



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

PARTO RESPETADO: CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN
PACIENTES OBSTÉTRICAS

NEVISOL OSPINO MEDINA
DEYANITH VIRGINIA PLATA SOLANO
IVAN DAVID PUERTA PAEZ
MARIA CARIDAD RUMBO MURGAS
ADRIANA NICOLL TOUS OVIEDO

UNIVERSIDAD DEL SINÚ
ELIAS BECHARA ZAINUM
SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
CARTAGENA DE INDIAS
2019



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

PARTO RESPETADO: CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN
PACIENTES OBSTÉTRICAS

Investigadores

NEVISOL OSPINO MEDINA
DEYANITH VIRGINIA PLATA SOLANO
IVAN DAVID PUERTA PAEZ
MARIA CARIDAD RUMBO MURGAS
ADRIANA NICOLL TOUS OVIEDO

2

Asesor metodológico

LUZ MARINA PADILLA MARRUGO

Asesor disciplinario

WILLIAM GONZALEZ MONTOYA

UNIVERSIDAD DEL SINÚ
ELIAS BECHARA ZAINUM
SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
CARTAGENA DE INDIAS
2019



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, le agradecemos a Dios por derramar su sabiduría y guiarnos en la realización de este proyecto, por tocar a cada una de las personas necesarias para abrir las puertas y que este proyecto se llevara a cabo; agradecemos también a nuestros padres por su fe, confianza y amor depositados en cada uno de nosotros individualmente, esto es por ellos y para ellos.



TABLA DE CONTENIDO

1	TÍTULO	12
2	INTRODUCCION	13
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
3.1	Formulación Del Problema.....	15
3.2	Delimitación Del Problema.	15
4	OBJETIVOS.....	16
4.1	Objetivo General	16
4.2	Objetivos Específicos	16
5	JUSTIFICACION.....	17
6	ANTECEDENTES.....	18
7	MARCO TEORICO	22
7.1	EL PARTO.....	23
7.1.1	Periodos del trabajo de parto.....	23
7.1.2	Parir con placer es posible.....	25
7.1.3	La mujer pare igual como vive.....	26
7.1.4	Respeto en el proceso del parto	26
7.1.5	Cesárea.....	27
7.1.6	Anestesia	27
8	MARCO LEGAL.....	28
9	MARCO CONCEPTUAL	30
10	HIPOTESIS	32
11	METODOLOGIA.....	33
11.1	Tipo de investigación	33
11.2	Población y muestra	33
11.3	Técnicas de recolección de información.....	33
11.4	Técnicas de análisis y resultados	33
11.5	Criterios de inclusión	33
11.6	Criterios de exclusión.....	34
11.7	Consideraciones éticas.....	34



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

12	RESULTADOS	35
13	DISCUSION.....	52
14	CONCLUSION.....	53
15	PRESUPUESTO	55
16	CRONOGRAMA	56
17	ANEXOS.....	57
18	BIBLIOGRAFÍA.....	61



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Curva de Friedman	24
--	----



TABLA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Respuesta a la pregunta 1: ¿cuál es su nivel de escolaridad?	35
Gráfica 2. Respuesta a la pregunta 2: ¿cuál es su estrato social?	36
Gráfica 3. Respuesta a la pregunta 3: ¿recibe apoyo económico familiar?	37
Gráfica 4. Respuesta a la pregunta 4: ¿Cuál es su número de gestaciones?	38
Gráfica 5. Respuesta a la pregunta 5: ¿Su embarazo actual fue deseado?	39
Gráfica 6. Respuesta a la pregunta 6: ¿se le explicaron todos los procedimientos realizados en el trabajo de parto?	40
Gráfica 7. Respuesta a la pregunta 7: ¿Qué tipo de parto tuvo?	41
Gráfica 8. Motivo de la realización de cesáreas.	42
Gráfica 9. Respuesta a la pregunta 8: ¿se le indujo el parto?	43
Gráfica 10. Motivo de inducción del parto.	44
Gráfica 11. Respuesta a la pregunta 9: ¿se ha sentido satisfecha con la atención recibida?	45
Gráfica 12. Respuesta a la pregunta 10: ¿En la siguiente escala como considera usted que fue la atención de su parto?	46
Gráfica 13. Respuesta a la pregunta 11: ¿De las siguientes opciones cual sería para usted la más indeseable en el momento del parto?	47
Gráfica 14. Respuesta a la pregunta 12: ¿De las siguientes opciones cual es para usted la más importante para la atención de su parto?	48
Gráfica 15. Respuesta a la pregunta 14.	49
Gráfica 16. Porcentaje de respuesta en la opción SI.	50
Gráfica 17. Porcentaje de respuesta en la opción NO.....	51



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Presupuesto	55
Tabla 2. Cronograma.....	56



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

TABLA DE ANEXOS

Anexo 1. Autorizacion Clínica Crecer de Cartagena de Indias.....	57
Anexo 2. Consentimiento informado para participantes de investigación	58
Anexo 3. Entrevista semiestructurada parto respetado	59



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

1 TÍTULO

PARTO RESPETADO: CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES OBSTÉTRICAS



2 INTRODUCCION

El parto es un proceso importante dentro del desarrollo y la evolución de las poblaciones y a pesar de ser un proceso natural, son innumerables las complicaciones que pueden aparecer durante su desarrollo, con variaciones en su gravedad como también en la cronicidad del manejo y la recuperación. Son estas complicaciones o situaciones inesperadas las que obligan al médico a utilizar técnicas y protocolos ya establecidos para tratar oportunamente estos episodios, con la intención de completar el proceso del parto de la forma más natural posible y minimizando las secuelas en la materna y el producto; sin embargo hay factores como la omisión de la información sobre la evolución del parto, el tecnicismo de los procedimientos y la hostilidad de algunas técnicas médicas, los que contribuyen a malinterpretar su uso y tienden a ser mal recibidas. Por lo anterior el parto se vuelve traumático para muchas pacientes, deshumanizando a los médicos y sus prácticas por lo incomodo y doloroso que pueda llegar a ser.

Dentro del presente trabajo se conocerá la importancia de la humanización del parto, y la opinión personal de un grupo de pacientes obstétricas en el servicio de puerperio de la Clínica Crecer de la ciudad de Cartagena.



3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Parto respetado se define como una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento, considerando los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos, respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. (1)

Este es un tema de poca evaluación en Colombia, sin embargo, hay estudios que respaldan estadísticamente algunos aspectos que ponen en evidencia falencias en la atención médica de las gestantes en el país y las consecuencias que recaen directamente sobre ellas.

Conde Agudelo mediante un estudio cuantitativo y cualitativo de atención intraparto basada en evidencia realizado en Cali Colombia para el año 2008, evidenció que las tasas para episiotomía fueron de 70 y 22% en nulíparas y multíparas respectivamente, el acompañamiento durante el trabajo de parto y suturas sintéticas absorbibles para episiotomía mostraron tasas de utilización inferiores al 15% (2). De acuerdo a lo anterior se evidenciaron tasas elevadas de técnicas y/o procedimientos incómodos para las gestantes, que a pesar de ello, resultan adecuados e indicados (según corresponda) dentro de la guía para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (3); de la misma forma es importante que las gestantes reciban acompañamiento durante el trabajo de parto, ya que contribuye como un factor positivo para el buen desarrollo de este y mayor beneficios psicosociales sobre ellas, su familia y él bebe.

Por otra parte, a nivel internacional hay estudios con estadísticas variables, con respecto a la práctica clínica del parto propiamente dicho y el trato humanizado durante el proceso. Mediante un análisis estadístico de la comisión nacional coordinadora de acciones para elaboración de sanciones de la violencia de género en Buenos Aires - Argentina, se demostró la existencia de un concepto erróneo, el cual supone que el trato respetuoso y de calidad hacia las mujeres durante el parto y puerperio, es exclusivo al sector privado. Además aclaró que en cuanto a los aspectos económicos de la medicina privada, una de las situaciones más naturalizadas de la violencia obstétrica es la cesárea, siendo el 15% un porcentaje aceptado por la OMS, sin embargo en dicho sector privado estas cifras ascienden al 80%, su exagerado porcentaje no tiene relación con honorarios médicos más elevados que los del parto vaginal, sino en flexibilizar la programación de la agenda de los profesionales para optimizar su tiempo y por consiguiente incrementar sus honorarios, privando a la mujer del proceso natural del parto para someterla a una intervención quirúrgica innecesaria.

Además de este, otros de los motivos de las denuncias con mayor frecuencia son: el trato deshumanizado, consistente en discriminación o humillación en el transcurso de una práctica obstétrica o cuando la mujer solicita asesoramiento y



atención (81,82%); la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de salud de su hijo/hija, o la omisión de las razones de las intervenciones de los profesionales (44,32%) y por ultimo cuando no se respetan los tiempos biológicos ni las posibilidades del parto vaginal (42,5%) (4). Teniendo en cuenta estas estadísticas es importante conocer la opinión de las pacientes obstétricas para la fundamentación del presente proyecto debido a que el comportamiento mundial del proceso del parto es muy variable y son las pacientes y sus recién nacidos los protagonistas de este proceso y por tanto la principal fuente de información para corroborar si el parto se realizó de manera adecuada y si resulto ser un proceso satisfactorio para ellas. Finalmente, estas cifras reflejan la importancia de humanizar el parto, respetar sus procesos y etapas, con el fin de mejorar la percepción del trato médico en pacientes obstétricas y de esta manera evitar el paradigma que los médicos son deshumanizados.

3.1 Formulación Del Problema

¿Qué características tiene la percepción de la atención médica en pacientes obstétricas?

3.2 Delimitación Del Problema.

Caracterización de la atención médica en pacientes obstétricas ingresadas en puerperio con un tiempo de más de 12 horas post parto en la Clínica Crecer de la ciudad de Cartagena de Indias durante el mes de octubre de 2019.



4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

- 1.1.1. Caracterizar la atención médica recibida por las pacientes obstétricas durante el parto y puerperio.

4.2 Objetivos Específicos

- 4.2.1 Identificar el principal factor positivo de la atención médica en las pacientes obstétricas
- 4.2.2 Identificar el principal factor negativo de la atención médica en las pacientes obstétricas
- 4.2.3 Conocer el nivel de satisfacción de la atención recibida por parte de las pacientes obstétricas



5 JUSTIFICACION

Actualmente es de gran importancia llevar a cabo una investigación sobre el parto respetado debido a que es un tema de poco estudio en Colombia. Este proceso fue reconocido por la ley 147 de 2017 en Colombia, pero rechazada por médicos especialistas considerando que vulnera la “autonomía profesional” porque pretende normatizar decisiones que son exclusivas del médico tratante, invadiendo directamente aspectos incorporados en la ley de ética médica y señalando a los profesionales como agentes de violencia (5). Por lo tanto, no hay forma de cómo estas pacientes encuentren refugio legal ante estas situaciones y las repercusiones psicológicas, sociales y culturales que la acompañan.

El siguiente trabajo no busca victimizar a las pacientes, así como tampoco estigmatizar a los médicos de victimarios, sin embargo, en la sala de parto el bebé y la madre son los protagonistas y su estado de vulnerabilidad lleva a mal interpretar las prácticas y procedimientos utilizados por el personal de salud y aunque no ocurre en todos los casos, es un hecho de completa posibilidad durante su atención. Según lo anterior y conociendo la opinión de las pacientes podemos establecer si efectivamente el parto se realizó de una manera adecuada a pesar de lo incomodo que pueda llegar a ser esa situación para ellas.

Por ello es posible y sería interesante que los resultados de esta investigación ayuden a concretar cambios en lo que respecta a la perspectiva de la sociedad en general sobre los médicos y la atención del parto, además es importante romper con el paradigma en el ámbito de la salud que afecta directamente la reputación médica y por ende las gestantes en su proceso de maternidad.



6 ANTECEDENTES

- **Carla Cobo Gutiérrez en su trabajo de investigación “la violencia obstétrica” junio de 2016.** Dio a conocer que el objetivo de este fue dar a conocer el termino de violencia obstétrica, que es entendido como un tipo de violencia de género que sufren las mujeres durante el trabajo de parto por parte del personal médico. Venezuela como otros países latinoamericanos fueron los primeros en reconocer legalmente este como un tipo de violencia, así como también en otros países no se ha establecido. Este articulo estableció que en la actualidad hay numerosas de intervenciones que se realizan de forma rutinaria sin ser justificadas ponen como ejemplo el aumento de cesáreas, episiotomía, y algunas otras prácticas. Además de que no solo hay falta de conocimiento sobre esto por parte de los médicos sino también por parte de las mujeres.
- **Paola Quevedo “Violencia obstétrica: una manifestación oculta de la desigualdad de género” agosto 2012.** En este estudio exploratorio-descriptivo, que fue realizado en el Hospital Lagomaggiore a 30 mujeres puérperas en la sala de espera con la realización de encuesta con el fin de obtener un conocimiento general de la temática. En cuanto a los resultados encontrados en este estudio algunos de los aspectos evaluado fueron que el 44.4% de las mujeres dijeron que el personal de la salud hacia comentarios irónicos en tono de chiste acerca de su comportamiento. Al 96.6% de las mujeres se le administro medicación para “apurar” el parto, él 6,89% refirió la utilización de fórceps, frente al 3.3% quienes refieren no haber aplicado su uso. El 73.3% de las mujeres le realizaron episiotomía y al 80% se les impidió estar acompañada por alguien de su confianza.
- **Andrés Restrepo Sánchez, Daniela Rodríguez Martínez, Natalia Maricela Torres Castro “Me des-cuidaron el parto”: La violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto” 2016.** En su estudio cualitativo fenomenológico de tipo interpretativo. Con la participaron de manera voluntaria 21 mujeres que vivieron un proceso de parto institucionalizado que fueron atendidas por el personal de la salud. Las mujeres tenían un rango de edad entre los 25 y 72 años. En esta investigación tuvieron en cuenta la edad de la paciente, nivel educativo, procedencia, atención en instituciones pública o privada, número de partos.



Algunos de los objetivos de esta investigación era evaluar las siguientes categorías:

- Violencia física (prácticas invasivas injustificadas, alteración del proceso natural del parto, prácticas no invasivas injustificadas)
- Violencia psico-social (ultraje, culpabilización, amenaza, conflictos sociales) Violencia simbólica (subestimación, impureza, cosificación, dominación y castigo)
- Violencia comunicativa (ausencia de explicaciones, asumir los deberes)
- Violencia institucional (tramitología, homogenización, negligencia)
- Historicidad (renuncia a la maternidad futura, perpetuación de la experiencia negativa).

De cada uno de estos aspectos cada paciente relata cómo fue la realización e intervención de su parto. Como por ejemplo la omisión de la información sobre la evolución del parto. La ausencia de explicaciones se refiere a todas aquellas ocasiones en que a la mujer en proceso de parto se le realizó una intervención sin que le fuesen informados los riesgos, complicaciones, beneficios y pasos a llevar a cabo.

- **Dr. Pablo Terán, Carlos Castellanos, Dra. Mireya González Blanco, Dra. Damaris Ramos “Violencia obstétrica: percepción de las pacientes” 2016.** Mediante un estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio, de corte transversal que incluyó 425 usuarias ingresadas en los Servicios de Puerperio de la Maternidad Concepción Palacios. Donde excluyeron aquellas cuya atención obstétrica se realizó en otra institución y quienes presentarían dificultades para el correcto uso del instrumento de evaluación. se les entregó un cuestionario con una serie de preguntas relacionadas con la atención recibida en la institución, Dicho cuestionario fue contestado directamente por la usuaria en forma anónima y almacenado para su posterior procesamiento estadístico. El mínimo de edad de las usuarias fue 15 años y el máximo 42 años. De las 425 usuarias que fueron entrevistadas 249 (58,6 %) se encontraban en puerperio de parto simple, 9 (2,1 %) de parto instrumental y 167 (39,3 %) de cesárea segmentaria. 12 usuarias (2,8 %) señalaron que no poseían ningún nivel de estudios, 65 (15,3 %) habían cursado estudios de nivel básico, 291 (68,5 %) nivel medio, 20 (4,7 %) cursaron estudios de técnico superior y 37 (8,7 %) eran universitarias. 210 usuarias (49,4 %) manifestaron algún tipo de trato deshumanizante de parte del personal de salud, y 284 (66,8 %) afirmaron que se les practicaron actos médicos sin consentimiento, 156 pacientes (36,7 %) percibieron ambos



tipos de violencia y 87 pacientes (20,5 %) no reportaron ningún tipo de práctica violenta durante su atención. En relación al tipo de trato deshumanizante, 101 pacientes (23,8 % de la muestra total) refirieron que se les impidió el contacto con sus recién nacidos. 92 (21,6 %) recibieron críticas por llorar o gritar durante el trabajo de parto, y 83 (19,5 %) sintieron imposibilidad de manifestar sus miedos o inquietudes. En cuanto a procedimiento realizado sin consentimiento, 158 mujeres de las 425 encuestadas (37,2 %) reportaron la realización de tactos vaginales reiterados, 133 puérperas (31,3 %) describieron la administración de medicamentos para acelerar el parto y 106 (24,9 %) señalaron que fueron obligadas a permanecer en decúbito dorsal. Durante el desarrollo de esta investigación observaron que las principales transgresiones a la norma ocurren primordialmente en dos grandes conjuntos que, para efectos de esta investigación, se han denominado trato deshumanizante y realización de actos médicos sin consentimiento informado.

- **Sandra Milena López M.D, Pio Ivan Gómez Sánchez, M.D, Ingrid Arévalo Rodríguez “Violencia contra la mujer. Análisis en el instituto materno infantil de Bogotá, Colombia, 2005.** En este Estudio de cohorte transversal Fueron encuestadas 215 mujeres que estaban hospitalizadas en el Instituto Materno Infantil de la ciudad de Bogotá el 1º de febrero hasta el 31 de agosto del 2005. Los Criterios de inclusión de esta investigación fueron: mayores de 18 años hospitalizadas en los servicios de alto riesgo, toxemias y puerperio del Instituto Materno Infantil, independiente de su diagnóstico. Se excluyeron mujeres que no supieran leer y/o escribir, que no aceptaran ser parte de la investigación, o que por sus condiciones médicas no estuvieran en capacidad de contestar la encuesta. El rango de edad de las mujeres fue de 18 a 43 años. Se evaluaron las siguientes variables:
 - Sociodemográficas (nivel académico de la paciente y de la pareja, vivienda, número de parejas, hijos, trabajo, ingresos familiares)
 - Relacionadas con violencia a la mujer (consumo alcohol de la paciente y la pareja, frecuencia de consumo, uso de sustancia psicoactivas, conocimiento adecuado de violencia física, considera violencia física como delito, entre otras). Los resultados obtenidos en este estudio fueron que los tipos de violencia más frecuente en la mujer son la prevalencia de violencia física con un 22%, psicológica de 33% y sexual fue 3%. el análisis muestra la aparición de la violencia física psicológica, por una parte, y la relación entre la violencia psicológica con la sexual. El consumo de alcohol es el factor más relacionado con la aparición de estos tipos de violencia.



- **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 68 No. 2 “El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud” 2017.** En este artículo observa cómo puede afectar la calidad de la atención del parto de manera negativa a las mujeres gestantes que sean adolescentes que tengan nivel socioeconómico bajo y aquellas que tienen un embarazo de alto riesgo. Este dice que toda mujer debe vivir esto como “una vivencia satisfactoria” ya sea brindándole unas buenas prácticas, respetando el trabajo fisiológico de parto, hacerle intervenciones solo cuando sean necesarias, brindarles apoyo emocional, garantizar su autonomía y privacidad. Consideran que esos son los criterios que se deberían tener en cuenta para que esto se realice de forma humanizada.
- **Natalia Magnone alemán en el artículo los “Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica” 2010.** De manera específica categoriza la violencia de la mujer durante el trabajo de parto como violencia obstétrica. Es un tipo de violación a los derechos sexuales. En los resultados de la investigación cualitativa realizada en 2009-2010, donde entrevistaron los integrantes del equipo de salud como a mujeres puérperas, para mirar la relación de la calidad de la atención del parto en Montevideo. Las medidas analizadas en este trabajo fueron: el abuso de algunas prácticas invasivas como lo son la episiotomía y la cesárea.
- **Br. Martínez Palomino, Mary Carmen Irene “características de la violencia obstétrica en el trabajo de parto de usuarias atendidas en el hospital regional de Ayacucho”, 2015.** Este estudio descriptivo transversal busca determinar las características de la violencia obstétrica durante el trabajo de parto de las usuarias atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en el 2015 donde tomaron una muestra de 126 puérperas con parto eutócico entre los meses de marzo y abril del año 2015 de una población de 188. Los datos que describe este estudio es que el 26,6% manifestaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte del personal de salud, 94% reportaron gritos, 4% insultos y 2% golpes tipo nalgada; el 44% con una frecuencia de dos veces, 72% en la sala de puerperio y 20% por reclamar. El 20% expresaron decepción con los servicios de salud y 38% identificaron como responsable al personal técnico de enfermería, 32% a las obstetras, 18% a las enfermeras y 12% a los médicos. Como conclusión este estudio determino que una de cada cuatro usuarias en trabajo de parto reportó violencia obstétrica.



7 MARCO TEORICO

El parto respetado es una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento; considerando los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos, respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. (1)

Se ha establecido que los derechos humanos vulnerados en el parto pueden ser:

- Derecho a la intimidad, por la intromisión no consentida en la privacidad de las mujeres, mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. Un ejemplo son los tactos vaginales repetidos y realizados por distinto personal de salud.
- Derecho a la integridad corporal que se relaciona con los principios básicos de privacidad, autonomía y dignidad.
- Derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. Cuando se realizan prácticas sin previa consulta o información, negando la posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es la salud sexual y reproductiva.
- Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes. Con la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos (sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con síntomas que generen la sospecha de abortos provocados).
- Derecho al más alto nivel de salud posible, cuando no se aplican los conocimientos más actualizados y se causa daño e iatrogenia. (6)

Hay numerosas prácticas y situaciones que para el profesional de la salud puede no parecer acto de violencia, y es de suma importancia que establezcan una diferencia entre la realización de su trabajo y lo que puede generar una percepción de violencia por parte de las pacientes; esta mala percepción se cree que está relacionada con la edad, riesgo obstétrico y estrato socioeconómico, de hecho en Colombia se asoció la mortalidad de gestantes con factores socioeconómicos, con una tasa de 59.9% en un grupo de mujeres entre los 15 a 24 años de edad, donde la proporción más alta de mujeres que murieron correspondió a aquellas en unión libre, de igual manera las mujeres con estudios primarios aportaron mayor número de muertes. (7)

Todo lo anterior nos lleva a entender que como profesionales debemos conocer la importancia de la atención humanizada la cual consiste en respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad (8); tener en cuenta este concepto básico es lo ideal para garantizarles a las gestantes una experiencia humana, hermosa y que



las llene de felicidad cuando lo recuerden, de ahí se desprende el componente psicológico que orienta a los profesionales de la salud a realizar el proceso parto y postparto de manera eficiente y correcto con el fin de garantizarle tanto a la gestante y como a su bebe un buen estado de salud psicosocial.

7.1 EL PARTO

El parto se define como el trabajo que ha de ejercer la mujer gestante para expulsar el feto. Las contracciones uterinas y de la prensa abdominal generan fuerzas que han de movilizar el feto por el canal de parto, venciendo todas aquellas resistencias que se oponen a su progresión dentro de la cuales están: cuello uterino, fricción del feto sobre las partes blandas maternas, incluida la dilatación de la vulva y la distensión del suelo perineal.

Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda en las guías de práctica clínica del ministerio de salud de Colombia (3):

1. Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones.
2. Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardiaca materna) y la frecuencia respiratoria.
3. Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura
Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga.
4. Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.

7.1.1 Periodos del trabajo de parto

Desde 1950 la observación clínica de Friedman permitió describir el trabajo de parto, y establecer periodos y fases, que nos ayudan a dividir el trabajo de parto, a tener criterios de admisión hospitalaria, inductoconducción, indicaciones de cesárea o parto instrumentado y un seguimiento adecuado de nuestras pacientes. La gráfica que se muestra a continuación es una representación gráfica de la curva de Friedman y de los periodos descritos posteriormente.

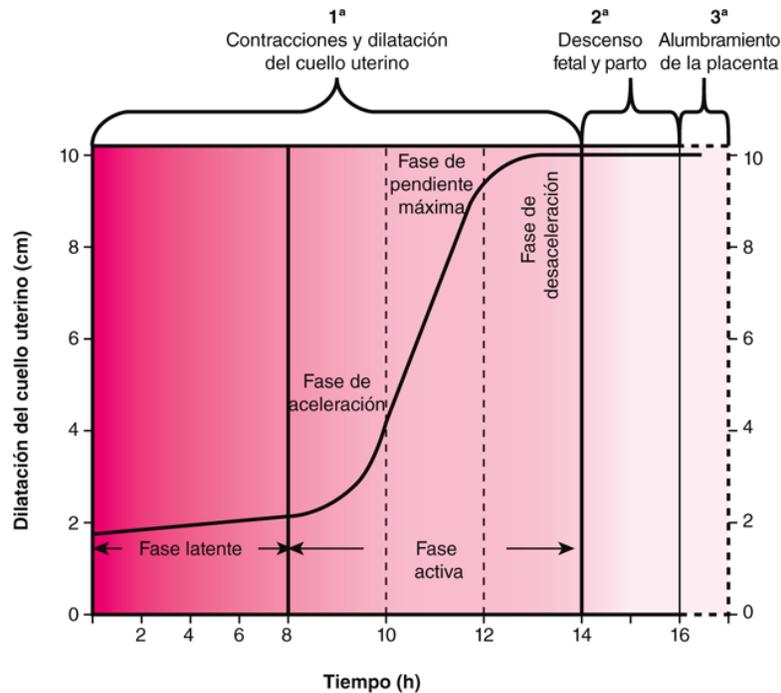


Ilustración 1. Curva de Friedman

- 1º periodo o periodo de dilatación: Es el primer periodo y corresponde al momento en el que se dan los cambios cervicales, inicia con las contracciones uterinas efectivas y termina cuando la paciente se encuentra con una dilatación de 10cm. Este periodo se divide en 2 fases:
 - Fase Latente: Se adopta la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 6 cm de dilatación. Podría encontrarse un 70% de borramiento. La duración del periodo de latencia es variable en promedio 6.4 horas para las primigestas y 4.8 para multigestas.
 - Fase activa: Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular.

A su vez, la fase activa presenta una fase de aceleración (3 - 8cm) y una fase de desaceleración (8 - 10cm). Dura un promedio de 4.9 horas en nulíparas con una desviación estándar amplia. Se dice que el ritmo de dilatación debe de ser de 1.2 cm/h como mínimo en nulíparas y de 1.5 cm/h en múltiparas. Se ha visto que en la fase de aceleración predomina la dilatación y en la fase de desaceleración ocurre mayormente el descenso y el borramiento.



- 2º periodo o periodo expulsivo: Es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación y el momento en que se produce la expulsión fetal a su vez se subdivide en dos fases:
 - Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
 - Periodo expulsivo activo: cuando el feto es visible, o existen contracciones de expulsivo, en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa
- 3º periodo o alumbramiento: El cual inicia con el nacimiento completo del producto y termina con la expulsión de la placenta y sus anexos. En este periodo es importante monitorizar el tono uterino, así como el sangrado (9).

7.1.2 Parir con placer es posible.

El útero se abre con dolor o por el contrario con extremo placer, está formado por fibras, el cérvix que es la puerta de salida donde estas fibras musculares se concentran para poder cerrar esta salida herméticamente con el fin de sostener el peso del feto, la placenta y líquido amniótico contra la fuerza de la gravedad y al mismo tiempo poder abrirse en la hora del parto hasta los 10cm para que salga él bebe a término.

El tejido muscular es fuerte y a la misma vez elástico y flexible, elástico para albergar a la criatura a medida que vaya creciendo, fuerte para soportar el peso y flexible para su total relajación distensión y apertura, todo esto controlado por un sistema neuroendocrino; como bien se sabe hay una hormona que es inducida químicamente y se introduce a la mujer para poder llevar a cabo el nacimiento mediante contracciones uterinas, esta misma hormona es liberada en nuestro organismo mediante la excitación sexual la cual produce pequeñas contracciones uterinas y placenteras que no provocan dolor, la oxitocina propia del organismo produce movimientos rítmicos que son eficaces y esto es lo que pasa en el parto al momento de la salida del bebe y lo que hace pensar que la apertura del cérvix y el dispositivo del cierre dependa de la relajación de las fibras muscular del cuello uterino para que no desencadene dolor (10); Sin embargo todo depende del contexto y es claro que durante el parto, los estímulos de contractilidad uterina por parte de la oxitocina endógena es mayor que la sensación de placer que esta misma hormona puede generar, por tanto el dolor prima por encima de la excitación, que sumado al estado psicosocial de la paciente y el ambiente que la rodea, convierte el parto para muchas pacientes en un verdadero reto.



7.1.3 La mujer pare igual como vive

Todo lo que es la mujer, sus actitudes, sus creencias todo lo que la compone, la acompaña a la sala de partos.

En nuestra cultura la violencia doméstica y los problemas familiares que hacen parte de la vida cotidiana de una mujer y pueden traer consecuencias negativas durante el embarazo y al momento del parto, en este caso la mujer necesita una adecuada atención médica donde reciba apoyo integral para que el proceso de parto sea lo más adecuado posible, pero a menudo no recibe dicha atención por parte del personal de salud, ya que estos están en su labor de solucionar la urgencia lo más pronto posible. En el parto pueden salir a flote los más grandes temores de la mujer, aunque esto no es conscientemente, aquellas mujeres que han sufrido algún abuso o maltrato, han aprendido a ser víctimas y son propensas a tener partos disfuncionales que conllevan a cesárea; como son muchas las mujeres abusadas que reflejan el miedo como mecanismo de defensa, hay otras que reflejan autoridad, es decir, quieren controlar y exigir intervenciones en el proceso del parto que no son necesarias, pero esta autoridad es consecuencia de sus temores, esto se ha asociado a la prolongación del tiempo en el proceso del parto y mayor número de intervenciones (11).

7.1.4 Respeto en el proceso del parto

Cuando la mujer comienza el proceso de parto, y él bebe se encuentra en posición podálica, en la mayoría de los casos se le realiza una cesárea, actualmente, existe la tendencia exagerada a realizar una intervención quirúrgica por parte del personal de salud que asiste el parto, incluso en casos donde la paciente es apta para un parto vía vaginal.

Parece que dudáramos cada vez más de la capacidad de la propia naturaleza de regir estos procesos, ya que el parto es algo natural, perfecto y autosuficiente donde no es sólo la madre la que participa en el proceso de parto sino que el bebé también tiene un rol importante para el buen desarrollo de este; dicho proceso además de natural requiere que la madre respete sus tiempos o etapas, el cual es fácilmente alterable, ya sea por creencias, miedos o por las características del entorno que la rodea. Así, el ambiente hospitalario, sumado a la actitud del personal, modifican el proceso natural del parto, incluso llegando muchas veces a interrumpirlo aumentando la necesidad de intervenir con técnicas especializadas como la cesárea.



7.1.5 Cesárea

Aproximadamente del 74% de las mujeres a quienes se les ha practicado cesárea están en la capacidad de parir vía vaginal en gestaciones posteriores, el parto vaginal después de una cesárea es una opción a todas las mujeres que cumplen los criterios para ello, sin embargo, aquellas a quienes se les brinda la opción no suelen elegirla, probablemente por temor a experimentar el dolor del parto (3,12); sin duda es una de las causas por la que las pacientes no se sienten capaces de tener un parto vía vaginal y por ello solicitan que se le practique una cesárea, esto no es indicación para que las gestantes sean sometidas a este procedimiento, por el contrario, se le debe educar y resaltar los beneficios del parto vaginal como por ejemplo mayor vínculo materno-fetal, menos tiempo de recuperación, y mayor probabilidad de parto vaginal en su siguiente gestación.

7.1.6 Anestesia

En la actualidad el uso de anestésico en mujeres embarazadas ha sido de mucha utilidad ya que la incidencia de cesáreas con respecto al parto vaginal ha aumentado, con consecuente a esto ha incrementado el uso de los anestésicos locales, la utilización de estos puede estar dado por muchos factores ya sea por la presentación que tenga él bebe o por alguna patología previa que presente la gestante.



8 MARCO LEGAL

- La Constitución Política de Colombia de 1991: En su Artículo 43 establece que “la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación”, y en su artículo 13 que “el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados”
- La Ley 823 de 2003: dicta normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres, garantía de sus derechos e incorporación de acciones de equidad de género a nivel nacional y territorial.
- Ley No. 1257 del 4 de diciembre de 2008: Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos penales, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
- Ley 147 de 2017 por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica en Colombia
 - **Artículo primero. Objeto.** La presente ley tiene como objeto establecer medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica mediante el establecimiento de garantías de trato digno y humanizado en los procesos de asistencia y atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
 - **Artículo segundo. Violencia obstétrica.** Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta, acción u omisión que ejerza las personas naturales o jurídicas del sistema de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, expresada en:
 - ✓ Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas.
 - ✓ Trato deshumanizado en las relaciones asistenciales.
 - ✓ Prácticas o procedimientos médicos que no cuenten con el consentimiento informado de la mujer; en especial, aquellas que impliquen limitación o restricción de los derechos sexuales y reproductivos.
 - ✓ intromisión no consentida en la privacidad o por revisión invasiva de los órganos genitales.
 - ✓ retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

- ✓ Alteración del proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante su patologización, abuso de medicación, uso de técnicas de aceleración, sin que ellas sean necesarias;
 - ✓ Practicar el parto vía cesárea cuando existan condiciones para el parto natural.
 - ✓ Dilatación de la práctica de interrupción del embarazo en los casos legalmente admisibles.
 - ✓ En general, todas aquellas formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, intimidad, integridad o libertad de las mujeres.
- **Artículo quinto. atención humanizada.** En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el gobierno nacional a través del ministerio de salud, formulara la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación.



9 MARCO CONCEPTUAL

- **Parto Humanizado**

Es una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz.

- **Trabajo de parto**

Es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto. El trabajo de parto generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto.

- **Suelo pélvico**

Conjunto de músculos y ligamentos que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Su función es sostener los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina; y recto) en la posición adecuada porque de ello depende su normal funcionamiento.

- **Signos vitales**

Reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluyendo el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial.

- **Contracciones uterinas**

Endurecimiento de las fibras del músculo uterino que se produce brevemente y de forma intermitente durante el embarazo, y con mayor regularidad y fuerza durante el trabajo de parto activo.

- **Vínculo materno-fetal**

Hace referencias a la unión que se establece entre dos personas en una relación de amor y cariño. Es el vínculo afectivo más importante y más persistente que existe, es el que se establece entre madre e hijo durante el embarazo y se fortalece en el primer contacto mamá e hijo los primeros minutos después del parto.

- **Parto vaginal**

Es la forma tradicional de parto en la que el bebé sale del útero hacia el exterior a través de la vagina.



- **Nulípara**
Mujer que no ha parido nunca.
- **Fármacos coadyuvantes**
Son usados para aumentar la eficacia analgesia de los opioides, para prevenir o tratar los síntomas concomitantes que exacerbaban el dolor y proporcionar analgesia independiente para tipos específicos de dolor.
- **Parto disfuncional**
Ocurre cuando el progreso en la dilatación, en el descenso de la presentación o en la expulsión del feto se aparta del ritmo normal.
- **Salud psicosocial**
Conjunto de condiciones propias del ser humano y de su estilo de vida, del medio laboral y del entorno extra-laboral, que influyen en la salud, en el desempeño, la satisfacción y la productividad de los trabajadores.
- **Parturienta**
Hace referencia a la mujer que está teniendo un hijo o acaba de tenerlo.



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

10 HIPOTESIS

Existe una relación entre el lenguaje verbal y/o no verbal del personal de salud y la percepción de las pacientes con respecto a lo que a ellas consideran parto respetado o violencia obstétrica.



11 METODOLOGIA

11.1 Tipo de investigación

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo

- **Descriptivo:** porque se describirá la atención recibida por las pacientes
- **Transversal:** porque el estudio se realizó con los datos obtenidos en un momento puntual del tiempo
- **Prospectivo:** porque se realiza en el presente con eventos actuales.

11.2 Población y muestra

- 50 pacientes que se encuentren en el servicio de puerperio en la Clínica Crecer de la ciudad de Cartagena de Indias

11.3 Técnicas de recolección de información

- El sistema de cómputo universidad del Sinú está a disposición de los investigadores para la recolección de información tomada como base teórica en el presente estudio, mediante bases de datos bibliográficas como artículos, revistas médicas, libros y plataformas virtuales. Igualmente se realizó una entrevista a la población en estudio como fuente de información en la investigación.

11.4 Técnicas de análisis y resultados

- Según la información recolectada mediante la entrevista realizada a la población en estudio, los resultados obtenidos en la investigación serán descritos, tabulados, graficados según corresponda.

11.5 Criterios de inclusión

- Se incluirán en el estudio pacientes de 18 años en adelante, con mínimo 12 horas post-parto, en condiciones médicas para responder la entrevista, que deseen colaborar y que sepan leer y escribir.



11.6 Criterios de exclusión

- Se excluyeron del estudio pacientes menores de edad, pacientes que no están en condiciones médicas para contestar la entrevista y pacientes con partos ocurridos fuera de las instalaciones de la Clínica Crecer (parto en el hogar, durante el traslado, o en otro centro hospitalario).

11.7 Consideraciones éticas

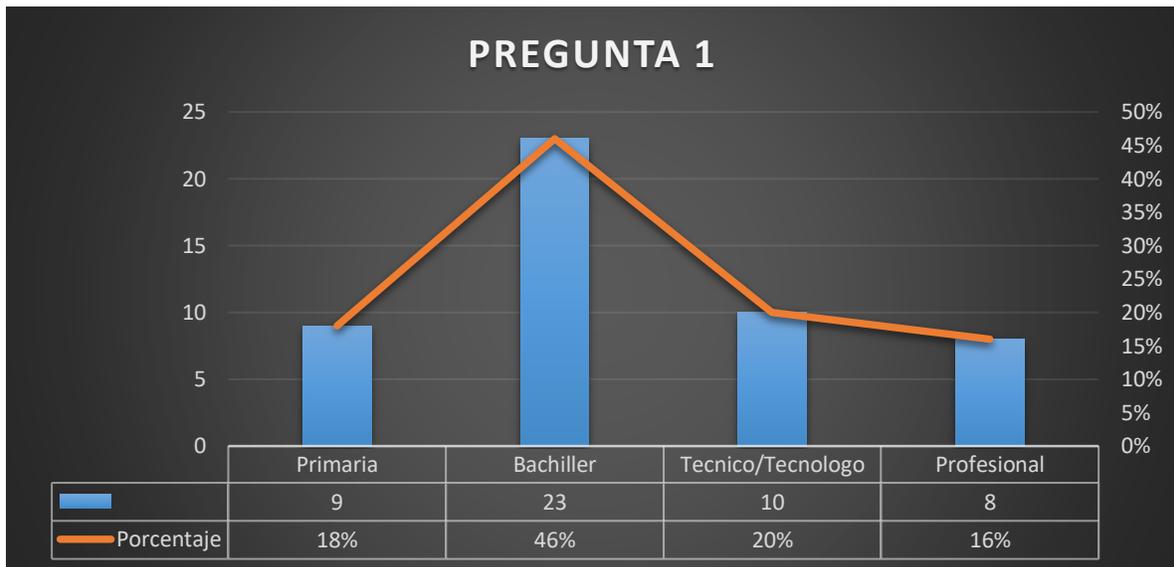
- Este estudio es realizado bajo las normas establecidas en la resolución 8430 de 1993, y lo estipulado en el artículo 5 mediante el cual: " En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar".

Igualmente, se respaldó legalmente la participación de la paciente en estudio y la realización de la entrevista basándonos el artículo 14 donde: "Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna".

Y a su vez garantizamos a las pacientes que su participación en el estudio no afectara su proceso de recuperación, por medio del artículo 37 según el cual: "investigaciones en mujeres durante el puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre ni con la del recién nacido" (13).

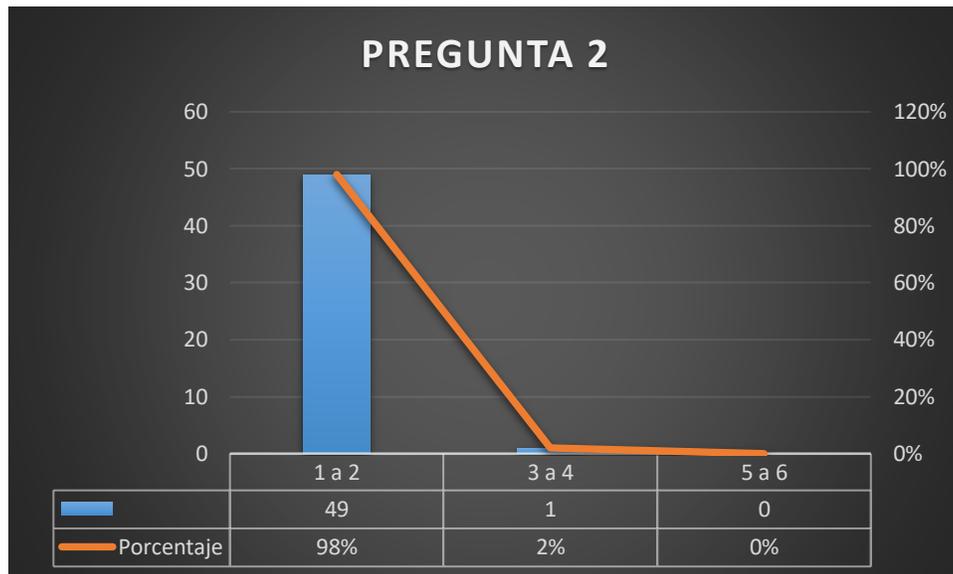


12 RESULTADOS



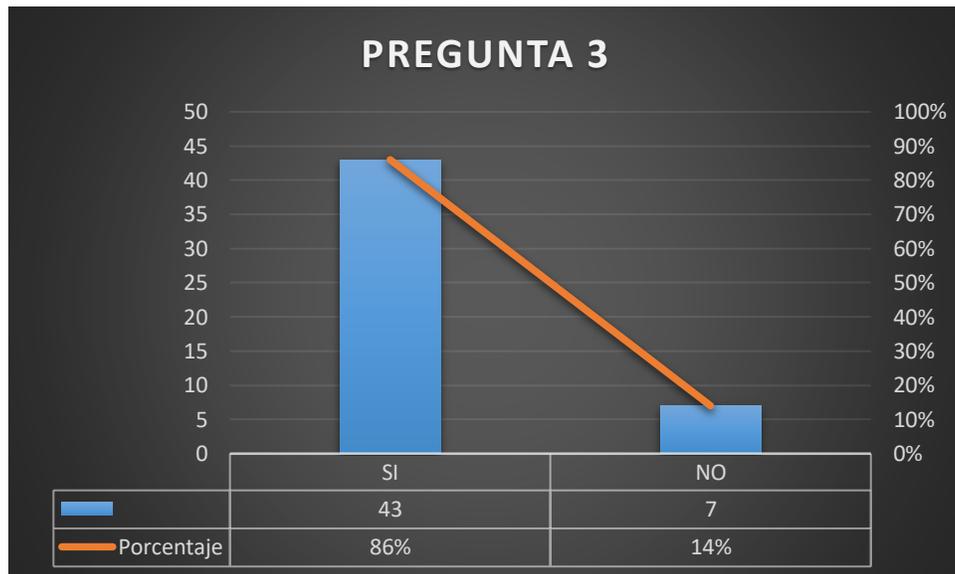
Gráfica 1. Respuesta a la pregunta 1: ¿cuál es su nivel de escolaridad?

- El 18% de las gestantes llegaron hasta la educación primaria, lo que correspondería a 9 pacientes
- El 46% de las gestantes llegaron hasta la educación secundaria, lo que correspondería a 23 pacientes
- El 20% de las gestantes llegaron hasta la educación técnica, lo que correspondería a 10 pacientes
- El 16% de las gestantes llegaron hasta la educación profesional, lo que correspondería a 8 pacientes
- De acuerdo a la gráfica anterior se observó que el mayor porcentaje de las obstétricas llegaron hasta el nivel educativo de secundaria y en menor porcentaje estudios superiores.



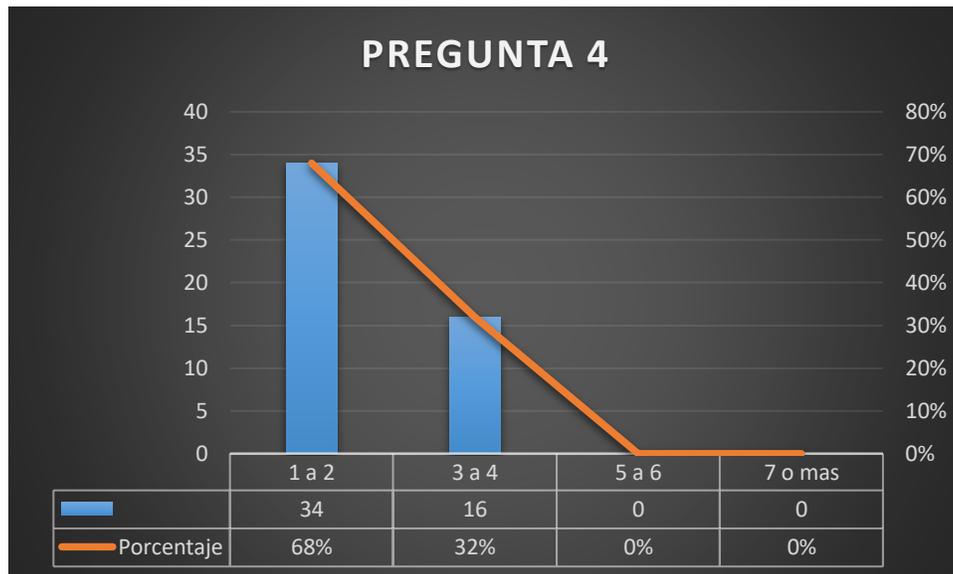
Gráfica 2. Respuesta a la pregunta 2: ¿cuál es su estrato social?

- El 98% de las gestantes están entre el estrato social 1 y 2, lo que correspondería a 49 pacientes.
- El 2% de las gestantes están entre el estrato social 3 y 4, lo que correspondería a 1 pacientes.
- De acuerdo a la gráfica anterior se observó que el mayor porcentaje de las obstétricas se encontraban entre los estratos 1-2 y en un menor porcentaje se encontraban entre los estratos 3 y 4.



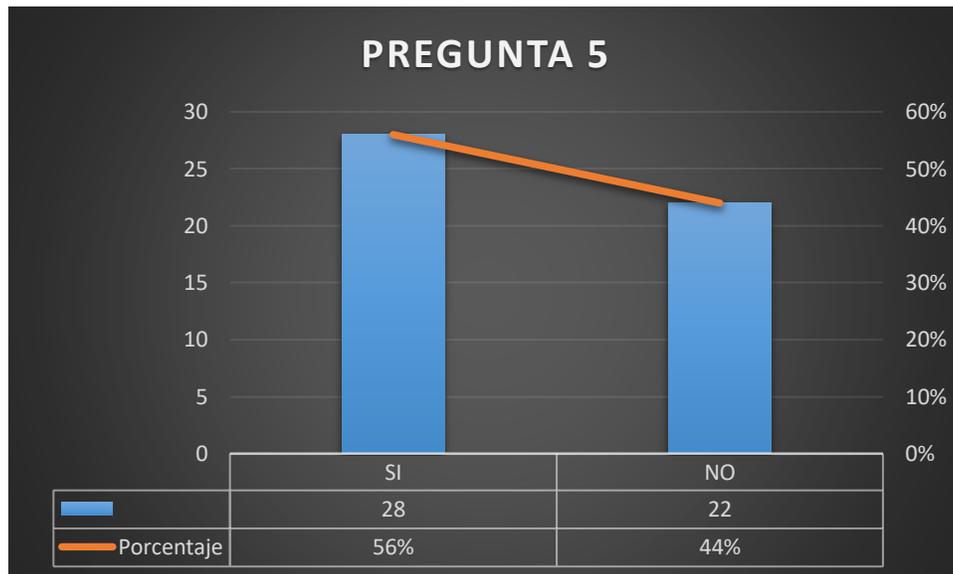
Gráfica 3. Respuesta a la pregunta 3: ¿recibe apoyo económico familiar?

- El 86% de las gestantes si recibían apoyo económico familiar, lo que correspondería a 43 pacientes.
- El 14% de las gestantes no recibían apoyo económico familiar, lo que correspondería a 7 pacientes.
- De acuerdo a la gráfica anterior podemos observar en mayor porcentaje que las gestantes si reciben apoyo económico familiar.



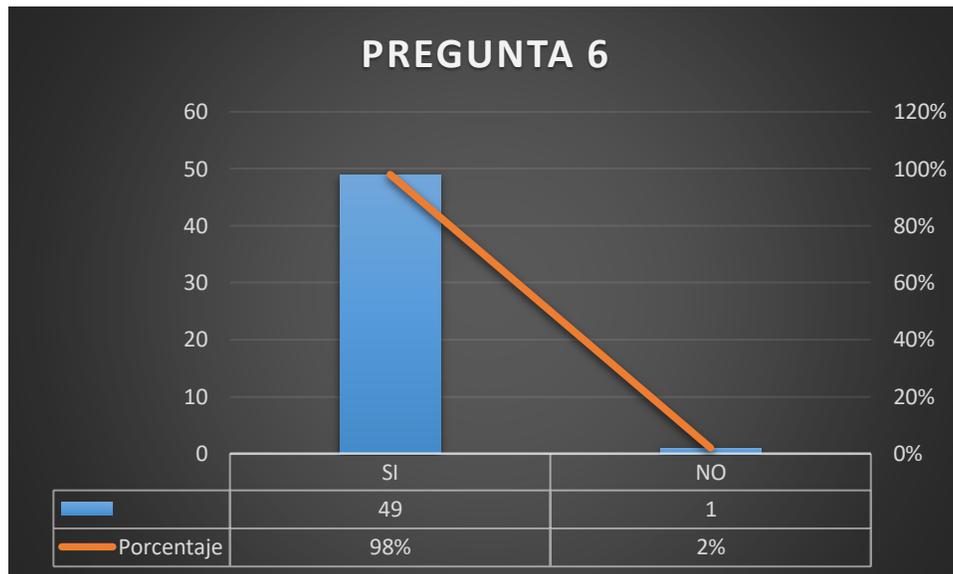
Gráfica 4. Respuesta a la pregunta 4: ¿Cuál es su número de gestaciones?

- El 68% de las gestantes habían estado embarazadas de 1 a 2 veces, lo que correspondería a 34 pacientes
- El 32% de las gestantes habían estado embarazadas de 3 a 4 veces, lo que correspondería a 16 pacientes
- De acuerdo a la gráfica anterior podemos observar en mayor porcentaje de las pacientes a tenido de 1 a 2 gestaciones y en menor porcentaje de 3 a 4 gestas



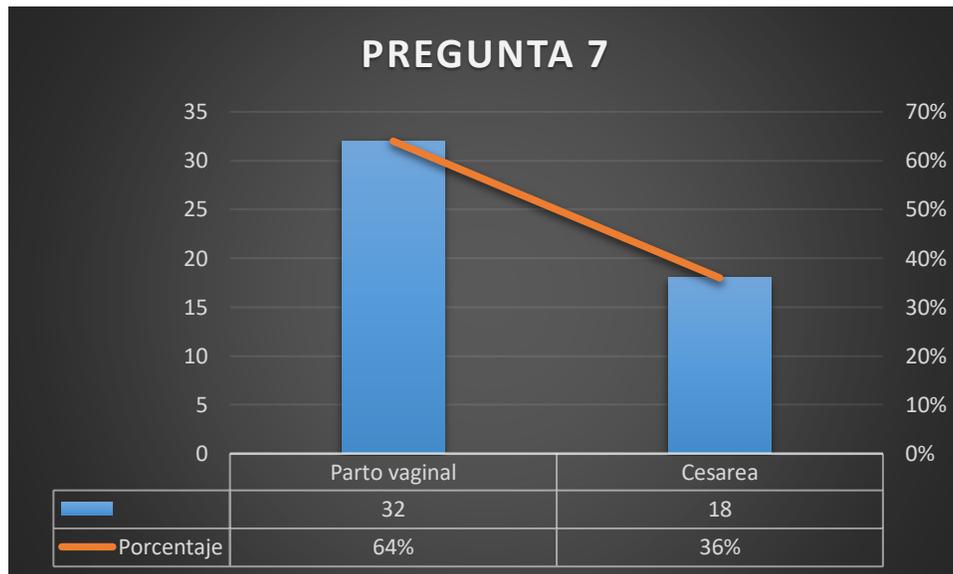
Gráfica 5. Respuesta a la pregunta 5: ¿Su embarazo actual fue deseado?

- El 56% de las gestantes manifestaron que su embarazo si fue deseado, lo que correspondería a 28 pacientes.
- El 44% de las gestantes manifestaron que su embarazo no fue deseado, lo que correspondería a 22 pacientes.
- De acuerdo a la gráfica anterior podemos observar que en un mayor porcentaje los embarazos fueron deseados.



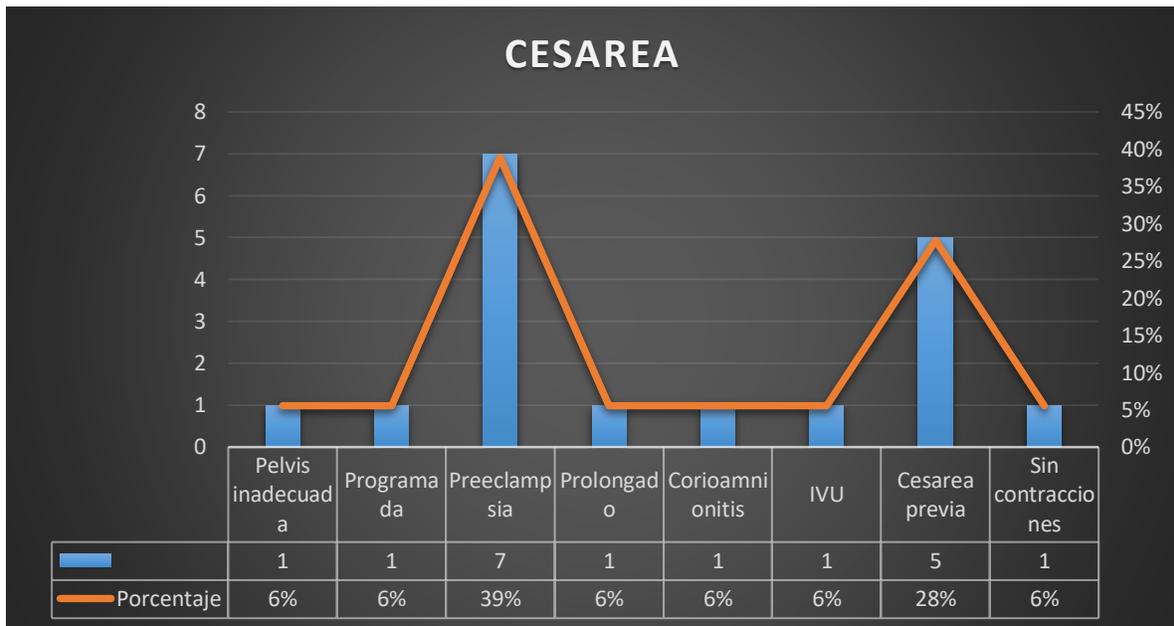
Gráfica 6. Respuesta a la pregunta 6: ¿se le explicaron todos los procedimientos realizados en el trabajo de parto?

- El 98% de las gestantes refirieron que si se les explico los procedimientos que le realizaron durante su trabajo de parto, lo que correspondería a 49 pacientes.
- El 2% de las gestantes refirieron que no se les explico los procedimientos que le realizaron durante su trabajo de parto, lo que correspondería a 1 paciente.
- De acuerdo a la gráfica anterior podemos observar que en mayor porcentaje los procedimientos realizados si se les fueron explicados a las pacientes.



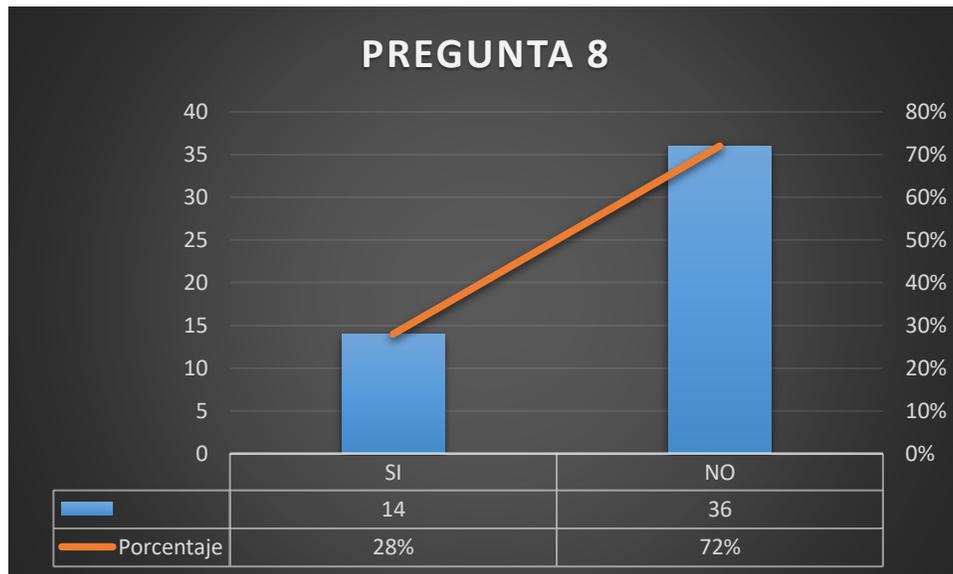
Gráfica 7. Respuesta a la pregunta 7: ¿Qué tipo de parto tuvo?

- El 64% de las gestantes refirieron que su parto fue vaginal, lo que correspondería a 32 pacientes.
- El 36% de las gestantes refirieron que su parto fue por cesárea, lo que correspondería a 18 pacientes.
- De acuerdo a la gráfica observamos que en mayor porcentaje fueron partos vaginales.



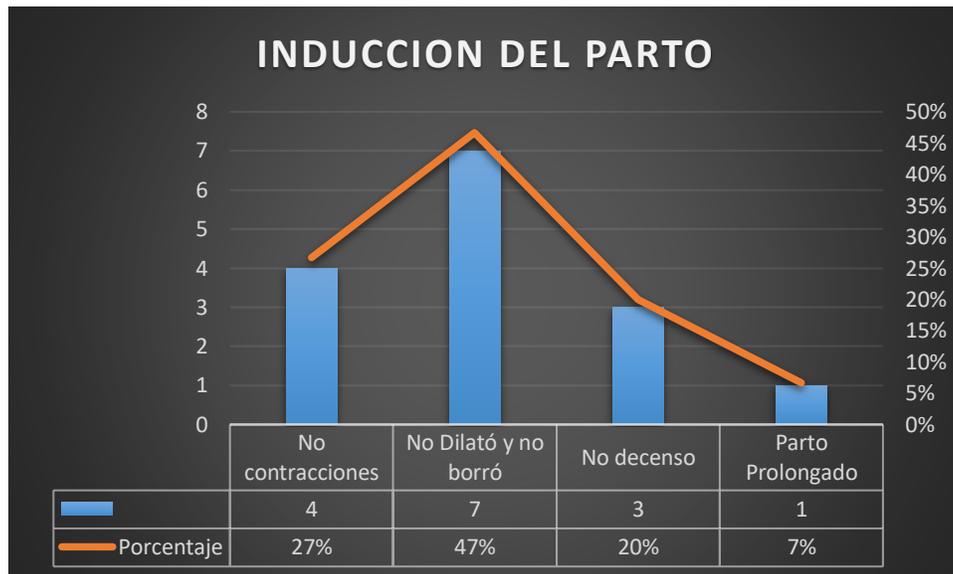
Gráfica 8. Motivo de la realización de cesáreas.

- El 6% de las gestantes refirieron que se les realizó cesárea por tener una pelvis inadecuada, lo que correspondería a 1 paciente.
 - El 6% de las gestantes refirieron que se les realizó cesárea porque esta estaba programada, lo que correspondería a 1 paciente.
 - El 39% de las gestantes refirieron que se les realizó cesárea porque presentaron preeclampsia, lo que correspondería a 7 pacientes.
 - El 6% de las gestantes refirieron que se les realizó cesárea por tener un trabajo de parto prolongado, lo que correspondería a 1 paciente.
 - El 6% de las pacientes refirieron que se les realizó cesárea por presentar corioamnionitis, o que correspondería a 1 paciente.
 - El 6% de las gestantes refirieron que se les realizó cesárea por presentar IVU, lo que correspondería a 1 paciente.
 - El 28% de las pacientes refirieron que se les realizó cesárea por cesárea previa, lo que correspondería a 5 pacientes.
 - El 2% de las pacientes refirieron que se les realizó cesárea por no presentar contracciones, lo que correspondería a 1 paciente.
- De acuerdo a la gráfica anterior el mayor porcentaje de los motivos por los cuales se realizaron cesárea fue por presentar preeclampsia seguido por cesárea previa.



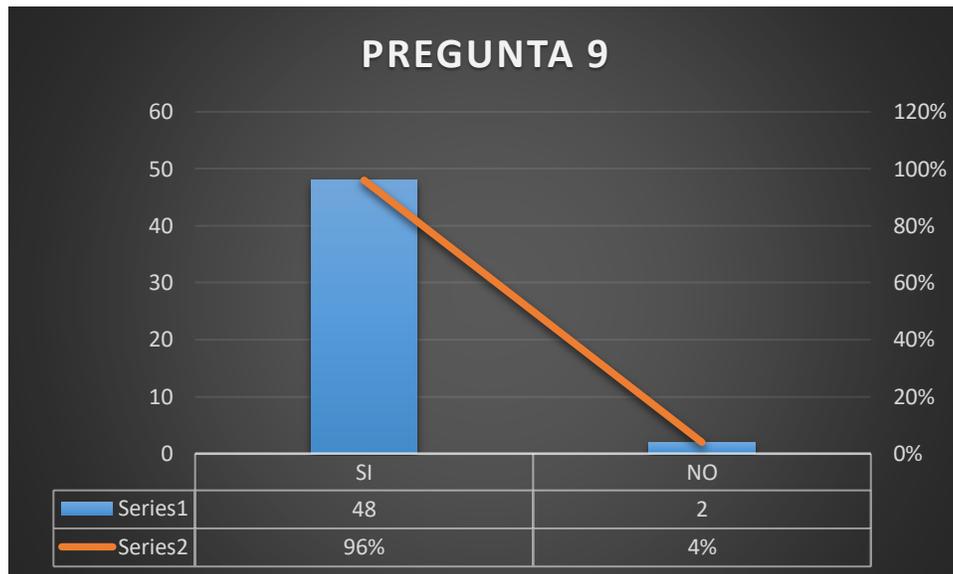
Gráfica 9. Respuesta a la pregunta 8: ¿se le indujo el parto?

- El 28% de las gestantes refirieron que se les indujo el parto, lo que correspondería a 14 pacientes.
- El 72% de las gestantes refirieron que no se les indujo el parto, lo que correspondería a 36 pacientes.
- De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que en mayor porcentaje a las gestantes no se les indujo el parto.



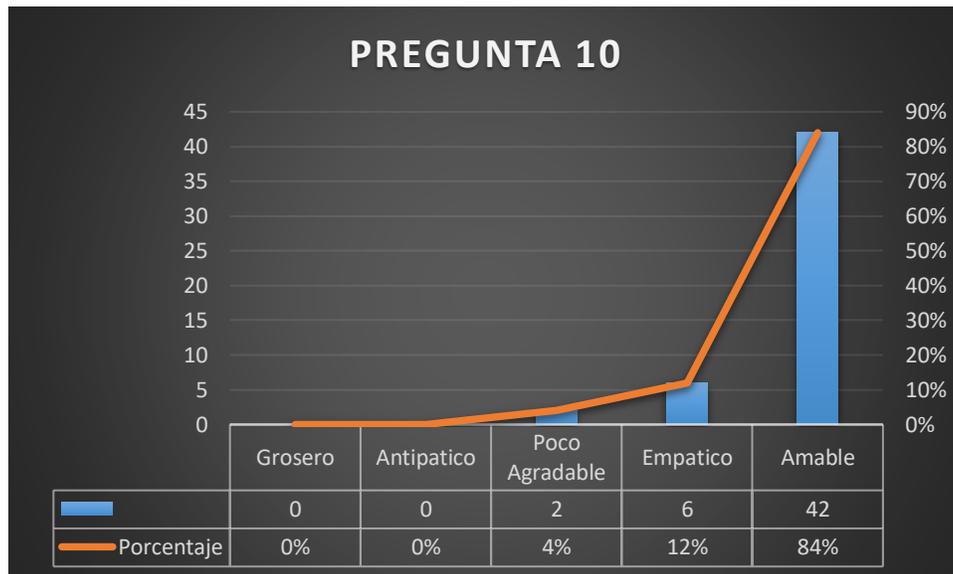
Gráfica 10. Motivo de inducción del parto.

- El 27% de las gestantes refirieron que se les indujo el parto porque no presentar contracciones, lo que correspondería a 4 pacientes.
 - El 47% de las gestantes refirieron que se les indujo el parto porque no dilataban ni borraban, lo que correspondería a 7 pacientes.
 - El 20% de las gestantes refirieron que se les indujo el parto porque no descendió el feto, lo que correspondería a 3 pacientes.
 - El 7% de las pacientes refirió que se le indujo el parto porque el parto se prolongó, lo que correspondería a 1 paciente.
- De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que el mayor porcentaje de inducción del parto fue porque las pacientes no borraban y no dilataban.



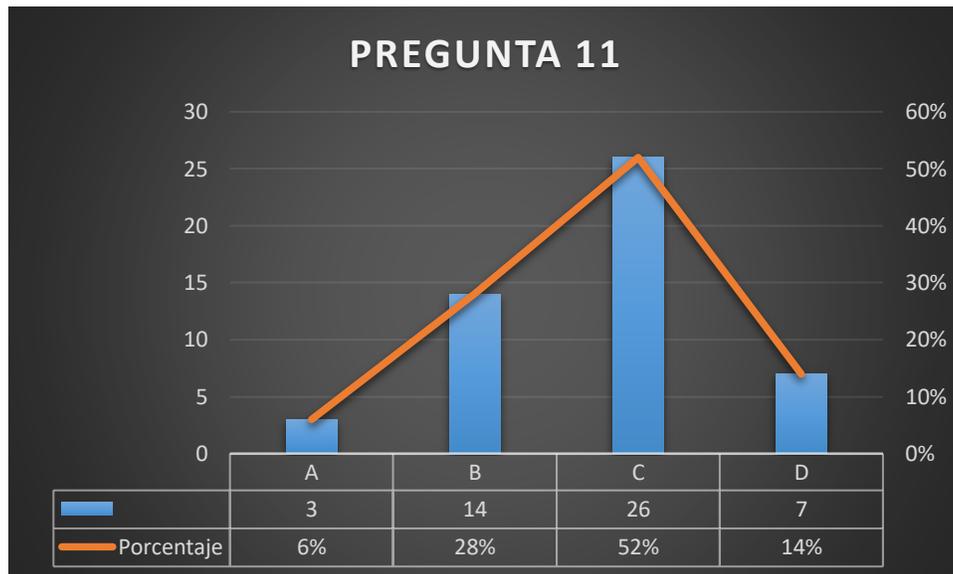
Gráfica 11. Respuesta a la pregunta 9: ¿se ha sentido satisfecha con la atención recibida?

- El 96% de las gestantes refirieron que se sintieron satisfechas en la atención recibida en la clínica, lo que correspondería a 48 pacientes.
- El 4% de las gestantes refirieron que no se sintieron satisfechas en la atención recibida
- a en la clínica, lo que correspondería a 2 pacientes.
- De acuerdo a grafica anterior se puede observar que en mayor porcentaje las pacientes se sintieron satisfechas con la atención recibida en la clínica.



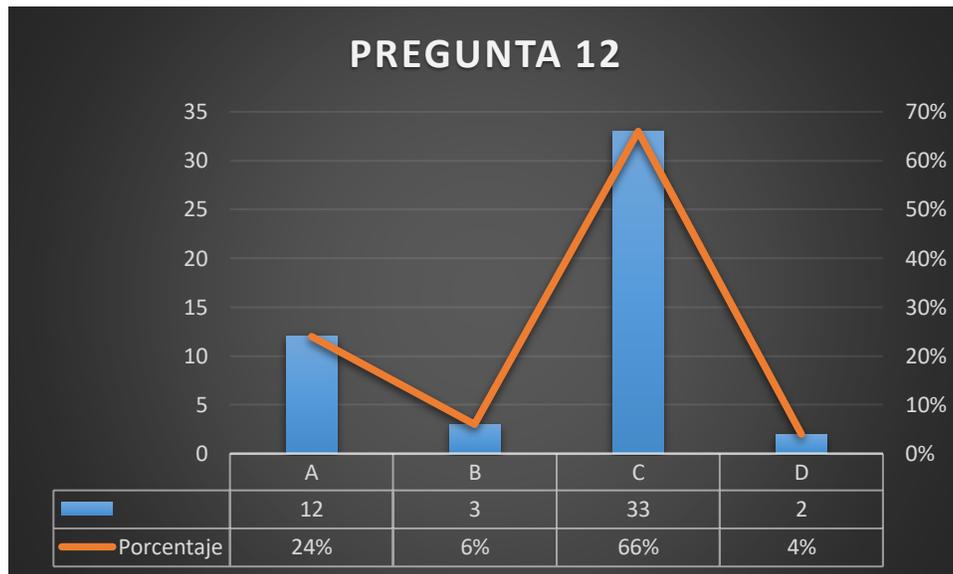
Gráfica 12. Respuesta a la pregunta 10: ¿En la siguiente escala como considera usted que fue la atención de su parto?

- El 84% de las gestantes refirieron que recibieron un trato amable por parte del personal médico en la atención de su parto, lo que correspondería a 42 pacientes.
- El 12% de las gestantes refirieron que recibieron un trato empático por parte del personal médico en la atención de su parto, lo que correspondería a 6 pacientes.
- El 4% de las gestantes refirieron que recibieron un trato poco agradable por parte del personal médico en la atención de su parto, lo que correspondería a 2 pacientes.
- De acuerdo a grafica anterior se puede observar que en mayor porcentaje las pacientes refirieron que recibieron un trato agradable con la atención recibida en la clínica y en menor porcentaje se encuentran las pacientes que refieren haber recibido un trato poco agradable con la atención brindada en la clínica.



Gráfica 13. Respuesta a la pregunta 11: ¿De las siguientes opciones cual sería para usted la más indeseable en el momento del parto?

- El 52% de las gestantes refirieron que la opción menos deseada fue un trato poco amistoso por parte del personal médico, lo que correspondería a 26 pacientes.
- El 28% de las gestantes refirieron que opción menos deseada fue la ausencia de un familiar en el momento del parto, lo que correspondería a 14 pacientes.
- 14% de las gestantes refirieron que la opción menos deseada no fue ninguna de las propuestas, lo que corresponde a 7 pacientes.
- 6% de las gestantes refirieron que la opción menos deseada es un entorno poco tranquilo al momento del parto, lo que correspondería a 3 pacientes.
- De acuerdo a la gráfica anterior se observó que el porcentaje de la opción menos deseada fue un trato poco amistoso por parte del personal médico.



Gráfica 14. Respuesta a la pregunta 12: ¿De las siguientes opciones cual es para usted la más importante para la atención de su parto?

- El 66% de las gestantes refirieron que la opción más importante en la atención de su parto fue la atención médica oportuna, rápida y eficiente durante y después del parto, lo que correspondería a 33 personas.
- El 24% de las gestantes refirieron que la opción más importante en la atención de su parto fue un entorno limpio, estéril y tranquilo durante el parto, lo que correspondería a 12 pacientes.
- El 6% de las gestantes refirieron que la opción más importante en la atención de su parto fue la empatía por parte del personal de salud durante el parto, lo que correspondería a 3 pacientes.
- El 4% de las gestantes refieren que la opción más importante en la atención de su parto no fue ninguna de las propuestas.
- De acuerdo la gráfica anterior del factor más importante en la atención de su parto el mayor porcentaje de pacientes refirieron que fue una atención rápida, oportuna y eficiente durante y después del parto.

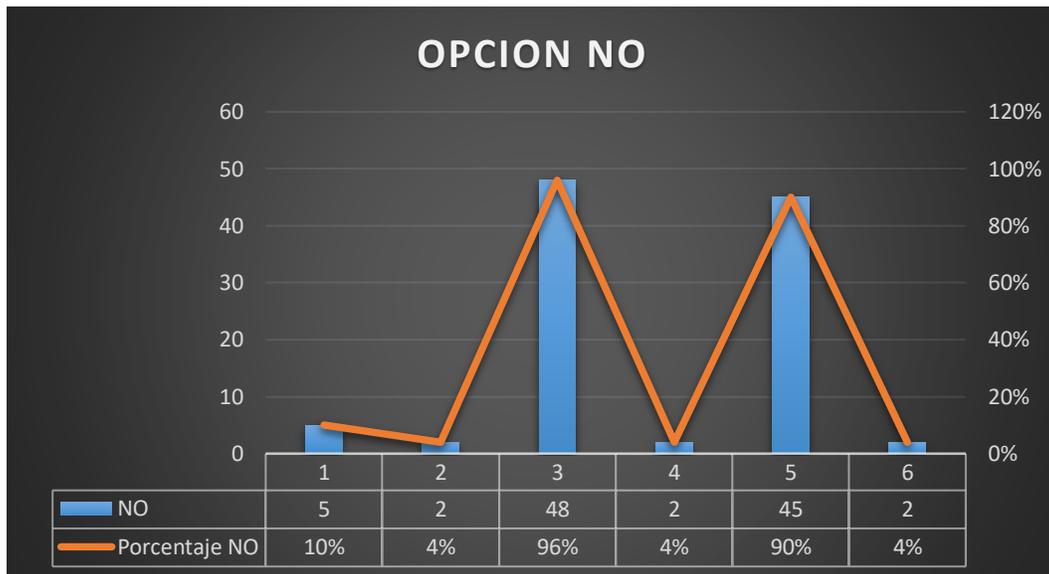


Gráfica 15. Respuesta a la pregunta 14.



Gráfica 16. Porcentaje de respuesta en la opción SI.

- 1- el 90% de las pacientes refirieron que, si tuvieron en cuenta su opinión en el momento del parto para alguna situación o procedimiento, lo que correspondería a 45 pacientes.
- 2- El 96% de las pacientes sintieron que fueron atendida de manera adecuada en el momento del parto, lo que corresponde a 48 pacientes.
- 3- El 4% de las pacientes refirieron sentir que se les realizo algún procedimiento inadecuado, lo que corresponde a 2 pacientes.
- 4- El 96% de las pacientes refieren haber recibido un trato cariñoso por parte del personal de salud, lo que correspondería a 48 pacientes.
- 5- El 10% de las pacientes refirieron haber recibido un trato soez por parte del personal de salud, lo que correspondería a 5 pacientes.
- 6- El 96% de las pacientes refirieron que, si les gustaría que volver a ser atendidas en la clínica, lo que correspondería a 48 pacientes.



Gráfica 17. Porcentaje de respuesta en la opción NO.

- 1- El 10% de las pacientes refirió que no tuvieron en cuenta su opinión para alguna situación o procedimiento en el trabajo de parto, lo que correspondería a 5 pacientes.
- 2- El 4% de las pacientes sintió que no fueron atendidas de manera adecuada en el momento del parto, lo que correspondería a 2 pacientes.
- 3- El 96% de las pacientes no refieren haber sentido que le hicieron un procedimiento de que no era adecuado en el momento del parto, lo que correspondería a 48 pacientes.
- 4- El 4% de las pacientes refirieron no haber recibido un trato poco cariñoso por parte del personal de salud, lo que correspondería a 2 pacientes.
- 5- El 90% de las pacientes no refirieron haber recibido un trato soez por parte del personal de salud, lo que correspondería a 45 pacientes.
- 6- El 4% de las pacientes refirieron que no les gustaría volver a ser atendidas en la clínica.



13 DISCUSION

Los resultados de esta investigación arrojaron que el 96% de las pacientes se sintieron satisfechas con la atención recibida por parte de todo el personal de salud, manifestando que se les fue explicado cada uno de los procedimientos y refiriendo que la actitud por parte del personal médico de la Clínica Crecer de Cartagena de Indias fue la más adecuada; esta descripción se corrobora con los datos arrojados en la calificación de la atención, donde el 84% de las pacientes la catalogaron como amable, un 12% empático y un 4% poco agradable.

Igualmente se resaltó la atención médica oportuna, rápida y eficiente durante y después del parto como la característica más importante, coincidiendo en esto el 66% (33 de las 50 pacientes en total) que participaron en el estudio, identificándolo como el principal factor positivo. Por otro lado, el trato poco amistoso por parte del personal médico se catalogó hipotéticamente como el principal factor negativo, ya que cerca de la totalidad de las pacientes se sintieron satisfechas con la atención en general y se mostraron positivas a recibir atención médica en la clínica en próximas ocasiones.

Respecto al tipo de parto, esta investigación dio a conocer que las pacientes que tuvieron partos vía vaginal eran aptas para ello, en comparación con el 36% a las que se le practicó cesárea, a pesar de que la OMS establece que solo del 10 a 15% es la cantidad permitida de cesáreas con respecto a la totalidad de los partos atendidos. En este sentido 16 de las 18 cesáreas (88,88%) estaban indicadas según la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Finalmente, cabe resaltar que en nuestra investigación pudimos corroborar lo que mediante un análisis estadístico realizaron investigadores argentinos en Buenos Aires – Argentina (4), quienes también demostraron la existencia de un concepto erróneo, sobre lo que se supone o comúnmente se interpreta que es el trato respetuoso y de calidad hacia las mujeres durante el parto y puerperio, principalmente referido exclusivamente al sector privado; este concepto contrasta directamente con los resultados obtenidos en nuestro estudio donde el 96% de las pacientes, en su gran mayoría del régimen subsidiado, mostraron buena aceptación con respecto a la atención recibida y la catalogaron como amable en la clasificación expuesta dentro de la entrevista semiestructurada, siendo esta la categoría que mejor define la atención de la Clínica Crecer de Cartagena de Indias.



14 CONCLUSION

El parto respetado como una modalidad de atención del parto que se caracteriza por el reconocimiento y el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento, así como también considerando los valores de la mujer, sus creencias y sentimientos, son elementos claves en el proceso de atención en salud integral tanto para la parturienta como a su familia. La importancia de respetar la dignidad y autonomía de la mujer durante el proceso de dar a luz involucra un sin número de factores que han de ser tenidos en cuenta por el personal de salud, ya que durante este proceso el nivel de sensibilidad emocional además implicaciones propias del trabajo de parto generan un mayor nivel de riesgo para que las relaciones interpersonales entre ella y el personal de salud puedan derivar en malas interpretaciones de las cualquiera de las partes involucradas.

Por lo anterior, es de suma importancia que los servicios de obstetricia en las diferentes clínicas, se ocupen de este tema y la academia responda a la necesidad de indagar acerca del comportamiento del parto en la población, principalmente la más vulnerable, ya que son innumerables las complicaciones que pueden presentarse durante su desarrollo.

Pudimos establecer que las situaciones inesperadas que se pueden presentar durante el parto y que obligan al médico a utilizar técnicas y protocolos para tratar oportunamente estos episodios, pueden en algunos casos ser mal interpretados tanto por las familias como por las parturientas, llegándose injustamente a señalar al personal de salud como violentos o irrespetuosos en el trato, en consecuencia es importante un mayor trabajo de educación para que se respete tanto el rol del personal de salud mientras procede según sus protocolos, como también saber canalizar la angustia de la familia o la parturienta, en todo caso, para equilibrar la relación de todas las partes y llevar a buen término el proceso del parto.

Minimizar el impacto emocional de las partes involucradas en el proceso de parto impacta positivamente la superación de secuelas tanto en la materna como en el producto. Pues tal como pudimos comprobar hay factores que contribuyen a mal interpretar estas técnicas o protocolos y tienden a ser mal recibidas por parte de las pacientes, deshumanizando a los médicos y sus prácticas por lo incómodo y doloroso que puede llegar a ser.

Algunos de los datos que obtuvimos nos permitieron comprobar que las parturientas asocian la mala atención del parto como la utilización de cesáreas innecesarias, episiotomía y la mala utilización de medicamentos para la inducción del parto lo cual hace importante indagar el comportamiento de estos eventos en la población estudiada. Además pudimos concluir que la gran mayoría de las pacientes se sintieron satisfechas con la atención recibida al momento del parto; resaltando esto



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Deyanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

debido a que sentían el respeto a su opinión en ciertas situaciones o porque en procedimientos más “invasivos” el personal de salud mantuvo el buen trato, y se esto lo asociaron a las explicaciones de los procedimientos que se les practicaron y la buena calidad humana del personal de salud, todo esto fue manifestado como unas de las características por las que describen positivamente la atención de la Clínica Crecer de Cartagena de Indias, lugar en el que recabamos esta investigación.



15 PRESUPUESTO

RUBROS	FUENTES		
	INVESTIGADORES		UNIVERSIDAD
	INDIVIDUAL	GRUPAL	
HORAS DE TRABAJO	170.000	850.000	-
OTROS GASTOS			
ACCESO A BASE DE DATOS UNI. DEL SINU	-	-	-
PAPELERIA	100.000	500.000	
INTERNET	600.000	3.000.000	-
TRANSPORTE	500.000	2.500.000	-
TOTAL GASTOS	1.370.000	6.850.000	-

Tabla 1. Presupuesto



16 CRONOGRAMA

DURACION DE LA EJECUCION DEL PROYECRO EN SEMANAS	MESES															
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Lectura de artículos científicos para fortalecer el conocimiento del tema	█		█		█		█	█		█		█		█		
Escogencia del tema	█	█	█	█												
Viabilidad de la temática en el lugar de trabajo			█	█												
Asesorías metodológicas para el diseño del proyecto		█	█	█	█	█	█	█								
Elaboración de propuestas de investigación		█		█		█		█								
Documentación sobre la temática			█	█	█	█	█	█	█		█	█	█			
Primera entrega de avances				█		█										
Corrección de los avances del proyecto con tutor metodológico								█	█	█	█	█	█	█	█	█
Presentación para su aprobación al asesor disciplinario															█	
Segunda entrega de avance									█							
Elaboración del anteproyecto de investigación										█						
Entrega final de anteproyecto																█

Tabla 2. Cronograma



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Seccional Cartagena

Ospino Medina Nevisol, Plata Solano Devanith, Puerta Paez Ivan, Rumbo Murgas Maria, Tous Oviedo Adriana

17 ANEXOS

Anexo 1. AUTORIZACION CLINICA CRECER DE CARTAGENA DE INDIAS.



Cartagena de Indias, 07 de octubre de 2019

Señores:
UNIVERSIDAD DEL SINÚ
Cartagena

Ref.: Aceptación de realización de proyecto de investigación

Respetuoso saludo,

Me permito informar que la clínica CRECER autorizó la realización del estudio llamado "PARTO RESPETADO: CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES OBSTÉTRICAS".

Este trabajo de investigación se desarrolló en el área de obstetricia de esta institución

Cordialmente,


ALVARO GUETE HERRERA
Director de Auditoría Médica Clínica Crecer

Centro Medico Crecer Ltda Nit 806.004.548-6 Dir: Avenida Pedro de Heredia
No. 34-22 Sector El Prado Telefono 6723650



Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Yo _____ con cédula de _____ Ciudadanía N.º _____ Residente en _____, en representación de _____ para los efectos legales que correspondan declaro que he recibido información clara y suficiente a cerca de la investigación titulada: Parto respetado: Caracterización de la atención médica en las pacientes obstétricas.

Desarrollaremos un estudio descriptivo prospectivo y transversal que incluirá a 50 pacientes postparto en el servicio de puerperio, se excluirán pacientes con menos de 12 horas postparto, pacientes menores de edad, pacientes que no estén en condiciones médicas de contestar la encuesta y finalmente pacientes con partos ocurridos fuera de las instalaciones de la Clínica Crecer (parto en el hogar, durante el traslado, o en otro centro hospitalario).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Toda la información recolectada en la será de carácter anónima. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por:

- Nevisol Ospino Medina
- Deyanith Plata Solano
- Ivan David Puerta Páez
- Mari Caridad Rumbo Murgas
- Adriana Tous Oviedo

He sido informada de que el objetivo de este estudio es caracterizar la atención médica recibida por las pacientes obstétricas durante el parto y puerperio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a NEVISOL OSPINO MEDINA al teléfono 3126804198

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a NEVISOL OSPINO MEDINA al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma y CC del Participante



Anexo 3. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARTO RESPETADO

1. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
 - a. Primaria
 - b. Bachiller
 - c. Técnico o tecnólogo
 - d. Profesional
 - e. Ninguno

2. ¿Cuál es su estrato social?
 - a. 1-2
 - b. 3-4
 - c. 5-6

3. ¿Recibe apoyo económico familiar?
 - a. SI
 - b. NO

4. ¿Cuál es su número de gestaciones?
 - a. 1-2
 - b. 3-4
 - c. 5-6
 - d. 7 o mas

5. ¿Su embarazo actual fue deseado?
 - a. SI
 - b. NO

6. ¿Se le explicaron todos los procedimientos realizados en el trabajo de parto?
 - a. SI
 - b. NO

7. ¿Qué tipo de parto tuvo?
 - a. Parto vaginal
 - b. Cesárea

8. ¿Se le indujo el parto?
 - a. SI
 - b. NO

¿Si la respuesta fue si por qué?



9. ¿Se ha sentido satisfecha con la atención recibida?

- a. SI
- b. NO

¿Si su respuesta fue no por qué?

10. ¿En la siguiente escala como considera usted que fue la atención de su parto?



11. ¿De las siguientes opciones cual sería para usted la más indeseable en el momento del parto?

- a. Un entorno poco tranquilo al momento del parto
- b. Ausencia de un familiar al momento del parto
- c. Trato poco amistoso por parte del personal médico
- d. Ninguna de las anteriores

12. ¿De las siguientes opciones cual es para usted la más importante en la atención de su parto?

- a. Entorno limpio, estéril y tranquilo durante el parto
- b. Empatía por parte del personal de salud durante el parto
- c. Atención médica oportuna, rápida y eficiente durante y después del parto
- d. Ninguna de las anteriores

13. PARTO RESPETADO

¿Usted que considera como parto respetado?

14.

	SI	NO
¿En el momento del parto se tuvo en cuenta su opinión para alguna situación o procedimiento?		
¿Sintió que usted y su bebe fueron atendidos de manera adecuada?		
¿Sintió usted que le realizaron algún procedimiento inadecuado?		
¿Recibió un trato cariñoso por parte del personal de salud?		
¿Recibió algún trato soez de parte del personal de salud?		
¿Le gustaría volver a ser atendida en la clínica?		



18 BIBLIOGRAFÍA

1. Johannsen J. Sociedad Colombiana de Pediatría. [Online]. [cited 2019 Octubre 19]. Available from: <https://scp.com.co/actualidad-pediatria-social/parto-humanizado-la-informacion-poder/>.
2. Conde Agudelo A, Rosas Bermudez A, Gülmezoglu A. PubMed. [Online]. Cali, Colombia; 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19035991>.
3. Ministerio de salud y proteccion social. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. [Online]. Bogota, Colombia; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IE TS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>.
4. humanos Mdjyd. Perla Progoshin. [Online].; 2018. Available from: <http://perlaprogoshin.com.ar/wp-content/uploads/2018/09/An%C3%A1lisis-de-datos-sobre-Violencia-Obst%C3%A9trica.pdf>.
5. El Tiempo. El Tiempo. [Online].; 2018. Available from: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/ley-sobre-violencia-obstetrica-es-rechazada-por-especialistas-210668>.
6. Secretaria distrital de la mujer. Violencia Gineco – obstétrica y los derechos de las mujeres. Bogota, Colombia; 2015.
7. Salazar E, Buitrago C, Molina F, Arango Alzate C. Tendencia de la mortalidad por causas externas en mujeres gestantes o puerperas y su relacion con factores socioeconomicos en Colombia. Pan American Journal of public healt. 1998-2010.
8. Nieves-Cuervo GM, Cáceres-Manrique FdM. Humanized care in childbirth. Difference according to maternal clinical and social conditions. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017 Abril - Junio; 68(2).
9. Simulado H. Guia de parto normal - Hospital Simulado Universitario. Cartagena: Universidad Del Sinu - Seccional Cartagena, Bolivar; 2018.
10. Rodrigáñez Bustos C. Pariremos con placer. 3rd ed. Madrid, España: Ediciones Crimentales S.L.; 2009.
11. Lopez M, Gomez Sanchez I, Arevalo Rodriguez I. Violencia contra la mujer. Analisis en el instituto materno infantil de Bogotá, Colombia. 2005; 59(1).
12. Northrup DC. Women's Bodies, Women's Wisdom Nueva York: Bantam Books; 2010.
13. Resolucion 8430 de 1993 - Normas cientificas, tecnicas y administrativas para la investigacion en salud. 1993.



14. Quevedo P. Tesis. Violencia Obstetrica: una manifestacion oculta de la desigualdad de genero. 2012.
15. Restrepo LC. Violencia Medica - Terapida neural y nuevos paradigmas cientificos. Terapida neural y nuevos paradigmas cientificos. 2009;; p. 8.
16. (UNFPA) FdPdINU. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas, Venezuela;; 2011.
17. Illich I. Némesis Medica la expropiacion de la salud Viena: Barral; 1975.
18. Restrepo Sanchez A, Rodriguez Martinez D, Torres Castro M. "Me descuidaron el parto": la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto. 2016.
19. Martin PP. Manuel introductorio a la ginecologia con plantas.
20. Naciones Unidas. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Nueva York;; 2006.
21. Todd, A. M. The impact of a traumatic birth: An exploration of mothers' experiences. 2013.
22. Magnone Aleman N. Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Departamento de Trabajo Social-FCS. 2010 Septiembre 9.
23. Echeverry Sierra M. Análisis de la violencia obstétrica asociada con la violencia de género y la violación de los derechos humanos en Colombia. Universidad Cooperativa de colombia - Facultad de Derecho. 2018.
24. Terán P CCGM. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela. 2013.
25. d'Oliveira AF DSSL. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet. 2002.
26. Congreso de Colombia. Proyecto de Ley 147 de 2017. Bogota, Colombia;; 2017.
27. Juliana Tamayo Muñoz CMRMLGACGV. Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. Grupo Médico por el Derecho a Decidir - Colombia Red Global Doctors for Choice. 2015 Noviembre.
28. Br. Martínez Palomino MCI. Características de la violencia obstétrica en el trabajo de parto de usuarias atendidas en el hospital regional de Ayacucho. 2015.
29. Hernando Gaitán Duarte JES. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017; 68(2).