general.

AR.-Claro.

AC. - ¿No? Es lo que hablábamos hoy con el tema de la asistencia en el parto. Es como que nosotras tenemos hacer, hacer, hacer, y en realidad...si sale todo bien es hacer cuando hay que hacer.

AR.-Claro, y vigilar.

AC. -Hacer, cuando hay que hacer...pero es algo también como poblacional.

AR.-La ansiedad esa de tipo creo, quiero que ya.

AC. -Hay que empezar por nosotros.

AR.-Preparación para el nacimiento.

AC. -Tal cual.

E.-Perfecto ¿Cuánto tiempo más o menos es el promedio entre el nacimiento y la realización de las medidas antropométricas? Hay tres opciones: en los primeros diez minutos, entre los once y la hora, o más de una hora.

AC.- Creo que en los primeros diez minutos.

AR.-En los primeros cinco te diría.

AC. -Si, los primeros cinco.

AR.-Ahí la otra vez me pasó que yo discutí con una neonatóloga...que la enfermera le dice ¿Apgar?, ellos cuando nacen apretar un botón ¿no? Viste que el Apgar se mide al minuto y a los cinco. Aprietan un botón para saber cuándo es el minuto y cuando los cinco, iban cuatro minutos diez por ahí ¿no? Dice Apgar y la neonatóloga le dice 9/10. Pero le digo ¿vos haces futurología? le dije yo.

Risas

Me dice “¿no, por?” Porque todavía no llegaron los cinco minutos y ya le estas poniendo, no 8/9 le puso además, ahí va le había quitado un punto. Y todavía no había llegado a los diez. Dice: “bueno, ta”. Pero no, por algo es a los cinco y no...entonces imagínate ahí ya estaba

poniéndole el Apgar, o sea que ya había terminado de hacerle todo casi...si se hace ante de los diez seguro.

E.-Y ¿piensan que este tiempo se podría prolongar para estimular el contacto de la madre con el hijo?

AR.- Si, si obvio, debería...sí.

E.-Bueno ahora ¿Qué entienden por el concepto humanización en la etapa perinatal?

MB. -Que se respeten los derechos de la mujer, de la familia, lo que ellos quieran ¿no? o sea siempre que se les pregunte todo lo que...si hay que hacer algo que se le pregunte, que se le de las opciones y que puedan decidir siempre.

AR.-Claro, en realidad, porque a veces pasa que la humanización del nacimiento no es para informar y nada más, en realidad es eso, simplemente respetar lo que la mujer quiera, ya sea una cesárea electiva entendiendo cuales son las cosas o un parto o lo que fuera. Y respetar desde todo el momento, porque no es solamente el nacimiento, ¿no? es desde el cuidado del voy a hacerme una ecografía y que no me digan cosas que me tienen que decir, que me traten bien. Voy a hacerme el control obstétrico y que sea lo mismo, o sea me parece que la humanización del nacimiento tiene que ver con la privacidad, el consentimiento, la elección...o sea...

MB. -Información.

AR.-Todo. Y el postparto también, que es una...

AC. -Lo que pasa es que es lo que está más eh...

AR.-Como olvidado, es como el agujero negro de la obstetricia, como tipo...nació y ya está. Y en realidad para las mujeres y la familia es como el momento más...bueno de hecho nosotros lo hacemos, nace y ponemos una P, tipo la mujer ya paso a ser puérpera ya está. Por eso, es como todo, debería ser más así.

E.-Ta y ¿consideran que esta humanizada la atención durante esta etapa?

AC. -Es difícil decir sí o no está humanizada.

AR.-O sea si vamos a poner en la balanza después de todo lo que dijimos, no.

AC. -Pero vamos camino a...yo creo que uno se enfoca como en lo negativo, en lo que falta para llegar, pero también hay que pensar en lo que hemos llegado. Vos piensas, hace diez años como era el nacimiento y era el rasurado el enema el ginecólogo el fórceps siempre y ta.

MB. -Yo tuve la cesárea de mi hijo acá hace 16 años, o sea no es nada que ver a cuando tuve a mi hijo a lo que es ahora.

AR.-Claro.

MB. -O sea...

AC. -No existía lo que es la sala de nacer, te llevaban a block.

MB. -No, te llevaban corriendo en la camilla hasta block, camillas más ginecológicas, era...

AR.-Si, si, por eso. Ha cambiado, pero falta.

MB. -Tenías que preguntar si podías entrar con acompañante, o sea no es...

AR.-Si, si, es diferente.

E.-Y ¿en qué creen que se puede cambiar?

AR.-Y bueno todo esto que fuimos diciendo me parece, como...

AC. -Que la infraestructura ayude, el equipo también.

AR.-Y eso en realidad me parece...bajar la ansiedad y entender que es un proceso natural más fisiológico.

E.-Y ¿consideran que la institución ha implementado estrategias para hacer más humanizada la atención?

AR.- Sí, yo creo que sí. Desde el punto de vista de la infraestructura es como dice ella **AC.** Yo entre acá y había sala de block y después se volvieron a las salas de nacer y, o sea, hay cosas que sí. Creo que sí.

MB. - Pelotas.

AR.- Sí, creo que sí.

Entra un tercero y hablan entre ellos.

E.- estábamos en que si la institución había implementado estrategias.

AR.- Ahí va.

AC. -Bueno el hecho de las salas de nacer, están un poco mejor, con un baño privado, con las pelotas, los banquitos, con las camillas que se pueden adaptar. Me parece que hay cosas, pero las puertas no cierran bien, ja ja creo que la institución algo ha hecho.

AR.-Ta eso tienen que ver con el cuidado que le damos nosotros a las cosas ¿no?

E.- ¿Eso se los ofrecen ustedes a las usuarias? ¿La usuaria viene y le comentan pa mira me gustaría usar esto?

AC. -Bueno nosotros tratamos de ofrecerle la pelota, el banco, ahí se va probando, sobre todo si al momento del nacimiento...hay mujeres que pujan muchas mejor sentadas en un banco o en cuatro apoyos, o en las camillas ginecológicas. Pero hay mujeres que están más cómodas de

esa forma, tratamos de estimular hay mujeres que lo piden, hay mujeres que dicen “quiero pararme” hay mujeres que dicen “quiero sentarme en la pelota” hay mujeres que se traen sus propias pelotas...

MB. -Y que eso no se impide, eso...si te quieres parar, párate, o se sientan en el banco y después probar la cama también. Probamos el banco, probamos la cama.

AC. - A veces son ellas que te piden para cambiarse de posición y están en la posición ginecológica y a veces están cómodas, pero uno les ofrece.

AR.-Me parece que tiene que ver con eso, yo insisto con la preparación, pero a veces pasa que hay mujeres que tienen como otra experiencia, otra preparación pide más este tipo de cosas porque ya las vieron, ya saben...tienen como más herramientas para poder ver cuál es la que le queda mejor en ese momento, si no siempre se les ofrece, yo qué sé.

AC. -Yo he visto muchas que traen sus propias pelotas.

AR.-Sí, la ducha, yo que se todas esas cosas.

E.-Bien, capaz que la pregunta es para las que trabajan en otros lugares. ¿Consideran que hay diferencias en la tasa de cesáreas, acompañamiento, la libertad de decisión de la mujer en el ámbito público y el privado?

AR.-Bueno si viste que yo más o menos te dije que los porcentajes y diferencias hay. Que tiene que ver no porque las mujeres del Pereira puedan parir y no las otras. Si no que por eso acá podemos tirar mucho más de la piola porque tenemos todo el equipo adentro, tenemos todo como disponible para asistir...si yo necesito una cesárea, en cinco minutos está afuera. En otros lugares, en la gran mayoría de los lugares privados.

AC. -No Tenes la maternidad al lado de la zona de ginecología. No hay anestesista.

AR.-. A veces Tenes que bajar tres pisos, y el anestesista está afuera, el instrumentista está afuera, lo que implica que lo tenga que coordinar y vengan en media hora, los ayudantes...o sea eso en realidad te hace tomar la decisión antes, antes de que se descarrile todo. No me está gustando capaz que la opero y eso aumenta el índice de cesáreas. Este...me parece que ta, ahí se podría modificar un poco esas cosas. Y después ¿Cuál era la otra pregunta?

E.-Era eso las cesáreas el acompañamiento y la libertad de decisión.

AR.-Bueno lo otro creo que en realidad a veces es feo decirlo, pero es técnico dependiente, cual es el técnico que te está haciendo es eh...la libertad que podés llegar a tener, y es horrible, pero sigue pasando eso. Que a veces ponele, unos profesionales, hay cosas que, que lamentablemente no las podés decidir y que está mal, que es violar los derechos básicamente, y después hay otro que no. En otros lugares no te pasa, yo que se...

RUIDO DE VOCES DE FONDO.

AC. -Vos después corta y edita.

E.-Sí, sí. Me preocupa después no poder escuchar.

RISAS.

Bueno, igual ya estamos por terminar. ¿Creen que la pandemia por COVID influyó en cuanto a la humanización en el parto?

AC. - Eso fue un problema al principio, acá en el Pereira siempre se respetó eso, el tema del acampa...el tema de tener un acompañante, si eso siempre. Eh...pero ta, a veces el tema de la privacidad, de que....

AR.-No, y a mí me parece que una de las cosas que a mí como profesional que más me afecto es el tema de la vestimenta.

AC. -Si claro.

AR.-El tema de lo impersonal que hay, a mí me pasó una vez que yo entre toda vestida así tipo cual astronauta y entre después vestida así porque le había dado negativo y yo hablándole como... me dijo ¿tu sos? Soy la partera y ahora no estoy vestida. Me dice “ay no conocí, perdón” ta y en realidad eso como que te pone una barrera, Tenes que gritar, que no los escuchas, que no te escuchan. Y eso cansa mucho.

AC.- No, y lo mismo también no paso con el tema de lo que decías vos de que por que vos te preparas antes para una cesárea de la paciente que no Tenes el equipo y acá pasa lo mismo porque vos Tenes que operar a una paciente de urgencia que es COVID positivo...con el protocolo no podés cinchar tanto de la cuerda porque hacer una cesárea que antes era en cinco minutos acá te puede llevar 40 minutos.

AR.-Claro.

AC. -45 minutos, porque tiene que estar todo el equipo preparado, tiene que venir el camillero con la cúpula esa, todo el mundo tiene que estar preparado, esperando todo pronto al niño. Entonces una cesárea de emergencia en estas condiciones se demora mucho más.

AR.-Claro entonces eso también, no podés cinchar tanto de la cuerda, capaz que si se tomaran decisiones antes. Y aumentó un poco el índice de cesáreas, pero ta.

E.-Capaz que también influyó en el contacto que podría tener la madre con su hijo, si la madre es COVID +

-**AR.**- En realidad en eso...al principio paso que nadie sabía nada como hacer...

RISAS.

Al principio paso que nadie sabía cómo hacer mucha cosa, y era como eso se le separaba. Hoy por hoy en realidad eso ya no pasa, o sea por más que tenga COVID él bebe queda con la madre dependiendo también como es la mujer, o sea como está la mujer. Si la mujer esta con síntomas y requiere otro tipo de asistencia obviamente se lo llevan al niño, pero si no se los deja juntos. Aislados en la habitación, pero juntos.

E.-Y ¿Cuáles fueron los aspectos que se vieron más afectados además del contacto por la vestimenta? ¿Qué más?

MB. -Capaz el tema también, por ejemplo, nosotras como parteras que estamos mucho tiempo con las pacientes, que ayudamos con el masaje, con la ducha. Y eso cuando es COVID + ya no...

AR.-Claro para cuidarte vos.

MB. -Es tarea del acompañante, del que está ahí. Cuando es COVID negativos vos estas ahí, dándole masajes, ayudándola con la ducha. Y cuando esta toda vestida es imposible.

E.-Claro.

AR.-Se hace igual, pero es más difícil, es verdad.

MB. - El calor y todo. Estar ahí adentro, y el contacto. El contacto con ella no le veo la cara, no nada, y vos estas tratando de ayudarla.

AR.-Vos cuando entras, solo lo que te ven son los ojos. Y hasta ponele ahí nomás porque a veces se te empaña. Realmente es complicado, pero ta igual se trata de hacer, pero sí, me parece que el vínculo, el contacto, esa conexión que a veces tiene que haber en este momento, la seguridad que uno le puede llegar a brindar en ese momento a la usuaria para...en realidad es un momento de extrema vulnerabilidad el momento del nacimiento, entonces...

MB. -Una sonrisa que le podés brindar para...no

AR.- Eso me parece que es lo más difícil y ta después también el, el desconocer también cambio mucho lo que, como iba a ser la evolución de esta patología. Hay mujeres que eran COVID positivo, que no sabías como iba a pasar, como iba a ser, eso también parece que influyo. Un momento en que todas las embarazadas se complicaban, todas no, pero hubo como un boom que todas las embarazabas ingresaban y si hubo equivocaciones, hubo diagnosticas que no eran, como eso...tenía COVID, pero en realidad tiene una preclamsia, no sabes al final que era, porque era parte del aprendizaje.

E.-Con respecto al acompañamiento: ¿creen que se vio afectado? El acompañante durante el parto.

AR.-En otros lugares si paso, hasta que se empezaron a movilizar grupos de mujeres y mismos profesionales y el ministerio lo que hizo fue decir, esto es una ley, hay que respetarse. Y hoy por hoy se respeta. Eh...acá lo que ha pasado y en otros lugares, es cuando tienen COVID + su acompañante capaz que es positivo también, entonces tiene que elegir a otro y que se yo...pero en realidad no.

E.- Y el número de cesáreas ¿se vio afectado?

AR.-Yo creo que sí, aumento un poco, sí. Pero esos datos te los van a dar bien en el SIP. Pero aumento un poco, sí.

E.-Bueno para ir finalizando la entrevista ¿quieren agregar algo más? ¿Algún otro comentario?

AR.-No, creo que ya te dijimos todo.

RISAS.

E.-Si, bueno muchas gracias por el tiempo, la entrevista...

AR.-Te fueron abandonando...

RISAS.

Ta, pero más o menos viste que pensamos todos...

E.-Si, si estuvo muy bueno. Muchas gracias.

FIN DE LA ENTREVISTA.

3-Entrevista a ginecóloga.

Participantes: E: Entrevistador. **SD: Ginecóloga.**

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E.-Bien ¿En qué área se desempeña?

SD. -Yo hago ginecología y administración.

E.-Bien, y ¿hace cuantos años que trabaja en esa área?

SD. - En ginecología trabajo desde el año...eh...94 y en administración desde el 2010.

E.-Ahí está.

SD. -No, desde el 2005 en administración y con título desde el 2012.

E.-Y además de trabajar acá en el Pereira ¿trabaja en alguna otra institución?

SD. -Si, trabajo en la MÉDICA Uruguay como ginecóloga y en CUDAM como ginecóloga y administradora.

E.-Ahí está, perfecto. Bien, en cuanto a lo que es más la atención en la etapa perinatal...si precisas interrumpir no pasa nada. Bien, en cuanto a lo que es la atención en la etapa perinatal ¿usted piensa que se le brinda a la mamá libertad de decisión sobre lo que es su trabajo de parto? Por ejemplo, la movilidad, la posibilidad de comer...

SD. -Cada vez más.

E.-Cada vez más.

SD. - Cada vez más se...se deja que las mujeres tomen las opciones, este... en cuanto a...este, como quieren su trabajo de parto, este...pero todavía no se ha llegado al 100% ni al 80%.

E.-Todavía falta. ¿En cuanto a la analgesia farmacológica y no farmacológica por ejemplo la posibilidad de realizar yoga de realizar ejercicio, música y demás?

SD. -Los ejercicios, música y esas cosas también cada vez se hacen más. La analgesia depende del costo porque esto está determinado por la sociedad quirúrgica anestésica.

E.-Ta, y ¿la disponibilidad...?

SD. -No está dentro de las prestaciones obligatorias de las instituciones médicas.

E.-Ahí está, en línea con eso entonces ¿podríamos decir que no está disponible en todos lados de la misma manera?

SD. -No, no está disponible en todos lados de la misma manera no, no está disponible dependiendo del nivel socio económico de cada una de las usuarias, es otra cosa distinta.

E.- Bien, este...en cuanto a la posición del parto por ejemplo ¿Se le da una libertad de decisión a la usuaria?

SD. -Si, se le da libertad.

E.-Bien.

SD. -Eh...cada vez más.

E.-Cada vez más. ¿Todo esto cree usted que favorece el proceso de parto?

SD. -Yo creo que esto favorece el involucramiento de las personas de interesarse por lo que vendrá en el trabajo de parto o por lo que vendrá en el futuro. Este...al interesarse cada una de las personas en las cosas que van a ocurrir este...uno puede ser más consiente de cuáles son las soluciones que se pueden dar. Lo creo para todos los planos de la vida ¿no? Esto es lo mismo que si vos te tienes que ir a sacar una vesícula porque te duele la panza ¿ta? O sea, vos vas y si estas asesorada, el asesoramiento va a ser lo mejor.

E.- ¿Usted en su experiencia se encuentra con limitaciones? Que creo que esto más o menos ya me dio una pauta antes, pero...

SD. -Y si, con el nivel socio económico de los pacientes eso es fundamental. Y las opciones, porque muchas veces por ejemplo ahora en el periodo de pandemia este, las clases se hacían por zoom o por WhatsApp y la gente no tenía ni teléfono ni WhatsApp, así que...ahí muy difícil ¿no? poder trabajar.

E.-Bien, en cuanto al momento del parto ¿usted cree que es frecuente el uso de maniobras invasivas, como por ejemplo...?

SD. -Cada vez menos.

E.-Cada vez menos.

SD. -O sea, las maniobras invasivas que se hacen tipo fórceps y ese tipo de cosas este...se...se dejan para casos excepcionales.

E.-No es la norma si no la excepción digamos. Respecto a las cesáreas realizadas, ¿Cuál es la causa que usted ve más frecuentemente para realizar una cesárea?

SD. -Cada vez más tenemos diagnósticos de patologías fetales, entonces las patologías fetales son un grueso número de, de causas de...de cesáreas. La cesárea anterior también es un grueso número, y las posibilidades de una buena conducción de un trabajo de parto también. Muchas veces nosotros nos planteamos la inexistencia en el país de geles de misoprostol para

poder ayudar a la dilatación del cuello y preparación del cuello y utilizamos misoprostol que no son los ideales.

E.- Y, ¿cree que hay una sobre indicación de las cesáreas? ¿Hay más de las que se debería?

SD. -Puede ser que sea, puede ser que haya. Yo creo que la gente esta...como todas las cosas de la vida hay dos polos... Pero no los profesionales ta, si no que en la gente misma ta. “Yo no quiero que bajo ningún concepto me hagan una cesárea, yo no quiero bajo ningún concepto tener un parto.” Eso existe y es así, ta. Entonces en esas condiciones eh...decirle a alguien yo no te voy a hacer una cesárea cuando llego a las 40 semanas porque no este... ¿Cómo es? Porque a mí se me antojo decirle que no, o no tiene indicación de cesárea en ese momento es muy difícil que un profesional lo pueda hacer, ta. Más teniendo en cuenta todas las complicaciones que puede haber en el futuro.

E.- Bien, en cuanto al momento del nacimiento, en su experiencia ¿se cumple con las recomendaciones del contacto madre e hijo inmediato?

SD. -Sí, eso sí.

E.- Eso sí.

SD. -La ligadura tardía del cordón, el contacto madre e hijo, todas esas cosas.

E.- ¿Todas esas cosas se llevan a la práctica?

SD. -Si.

E.- Y ¿usted considera que eso es importante en ese vínculo madre-hijo?

SD. -Sí, es importante.

E.- ¿Sí? Bien. Entre el momento del nacimiento y el momento que se realizan todas las medidas antropométricas ¿Cuánto tiempo más o menos transcurre?

SD. -Ni idea.

E.- ¿Ni idea?

SD. -Los minutos ahí son muy largos, entonces si yo te digo 10 minutos es mucho, ¿viste? No tengo idea.

E.- No tiene idea, bien. Eh...si yo le digo humanización de la atención perinatal ¿Qué entiende por ese concepto? ¿Qué se le viene a la mente?

SD.- Y son muchas cosas ¿no? porque la humanización de la atención perinatal viene desde el control del embarazo donde se hace un asesoramiento o se discute, o se habla, o se intenta plantear los pros y los contras de un buen control de embarazo ¿ta? Que un buen control de embarazo es muy difícil porque la gente hace lo que puede ¿no? Por ejemplo, en esta etapa de

COVID nosotros les decíamos a las mujeres que no se contactaran con nadie y las mujeres igual se contactaban, ta. Este, si conviven y son lugares en donde no tenemos una alcoba para cada uno de nosotros, sino que tienen un solo lugar ta es donde se convive ¿viste? Entonces ahí es donde empiezan los problemas, si están en condiciones, si vos le decís mire su alimentación tiene que ser así o asá y no te da la plata para hacer una alimentación así o asa vos tampoco podés estimular en las mejores condiciones para un nacimiento de las mejores condiciones, lo que uno tiene que hacer es recomendar, y si se puede se puede, y si no se puede no se puede. Por lo general avisar que es lo que va a ir ocurriendo, sin dar miedos, pero si este...dando la pauta de que esas cosas si ocurren tener signo de alarma y estar lo mejor posible.

E.-Bien y ¿usted considera hoy por hoy en su experiencia que esta humanizada la atención en la etapa perinatal?

SD. -Yo te la voy a contestar de otra forma, ¿tu consideras que la atención en la medicina esta humanizada?

E.-Yo como usuario considero en general, así global no. hay muchas áreas que mejorar. Pero claro, yo no estoy del lado de adentro todavía digamos.

SD. -La respuesta es la misma.

E.-Bien...

SD. -Pregunta ¿vos consideras que la atención en un banco esta humanizada? No, no hay atenciones humanizadas en ningún lado.

E.-SI, ahí nos vamos a un tema más social de...

SD. -Por eso, de la sociedad.

E.-De la sociedad, sí. Bien en las instituciones en las que usted trabaja ¿considera que se han formulado estrategias para contribuir...?

SD. -En la parte que yo trabajo que, si se han hecho, se han intentado hacer actividades sobre todo para disminución de la violencia, el relacionamiento de los profesionales con las situaciones de crisis, como los recién nacidos, los fallecidos y ese tipo de cosas.

E.-Bien, bien. Bueno usted ya me comentó que trabajaba en ámbito público y privado, hay alguna de estas cosas que yo le voy a preguntar si hay una diferencia entre uno y otro. La primera es la tasa de cesáreas. ¿Considera que en alguno de los dos ámbitos hay más?

SD. -En el publico yo solo hago administración, ¿ta? Entonces no te puedo opinar sobre eso, en el privado donde hago administración y asistencia la tasa de cesáreas es similar al público.

Y en el privado donde hago solo asistencia, en el privado hago solo policlínica, la tasa de cesárea creo que es más alta.

E.-Bien, perfecto. Después sobre eso mismo no sé si me va a poder responder, pero ¿el acompañamiento en el trabajo de parto y parto?

SD. -Eso se hace.

E.- ¿Eso es igual en todos lados?

SD. -En todos lados. Y en donde hago administración y asistencia no se interrumpió el acompañamiento ni por el COVID.

E.-Bueno eso era una de las preguntas siguiente, si en contexto de pandemia ¿cree que ha habido algún cambio? Me dice que no. en cuanto al acompañamiento ¿no?

SD. -No. en cuanto a las visitas sí.

E.-En cuanto a las visitas sí.

SD. -A las visitas no se las dejaba entrar ¿ta?, pero el acompañamiento no, en el acompañamiento fueron acompañadas siempre.

E.- Perfecto.

SD. -En el trabajo de parto y en el parto.

E.-En cuanto a lo que hablábamos del control del embarazo ¿hubo cambios con la pandemia? ¿Cómo cree que eso influyó?

SD. -No.

E.- ¿No?

SE. -Los controles se hicieron igual.

E.-Se hicieron igual.

SD. -Y acá que es alto riesgo obstétrico también se hizo igual que en todos lados.

E.-Perfecto.

SD. -Lo que pasa que nosotros acá en el hospital tenemos alto riesgo obstétrico que eso no se suspendió y a los privados se mantuvo los controles prácticamente y exclusivamente de embarazadas y de patologías de... ¿Cómo es que se llama? De patologías oncológicas.

E.- Bien y en cuanto a las cesáreas por ejemplo ¿cree que hubo un cambio con la pandemia o se mantuvo?

SD. - ¿Si disminuyeron?

E.-Si disminuyeron o aumentaron.

SD. -No tengo idea. En donde yo trabajo, o sea donde yo hago administración están igual.

E.-Están igual, perfecto. Si la idea es que responda más en su experiencia así que ta. Entonces en su experiencia es igual. Bueno para ir cerrando la entrevista ¿no sé si hay algo más que nos quiera mencionar, comentar?

SD. -No, me parece muy buena la entrevista.

E.-Muchas gracias.

FIN DE LA ENTREVISTA.

4-Entrevista a auxiliares de enfermería.

Participantes: **E:** Entrevistador. **GF:** Auxiliar de enfermería. **AL:** Auxiliar de enfermería.
LM: Auxiliar de enfermería.

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E.-Bueno comenzamos, voy haciendo las preguntas y cada una va respondiendo. ¿En qué área se desempeñan y bajo qué cargo?

GF. -Yo soy auxiliar de enfermería, y me desempeño en la maternidad, en dos trabajos acá y en CUDAM.

AL. -Sí, yo también, soy auxiliar de enfermería, trabajo en ginecología de mañana y de tarde acá en maternidad.

LM.-Yo soy de enfermería también.

E.-Perfecto, y ¿hace cuánto tiempo están vinculadas acá en el Pereira?

AL. -Yo hace nueve años que trabajo acá.

GF. -Yo en el Pereira hace un año.

LM.-. En el Pereira va a hacer 1 año.

E.-Bien y ¿trabajan en otras instituciones?

GF. - Sí.

LM.- Sí.

E.- ¿En cuáles?

LM.-CASMU.

AL. -Yo trabaje en el hospital italiano durante 11 años.

GF. -Yo actualmente trabajo en CUDAM y ta trabaje en el CASMU en el Pasteur.

E.-Y ¿Cuántas horas semanales más o menos trabajan?

GF. -36 horas en uno.

AL. -36 horas. Entonces 72 en los dos.

E.- ¿Y TÚ?

LM.-También.

E.-Bien, perfecto. Entonces, ¿ustedes piensan que se les brinda a las usuarias la libertad de decidir sobre ciertas prácticas durante el proceso asistencial del parto o preparto? Como puede ser la analgesia, la libertad para moverse, de comer, de elegir la posición durante el parto.

GF. -No, no pasa.

E.- ¿No pasa?

GF. -No

E.- ¿Ustedes que opinan?

AL. -Sí, no pasa.

LM.-NO.

E.-Bien, perfecto y ¿creen que estas acciones o maniobras podrían facilitar el proceso del parto?

GF. -Por supuesto, sí. Ni hablar.

E.- ¿Por qué?

GF. -En realidad por ejemplo en un pre parto, ni hablar ¿no? del uso no se...la pelota o la posición ginecológica en la que vas a tener familia...no se te da la posibilidad.

E.- ¿No cuentan con los recursos acá?

GF. -Acá en realidad yo no hago pre parto entonces no se te decir, yo creo que en realidad si hay, pero no sé si se explica, si se utilizan realmente.

AL. -Acá en el Pereira lo que se utiliza mucho es la analgesia en el parto, pero no técnicas nuevas.

LM.-Están las clases de parto y eso que las usuarias asisten a las policlínicas y eso está muy bueno, y hace años que se ha implementado en salud pública.

AL. -Pero no sé si acá en el Pereira.

E.-Por ejemplo, a veces para calmar el dolor podés escuchar música, o que te hagan masajes.

GF. -Si por supuesto, en realidad...yo conozco madres que han venido con planes de partos y son hermosos...se les ponen velas, aromas, es precioso realmente precioso, pero no se les explica a las madres mucho, no hay mucha información, y ta no son la mayoría de las madres.

E.-Pero si yo vengo con un plan de parto que vengo con todo eso.

GF. -Se te trata de respetar.

AL. -Claro.

GF. -Se trata de respetar todo lo que se pueda claramente ¿no?

E.- Genial. ¿Y tienen alguna limitación al brindarles este tipo de libertad a las usuarias?

GF. - ¿Cómo?

E.- ¿Ustedes se enfrentan con alguna limitación al poder brindarle esta información?

LM.-Lo que pasa que nosotras al ser después...en puerperio en realidad no, no sabríamos mucha cosa.

E.- Ah, ustedes están en la atención después del parto.

LM.- ¿¿¿Claro, nosotros estamos después del parto...y hemos estado en el ejemplo de??? En crónicos que son las panzas con dificultad, con algún antecedente con algo.

GF. -Con alguna patología.

LM.-Claro, pero en realidad en el pre parto tanto en el momento de cesárea o parto no.

AL. -Acá no se brinda información, en realidad ni siquiera a la enfermería. Digo, nosotras no estamos enteradas de que se implemente eso acá en el Pereira.

E.-Claro. Pero ¿saben si pasa eso?

LM.-Están las salas de nacer donde hay tipo...unas bañeras y eso arriba que ustedes lo pueden ver y este con ellos también puede consultar.

GF. -Claro yo trabajo en pre parto en otra institución por eso.

LM.-Claro, pero el tema existe. Existir existe, igual que está el acompañamiento...

E.-Ta y ¿ustedes conocen más o menos se realizan maniobras como enema evacuador, el fórceps? ¿El rasurado?

LM.-El rasurado ya hace años que no existe igual que el enema evacuador. El fórceps si porque claro es para ayudar a la madre a evitar una cesárea y que sea más rápido el parto.

E.-Ta y ¿consideran que se utiliza cuando realmente es necesario?

O a veces no era tan necesario...

GF. -Bueno yo en mi experiencia eh visto cosas no se...le hacen una cesárea porque se olvidaron de darle el antibiótico cuando rompió bolsa. Así que en realidad...hacen lo que quieren. Jajaja es lo que yo veo, perdonen gurisas yo sé que ustedes están estudiando, pero ta, es lo que yo veo.

LM.-Lo que pasa que hoy por hoy la madre elije si quiere hacerse una cesárea porque tiene miedo al parto. Ta está perfecto cada uno sabe lo que hace con su cuerpo, pero digo...pasan por una situación que tal vez no esta buena porque después se privan de poder tener un parto.

AL. -Aparte acá muchas veces uno ve cosas que no las tiene que decir. ¿Entendes? Porque ustedes como médicos tienen tantas cantidades de partos cantidad de fórceps y muchas veces se hacen y no son necesarias.

E.-Bien eso es a lo que iba la pregunta. Respecto a las cesáreas ¿Cuál creen que es la causa más frecuente?

AL. -Trabajo de parto detenido.

GF. -Trabajo de parto sí...

AL. -Hipoxia fetal.

GF. -La hipoxia, las circulares también.

E.- Bien Y ¿creen que están sobre indicadas en algunas oportunidades?

AL. -Sí, creo que sí.

GF. -Si, según el ginecólogo, según las ganas, según el día, según...

AL.- Depende mucho del grado, del grado máximo digo, de ginecólogos ¿no? porque el que decide más bien no es el R0 ni el R1 es el grado.

E.-Y ¿consideran que es posible disminuir la tasa de cesáreas?

GF. -Si.

AL. -Si se educaran más a las madres sí.

E.-A las madres y al personal de salud capaz.

GF. -También. Estamos de acuerdo en eso.

AL. -También.

LM.-También.

E.-Bien, respecto después al nacimiento ¿consideran que se cumplen las recomendaciones existentes sobre el contacto piel a piel entre la madre y el hijo al momento del nacimiento?

GF. - ¿Cuándo nace se lo pongan, que esperen antes de cortar el cordón? No, según quien sea que lo atiende. Yo creo que las parteras en eso son más humanas. En esos puntos, son como más, en mi experiencia ¿no? que los ginecólogos.

E.- Entonces ¿a veces?

GF. -Según, a veces ta.

E.- ¿Con la lactancia también?

GF. -Acá no le dan mucha importancia a la lactancia, es lo que yo veo. Las madres vienen y les dicen a las enfermeras que tiene problemas para lactar y nadie se sienta, a no ser que tengas a alguna enfermera media piola, pero ta. También esta esto que tienen 28 bebés y a veces una enfermera es imposible sentarte con cada madre y explicarle como tomar pecho porque son 28 bebés. Tienes que hacer pesquisa, Tienes que controlar, Tienes que sacar sangre, Tienes que darle antibiótico...

AL. -Es diferente la división de enfermería con respecto a la de bebés, nosotras somos 3 enfermeras para 30 pacientes, 10 pacientes para cada una. En cambio, enfermería de bebés es 1 para 30 pacientes. Es complicado.

GF. -Es complicado.

AL. -Casi siempre se dedica a la parte de la lactancia la enfermera de bebés.

GF. -Claro.

E.-Bien, entonces ¿les parece importante favorecer el contacto piel a piel y la lactancia materna al momento del nacimiento?

GF. -Si, por supuesto.

AL. -Sí, sí.

E.-Bueno y esto que veníamos hablando ¿no se lleva mucho en lo cotidiano, no sucede?

GF. -Claro, es eso. No se incentiva, claramente.

E.-Bien, ¿Cuánto tiempo en promedio creen que transcurre entre el nacimiento y la realización de las medidas antropométricas? Hay tres opciones, entre los primeros diez minutos, entre los once minutos y la hora, más de una hora.

GF. -Nosotras esa parte, no estamos en esa parte.

E.-Bien, entonces ¿Qué entienden ustedes por el concepto de humanización en la etapa perinatal?

GF. -Capaz que empezá vos... RISAS, pensé que eran más fáciles las preguntas ja ja.

E.- ¿Qué entiendes tú cuando te digo que es la humanización?

GF. - ¿El acompañamiento y demás?

E.-Si, va por ahí.

GF. -Eh... que si...ta risas. Si en realidad va todo por el acompañamiento y ta el enseñar.

AL. -Educar a la madre.

LM.-La educación.

E.-Brindarle todas las herramientas que hay.

LM.-Que conozca. No solamente que conozca lo que es la institución, la cama y eso. Si no que conozca su cuerpo y lo que le beneficia en el momento de ser madre ¿no? porque es como toda madre no es instinto, es un...

AL. -Aprendizaje.

LM.- Para ser madre no hay un librito entonces la mejor manera de enseñar a ser...la mama de un bebe chiquitito. Que vayan viendo la mejor opción que tienen.

E.-Si implica eso y además que la mujer pueda decidir...

LM.-Claro porque en la maternidad como todo es deseado como no lo es.

GF. -Discutible eso, pero ta.

E.- ¿Consideran que la atención es humanizada durante esta etapa? Con todo lo que veníamos hablando hoy.

GF. -Ni tanto.

AL. -Eso depende...

GF. -Claro depende...

LM.-Claro es según cada persona...

AL. -La profesión, los médicos que...

GF.- Muchas veces ni siquiera tienen controles, nadie les enseña que tienen que ir...claro son pacientes que con muchas carencias. Entonces no les importa, no es de malos a veces porque ta no conocen, no saben, nadie te enseñó. Es como eso de que bueno ta...ves a las madres que tienen poco apego con esos bebes ¿no? y si no son madres amadas ¿Cómo van a amar a esos bebes? Entonces es como re difícil trabajar con este tipo de población.

LM.-Ta y también es una población que es muy demandante. Es una población grande, porque no es un caso o dos aislados de madres que tienen problemas en su casa o en su ambiente, sino que son casi todas. Del 100% de la población de las madres acá 90%son madres que tienen una situación de atrás. Son pocas las mamas que vienen acá porque desearon tener a ese hijo, porque lo planificaron.

AL. -A parte hay una realidad que la mayoría, el 90% más o menos son adictas, entonces digo, eso dificulta también. Porque enseguida que entran a la sala o al puerperio vamos a decir eh...la mandan a salud mental, asistente social, y todas esas cosas que quieras o no dificulta el vínculo con él bebe.

E.-Y ¿creen que esto podría mejorar?

AL.- Por parte de los médicos, si claro. La mayor parte son desde la medicina, digo, ellos tienen que educar a las madres porque cuando...el primer control que tienen es con ellos. Si ellos no la educan enfermería no puede hacer nada.

E.- ¿Consideran que la institución implementó estrategias para mejorar la humanización? ¿Planes, protocolos, educación? Ponele tú que decías que había piletas arriba...

LM.- Sí, hay piletas sí. Si igual que esta el plan aduanas, las clases de parto y todo eso...

ENTRA UNA PERSONA, HABLA Y SE VA.

E.- Bien continuamos entonces, ta me dijeron entonces que algunas trabajaban en otras instituciones ¿sí? ¿Consideran que hay diferencias en las tasas de cesáreas, en acompañamiento, en libertad de decisión de las usuarias?

AL. - Si, por supuesto.

LM.- Son dos mundos diferentes.

AL. - Depende muchísimo de la institución, pero también depende si es privado o público.

LM.- No, depende de la población.

E.- Y ¿en qué aspectos ven más las diferencias?

LM.- En lo que es el acompañamiento ¿sí? En lo que es en las medidas anticonceptivas luego de un parto que es lo que le conviene más a la mujer y eso, se explica más en el privado que en el público. Porque ya en si la mujer que se atiende en el privado tiene mayor educación.

AL. - Y dedicación, los médicos les explican más a los pacientes que acá.

E.- ¿Tú crees que los médicos actúan diferentes trabajando acá que si trabajan?

AL. - Sí, claro. Sí, sí. Lo veo totalmente porque cuando trabajaba en el italiano te trataban diferente que te tratan acá, a los pacientes ¿no?

E.- Y ¿creen que la tasa de cesáreas es más en un lado que en el otro, o menos? ¿Varia?

LM.- Yo para mi es más o menos igual.

AL.- Para mi varia porque en realidad en donde yo trabaje no hay tanta cantidad de cesáreas, digo, pero, no vas a comparar la población de un hospital que es de la mujer a un sanatorio que no. tienen parte quirúrgica pero no tienen maternidad.

E.- Bueno ¿creen que la pandemia influyo en cuanto a la humanización de la atención de parto? En el acompañamiento...

LM.- No, esto es algo que viene evolucionando con el pasar de los años. No tiene nada que ver la pandemia.

E.-Pero por ejemplo antes de la pandemia eh...la mujer por ejemplo podía venir al control del embarazo acompañado, al parto acompañada y en algún momento...

LM.-No, pero en el parto sigue siendo acompañada.

E- ¿Por más que hubo un pico en la pandemia?

LM.-No, no. siempre tuvo el derecho de tener un acompañante...

E.-ta entonces no vieron ningún cambio durante la pandemia con respecto a la atención, acompañamiento de la mujer.

LM.-No eso no ha variado por ningún motivo, siempre tuvieron el derecho al acompañante.

AL. -Siempre están acompañadas. Digo, aunque sea una persona.

LM.-A no ser que sea una situación en la que ta, son ellas que no tienen a nadie. Porque hay acá mamas que vienen solitas a tener sus hijos y durante el parto y eso están solitas.

E.-Bien, con respecto a la vía de finalización del nacimiento. ¿Consideran que el número de cesáreas se vio modificado en el contexto de la pandemia? ¿Hubo más o menos cesáreas con la pandemia? O ¿se mantuvo incambiado?

LM.-Indiferente.

E.-. Bien, para ir finalizando un poco con la entrevista ¿quieren agregar algo más? Algo que nos quieran comentar, que les surja de lo que estuvimos hablando...

GF, AL.LM.-. No, no.

E.- Bueno muchas gracias por el tiempo y por escucharnos.

FIN DE LA ENTREVISTA.

4-Entrevista Licenciada en enfermería.

Participantes: E: Entrevistador. AS: Licenciada en enfermería.

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E.- ¿En qué área te desempeñas y bajo qué cargo?

AS.-Eh...soy licenciada en enfermería y en el servicio de recién nacidos, salas de nacer y block quirúrgico.

E.-Perfecto, y ¿hace cuánto tiempo que estas vinculada en esta área?

AS.-Y, yo hace 21 años que trabajo acá.

E.- ¿Trabajas en alguna otra institución?

AS.-En el momento no, trabajé en el hospital británico, pero ahora solo acá.

E.- ¿Cuántas horas semanales de trabajo realizas?

AS.-36 horas.

E.-Bien, ahora pasando más a lo que es el tema de la entrevista ¿Piensa que se les brinda a las usuarias la libertad de decidir sobre ciertas prácticas realizadas durante el proceso asistencial? Ya sea analgesia, anestesia, libertad para moverse, comer...

AS.-Sí, se le es como elección el recibir analgesia como un ejemplo, o si quieren tener un parto humanizado. A veces vienen con un protocolo donde dice todas las cosas, que quieren un parto natural con las cosas que ellas están dispuestas a que se le haga a ella, al niño y las cosas que no quieren. Me parece que sí, que se le da mucha importancia a la humanización.

E.-Bien, ¿Cree que algunas de estas prácticas favorecen o dificultan este proceso?

AS.-Eh...creo que, si es como consensuado ante determinadas cosas, pero si es una emergencia me parece que a veces eh... como que no estoy muy de acuerdo de que no se hagan determinadas prácticas. Como un ejemplo, nosotros por ejemplo atendemos al recién nacido, a veces vienen y te dicen no queremos que le den vitamina K, un suponer, la vitamina K nosotros la utilizamos para prevenir las hemorragias del recién nacido, entonces ahí ya me parece como que no está bueno. Cuando hay cosas que vos te estas privando de hacerlas que me parece que son necesarias. Me parece que se puede hacer, pero con cierto recaudo, como ponele a veces si son evangelistas que no dejan que se les pase la sangre que capaz que él bebe necesita que le hagan una transfusión. Entonces en algunos determinados casos no estoy tan de acuerdo, pero si a las cosas normales.

E.-Y ¿Se enfrentan con alguna limitación al momento de brindarles a las usuarias la libertad de decisión?

AS.- ¿Limitación en qué sentido?

E.- Claro en informales cuáles son sus diferentes opciones que tienen, ya sea...

AS.-No, se les informa. Se informa sí.

E.-Bien, ¿conoce con qué frecuencia se utilizan maniobras como por ejemplo la utilización del fórceps, la realización de episiotomía?

AS.-Eh...viste que yo te dije que trabajo con recién nacidos, eso es una cosa que nosotros no hacemos, lo hace el ginecólogo o las parteras, sería ya una pregunta más para maternidad, yo no te lo podría responder.

E.-Ta, perfecto. ¿Conoce cuantas cesáreas se realizan?

AS.-Sí, siempre se hacen más partos que cesáreas. Pero últimamente tenemos días como específicos que nos llama la atención la cantidad de cesáreas que hay.

E.-Y ¿cuál es la causa más frecuente de que se realicen las cesáreas?

AS.-Causas hay múltiples, el tema es que realmente sean esas las causas.

E.-Claro.

AS.-Esa es como la desconfianza quizás que uno tiene. Porque te pueden decir que es sospecha de hipoxia, pero vos que sabes si realmente es eso. O te pueden decir que es un corto periodo intergenésico eh...no sabemos porque se supone que es por eso. Si es necesario está bárbaro, lo que no me gustaría es como que se hagan más de la cuenta con otro fin.

E.-Entonces, ¿Cree que están sobreindicadas?

AS.- ¿A qué te referís como sobreindicada?

E.-esto mismo que hablábamos de que tal vez la persona podría haber tenido un parto normal y termina con una cesárea.

AS.-Si, muchas veces son necesarias, pero muchas veces me parece como que podría haber llegado a un parto normal. SI, pienso que sí. A veces hay que esperar un poco más, como que se apuran. Tal vez eso está relacionado con que nosotros tenemos una gran demanda, nosotros tenemos alrededor de 450 partos, entre partos y cesáreas por mes. Llegamos a tener también 600 por mes. Ahora bajo un poco pero igual en comparación yo que trabajé en el Británico eh...capaz que ellos mensuales tenían veinte y pico y nosotros te estoy hablando que tenemos 450 ponele más o menos mensualmente, y llegamos a tener seiscientos y pico. Es la gran demanda que nosotros tenemos acá.

E.-Muy bien, y ¿considera que se cumplen las recomendaciones sobre el contacto madre-hijo al momento del nacimiento?

AS.-Si, nosotros luchamos mucho por el apego, por la lactancia materna, por las cómo es...la ligadura oportuna de cordón, que estén en más contacto con la madre. Si, se hace mucho acá.

E.-Y ¿le parece importante promover el contacto piel a piel y la lactancia en el momento del nacimiento?

AS.-Si es re importante.

E.- ¿Entiende que se lleva acá en el hospital?

AS.-Si acá se lleva mucho, además nosotros somos pro lactancia. Tenemos un equipo acá que es de todo el país pero que acá esta la cede que se llama neurodesarrollo, donde nosotros ahí hemos visto por un montón de estudios que se han hecho que es re importante para el futuro de

ese niño, para la condición de ese niño, el apego y el contacto piel a piel, nosotros lo ponemos en forma de canguro con la madre y con el padre también. La ligadura oportuna de cordón también se hace y esta unos minutos ahí, con el cordón todavía encima de la madre. No, se hacen muchas cosas acá, que son favorables para su crecimiento.

E.- Perfecto, y ¿sabe más o menos cuanto tiempo transcurre entre el nacimiento y la realización de las medidas antropométricas? Hay tres opciones: los primeros diez minutos. Entre los once minutos y una hora, o más de una hora.

AS.- Primeros diez o la del medio. Si, primeros diez.

E.- ¿piensa que se podría prolongar este tiempo para favorecer el contacto entre la madre y el hijo?

AS.- Es que después de quedan todo el tiempo ahí con la mamá, pero nosotros tenemos tanta demanda y capaz que, si tuviéramos más personal que se dedique por lo menos un solo enfermero o la nurse a ese paciente, pero nosotros acá es a cama caliente y salimos de uno y entramos a otro porque a veces solo en la mañana tenemos 11 partos, que es una barbaridad. Entonces no tenemos la cantidad de recursos humanos capaz, para atender la gran demanda que tenemos. Entonces, a nosotros nos gustaría estar quizás mucho más y estar una sola enfermera con ese, pero no, tenemos cuatro cinco más que nos están esperando. Me parece que es más por una cuestión de tiempo y no por una cuestión de que no queramos nosotros hacerlo, aunque se hace, pero quizás no se hace de estar más tiempo prolongado por la necesidad que tienes de tener que ir a una cesárea, a otro parto, por la demanda que hay acá de población.

E.- Claro, entonces ¿Qué entiende por el concepto de humanización en la atención perinatal?

AS.- Y bueno lo de la humanización sería todo eso que esté con un acompañante, que este el padre o puede otro familiar, que este más en contacto más él bebe con la mama en el momento de la ligadura oportuna de cordón. Que después que todas las cosas que nosotros apoyamos, la lactancia, apoyamos al neurodesarrollo y todas esas cosas, esas intervenciones que hacemos nosotros que son favorables para ese recién nacido.

E.- Entonces, ¿considera que esta humanizada la atención en esta etapa?

AS.- Si.

E.- Y ¿en qué cree que se podría mejorar?

AS.- Y eso que decíamos antes, en la cantidad de personal, de recursos humanos que quizás no es la cantidad que tendríamos que tener. Quizás que podríamos brindar una mejor atención o una calidad mejor si tenemos más recursos humanos.

E.- Bien, ¿considera que la institución ha implementado estrategias para mejorar la humanización?

AS.- Si.

E.- ¿Por ejemplo?

AS.- Y eso que te digo, que hay un grupo que se creó acá en el hospital Pereira Rossell que se preparó y especializó a la gente, y que ahora acá es el primero en el Uruguay. Hay varias instituciones que vienen acá a tratar todo sobre el neurodesarrollo. Yo todo te estoy hablando del recién nacido. En esa área me parece que se hizo eso que es para mejorar, ponerle ahí vos tienes que le bebe no puede estar con una luz intensa, con una luz tenue, que va a favorecer al neurodesarrollo del bebe, los ruidos le hacen mal, tienen que ser menores a 45db, entonces no podés estar hablando en voz alta. O que haya mucha gente en un lugar hablando todos al mismo tiempo, que haya solo una voz de mando, que tenga una postura él bebe con unos nidos de contención que nosotros tenemos que va a favorecer su postura. Yo qué sé, son muchos temas que abarca todo eso y siempre se están haciendo no se cursos de seguridad del paciente, que estén identificados ponerle para que no haya problemas después de que no, este bebe no es mío es del otro, lo que sea. No sé, siempre se están haciendo cosas nuevas, yo te estoy hablando todo de neonatología porque es al sector al que pertenezco, que me parece que está buenísimo y que año a año creo que preparan más a la gente, que hay más capacitación. Nosotros ponerle tenemos jornadas, que continuamente se están aprendiendo cosas nuevas

E.- ¿Y eso lo pueden llevar en la cotidianidad?

AS.- Sí, sí. Si ponerle yo hoy tengo que dar una clase que es del prematuro extremo y es para todas mis compañeras, pero también llega a Artigas, la gente del británico, a gente del CASMU. Entonces acá viste que es un hospital escuela, entonces desde acá siempre se hacen...hay buenas cabezas que hacen cosas buenas y capacitan a la gente.

E.- Perfecto, bien. Me habías dicho que ahora no, pero que habías trabajado en otra institución.

AS.- Si.

E.- En una institución privada.

AS.- SI.

E.- ¿Consideras que hay diferencias entre la tasa de cesáreas, acompañamiento, libertad de decisión entre el sector público y privado?

AS.- Si hay diferencias también por la cantidad de población. No vas a comparar la población que va al Británico que quizás es un nivel socio económico diferente al que viene acá. Que acá tenemos desde un nivel socio económico medio o bueno a lo más bajo de todo. También

tenemos mucha gente del interior, tenemos también una gran demanda que no la tiene el hospital privado, pero creo que igual relacionado a la humanización eh... como es, estamos al mismo nivel.

E.- Bien y ¿cree que la pandemia influyó en cuanto a la humanización en la atención del parto?

AS.- No, porque nos hicieron vestir todo, pero seguimos atendiendo de la misma manera que atendíamos antes. Lo que pasa que ahora con protocolos de cuidados, pero más en el sentido de la vestimenta, porque después se siguen haciendo los partos y desde la misma manera.

E.- Y ¿qué aspectos se vieron más afectados con el uso de la vestimenta?

AS.- ¿En qué sentido me decís?

E.- Claro, afectado el vínculo con la usuaria.

AS.- a bueno eso del vínculo si, si lo vemos por ese lado sí. Ponele ahora eh... yo qué sé, las visitas no tienen o antes venían los abuelos y los hermanitos ahora no se deja. Si es acá solo tiene que estar un solo acompañante y no pueden cambiar con otros, si se tiene que ir a trabajar o lo que sea tiene que estar uno acá y quedarse o si no, yo qué sé, en ese sentido si, pero no en la atención en si porque lo único diferente era que nos teníamos que vestir más para cuidarnos.

E.- Con respecto a la vía de finalización del parto ¿considera que el número de cesáreas se vio modificado en el contexto de la pandemia? ¿Hubo más, menos?

AS.- Hemos notado que ha habido varios, pero creo que no está relacionado con la pandemia, no creo que no está relacionado.

E.- bueno para ir finalizando con la entrevista ¿algún comentario o algo que me quiera comentar?

AS.- ¿Relacionado?

E.- a la humanización en esta etapa.

AS.- no sé yo creo que acá eh... hace unos años a esta parte se le da mucha importancia, se les deja elegir un ejemplo la analgesia, si quieren analgesia en el parto o no. Que eso yo creo que en las instituciones privadas no lo hacen, hay que pagarlo, acá directamente es todo gratis y se le da elección a la mujer. Y bueno, después todo lo que se le brinda acá ¿no? Una vez por contar un ejemplo vino una señora que quería tenerlo en una piscina, trajo la piscinita, el agua, nosotros a veces nos reímos y decimos como que les permite lo que se les ocurra. Que ta me parece bien que tengan ese poder, pero siempre y todo eh... no sobrepasando que, si hay que hacerle algo al bebe, que es necesario hacérselo que también puedan razonar que se le tiene que hacer. A ves son muy cerrados.

E.- ¿Acá cuentan con instrumentos como pelotas...?

AS.-Sí, sí.

E.- ¿Se las deja escuchar música?

AS.-Sí, sí. Igual ya te digo que eso te va a hablar mejor un ginecólogo o una partera porque tienen pelotas de pilates, tienen un banquito pequeño con un agujerito que también cuentan con ese banquito, a veces están tiradas en el suelo. Bueno ya te digo que hubo una oportunidad que tuvimos una señora con una piscina. Y...como es...sí tienen todas esas cosas.

E.-genial, bueno muchas gracias por su tiempo y responder las preguntas.

AS.-bueno espero que te sirva.

E.-Si claro, me va a servir. Muchas gracias.

FIN DE LA ENTREVISTA.

5- Entrevista a residente de neonatología.

Participantes: **E:** Entrevistador. **ER:** Residente de neonatología.

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E.-Bueno, **ER,** arrancamos entonces la entrevista este bueno, primero pregunta; ¿En qué área te desempeñas y bajo qué cargo?

ER. -Soy residente de neonatología de primer año y me desempeño, ahora estoy rotando por gine, y en realidad, guardias en la UNI, que es recepción.

E.- ¿Hace cuánto que te venís vinculando a esta área?

ER. -Y hace seis meses bien.

E.-Y además de trabajar acá, ¿Trabajas en otra institución a parte?

ER. - Si, trabajo en una institución privada.

E.- ¿Podes decir a de la institución?

ER. -Si, en la Asociación Española.

E.- ¿Y cuántas horas semanales haces ahí?

ER. -Ahh seis horas.

INTERRUPCIÓN EXTERNA A LA ENTREVISTA

E.-Bien, seis horas semanales me decías, perfecto. Bien, ¿Vos crees que en, lo que es la atención perinatal, se les brinda a las usuarias la libertad para poder decidir las prácticas que quieren realizar?

ER. -Si, si, no muchas usuarias conocen lo que es el plan de parto, pero en realidad hemos tenido pila que hacen. Que vienen ya con un plan de parto y, y explican todo lo que quieren que se le haga al bebé, lo que no se lo quieren que se le haga y eso, y se sigue el plan de parto en la medida de lo posible.

E.-Claro. Perfecto. ¿Y vos crees que hay alguna de las maniobras, que se le permite hacer a las usuarias que dificulten el proceso? Por ejemplo, darle más libertad de movilidad, cambiar la posición del parto.

ER. -No, en realidad ellas pueden tener el parto en la posición que quieran. Nosotros tenemos banco de parto, tenemos pelotas y eso para todo lo que es el trabajo de parto y eso. Y he tenido partos que son acostada, parto sentada.

E.-Y no notas diferencia en cuanto al proceso, no cree que puedan llegar a dificultar el proceso

ER. -No, en realidad eso cuando están en el banco de parto que puja sentada, ya un poco más dificultoso porque nosotros tenemos que estar en el piso, pero si a ellas les queda mejor...

E.-Bien, bien. Y desde tu parte personal, ¿vos crees que hay alguna limitación al momento de ofrecerle todos estos tipos de posibilidades al usuario?

ER. -No, en realidad acá es uno de los centros que en realidad está, está bastante bien en todo eso. Tienen, en realidad, las salas de nacer, que ahora son todas nuevas, que están re bien. Yyy bueno, ahí está, hay pelotas, está el banco de parto, que creo que está en la parte del baño y eso. Y ta, cada una hace como quiere.

E.-Perfecto, bien. Ahora contame un poquito acerca de las maniobras invasivas en el momento del parto. ¿Con qué frecuencia crees que se utiliza?

ER. -Y en realidad no son tan frecuentes. De la parte de en realidad, la más invasiva a la hora del parto, me parece que es la Episio, pero en realidad tendría que preguntarle a uno de Gine porque capaz que hay otra, por ejemplo, del fórceps también. Pero no son tan frecuentes. La episio es más frecuentes, sí, pero el fórceps ya casi ni se usa, es tipo en casos contados creo que he tenido y ta. Otra así invasiva no se me ocurre.

E.-Perfecto. ¿Y crees que realmente son necesarias cuando se utilizan o que se utilizan de más?

ER. -No, se utilizan solo cuando, por ejemplo, no puede salir el bebé y está corriendo riesgo y hay que sacarlo sí o sí. Y la Episio bueno, también para, no me sale, con el nacimiento en realidad, las dejan hacer el trabajo de parto, pujar y eso, y cuando ven que se le dificulta un poco, ahí se las realiza. Pero no, no creo que se haga de más.

E.-Bien. Ahora, con respecto a lo que son las cesáreas, ¿cuál cree que es la causa más frecuente con la que se realiza?

ER. -Y en realidad es muy variado. Ahora estamos teniendo bastantes cesáreas selectivas, porque la madre decide tener una cesárea, entonces se hace. Bastante frecuente.

También, bueno, en las sospechas de hipoxia son bastante frecuentes y... Ta, bueno, las macrosomías también. Es como un poco variado, no te diría que hay una causa que

predomine, si ahora se está viendo bastante el tema del aumento de lo que es la cesárea electiva por parte de la mamá.

E.- ¿Y vos crees que está sobreindicada la cesárea?

ER. -Y no, porque en realidad es decisión de ella lo que quieren hacer. Si ellas no quieren pasar por el trabajo de parto y eso, y prefieren tener una cesárea, es decisión de ellas.

E.- ¿Y creer que es posible disminuir el número de cesáreas, la tasa necesaria?

ER. -Y en realidad, no sé si sería posible. Porque en realidad son de elección de ellas. Capaz que el tema de explicarle mejor. Algunas que tuvieron malas experiencias antes del parto, entonces no quieren volver a pasar por el parto. O también es como que, es un proceso que también doloroso, si bien la cesárea en el momento no lo es, ta después en realidad tiene, lo que lleva una recuperación como cualquier operación.

E.-Claro

ER. -El parto ta, es doloroso en el momento y eso, pero se recupera mucho más rápido y mucho mejor. Pero me parece como que el miedo a pasar el dolor y eso, es lo que más le lleva a tomar esa vía y las malas experiencias anteriores.

E.-Perfecto, bien. ¿Consideras que se cumple con las recomendaciones existentes sobre el contacto madre e hijo, el momento de nacimiento?

ER. -Sí, siempre. Nosotros lo hacemos siempre y en realidad bueno, ta, ya no se usa lo que es el clampeo precoz, siempre es el clampeo oportuno, y eso. Y lo más posible que pueda estar la madre con el bebé, nosotros lo dejamos, si nace bien, obviamente. Siempre que es posible, lo hacemos.

E.-Perfecto. ¿Y crees que es importante entonces promover el contacto piel a piel?

ER. -Sí, sí, ya está más que estudiado eso, que en realidad tiene muchos beneficios y también más bien por todo el tema del apego y todo el tema emocional, también es re importante. Por eso nosotros, en la medida de lo posible, lo hacemos lo mayor que podemos.

E.-Bien ¿Y en cuanto a la lactancia en el momento del parto, la lactancia materna?

ER. -Y la lactancia, en realidad nosotros, siempre le explicamos a la mamá y eso, el tema de que también influye mucho el tema de si es primigesta o no, si ya tuvo otros bebés, si ya les dio lactancia y eso. Es como un tema de. de como que la lactancia tipo. “todo perfecto, todo hermoso, todo”, entonces tipo creo que las madres muchas veces se frustran, muchas veces sean juzgados por a veces, tipo, que no pueden darle pecho y eso. Y en realidad es más como el tema de frustración, que en realidad el tema de que no puedan hacerlo.

Acá nosotros siempre les explicamos que es un proceso que lleva tiempo, es una adaptación, es algo nuevo, que el bebé es nuevo. A veces se va a prender siempre, a veces no se va a prender nunca, a veces se va a prender, pero ta, va a ir enganchando. El tema es sacarles eso, como que, les muestran mucho, como en la tele, no sé qué, tipo, nacen, todo hermoso y ya se prende divino todo. Es como que qué ta, que en realidad no es así, es totalmente alejado de la realidad. Entonces cuando vos le explicas eso como que se ha quedado más tranquila y lo encara de forma diferente.

E.-Bien, perfecto. Como para redondear un poquito este capítulo. El contacto piel a piel como hablábamos recién y la lactancia materna al momento del nacimiento, ¿crees que se llevan en la práctica en la cotidianidad? ¿Que se permite siempre?

ER. -Sí, siempre que sea posible lo hacemos. Es más, siempre tratamos de que la lactancia se inicie en la primera hora de vida, si es en la primera media hora mejor y eso. Y si las madres no tienen ninguna dificultad, por ejemplo, no se desgarraron o algo que tengan que llevarlas a block o coserlas enseguida y eso, una vez que se higienizar todo, ya se le entrega el bebé y ya enfermería y eso y todo el equipo, ayuda para poder, el tema de que se inicie la lactancia lo más pronto posible.

E.-Bien. En cuanto a las medidas antropométricas que se toman luego en el momento del nacimiento. ¿Cuánto tiempo crees que, en promedio, transcurre desde que nace hasta que se van a tomar? Más de 10 minutos, entre 11 minutos y una hora, ¿o más de la hora?

ER. -No, no, yo creo que aproximadamente más o menos 10 minutos. En realidad, son o por lo menos nosotros, tratamos de dejarlo por lo menos dos minutos al cordón más o menos y eso. Y después, una vez que esté en la termo cuna, si está todo bien lo primero que se hace se ausculta eso, y entonces se pueden tomar las medidas. O sea que después de los cinco minutos, si esta todo bien se hace ahí.

E.-Bien. Ahora una pregunta un poco más abierta para ver cómo manejas el concepto. ¿Qué entiendes del concepto de humanización en la atención perinatal?

ER. -Y en realidad yo creo que es como el tema de no hacer tanto intervencionismo innecesario. Y con el tema de si nosotros tratamos, o sea, nosotros o por lo menos por el equipo de Neonatología, nosotros somos espectadores y estamos ahí acompañando el momento e intervenimos si creemos que sea necesario. Sino es algo que es fisiológico, normal y que siempre que esté todo bien en realidad nosotros puramente espectadores y ta, acompañamos todo el momento. Pero en realidad, o sea, es muy pocas las veces que nosotros decimos “Ta, hay que intervenir”, si no lo dejás ser nomas.

E.- ¿Vos consideras que está humanizada esta etapa de la vida, la etapa perinatal?

ER. -Yo creo que se está tendiendo cada vez más a ser más humanizado. Antes era como diferente, antes tipo, nosotros teníamos lo que se llamaban las “Nursery”. Los bebés en realidad no se recepcionaban al lado de las madres como ahora y eso. Entonces yo creo que ahora con todas las mejoras que se hicieron en el hospital y eso, las salas de nacer que son lindas, que incluso en Privados no se tienen las salas de nacer que nosotros tenemos, como que se está teniendo más el tema de la humanización, si cada vez se ve más.

E.- ¿Crees que se podría mejorar más en este ámbito?

ER. -Sí, yo creo que sí, que se podría mejorar un poco más el tema de, por ejemplo, en realidad, porque si está todo bien en el examen físico del recién nacido y eso, se podría hacer en las primeras 24 horas, no tendría por qué ser en ese momento. Pero es más por un tema de asegurarse de que el niño esté bien para dárselo a la madre en las mejores condiciones posibles.

E.-Bien

ER. -Pero en realidad hay pila de, por ejemplo, procedimientos que nosotros lo podemos hacer incluso en el pecho de la madre.

E.-Perfecto. Bueno, esta pregunta ya un poco me la fuiste respondiendo a lo largo la entrevista, pero; ¿Consideras que la institución implementado estrategias para hacer más humanizada la atención?

ER. -Sí, sí, seguro, eso seguro.

E.-Bien. Me contabas que trabajabas en una institución privada también. ¿Consideras que hay alguna diferencia en la tasa de cesárea, el acompañamiento, en la libertad de las decisiones de las usuarias, entre un del centro privado y uno público?

ER. -No sabría decirte porque yo en La Española no trabajo en la parte perinatal. Trabajo en la parte de policlínica, que no tiene ver con eso, pero en realidad me parece que no, que en realidad está todo igual.

E.-Bien. Y ahora con el inicio, con el inicio de la pandemia el año pasado.

INTERRUPCIÓN POR PERSONAS EXTERNAS A LA ENTREVISTA

Bueno, como te decía. Con el inicio de la pandemia ¿crees que influyó en algo en cuanto a la humanización en esta etapa?

ER. -Si al principio era todo un problema el tema de los acompañantes...

INTERRUPCIÓN...

ENTREVISTADA RETOMA:

Es todo un problema el tema de los acompañantes de tipo, bueno, si se dejaban entrar o no dejaban entrar. Al principio de la pandemia, por ejemplo, a la cesárea no podían entrar y la mujer tenía que tener una cesárea sola. Eso fue un problema.

E.-Claro.

ER. -En realidad yo creo que por el desconocimiento que se tenía de la enfermedad y a medida que fuimos como adaptándonos y conociendo un poco más, se fueron ampliando las medidas y eso. Y ahora en realidad, también el tema de los cambios de acompañante acá adentro y eso. Se hace un poco más dificultoso porque, no puede estar cambiando todo el tiempo y eso capaz que porque, uno está cansado con un bebé nuevo y eso y como que necesita alguien que esté “fresco” y no es posible a veces, pero ta, en realidad me parece que fue bien al principio, pero por el temor que nos generó a todos el tema de estar frente a algo desconocido y que no sabíamos cómo se comportaba. Pero a medida que se fue aprendiendo y eso, ya se empezó a normalizar bastante la situación.

E.-Entonces sentirías que el aspecto que más viste que se alteró de cierta forma es el acompañamiento.

ER. -El acompañamiento sí.

E.- ¿Te das cuenta de algún otro aspecto que haya visto alterado?

ER. -No, yo creo que ese es el principal, porque que, en realidad, es algo que es muy lindo, pero genera mucho miedo. Por ejemplo, en el tema de las cesáreas no es una cirugía, estas despiertan ahí en el block, mirando todo como que, me parece que es re importante en el tema del trabajo parto también, como estar acompañándote en su momento lindo está sufriendo y eso. Entonces está bueno tener a alguien ahí que te está apoyando y eso, y que sea una cara familiar, porque nosotros siempre tratamos de acompañar o pila de veces me ha pasado, pre pandemia incluso, hacer de padre y entrar a la cesárea, agarrar a la madre y eso dar la mano, tranquilizarla y es, porque no había acompañante. Pero en realidad es como que esta no es lo mismo una cara conocida que este.

E.-Claro. Dirías que la madre se sentía como más protegida si estaba un acompañante y que quizás eso puede haberse modificado ahora. Una consecuencia que haya podido ser, es que la madre se haya sentido más sola ahora.

ER. -Y sí, claro, porque en realidad es una situación que es muy “hermosa”, vamos a decir, por todo lo que genera, pero en realidad es fea, está sufriendo ahí, con las contracciones todo, está pasando mal. También el tema de que las mujeres que ya han tenido más hijos ya lo pasaron, pero las que pasan una primera vez... Y también tengo todo el concepto que nosotros

hablamos como que la lactancia todo hermoso. También está lo del parto, todo hermoso. Entonces claro, llega tiempo pensando que es una cosa y no es nada que ver.

Estás solo y bueno ta.

E.-Bien. Bueno, y ahora, con respecto al día de finalización del parto, ¿Consideras que el número de cesáreas se vio modificado en el contexto de la pandemia?

ER. -No. Yo creo que en realidad ha tenido un tema del aumento por el tema de que un motivo de cesárea, es la cesárea electiva y muchas mujeres lo elijen. Desconozco el por qué, yo creo que más bien por el tema del sufrimiento y eso, me parece, pero en realidad no creo que la pandemia haya aumentado el tema de las cesáreas.

E.-Bien. Como para ir cerrando ya la entrevista. ¿Algo más que quieras contar con respecto al tema?

ER. -Mmm.. No.

E.-Bueno ER, muy amable, fuiste muy amable. Toda esta información es sumamente útil para nuestro trabajo. Muchas gracias.

FIN DE LA ENTREVISTA.

6- Entrevista a auxiliar de enfermería.

Participantes: **E:** Entrevistador. **PJ:** Auxiliar de enfermería.

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E.- ¿Bueno, en qué haya desempeñas y bajo qué cargo?

PJ. - como auxiliar de enfermería y estoy en alojamiento, UCI y cuidados moderados.

E.- Perfecto. ¿Hace cuánto tiempo que te encontráis vinculado al área?

PJ. -Hace dos años.

E.- ¿trabajaba en otra institución?

PJ. - no, por el momento.

E.- ¿Y cuántas horas semanales aprox trabajas acá?

PJ. -Trabajo 4 y 1.

E.- Bien, bien. ¿Crees que se les brinda a las usuarias la libertad de decidir sobre ciertas prácticas durante el proceso asistencial, como por ejemplo la analgesia, la anestesia, libertad para moverse, para comer, para tomar agua, la posición que quiere tener el parto?

PJ. - Yo pienso que sí.

E.- ¿crees que algunas de estas maniobras que te mencioné favorece o dificulta el proceso?

PJ. - creo que lo favorece porque mientras le des al paciente la libertad de elegir su comodidad, Me parece que favorece.

E.- ¿Usted se enfrenta a limitaciones al momento de ofrecerle esas herramientas a la usuaria?

PJ. - No sé si hay limitaciones o que no es teniendo siempre el debido respeto, no él respetando la integridad del paciente que creo que y explicándole el procedimiento, creo que no hay limitaciones.

E.- ¿Con qué frecuencia cree usted que se utilizan las maniobras invasivas en el momento del parto? Por ejemplo, usar fórceps, el rasurado vaginal o enema y ese tipo de maniobras

PJ. - muy poca.

E.- Bien... considera que siempre que se realiza es porque son necesarias?

PJ. - Y...si, pienso que si el profesional lo considera es porque así debe ser, sé que se podrá equivocar. Pero uno no siempre va a estar equivocado. Hay que confiar en la persona que te está asistiendo en ese momento perfecto.

E.- Respecto a las cesáreas que se realizan, ¿cuál es la causa que considera es la más frecuente?

PJ. - Y... la preeclampsia, por ejemplo. Sí, esa creo que es la causa más frecuente.

E.- ¿Cree usted que están sobre indicadas la cesárea?

PJ. - No, no, no, no. Me molesta más cuando tienen a un paciente, por ejemplo, que le mandan la inducción y después que pasa todo ese dolor, todas esas horas después te dicen vamos a cesárea. Me parece que tendrían que evitar esas cosas. Porque, en definitiva, vas a terminar en lo mismo, el mismo fin.

E.- ¿Consideras que se cumplen todas las recomendaciones que existen sobre el contacto piel a piel madre e hijo al momento del nacimiento?

PJ. - Y sí, sí, según el caso. Acá tenemos mucho ese vínculo, por lo general la población que tenemos, la mayoría son desvinculados. En el caso que sí exista ese vínculo y en el caso de cubrirlo es lo más lindo.

E.- ¿Le parece importante promover ese contacto piel a piel inmediata y la lactancia materna?

PJ. - Sí, totalmente importante, porque es el primer contacto que vos tenéis con tu hijo y la lactancia es todo un círculo. Cuanta más toma, más produce, es un círculo, es contacto afectivo, el apego. Todo eso lo vas logrando a medida que va teniendo ese contacto con tu hijo.

E.- ¿Entendés que esto se lleva a práctica con la cotidianidad?

PJ. - Sí, hay que educar más sobre la lactancia materna. Porque a veces tenés muchos casos que la madre tiene una cesárea y obviamente que la leche demora en bajar, pero Fíjate que yo por ejemplo les digo el calostro, la primera leche materna es la que va, la que tiene mejores nutrientes, pero como que hay que abrir, Hay madres que, por ejemplo, es más fácil dar el biberón.

E.- ¿Cuánto tiempo en promedio pasa desde el nacimiento y que se realizan las medidas antropométricas? hay tres opciones. Los primeros 10 minutos, entre los 11 minutos y la hora o después de la hora, no entre los primeros 10 minutos.

PJ. - En los primeros diez minutos

E.- Y piensas que te tiempo se podría prolongar, o sea, esperar más tiempo para medirlo y pesarlo, ¿para estimular ese contacto madre hijo?

PJ. - Y no, yo pienso que el bebé sale, naci6n, se lo das a la madre y el primer contacto tiene con ella y enseguida lo agarro enfermería, hace todo eso de la evaluaci6n y que en ese momento son primordiales tambi6n y despu6s a la madre continúa con el apego.

E.- ¿Qué entiende por el concepto humanizaci6n en la etapa perinatal?

PJ. - ¿Que entiendo...? no te entendí bien.

E.- Si yo te digo para vos que significa humanizar la etapa perinatal

PJ. - hoy me parece re importante, le das m6s seguridad a la madre. Esta se va a sentir m6s c6moda. Tener empatía no, porque obviamente a veces ten6s madre que le falta conocimiento de muchas cosas y bueno, y vos logrando la empatía y uno y siendo m6s humanizada, vas a hacerle m6s f6cil la tarea a la madre. Que ella se sienta m6s c6moda.

E.- Claro, perfecto. ¿Considera que est6 humanizada la etapa perinatal?

PJ. - SÍ. Considero que hay algo que se podría mejorar, no sé, estimular m6s la lactancia, sería bueno en la instituci6n.

E.- ¿Se han implementado estrategias para promover la pr6ctica humanizada?

PJ. - SÍ, sÍ, sÍ,

E.- por ejemplo...

PJ. - Y tenemos una nurse o no sé si es una licenciada a cargo que pasa por todas las habitaciones. Mira los pezones de la madre como est6n, si est6n planos y eso, tenemos un mont6n de cosas para que tratar de que las madres tomen conciencia, porque te reitero, Trabajamos con una poblaci6n que no siempre ocurre esto. Hay madre que si, pero hay madres que no quieren

E.- Me dijiste que no trabajabas en otro lado.

PJ. - No, por ahora no hago endoscopia digestiva, pero eso no es solamente un trabajo extra.

E.- ¿Crees que la pandemia influyó en la práctica humanizada a la hora de atender a la paciente embarazada?

PJ.- Sí, sí, sí, sí, sí, sí, sí, sí.

E.- ¿Cuáles crees que son los aspectos que se vieron más afectados?

PJ. - la atención al usuario, eso de atenderte por una computadora o por un teléfono me parece que crea doctores totalmente inhumanos. Y aparte, es imposible que vos tengas un buen seguimiento de un paciente viéndolo a través de un teléfono. Eso para mí no funciona.

E.- ¿Con respecto al acompañante de la paciente embarazada, crees que éste se vio afectado por la pandemia?

PJ. - ¿El acompañamiento? Y... si, si bien es cierto pienso en la gente que se ha muerto por la pandemia sola.

E.- Claro, pero el acompañante, el acompañante de la embarazada a la hora de ir a tener familia. ¿Crees que lo afectó la familia?

PJ. -Capaz, yo pienso que sí, que nos afecta. Sí, sí, sí.

E.- ¿Y qué consecuencias crees que esto podría generar que la mujer fuera a parir sola?

PJ. - Primero que no cuenta con el apoyo de su pareja en ese momento, que es importante. Segundo, que me parece que tomándolo en en todos los ámbitos, no solamente en el nacimiento, el familiar tiene que estar.

E.- Bien, bueno, para ir terminando ya con respecto a la vida y finalización del parto. ¿Considera que el número de cesáreas se modificó durante la pandemia? ¿Aumentó, bajo...?

PJ. - No, no, no, me parece que fue igual.

E.- ¿para terminar ahora sí, algo que quieras agregar o contarnos?

PJ. - no no, por ahora no.

E.- bueno muchas gracias por participar.

FIN DE LA ENTREVISTA.

7- Entrevista a neonatólogo.

Participantes: **E:** Entrevistador. **JP:** Neonatólogo.

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E.-Antes que nada, ¿cómo es tu nombre?

JP. -JP

E.-Muy bien JP, contame ¿en qué área te desempeñas y bajo qué cargo?

JP. - Soy neonatólogo de alta función del Pereira Rossell, ex profesor adjunto de la cátedra de neonatología y soy profesor adjunto de la escuela de parteras.

E: ¿Y hace cuánto que estás trabajando en esta área?

JP. - 2012.

E.- Desde el 2012, bien. Además de trabajar acá, ¿trabajas en otra institución?

JP. - Actualmente no, trabajé años hasta hace 1 mes en el Sanatorio Americano.

E.- Bien. ¿Y ahora cuántas horas semanales más o menos estás trabajando?

JP. -Hago 60 horas.

E- Bien, bien, ahora ya pasando un poco más a lo que son las preguntas acerca de la humanización. ¿Crees que se les brinda a las usuarias la libertad de decidir sobre ciertas prácticas realizadas durante el proceso asistencial?

JP. - Estoy en contra (...) de decir humanización del parto, lo que hay que hacer es desmedicalizar.

E.-Bien, después vamos a entrar un poquito más en eso.

JP-El parto lo hacemos los humanos, lo seguimos haciendo los humanos por suerte. Entonces ese concepto a mí no me gusta porque partiendo de una hipótesis que no es real. Más allá de eso creo que hay situaciones donde no se respetan los deseos de la paciente y de su entorno y su familia y que el parto sigue siendo muy medicalizado al día de hoy.

E.-En cuanto las maniobras que se permiten realizar cómo por ejemplo la analgesia, la libertad para moverse, posición... ¿Crees que son maniobras que favorecen o dificultan el proceso?

JP. -Sin duda favorecen. También el consumir líquido durante el trabajo de parto parto, la presencia de quién la mujer decida, yo creo que no debe ser una, debe ser una o más personas, el área adecuada y la minimización de las intervenciones médicas.

E.- Bien, ¿y usted cree que en realidad se enfrenta a limitaciones a la hora de brindarle libertad a la usuaria?

JP. - Sí.

E.- ¿Sí? ¿Cuáles serían, cuáles identifica?

JP. - Por ejemplo, en este hospital, las salas de nacer tienen una buena planta física, tienen un defecto que el corredor es muy transitado, entonces, hay mucho ruido, muchos estímulos y la Mujer no puede tener tranquilidad y no puede descansar tranquilamente, por ejemplo.

E.- Bien.

JP. -Podría haber una lista mucho mayor. Yo creo que limitar a un solo acompañante, más en época del COVID, es un error conceptual, la persona debería estar acompañada por quien ella decidiera, una o más personas, yo eso no tengo problema.

E.-Perfecto, ahora después vamos a entrar un poquito más en lo que fue la pandemia y (...) podemos dar un espacio más a eso. (..) En cuánto a las maniobras invasivas que se utilizan al momento del parto, ¿con qué frecuencia ves que se realizan?

JP. - ¿Invasivas a qué te referís?

E.-Invasivas nos referimos aquellas maniobras como por ejemplo la episiotomía...

JP. - Más frecuentemente de lo que debería, no tengo datos, pero no tengo dudas.

E.- Bien.

JP.-La aplicación de la episio, realmente, yo creo que en este hospital que es un hospital escuela, se usa más la episiotomía, si bien tenemos (...) un buen número de partos vaginales con respecto al privado, hay algunos accidentes y yo creo que episio en parte es uno, porque a veces las personas con menos experiencias tiendan a acelerar la parte final del parto haciendo la episio y eso, claro es esperable en cualquier hospital escuela es esperable que haya más maniobras, que haya más complicaciones, más infecciones, eso es algo esperable.

E.-Bien

JP.-Pero creo que más de lo que debería, no tengo los datos realmente de cuántas episios hacemos porcentaje.

E.- Bien, la segunda parte de la pregunta va en base a eso también, dice si piensa qué siempre son necesarias estas maniobras.

JP. -No, no siempre. Están muy vinculadas a quien las realiza (...) Habitualmente acá quién hace los partos vaginales son los residentes o las parteras, a veces ni siquiera ellos, a veces son los internos. Entonces ahí hay, cuando no está con alguien de supervisión, la ansiedad juega su rol.

E.-Bien, ya con respecto a las cesáreas como tal, ¿cuál es la causa más frecuente por la que se realizan que logras identificar?

JP. -En broma, amenaza de parto. Pero, el problema que tiene el Pereira Rosell al ser un hospital de referencia, es que muchas pacientes tienen patología previa. Una altísima tasa de mujeres con obesidad, altísima, que a su vez son diabéticas, que vienen macrosómicos (..) entonces eso hace que la cesárea sea más frecuente.

E.- Ahí va

JP.-Entonces si vos me preguntas, yo no tengo datos, tendría que fijarme cuales fueron las causas, el más frecuente creo que es el fallo de la inducción, el problema o la inducción del trabajo de parto (...) el uso de oxitocina, eh, pero bueno creo que ese es el más frecuente. Siempre mirarlo con cautela en un hospital de referencia los números porque al ser referencia hay pacientes con patología ya sea fetal o materna pese ya tiene indicación de cesárea.

E.-Bien

JP. - Pero realmente este es un hospital particular, que son cifras más que aceptables, cuándo yo ejercía en privado, yo también trabajo, ahora ya no, en el Seguro Americano, hago partos de mujeres que pagan un seguro, la tasa de cesáreas es mucho mayor y realmente a veces son poco justificadas. Ahí sí hay todo un proceso bastante diferente no.

E.- Bien. Ahora después tenemos una pregunta también que apunta a (...) a esa diferencia, te van llevando las preguntas lo que pasa también. Con respecto también a las cesáreas, como para redondear esto, ¿crees qué están sobre indicadas?

JP. -Si, totalmente. Además, las cesáreas son un ámbito en el cual nosotros ya trabajamos, avanzamos bastante, yo en el seguro avancé abundante con respetar algunos deseos de la paciente. El contacto piel a piel inmediato, el clampeo más oportuno de cordón, los primeros minutos en piel de la madre eso, después te muestro fotos y videos que tengo, eso lo avanzamos bastante y así que en un ambiente que es altamente hostil, porque un block

quirúrgico es muy hostil, por lo menos que se permita cierta privacidad y se disfrute el momento del nacimiento del hijo no.

E.- Bien. ¿Consideras que se cumple siempre con las recomendaciones existentes sobre el contacto madre-hijo al momento del nacimiento?

JP. -No, siempre no. Siempre no.

E.- ¿Identificar alguna causa por la que no se realice, más notoria?

JP. - Yo creo que hay dos causas particulares. Primero es el régimen laboral, eh nosotros en este hospital con el número elevado de de partos a veces el personal médico y no médico tiene que estar en varias cosas al momento, y eso hace que uno haga, se tomen los pasos más rápidamente entonces no respetan los tiempos, los respetan el contacto piel a piel durante un tiempo prolongado. Está estresado y apurado por hacer la antropometría, que no importa, nosotros (...) no sé si tu Tenes, nosotros en el año 2019 elaboramos un documento que es la "guía de práctica clínica de la maternidad del Pereira Rossell", si no lo tenés pasa a buscarlos ahí a la secretaria del departamento médico obstétrico, en el cual hacemos recomendaciones. Lo que nosotros recomendamos es que la antropometría no es mandatoria al momento del nacimiento, sino que se puede hacer en las primeras 24 horas. Entonces, y bueno eso enfermería presiona, entra la balanza con un golpe en la puerta un balazo así, todo el mundo queda así, hay que pesar el niño cuando en realidad no hay apuro, puede estar con la madre y con su padre el tiempo que sea pertinente, pero el régimen de trabajo nos lleva a eso. Y lo otro es la falta de experiencia como te lo decía de las episiotomías, del lado neonatal a veces quienes recepcionan son residentes de primer año con poca experiencia o internos y a veces la ansiedad juega un rol y no, no se respetan los tiempos que se deberían respetar de un momento que es muy lindo para la familia no.

E.- Claro. Bueno, y ya un poco lo vas diciendo, pero ¿crees que es importante promover el contacto piel a piel y la lactancia materna en el momento del nacimiento?

JP. -Nosotros lo hacemos siempre. Yo por lo menos en mi ejercicio lo hago siempre el contacto piel a piel, aunque sea un prematuro extremo, aunque sea una cesárea. (...) Las ventajas están archi-mega-recontra demostradas, o sea, es más el contacto piel a piel favorece la lactancia, tiene un factor protector para el mantenimiento de la lactancia en las primeras 48 horas y al mes de vida, entonces lo tratamos de hacer siempre. En las cesáreas lo hacemos, en las cesáreas lo hacemos, quitamos el campo (...), le liberamos el brazo del lado donde vaya a

nacer el niño y si el cordón umbilical nos lo permite trasladamos el niño, lo sacamos de los campos estériles por debajo, lo ponemos piel a piel con la madre en la zona del hombro y la madre con su propio brazo puede sostenerlo, de esa manera hacemos el clampeo oportuno del cordón y también el contacto piel a piel el tiempo que sea prudente antes que el niño se enfríe, y realmente para nosotros es muy satisfactorio, creo para las madres también.

E.- ¿Y en la práctica ves que esto se puede realizar siempre en la cotidianidad?

JP. - Estamos trabajando en eso. Acá es más difícil porque generalmente el elemento limitante es el anestesista, tienen una fantasía que creen que la mujer con la epidural se va a arrancar las cosas, nunca pasó ni va a pasar, y lo otro los residentes de obstetricia están más afines, los hemos ablandado, pero todo el tema de las infecciones del sitio quirúrgico y demás, pero no, no existe eso, lo podemos manejar porque cuando el neonatólogo pasa el niño hacia la madre el neonatólogo sale del campo, pierde su esterilidad y ya no vuelve a entrar, entonces (...) no hemos tenido mayores inconvenientes. (...) tendríamos que haberlo medido ahí, tendríamos que haberlo medido para tener una base científica para decir esto que es una cuestión de experiencia.

E.- Bueno, esta pregunta también ya un poco me la fuiste respondiendo, pero en cuanto al tiempo justamente que pasa entre el nacimiento y el momento de las medidas antropométricas, eh, ¿cuál es el tiempo promedio? si es menos de 10 minutos, entre 10 minutos y 1 hora, o mayor de 1 hora.

JP. - Generalmente es entre 10 minutos y 1 hora, debería ser mayor. Debería ser cuando la situación lo permita. Habitualmente una cosa que hacemos para compatibilizar el nacimiento, los deseos familiares, si hay un plan de parto y los tiempos asistenciales, yo siempre hago una trampita, me tomo el tiempo en la piel a piel, dejo el cordón me olvido yo qué sé, ta que se maneje, clampeamos no sé qué, y en el momento del alumbramiento que es un momento molesto para la mujer, ahí generalmente es cuando llevo al niño a examinarlo, punto 1. Y ya cuando lo examino rápidamente le hago la antropometría, los visto y lo devuelvo, o sea cuando la mujer terminó el alumbramiento ya tiene al niño tomando teta (...) Ganar ganar, porque...

E.- Optimización del tiempo.

JP. - Claro, a veces el alumbramiento no puedes, hay que palpar, es un poco complejo, entonces ahí me tomo el tiempo y además lo hago con quién esté la mujer no, el padre del

niño o con quien haya decidido, que me acompañe en todo este proceso. Y como las termocunas están siempre al lado la madre está viendo siempre lo que está pasando, entonces eso nos da, y podemos ir charlando y comentando cosas en el interín.

E.-Bien, ahora sí, ¿qué entendés por el concepto de humanización? si podés contarme lo que me decías hoy.

JP. - Mirá, yo esto lo he discutido, me parece un concepto horrible, un concepto horrible porque da la sensación de que antes los partos los hacían las máquinas no, lo hacemos nosotros, lo que hay que hacer es des medicalizarlo. Es un proceso fisiológico, natural sobre el cual hay que cerciorarse de que no haya desviaciones del mismo, si las hay intervenir, eh, lo que deberíamos lograr es que el parto institucional se parezca más a que el parto fuese en la casa de la persona, que el binomio, el trinomio, las personas que estén ahí, sobre todo la embarazada, estén en un espacio cómodo, para que se dé un parto deseado, tranquilo, agradable. Y tener todo el back up necesario por si las cosas se salen del rumbo fisiológico. Yo por eso no soy, eh, partidario de los partos en domicilio, creo que el sistema uruguayo no está preparado para responder a una emergencia obstétrica o neonatal si hay un parto en domicilio. si algún día lo estuviese yo creo que no habría problema. Lo que tenemos que hacer es que el hospital se parezca más a la casa, y además personalizar la asistencia no, no ser muchos, ser los mínimos, respetar los deseos de las personas. Y siempre en confianza, mirá que nosotros hacemos, cuando hay un parto así que se cataloga naturista, generalmente yo coordino con ellos, o movimiento antivacunas también, soy el encargado de manejar las situaciones y de llegar a acuerdos, y siempre llegamos a acuerdos.

(Interrupción por llamado telefónico).

E.-Bien, perfecto. Este, bueno y ¿consideras que está humanizada la atención en esta etapa, durante la etapa perinatal?

JP. - Paso.

E.- ¿Pasos?

JP. -Si, eh, está porque somos humanos los que la hacemos. A veces nuestro rol no es el más correcto (...) y ese es el problema.

E.- Exacto. Nosotros el concepto que también utilizamos un poco en cuanto a la humanización es la tecnocracia en realidad de...

JP. -Disminuir el intervencionismo médico en un proceso fisiológico.

E.- Exacto, exacto.

JP. -Lo que tenemos que conocer quienes participamos de esto es conocer a las personas, tener confianza y tener un plan. Y conocer las etapas fisiológicas para cuando la situación se sale de la fisiología poder interponer maniobras para retomar o evitar el daño. Me parece que es eso, en el 95% de las veces disfrutamos. Yo siempre bromeo que cuando voy al parto en el seguro es como un recreo para mí. Nosotros los neonatólogos generalmente vamos a los partos, por lo menos en mi caso, de alto riesgo. Ir a un parto de bajo riesgo es ir a disfrutar con la familia. Yo disfruto, y cuando son conocidos, o pediatras no hago nada, los hago que trabajen ellos (risas) me gano la plata gratis.

E.- Bueno, ya esto también lo respondías, pero crees que se puede seguir mejorando igual en esto que me decías que el hospital sea cada vez más parecido a tener un parto en el hogar.

JP. -Totalmente, totalmente. Tenemos que las salas de nacer tienen que estar en un espacio más tranquilo, hay que personalizar más la asistencia esto me refiero a que eh los recursos humanos deben estar directamente vinculados a eso en particular, no tienen que hacer otras tareas, tienen que conocer a los pacientes con anterioridad o en el momento en que llegan a parir. Hay que racionalizar un poco más la circulación por ese pasillo, hay que evitar los ruidos desmedidos, las intervenciones desmedidas, yo creo que en eso el hospital Pereira Rossell (...) le falta todavía, le falta mucho, eh en las instituciones privadas es igual eh, o peor, igual o peor. (...)

E.-La siguiente pregunta iba relacionada a eso también, si crees que la institución, acá el Pereira Rossell ha implementado estrategias, por lo que decís las implementó, pero crees que falta todavía un camino por recorrer.

JP. -Si, como todo en la administración pública las escribimos, las coordinamos, y después es muy difícil llevarlas a la práctica.

E.-Claro.

JP. -Avanzamos, igual seguimos identificando puntos débiles. Uno es ese yo creo el personal que atiende, la capacitación todavía es escasa, eh también pasa que claro el alto número de partos es realmente difícil hacer el trabajo. Hay varios puntos más que tenemos, el tema de la lactancia precoz es una debilidad, sobre todo cuando es una cesárea, eh, y bueno tenemos que seguir trabajando esos puntos, los tenemos identificados, las estrategias a lo mejor no han sido tan contundentes.

E.-Perfecto. Bueno, y me contabas que trabajabas en el seguro americano en un momento, en ese tiempo que estuviste trabajando, ¿notaste alguna diferencia en cuanto a tasa de cesáreas, por ejemplo, al acompañamiento, a la libertad que se le da a la usuaria para...?

JP. -Hay mucha más cesárea, por lejos, por lejos.

E.- Bien.

JP. -Muchas más. Es un ambiente muy amigable porque es más personalizado, igual el seguro es como muy gracioso porque los obstetras son de alto nivel, menos algunos que son impresentables, eh los neonatólogos creo que somos bastantes competentes, la enfermería no es buena porque la enfermera que va a hacer el parto es la enfermera de piso, o se ha ve adultos, niños, todo, pero cuando hay complejidad van las del CTI neonatal y eso es un placer. La tasa de cesáreas es más elevada como te decía hoy, pero tiene otras ventajas no, (...) las salas de nacer no son mucho mejores que estas, pero son más personales, el alojamiento madre e hijo son salas muy cómodas.

E.-Y en cuanto al momento de parto, ¿notas que se le brinda a la usuaria otra libertad como para decidir la posición, si quiere escuchar música, si...?

JP. -Más o menos, acá también eh. Acá también se permite, si si si. Acá tuvimos una época cuando estaba Luciana Miranda sobre todo como obstetra y demás, teníamos más partos verticales de los que tenemos ahora, todavía siguen pariendo mucho en posición ginecológica, yo no entiendo lo que es no la costumbre, que las mujeres no piden el parto vertical, que realmente creo yo que es más fisiológico (...)

E.-Bueno, yéndonos un poco más ya a la pandemia y sus repercusiones, ¿crees que influyó en alguna forma en cuanto a la atención perinatal?

JP. - Si

E.- ¿En qué aspectos?

JP. -Menos que en otras, menos que en otras, pero sí.

E.- hí va, y ¿qué aspectos viste que fueron los más afectados?

JP. - el acompañamiento de padres a sus hijos.

E.- Bien, esa es la siguiente pregunta justamente, con respecto al acompañamiento durante la pandemia, ¿si crees que se vio afectado y qué consecuencias crees que pudo generar esa alteración en el acompañamiento?

JP.- Todo lo que está claramente demostrado (...) el inicio de la lactancia, el contacto piel a piel, reconocimiento con los hijos, cuando hay situaciones además que son estresantes que el hijo ingresa a un sector de internación no lo pueden acompañar, de hecho anoche tuvimos una, nos peleamos un poco con los obstetras por una situación de una mujer que cursó COVID hace 3 meses que ahora viene a parir, ingresó al CTI y como no tenía COVID hecho porque ingresó pariendo no pudo bajar el padre a acompañar a su hijo por un COVID pendiente. Es insólito ¿no? eso si uno piensa no tiene mucha racionalidad. Pero jugamos muy a la defensiva. Igual acá creo que comparado con el resto de las especialidades la pasamos divino.

E.- ¿Sí?

JP. -Y sí.

E.- Bien, y con respecto más a la finalización del parto, ¿durante la pandemia aumentó por ejemplo el número de cesáreas?

JP. -Bueno, acá no, acá no. (...) fue igual. Por lo menos significativamente, eso sí lo tengo medido.

E.- ¿Y atribuí esos resultados a algo en particular, a la forma de la gestión?

JP. -No, yo creo que no, eh acá lo que es seguro que también lo tenemos medido que la pandemia en la población pobre del Uruguay le pegó horrible, lo tenemos medido también, con respecto al privado se fue todo, nos fuimos al bombo, el número de controles, si bien no

aumentó la mortalidad sustancialmente, significativamente, empeoró la calidad de los controles seguro. Sabes que aumentaron las restricciones (RCIU), aumentó la prematuridad también, la mortalidad no se vio modificada, pero sí hubo un impacto seguro, si si si.

E.-Bueno, ya finalizando, si querés agregar o contarme algo más al respecto.

JP. -Llévate las guías después, léelas, una cosa es lo que está escrito y otra lo que hacemos.

E.- Exacto

JP. -Como todo en la vida.

E.-Sí bueno, también es parte del trabajo que queremos hacer ese contraste entre lo que son las guías y la práctica

JP. - Es la historia de la vida.

E.-Exacto. Bueno Juan, muchísimas gracias.

JP. - ¡Por favor!

E.-La verdad que muy rica la entrevista, nos llevamos un montón de cosas para analizar

JP. - Tienes más gente por ahí.

FIN DE LA ENTREVISTA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIAS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento, se lo invita a participar del proyecto de investigación "Humanización de los cuidados en salud perinatal, en Uruguay, 2021", por ser usuaria del sistema de salud en el área de cuidados perinatales del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Este estudio tiene como

objetivo conocer la percepción de usuarios y personal de salud sobre la humanización en el área de los cuidados perinatales.

Su participación en esta investigación no implica riesgos y es totalmente voluntaria, pudiendo negarse a continuar en cualquier momento.

Se le realizará una entrevista estructurada con preguntas orientadas a la temática de la investigación. La entrevista tendrá una duración aproximada de 15 minutos, será grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis. Los registros obtenidos serán anónimos y confidenciales, se cambiará los nombres y apellidos de los participantes por alias o iniciales.

La información resultante de las entrevistas será analizada por quienes llevan a cabo esta investigación.

Yo _____, el día ____ de _____ de 2021, he leído y/o escuchado la información en este formulario de consentimiento informado, todas mis preguntas o dudas han sido aclaradas y contestadas. Mediante este documento, acepto participar de este proyecto de investigación de forma libre y voluntaria, bajo las condiciones establecidas.

Firma: _____

Aclaración: _____

ENTREVISTAS USUARIAS.

PRIMERA ENTREVISTA

Participantes: E: Entrevistador. U: Usuaría.

Introducción: Presentación del equipo investigador. Se informa sobre el proyecto de investigación y las características de la entrevista. Se entrega el consentimiento informado.

E.- ¿Cuántos partos tuvo?

U.- Dos.

E.- ¿El último cuándo fue?

U.- El domingo 12.

E.- Muy bien. ¿Está conforme con la atención que tuvo durante el embarazo y el parto?

U.- Sí, sí, porque fue muy lindo. Fue agradable.

E.- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud?

U.- Sí, sí, porque en esos momentos que te venían contracciones te motivan, te guían. Eso está

Bueno. Más bien, te tranquilizaba

E.- ¿Pudo elegir que alguien la acompañara?

U.- Sí. Mi marido.

E.- En relación al personal que te atendió, ¿Usted ya los conocía de antes?

U.- No, no, por primera vez, la partera y la verdad re amorosa, re bien.

E.- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U.- Sí se presentaban, pero tal vez en un momento que vienen ya no te acordabas mucho. Pero si eso así, bien.

E.- ¿Cómo valoraría la atención de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U.- No, muy bien, muy bien porque siempre estaban atentos a ver que te pasaba o como te había ido o cuando se necesitaba de la enfermera y la médica.

E.- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U.- Sí, sí, fue con suero, porque yo no estaba dilatando, nunca me ofrecieron analgesia, ni para calmarme solo me dieron oxitocina

E.- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U.- No, todo era necesario, me tenían que valorar a ver cómo iba ahí, como dilataba y eso

E.- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para qué era eso?

U.- Pedían permiso y si era el momento adecuado o si faltara más, no, no todo, todo hablado bien.

E.- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U.- No, no. Nunca me impidieron hacer nada, yo caminaba iba al baño y eso.

E.- ¿Le brindaron información de distintas posturas que podía tener en el parto?

U.- No yo como tengo otro ya, supongo no me dijeron por eso. Entonces ya más o menos, ya tenía la idea, la idea.

E.- ¿Pudo elegir en qué posición ponerse durante el parto?

U.- Ah, no, no, no siempre como ellos decían

E.- ¿Tuvo contacto inmediato con la beba?

U.- Si

E.- ¿Le parece que fue suficiente ese tiempo que se la dejaron?

U.- Sí, sí, porque mientras se arreglaba todo, todas las cosas de la sala me la dejaron un ratito.

E.- ¿Usted panificó el parto?

U.- No, no, no, nunca.

E.- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U.- Fue peor, fue algo inesperado. No imaginaba constantemente dolores. Si porque nunca supe lo que había para aliviar el dolor, tampoco me pasó con el otro embarazo. Fue distinto. Yo sentía dolores en mi cabeza, molestias y enseguida me vine al médico y con 8 dilatación ya me dijo que ya iba a parir y no sentí dolor. Este fue más fuerte y más largo.

E.- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U.- No, no, no, no han venido

E.- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarle?

U.- Sí, vino, si y ya ahora voy a ir a hablar con alguna médica para ponerme el implante

E.- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U.- Si un aspecto capaz no más, es que pueda haber más personal de salud. Son muy poquito para la gran cantidad de embarazadas que somos. Después bien con el personal bien.

E.- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U.- No, no, no, no, no, no, me parece que no.

E.- Bueno, muchas gracias.

SEGUNDA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos tuvo?

U-Dos cesáreas.

E- ¿El último cuándo fue?

U-El lunes 13.

E- ¿Está conforme con la atención que recibió durante el embarazo y el parto?

U-Sí.

E- ¿Se sintió escuchada y acompañada?

U- Si

E- ¿Pudo elegir quién el acompañante durante el parto?

U-Si me acompañó mi pareja

E-En relación al personal de salud que atendió el parto, ¿ya los conocías?

U-Sí, con Camila, con la que me hice la cirugía, la conocía. Esa era la ginecóloga

E- ¿En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U-Si si

E- ¿Cómo valoraría la atención de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U-Buena.

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el parto?

U-Sí, pero no me acuerdo que era

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U-No, no

E- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para qué era eso?

U-Sí, sí

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- No, no, no

¿E- Se te informó por qué iba a ser cesárea?

U- Sí. Porque mi nene venía con la cabecita chiquita.

E- Bien, ¿recibió asesoramiento, por ejemplo, de los beneficios que se iba a tener o los riesgos que se podían tener?

U-Sí me hablaron y todo

E- ¿Tuvo contacto inmediato con el bebe?

U-Sí, me lo pusieron para verlo y se lo llevaron enseguida

E- ¿Le pareció suficiente ese tiempo?

U- No estaba bien, porque yo quería que él se fuera, como venía mal, quería que lo pudieran atender a él.

E- ¿Usted panificó el parto?

U-No, no.

E- Bien. ¿Y cómo catalogas la experiencia que tuvo? ¿Mejor, igual o peor de lo que esperaba?

U-No, mejor, mejor.

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U-No, no, todavía no.

E- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarte?

U- Tampoco, tampoco.

E- Basado en esta experiencia que tuvo, ¿consideras que pueda mejorar algo el personal de salud?

U- No, para mi está todo bien.

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- No, siento que no.

E- Muchas gracias.

TERCERA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos ha tenido?

U- Dos.

E- ¿Cuándo fue el último?

U- ¿El 14? El 14.

E- ¿Está conforme con la atención recibida durante el embarazo y parto?

U- Si

E- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud?

U- Si

E- ¿Pudo elegir que alguien la acompañara?

U- Estuve acompañada por mi cuñada.

E- En relación al personal que te atendió, ¿los conocía de antes del parto?

U- No, nunca los había visto.

E- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U- La partera se presentó, me decía quién era, la partera y todo, pero los de mas no le puse atención.

E- Bien. ¿Cómo valoraría la atención de cada uno de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U- Buena, sí, de todo el personal, por ejemplo, de la partera re bien, pero de algunas enfermeras mala atención te tratan como si fueras cualquier cosa, en mi caso una fue bastante mal educada, te hablaba re mal y una está en un momento delicado para que te traten así

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U- Si, la epidural no más

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U- No, al contrario, lo que tenían que haberme hecho era haberme cortado un poquito porque se me había roto el labio, se me partió todo. Me tuvieron como media hora con un dolor que fue innecesario porque era solo hacer clic ahí, pero después impecable.

E- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para qué era eso?

U- Pedían permiso sí, me decía vamos a hacerte tal cosa. Para colocarme la sonda también me pidieron permiso y me explicaron el porqué de eso.

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- No, la partera me dio una pelota y me dijo si quería bañarme y fue todo rápido después

E- ¿Fue parto vaginal o Cesárea?

U- Vaginal fue

E- ¿Le brindaron información de distintas posturas que podía tener en el parto?

U- No eso no, solo me levantaban la cama o la bajaban, pero después siempre acostada me tenían

E- ¿Pudo elegir en qué posición ponerse durante el parto?

U- No, yo estuve siempre ahí arriba de la cama acostada digamos, no sabía que podía ponerme de otra forma, capaz eso te lo tienen que informar para que una esté más cómoda, no sabía de eso y me quede siempre en la cama. Lo único que pedían es que me levantaran las piernas con otra partera, pero nunca acomodarme como yo hubiera querido para hacer fuerza.

E- ¿Tuvo contacto inmediato con la beba?

U- Si, sí

E- ¿Le parece que fue suficiente ese tiempo que se la dejaron?

U- Fue poquito pero como había tragado sangre se lo llevaron y ta ahí me dijeron porque se lo llevaban, para seguir examinándolo

E- ¿Usted panificó el parto?

U- Fui a dos clases de parto no más

E- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U- Para mí fue un sueño, fue re lindo yo me lo imaginaba peor y fue muy lindo.

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U- Si, si

E- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarte?

U- Si también

E- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U- La enfermera, el trato de parte de los enfermeros si tiene que mejorar y muchísimo, después cosas chicas como la comida para los acompañantes si sos del interior re Tenes que ir atrás de todos para pedirla yo que se no tienen donde quedarse en la noche, eso también, no hay más que una silla.

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- Sí, sí, la verdad que sí. El tema de emergencia está todo muy complicado, hay muy poco personal para atendernos, no tenían cama al principio y tuve que esperar. Supongo debe ser por la pandemia.

E- Muy amable, gracias.

CUARTA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos ha tenido?

U- Uno

E- ¿Cuándo fue el último?

U- El 13 de setiembre.

E- ¿Está conforme con la atención que recibió durante el embarazo y el parto?

U- Si

E- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud?

U- Si

E- ¿estuviste acompañada por alguna persona de tu elección durante el parto?

U- Mi madre me acompaño

E- En relación al personal de salud que te atendió, ¿usted ya los conocía de antes del parto?

U- No

E- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U- No me acuerdo de eso

E- ¿Cómo valoraría la atención de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U- Buena, si buena

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U- Si analgesia, pero yo no quise

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U- Si, siempre me pedían permiso.

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- No, igual no hice nada

E- ¿Tuvo parto vaginal o cesárea?

U- Vaginal fue

E- ¿Le brindaron información de distintas posturas que podía tener en el parto?

U- No, ni idea

E- ¿Pudo elegir en qué posición ponerse durante el parto?

U- No, o sea ahí como estaba en la cama quede, ellos me iban diciendo más o menos que hacer

E- ¿Tuvo contacto inmediato con su hijo?

U- Si

E- ¿Le parece que fue suficiente ese tiempo que se la dejaron?

U- Me pareció poco

E- ¿Usted panificó el parto?

U- No, no

E- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U- No sé, nunca me imaginé cómo iba a hacer tampoco, pero estuvo bien

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U- Sí

E- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarle?

U- Si también.

E- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U- No. Todo bien estuvo

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- Sí, el tapabocas horrible, no te lo dejaban sacar en ningún momento durante el parto, pero no te dejaba respirar bien, capaz eso es lo malo de ahora no más

E- Muchas gracias.

QUINTA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos tuvo?

U- Uno, este es el primero y el único

E- ¿Cuándo fue?

U- El 10, el 10 de setiembre.

E- ¿Está conforme con la atención que tuvo durante el embarazo y el parto?

U- Sí.

E- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud?

U- Si

E- ¿Pudo elegir que alguien la acompañara?

U- Si, por mi pareja.

E- En relación al personal que te atendió, ¿Usted ya los conocía de antes?

U- Solo a las parteras, sólo las parteras. Pero con el equipo que estuvo en el parto mismo, no.

E- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U- Si eso se presentaron.

E- ¿Cómo valora la atención de cada uno de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U- Buena.

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U- Si la epidural

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U- No

E- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para qué era eso?

U- Si

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- No, me dijeron si quería escuchar música que podía poner, y si quería caminar también. Me dieron opciones de hacer el trabajo de parto parada o acostada.

E- ¿La vía de finalización fue vaginal o cesárea?

U- Vaginal si

E- ¿Le brindaron información de distintas posturas que podía tener en el parto?

U- Si

E- ¿Pudo elegir en qué posición ponerse durante el parto?

U- Si yo me puse como mejor me quedaba para pujar

E- ¿Tuvo contacto inmediato con la beba?

U- Si enseguida

E- ¿Le parece que fue suficiente ese tiempo que se la dejaron?

U- Si, eh, sí, porque primero me la pusieron arriba, después hicieron todo delante mío y me lo trajeron de nuevo.

E- ¿Usted planificó el parto?

U- Hice unas clases virtuales para controlar la respiración y después consejos de mi madre

E- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U- Fue mejor de lo que esperaba

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U- No, he ido yo a las salas de lactancia por mi cuenta

E- ¿Sobre sexualidad han venido a hablarle?

U- Me han preguntado nada más que con que me pensaba cuidar

E- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U- No, lo único que me quedé un poco disconforme es que al principio como que cuando me llevaron a la sala de parto me dejaban sola. No, no es que ya desde el principio estuvo todo el equipo conmigo, esperaron a que a mí me vinieran las fuerzas y me tuvieron ahí hasta que ya ellos ya creían que yo estaba. Pero ta, me parece que tendrían que estar en todo momento alguien ahí, yo ahí estaba sola con mi pareja.

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- Sí, no sé en realidad, porque no sé cómo se manejaban antes los partos, pero sí puede ser igual también.

E- Bueno, muchas gracias.

SEXTA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos ha tenido?

U- Dos cesáreas con esta

E- ¿Cuándo fue el último?

U- Fue el 14 de setiembre

E- ¿Está conforme con la atención recibida durante el embarazo y parto?

U- En el embarazo si, en el parto más o menos

E- ¿Por qué?

U- Porque me ofrecieron si quería elegir parto natural o cesárea, yo elegí parto natural. Luego

Presente muchos dolores, pedí analgesia y no me la dieron en el momento que yo la pedí, termine sufriendo para que luego de unas cuantas horas me hicieran cesárea de urgencia

E- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud en ese momento?

U- No, sentí que no me escuchaban lo que yo pedía

E- ¿Pudo elegir que alguien la acompañara?

U- Si por mi marido

E- En relación al personal que te atendió, ¿los conocía de antes del parto?

U- Si, no digo que sean malo, pero en ese momento no me escuchaban

E- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U- Si

E- Bien. ¿Cómo valoraría la atención de cada uno de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U- Mala

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U- Solo la anestesia cuando quisieron

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U- No porque ta primero me querían convencer de seguir esperando al parto natural y después tuvieron que hacer cesárea

E- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para qué era eso?

U- Si siempre

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- Si, pero en caminar, porque estaba monitorizaba

E- ¿Le brindaron información de por qué termino en cesárea?

U- En realidad porque yo empecé con un dolor raro en la panza y yo pensé que lo perdía, ellos me iban diciendo y explicaron porque se tenía que hacer cesárea

E- ¿Le informaron el riesgo y/o beneficios de la cesárea?

U- Si eso también

E- ¿Tuvo contacto inmediato con su hijo?

U- Me lo mostraron de lejos, no le pude dar un beso ni nada y no me explicaron por qué

E- ¿Usted panificó el parto?

U- No

E- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U- Fue mala

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U- Solo de lactancia vinieron a preguntar si él se prendía y eso

E- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarte?

U- Me preguntaron solo con que me quería cuidar

E- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U- En que te tiene que escuchar más, a veces uno quiere una cosa y no se la escucha

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- No para nada

E- Muy amable, gracias.

SEPTIMA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos ha tenido?

U- Este es el primero

E- ¿Cuándo fue el último?

U- El 20

E- ¿Está conforme con la atención recibida durante el embarazo y parto?

U- Si, muy conforme, la atención fue muy buena

E- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud?

U- Si

E- ¿Pudo elegir que alguien la acompañara?

U- Si, mi pareja

E- En relación al personal que te atendió, ¿los conocía de antes del parto?

U- No, de antes no

E- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U- No, sinceramente solo la partera, se presentaron, pero no decían si eran enfermera o ginecólogos, fue muy rápido todo igual

E- Bien. ¿Cómo valoraría la atención de cada uno de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U- Buena

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U- Si, la analgesia

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U- No para nada, todo era necesario

E- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para qué era eso?

U- Si por supuesto, antes de hacerme algo me preguntaban

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- No, nada, me sentí libre

E- ¿Fue parto vaginal o cesárea?

U- Fue parto vaginal

E- ¿Le brindaron información de distintas posturas que podía tener en el parto?

U- No

E- ¿Pudo elegir en qué posición ponerse durante el parto?

U- Fue la primera que me indicaron, en la camilla como estaba

E- ¿Tuvo contacto inmediato con la beba?

U- Si

E- ¿Le parece que fue suficiente ese tiempo que se la dejaron?

U-No, fue bastante corto y no me explicaron por qué se la llevaron

E- ¿Usted panificó el parto?

U- Tuve un par de clases online no más

E- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U- Mejor, me imaginaba peor y lo soporte bien

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U- Si, he ido al sector de lactancia de fundación Canguro y me explicaron todo ahí, de sueño no

E- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarte?

U- No aun

E- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U- Si, el trato de las enfermeras podría ser mejor, a veces te tratan mal, tardan en cumplir con los horarios, si les pedís algo demoran o te lo niegan sin consultar, pero lo otro no

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- No, no

E- Bueno, muchas gracias.

OCTAVA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos ha tenido?

U- Cuatro

E- ¿Cuándo fue el último?

U- Este fue hoy en la madrugada

E- ¿Está conforme con la atención recibida durante el embarazo y parto?

U- Si la verdad que si

E- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud?

U- Si

E- ¿Pudo elegir que alguien la acompañara?

U- Si, por mi pareja

E- En relación al personal que te atendió, ¿los conocía de antes del parto?

U- Si ya los conozco a todos, tuve a los cuatro acá

E- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U- Si ya sabía

E- Bien. ¿Cómo valoraría la atención de cada uno de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U- Bien, bien

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U- No, nada

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U- No creo que no

E- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para qué era eso?

U- Si, me explicaban si

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- No solo que no me dejaban darle de comer y después vino otra enfermera y me dijo que sí que podía, como que hubo un malentendido porque yo tenía todo bien

E- ¿Fue parto vaginal o cesárea?

U- Vaginal

E- ¿Le brindaron información de distintas posturas que podía tener en el parto?

U- No, no

E- ¿Pudo elegir en qué posición ponerse durante el parto?

U- Si porque como ya tuve los otros, ya sabía

E- ¿Tuvo contacto inmediato con la beba?

U- Si

E- ¿Le parece que fue suficiente ese tiempo que se la dejaron?

U- Si me pareció bien

E- ¿Usted panificó el parto?

U- No

E- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U- Fue mala porque el pase mal, me caía yo esperaba otra cosa, quería salir a caminar y eso y no podía

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U- Si si

E- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarte?

U- Si también, me voy a poner el Diu

E- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U- La verdad ha mejorado bastante, de mi vez anterior hace dos años y lo noto mejor en la atención

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- No, pero yo por ejemplo perdí un control porque mi doctora tenía COVID y te me lo reagentaron para más adelante y al final no fui

E- Muy amable, gracias.

NOVENA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos ha tenido?

U- Dos

E- ¿Cuándo fue el último?

U- Fue ayer

E- ¿Está conforme con la atención recibida durante el embarazo y parto?

U- Si

E- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud?

U- Si, siempre

E- ¿Pudo elegir que alguien la acompañara?

U- SI. Mi marido

E- En relación al personal que te atendió, ¿los conocía de antes del parto?

U- No nunca los había visto

E- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U- Si ellos se presentaban

E- Bien. ¿Cómo valoraría la atención de cada uno de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U- Buena si

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U- Si analgesia, pero no me acuerdo mucho

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U- Creo que no

E- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para que era eso?

U- Si siempre me explicaban

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- No, no

E- ¿Fue parto vaginal o cesárea?

U- Fue cesárea programada

E- ¿Te informaron los riesgos y/o beneficios de la cesárea?

U- Si ellos siempre me explicaron porque era, yo tenía riesgo de perderlo y ta

E- ¿Tuvo contacto inmediato con la beba?

U- Lo vi dos minutos y se lo llevaron para examinarlo

E- ¿Le parece que fue suficiente ese tiempo que se la dejaron?

U- Si está bien

E- ¿Usted panificó el parto?

U- No, el anterior si este no

E- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U- Estuvo bien, no fue nada de otro mundo

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U- Si ya vinieron

E- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarte?

U- Si eso también

E- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U- No, creo que no

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- No sé si en el parto porque pre- COVID era similar, pero durante el embarazo si porque no dejaban que entrara nadie a ver la ecografía y el padre quería entrar entonces eso capaz no era tan necesario restringirlo digamos, lo dejaban afuera de ese momento

E- Gracias

DECIMA ENTREVISTA

E- ¿Cuántos partos ha tenido?

U- Uno solo

E- ¿Cuándo fue el último?

U- Ayer fue de madrugada

E- ¿Está conforme con la atención recibida durante el embarazo y parto?

U- Si

E- ¿Se sintió acompañada y escuchada por el personal de salud?

U- Si, excelente eso

E- ¿Pudo elegir que alguien la acompañara?

U- Si, mi pareja

E- En relación al personal que te atendió, ¿los conocía de antes del parto?

U- No, no he venido acá, yo me atendía en otra policlínica

E- En el momento del parto, ¿usted sabía que rol tenía cada profesional, se presentaron?

U- Si, ellos se presentaban

E- Bien. ¿Cómo valoraría la atención de cada uno de ellos? ¿Buena, regular o mala?

U- Buenísima, nada que decir

E- ¿Le ofrecieron alternativas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto y parto?

U- No, esa es mi única crítica, no la pase bien con el dolor. No notaban mi cara de sufrimiento, pero yo les decía que me dolía, pero me decían las parteras que no había anestésistas y no me lo iban a dar y yo les decía que no aguantaba y ta decir que nació

E- ¿Y se le brindo analgesia no farmacológica como alternativa?

U- Si, pero yo ya sabía porque tome clases de parto, pero ellos no me dijeron nada

E- ¿Considera que le hicieron algún procedimiento médico que consideraba que no era necesario?

U- Si, me parece que la monitorización te impide muchas cosas, yo quería moverme, caminar y no podía ni moverme y eran como 20 minutos, no aguantabas era demasiado

E- Cuando la examinaban, ¿le pedían permiso, le informaban para qué era eso?

U- Si, eso siempre

E- ¿Tuvo alguna restricción para realizar algo? Por ejemplo, caminar, escuchar música

U- Me dejaron hasta traer el asiento del baño a la sala para poder sentarme, re bien en eso

E- ¿Fue parto vaginal o cesárea?

U- Si, vaginal

E- ¿Le brindaron información de distintas posturas que podía tener en el parto?

U- No, yo sabía, pero ellos no decían nada

E- ¿Pudo elegir en qué posición ponerse durante el parto?

U- No, era así como estabas acostada y a mí me hubiera gustado estar parada, por ejemplo, a veces me paraba igual porque me resultaba más cómoda, no lo exprese, pero en ese momento capaz deberían decírtelo porque una si no sabe se queda como le dicen.

E- ¿Tuvo contacto inmediato con la beba?

U- Si

E- ¿Le parece que fue suficiente ese tiempo que se la dejaron?

U- Si, sí

E- ¿Cómo cataloga su experiencia, fue igual, mejor o peor de lo esperado?

U- Comparado ha como me imaginaba, fue hermoso, venía con muchos miedos, pero fue Excelente para mí. Fue positivo, el dolor es todo mental me parece si venís preparada lo pasas mejor.

E- ¿Han venido a dar información sobre lactancia y sobre el sueño?

U- Si, vinieron si

E- ¿Y sobre sexualidad han venido a hablarte?

U- Si, si

E- Basado en su experiencia, ¿considera que puede mejorar algo el personal de salud?

U- Y capaz que sea más humanizado, que pregunten más que es lo que quiere la embarazada, en otros países por lo que estuve viendo se cumple más a raja tabla el protocolo de parto

humanizado, no te pido eso, pero sí que te hagan saber los derechos que tenemos, que brinden más la información porque yo por ejemplo sabía que podía optar por otra postura o si respiraba así me aliviaba un poco, pero ¿si no sabes? La pasas mal capaz y es algo que está legislado se supone.

E- ¿Considera que esta experiencia pudo estar influenciada por la situación sanitaria del COVID?

U- Si capaz el tema de que están como muy colapsados y limito algunas cosas como que no podían entrar a las ecografías lo padres por ejemplo y bueno es lo único malo que vi

E- Gracias, muy amable.