**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN**

**ÁREA DE CONOCIMIENTO DE CIENCIAS MÉDICAS**

**MEDICINA**

UNAN - León
FUNDADA EN 1812

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE: MEDICO GENERAL**

# Valoración de la Atención del Parto Humanizado por Puérperas en un Hospital de Occidente de Nicaragua.

**Línea de investigación: Salud Materno-Infantil**


**Elaborado por:**

- Br. Barreto García Celfida Estela carnet: 19-00330-0
- Br. Bermúdez Sarria Andrea Celeste Carnet: 19-02501-0
- Br. Bonilla Rueda Adriana Lissett Carnet: 19-04466-0

**Tutor:**

Dra. Somarriba Castillo Lourdes Benita

Especialista en Ginecología y Obstetricia

**Tutor Metodológico:**

PhD. Dr. Blanco Luis.


**León, 14 Noviembre de 2024**

**45/19, ¡La Patria, La Revolución!**

**Resumen**

**Objetivo:**

Determinar la valoración del parto humanizado por puérperas en un Hospital de Occidente de Nicaragua.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo en puérperas de un Hospital de Occidente de Nicaragua. Para el análisis de las variables cuantitativas se aplicaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar); para el análisis de las variables cualitativas se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** El estudio se realizó a 98 puérperas, de las cuales un 96% recibió una buena atención por parte del personal de salud. Sobre las características sociodemográficas y gineco-obstétricas se encontró que la mayoría pertenecían al grupo etario 20-35 años (63%), eran multigestas (57) y acudieron a 5 controles prenatales (32%). En el cumplimiento de los derechos de la madre, se realizó episiotomía (51%) y a una gran parte no se les explicó el porqué de dicha técnica. Los recién nacidos permanecían al lado de la madre en todo momento (83%) y la mayoría de sus acompañantes no participaron en actividades educativas, recreativas o culturales (60%). En la escala de la violencia obstétrica a la mayor parte no se le impidió estar acompañada (79%).

**Conclusión:** La mayoría de las puérperas, consideraron que recibieron una atención de calidad del parto humanizado. Los derechos de la parturienta, el recién nacido y el acompañante según la normativa 042 fueron respetados en un alto porcentaje. El cumplimiento de los criterios de la escala de violencia obstétrica fue favorable en la mayoría de los casos.

**Palabras claves:** Puérperas, violencia obstétrica, Parto Humanizado, Atención de calidad.

**Agradecimiento**

Agradecemos en primer lugar a Dios por ser nuestro guía espiritual y acompañarnos siempre, por brindarnos sabiduría, entendimiento y paciencia para terminar nuestro estudio.

A nuestros padres, hermana y abuelos por ser nuestro pilar fundamental, por apoyarnos a lo largo de nuestra vida y durante la realización de nuestro estudio.

A nuestra tutora Dra. Somarriba por su dedicación, tiempo, conocimientos y experiencias sobre su área. Al PhD. Blanco por asesorarnos, brindarnos tiempo y guiarnos en el presente trabajo investigativo.

**Dedicatoria**

Dedicamos el presente trabajo a nuestra familia que nos han brinda apoyo a lo largo de nuestras vidas y de nuestra carrera universitaria.

**Índice**

**Introducción** ..... 1

**Antecedentes** ..... 2

**Planteamiento del problema** ..... 5

**Justificación** ..... 6

**Objetivos** ..... 7

**Objetivo General** ..... 7

**Objetivos Específicos** ..... 7

**Marco teórico** ..... 8

**Diseño metodológico** ..... 21

**Criterios de inclusión:** ..... 21

**Resultados** ..... 34

**Discusión** ..... 43

**Conclusiones** ..... 50

**Recomendaciones** ..... 51

**Referencias Bibliográficas** ..... 52

**Anexos** ..... 55

## Introducción

El parto humanizado hace referencia al respeto de los derechos de la madre, el recién nacido y su acompañante al momento del nacimiento, promoviendo el respeto a las particularidades de cada familia, ya sea conforme a su nacionalidad, religión, creencias culturales y conduciéndolas a la toma de decisiones seguras e informadas. (1)

A pesar de las declaraciones a nivel mundial y recomendaciones que ha brindado la OMS para dar una atención prenatal, un trabajo de parto y un puerperio digno, humanizado respetado e individualizado, que sea libre de violencia, por medio de programas como: "La prevención y erradicación del maltrato en la atención del parto en los centros de salud", del año 2014 (2) y "Las recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia positiva", en el 2019. (3)

Alrededor del mundo, muchas mujeres continúan sufriendo un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto, en el cual no solo se está violentando sus derechos a una atención respetuosa y humanizada, sino que, amenaza los derechos a la vida, salud integridad física y la no discriminación. (4)

Existen diferentes estudios realizados a nivel nacional e internacional, acerca de la percepción del parto humanizado por puérperas, como el estudio realizado por Alama C, y Morán M (5), quienes obtuvieron que el 91.4% de las puérperas recibieron un trato amable, sin embargo, se encontraron aspectos negativos, como el hecho de que al 73.3% no se le permitió estar acompañada por un familiar. En Nicaragua, en la ciudad de León en el año 2019, en un estudio realizado por Penado y López (6), encontraron que un 46% lograron percibir su momento de parto como adecuado, y un 85% del personal de salud, fueron amables.

A pesar de tener resultados bastantes favorables, se sigue obteniendo un pequeño porcentaje negativo, por lo que el presente estudio, pretende valorar la perspectiva de las puérperas sobre la atención del parto humanizado, para conocer sí hay un buen cumplimiento de los derechos de la mujer, el recién nacido y el acompañante; así como la existencia de violencia obstétrica.

## Antecedentes

### Internacionales

En el 2017 en Barcelona-España, la Dra. Garrido [7], hizo un estudio de tipo cualitativo con un diseño fenomenológico interpretativo, sobre: “La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol”, el cual tuvo como objetivo conocer la experiencia de las mujeres, con el fin de profundizar lo que significó para ellas una atención humanizada y satisfactoria del parto, con una muestra de 21 entrevistas, obteniendo como resultados una experiencia de parto positiva, satisfactoria y humanizada, señalaron que era necesario que tuvieran expectativas previas sobre su parto, se respete su privacidad, también se recomendó que recibieran un apoyo emocional durante el trabajo de parto y se le otorgara capacidad de decisión.

En 2018 en Tumbes – Perú, las Br. Alama C. y Moran M. [5], elaboraron un estudio cuantitativo de tipo descriptivo simple, de cohorte transversal y retrospectivo, sobre: “Percepción del parto humanizado en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, marzo 2018. Estudiaron una población de 70 puérperas obteniendo como resultados que en un 91.4% recibió un trato amable, en cambio un 32 % manifestó que ellas nunca se les solicitó atención para examinarla, y a un 74.3% expresó que no se les permitió el acompañamiento por un familiar. El 58.57% tuvo una percepción favorable y un 41.43% medianamente favorable sobre la percepción de la atención humanizada del parto.

En 2020, en Nuevo León-México, Márquez Y. [8], realizó un estudio cuantitativo, replicativo, observacional, de corte transversal y descriptivo, acerca de “Violencia obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público de Nuevo León”. Con el objetivo de determinar el porcentaje de usuarias adultas que percibieron que experimentaron violencia obstétrica durante la atención recibida en el hospital público de Nuevo León. Con una muestra de 359 mujeres, obteniendo que el 49.70% percibieron que experimentaron violencia obstétrica, el 33.8% percibieron ser víctimas de abuso y violencia y un 27% de las pacientes percibieron haber recibido una atención no autorizada.

En 2023, en el Hospital Barranca, Cajatambo, en Perú, Garro y Melgarejo [9], hicieron un estudio acerca del “Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado con relación a las actitudes y prácticas en el personal de salud”. El estudio fue de tipo no experimental cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, con una muestra de 50 trabajadores pertenecientes al departamento de Gineco-obstetricia. Obteniendo como resultado que el 62% del personal tenía un conocimiento alto, un 94% tenía una actitud positiva y el 60% realizaron prácticas inadecuadas.

**Nacionales**

En el 2015 en Managua-Nicaragua, la Br. Turcios y la Br. Vargas [10] publicaron un estudio descriptivo sobre: “El conocimiento y atención del parto humanizado por el personal de salud del Hospital Victoria Motta de Jinotega” donde participaron 16 integrantes del personal de salud que se encuentran atendiendo partos, consiguiendo como resultados que el 95% del personal tiene conocimientos sobre el parto humanizado, el 100% conoce acerca de los derechos de la paciente, el 62% conoce las prácticas de rutina que no deben realizarse como episiotomía, rasurado del vello púbico y aplicación de enemas, el 75% no permiten a la embarazada escoger la posición para parir, un 98% del personal no permite que la embarazada este acompañada. Además, al 63% de las mujeres encuestadas no se les explicaron las diferentes posiciones para el parto y al 59% no se le respeto la cultura y costumbres que tienen.

En el 2017 en la ciudad de Managua Nicaragua, la Dra. Gutiérrez [11], realizó un estudio de tesis de tipo descriptivo de corte transversal retrospectivo sobre: “El parto libre y natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto hospital alemán nicaragüense”, con una muestra de 65 personas entre médicos y enfermeras del servicio de Gineco Obstetricia, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento del personal médico y de enfermería sobre los derechos de la embarazada durante el parto, obteniendo como resultado que el 100% conocen que la paciente debe estar acompañada, los datos de la paciente son confidenciales, conocen sobre el derecho de tener a su lado al recién nacido desde el momento del nacimiento y de registrar al recién nacido, el 100% sabe que no se debe efectuar el rasurado de genitales externos, la no

utilización de enemas y el 95.4% conoce que no debe efectuarse la episiotomía de manera rutinaria.

En el año 2019, Managua-Nicaragua, la Br. Morales H. y la Br. Palacios N [12], realizaron un estudio de tesis de tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo, sobre: “El cumplimiento de la Norma de humanización del parto Institucional-042 por parte del personal de salud en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense”, con una muestra de 210 partos por vía vaginal, obteniendo como resultado que el cumplimiento de los derechos de la madre fue excelente en un 49%, bueno 32.9%, regular 12.4 % y malo 5.7%; en el recién nacido fue excelente en un 89.5%, bueno 8.1% y regular 2.4%, y en cuanto a los acompañantes fue excelente en un 80% y 20% malo. Concluyendo que la normativa se cumplió de manera excelente en un 76.2%.

En 2021, en León-Nicaragua, la Br. Penado A. y la Br. López A [6], realizaron un estudio descriptivo de corte transversal sobre:” La percepción de las puérperas sobre la atención del parto Humanizado en el Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello”, con una muestra de 103 mujeres puérperas mediatas entre los 14-40 años, obteniendo como resultado que en un 46% de las mujeres logran percibir que en el momento del parto se les atendió manera adecuada, el 85% opinan que los profesionales fueron amables, se pidió permiso para examinarla al 74%, a un 89% se le respetó su intimidad durante el parto, al 76% le manejaron el dolor, a un 59% se le explicó los procedimientos a realizar, al 74% se le llamó por su nombre, al 50% nunca se le explicó en que radicaba el parto, un 47% expreso que hubo buena comunicación entre ellas y el personal que las atendió y el 59% refiere que el personal siempre se presentó con sus nombres y ocupación.

## Planteamiento del problema

Durante los últimos 20 años, los sistemas de salud han insistido en aplicar estrategias importantes para reducir complicaciones maternas y perinatales, como es el parto institucional y humanizado. Sin embargo, según la OMS en el 2019 [3], la accesibilidad de las gestantes a los centros de salud, no garantiza una atención del trabajo de parto y parto de calidad ya que puede acompañarse de prácticas obstétricas no adecuadas que expone a embarazadas de bajo riesgo a intervenciones médicas innecesarias que pueden interferir en la evolución fisiológica del parto, esto indica que existen factores que están impactando negativamente sobre la calidad de los cuidados a la salud durante el parto y sobre los resultados en términos de salud materna y neonatal.

En la última década en diferentes instituciones del país se han realizado estudios acerca del cumplimiento de los derechos de la madre, el recién nacido y el acompañante, haciendo uso de la Norma 042 [1] y escalas de violencia obstétrica [13], los cuales demuestran que el personal de salud tiene conocimiento acerca del parto humanizado, pero enfrentan desafíos para su implementación, ya que estudios enfocados en conocer la experiencia que tuvieron las mujeres durante el trabajo de parto y parto, demuestran que aproximadamente a más del 50% de ellas, [6] no se le cumplieron sus derechos y vivieron una experiencia de parto negativa. A partir de esto nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la valoración de la atención del parto humanizado por puérperas en el Hospital de Occidente de Nicaragua?

## Justificación

La alta frecuencia con que se presenta la violencia obstétrica durante el trabajo de parto y el parto se han ido demostrando a través de la realización de diversos estudios. En Nicaragua, al igual que en otros países, el parto humanizado ha adquirido relevancia en el ámbito de la salud materna, es por ello, que es fundamental evaluar la perspectiva de las mujeres puérperas sobre este enfoque en el contexto hospitalario.

El interés por parte del Ministerio de Salud de garantizar y brindar una maternidad segura como estrategia para mejorar la salud materna y perinatal, ha logrado fortalecer el parto institucional, limpio y humanizado. No obstante, este objetivo no se podría alcanzar, si no se practica el trato respetuoso y libre de violencia durante la atención del trabajo de parto y el parto, tomando en cuenta los aspectos interculturales, las aspiraciones y expectativas de las embarazadas, que les permita alcanzar una experiencia positiva. La red de servicios de salud que incluye, establecimientos de salud comunitarios (casas maternas) y públicos (puestos de salud, centros de salud, hospitales primarios) brindan atención a una gran cantidad de mujeres en edad fértil y embarazadas por lo que se debe estar brindando constantemente información acerca del parto humanizado. [14]

Con la presente investigación se determinó la valoración de la atención del parto humanizado por puérperas de un hospital de occidente, lo que incluye el cumplimiento de sus derechos, los del recién nacido y del acompañante, así como la realización de prácticas inadecuadas por parte del personal de salud. Para ello, se aplicará la escala sobre violencia obstétrica, validada por Cárdenas y Salinero en Chile [13], así mismo se hará uso de la Norma 042, “Norma de atención respetuosa y humanizada del parto asistido con pertinencia cultural”. [1]

## Objetivos

### Objetivo General

Determinar la valoración de la atención del Parto Humanizado por puérperas en un Hospital de Occidente de Nicaragua.

### Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricos de la población en estudio.
- Valorar el cumplimiento de los derechos de la mujer, recién nacido y acompañante durante la atención del parto según la normativa 042.
- Determinar el cumplimiento de los criterios de la Escala de Violencia Obstétrica en puérperas del estudio.
- Identificar la percepción de la calidad de atención del parto en las puérperas del estudio.

## Marco teórico

**Humanización:** La humanización es una condición esencial que garantiza una oferta de servicio basado en el respeto a la dignidad y condición humana de sus creencias, costumbres, credo, raza y todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible. Desde el punto de vista de la salud, la humanización se expresa como el servicio que se ofrece en un marco de respeto a la vida y la dignidad de la mujer, con principios éticos, vocación, humildad, empatía y afectividad.

La humanización es un componente clave para garantizar una atención basada en el respeto a la dignidad humana, reconociendo creencias, tradiciones, religiones, etnias y todo aquello que hace a hace a cada persona única e irrepetible. En el contexto de la salud, humanizar significa ofrecer servicios dentro de un marco que valore la vida y la dignidad de las mujeres, promoviendo, principios éticos, así como la actitud de compromiso, sensibilidad, empatía y cercanía hacía quienes reciben la atención.

**Experiencia de parto positiva:** La experiencia que cumple o supera las creencias, expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un producto sano en un ambiente agradable desde el punto de vista clínico y psicológico, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento por alguien de confianza y ser asistida por personal empático y con competencias técnicas adecuadas.

Se basa en la premisa de que las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, incluso cuando se requieren o desean intervenciones médicas.

**Parto:** Es el acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un/a niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos.

**Humanización del parto**: Hace referencia cómo pueden integrar el conocimiento técnico-científico y a la vez que se propicia el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la embarazada y su familia. Es decir, a partir del conocimiento del proceso fisiológico, se procure que las intervenciones médicas sean solo en caso necesarios, partiendo desde la comprensión y el respeto de las creencias,

costumbres, sentimientos, pensamientos y percepciones, propios e individuales, de cada mujer durante el trabajo de parto y el parto.

**Parto humanizado:** También conocido como "parto respetado" se refiere al respeto de los derechos de la mujer embarazada, del recién nacido y sus acompañantes durante el proceso del parto. Promueve el respeto a las particularidades de cada familia etnia, religión, nacionalidad, acompañándola a través de la toma de decisiones seguras e informadas.

El parto respetado implica generar un espacio familiar donde la mamá y el recién nacido/a sean los protagonistas, donde el nacimiento se desarrolle de la manera más fisiológica posible y donde la mujer siga su propio pulso de parto evitando todo tipo de intervenciones innecesarias, así como decidir la forma de controlar el dolor durante el parto.

**Nacimiento humanizado:** Es el derecho que tiene el recién nacido de recibir la atención afectiva-emocional, garantizando el inmediato acercamiento al abdomen de la madre, corte del ombligo cuando este deje de pulsar, inicio de la lactancia materna, los cuidados inmediatos según normativas y recibir el pronto afecto de sus padres o familiares.

**Derechos de la embarazada:**

- Respetar el derecho de la embarazada si prefiere no tener ningún acompañante.
- Tener al/la recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita.
- Confidencialidad respecto a sus datos personales y sanitarios.
- Recibir información continua, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus beneficios y riesgos.
- Decidir quién le atenderá el parto (médico/a, enfermera, auxiliar o partera), siempre y cuando el parto no curse con una complicación obstétrica. Una vez realizada la evaluación obstétrica, se toma la decisión en consenso entre el personal de salud calificado y la partera para la atención del parto y la comunicación a la mujer. Cuando sea la partera la que lo atiende, debe ser en presencia y acompañamiento del personal de salud calificado.

- Conocer el nombre completo y poder distinguir fácilmente la categoría profesional del personal de salud que le atiende.
- Recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de ella y del recién nacido, apoyo en el postparto que contribuya a la recuperación materna y al mejor cuidado del/la recién nacido/a, la cual debe incluir todos los datos del parto y del estado neonatal, que le permitan mantener la continuidad asistencial de los servicios de atención primaria en salud.
- Decidir sobre prácticas culturales o religiosas, siempre y cuando no suponga un riesgo para la salud de la mujer y del/la recién nacido/a.
- Recibir del personal de salud, trato digno y respetuoso.
- Recibir orientación sobre la importancia del registro del niño o la niña posterior al egreso del hospital para garantizar sus derechos a un nombre, nacionalidad, salud y educación.

**Derechos del recién nacido:**

- Ser correctamente identificado en el momento de su nacimiento.
- Ser colocado piel con piel (CPP) con su madre durante la primera hora después del nacimiento, sino hubiere complicaciones.
- Permanecer con su madre y no ser separado de su madre en ningún momento, salvo causa médica.
- Promover que reciba lactancia materna y facilitar las condiciones necesarias para la misma.
- Ser inmunizado después del parto contra las enfermedades infectocontagiosas según protocolo de inmunizaciones.
- Contar con recursos humanos y materiales necesarios para recibir una adecuada asistencia.
- Continuidad asistencial por los servicios de atención primaria en salud una vez dado de alta en el hospital.
- Ser trasladado a recibir estimulación temprana en el sistema de salud, en caso de sufrir alguna alteración que dificulte su adecuado desarrollo.
- Ser hospitalizado/a si su estado de salud lo amerita.

**Derechos del/la acompañante:**

- Estar con su familiar para brindarle apoyo emocional y físico.

- Recibir la orientación sobre las técnicas de acompañamiento y la detección de signos de alarma.
- Recibir materiales de comunicación sobre las técnicas de apoyo, si estos están disponibles en el establecimiento de salud.
- Contar con un espacio físico, una silla para cambiarse de ropa y tener acceso al baño.
- Recibir la información que necesite de una manera clara y concisa (en el idioma hablado), evitando la terminología médica y usando materiales visuales y gráficos cuando sea necesario para comunicar procesos o procedimientos.
- Conocer el estado de salud de su familiar inmediatamente después del pase de visita, así como las alternativas de tratamiento, su pronóstico y la evolución.
- Recibir buen trato de parte del personal de salud, los enfermos y otros familiares acompañantes.
- Participar en actividades educativas, recreativas y/o culturales dirigidas a los familiares.

**Deberes del/la acompañante:**

- Cumplir con las normas establecidas en el hospital y sala donde está internada su familiar.
- Involucrarse en las actividades de cuidados como proceso de aprendizaje para el manejo de su familiar en el hogar.
- Permanecer en la sala al lado de su familiar.
- Comunicar a las autoridades correspondientes cualquier queja y/o sugerencia que contribuya a la mejora del funcionamiento de la sala, servicio u establecimiento de salud.
- Mantener el respeto y recato correspondiente para el resto de las puérperas.
- No abandonar la sala sin comunicar al personal de enfermería de turno.
- Salir de la sala durante el pase de visita médica, procedimientos especiales a otra mujer o cuando lo solicite el personal de salud. Exceptuando el caso de que se trate de una adolescente, la cual debe estar acompañada (durante la evaluación) por un familiar.
- Cuidar las instalaciones y mobiliarios utilizados para la atención de su familiar.
- No portar arma de fuego y/o corto punzante.
- No ingresar bajo efectos del alcohol, o cualquier otra droga.

- No introducir bebidas alcohólicas, cigarrillos u otra droga ilícita.
- Evitar ruidos innecesarios producidos por celulares u otros aparatos.
- Manejar una comunicación cordial y de respeto con el personal de salud. [1]

**Acompañamiento para el apoyo emocional físico y cuidados básicos:**

Es recomendable tener una preparación psicológica y física previa durante el embarazo. Si la mujer no la recibió, al ingreso en el trabajo de parto se intentará instruirla mediante breves explicaciones y ejercicios de relajación, respiración y simulación del pujo. Con esta preparación impartida a las madres que no cuentan con ninguna instrucción previa se obtienen resultados muy favorables y comparables a los observados en madres que la recibieron durante la gestación.

Siempre que sea posible es mejor que la madre esté acompañada por una persona elegida por ella (acompañante o una obstétrica, matrona, partera universitaria o una enfermera o su pareja, un familiar o una amiga). Este acompañamiento, que se suma a la preparación psicofísica para el parto, es para brindar a la parturienta contención, apoyo emocional continuo y cuidados básicos. Requiere de quien le ofrezca, que esté exclusivamente para ello, independientemente del resto del equipo de salud que asiste el parto y recién nacido. Durante todo el proceso del parto la persona que estará presente escucha da consuelo, brinda confianza, tranquiliza y toma medidas para mejorar el confort de la mujer. También la asiste masajeando las zonas sacrolumbares, sosteniéndole las manos, explicándole los progresos del parto, las etapas siguientes y maniobras que se realizarán. Este tipo de apoyo produce una serie de beneficios, se demostró, por ensayos clínicos controlados que el mismo está asociado con una reducción de: la utilización de oxitocina, anestesia peridural o de cualquier otra anestesia o analgesia, de los partos operatorios (cesárea, fórceps-ventosa), del monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca fetal y de recién nacidos con puntajes de Apgar menor a 7 al 5° minuto de vida. El apoyo a la parturienta también reduce levemente la duración del parto [15].

**Procedimientos que no deberían realizarse de forma rutinaria:**

**Enema de rutina:** Este procedimiento resistido por la mayoría de las mujeres, por ser incómoda, todavía es utilizada de rutina en muchas instituciones. Algunos piensan que él vaciado previo de la ampolla rectal podría reducir la salida de material fecal durante el parto, reducir las dudas sobre falsas contracciones del parto, estimular las contracciones uterinas del trabajo de parto real, facilitar el descenso de la cabeza fetal y evitar infecciones en el recién nacido y en las heridas perineales. En estudios clínicos controlados, se observó en el grupo de enemas de rutina, una reducción significativa en la emisión de materia fecal durante el período expulsivo, pero no se demostró ninguno de los otros efectos antes mencionados, aumentando innecesariamente el tiempo del personal y del costo. Por ello esta medida solamente debe aplicarse a pedido de la mujer o con su aprobación en caso de no haberse evacuado el intestino espontáneamente el día previo al parto.

**Rasurado del vello peri vulvar y perineal:** Es una medida innecesaria e incómoda para la mujer. La creencia es que facilita y hace más segura la sutura de posibles desgarros y episiotomía y que reduce la frecuencia de infección de sus heridas. Sin embargo, desde principios del siglo pasado estas ventajas no pudieron ser demostradas. Por el contrario, hoy se corre el riesgo que el rasurado de rutina pueda aumentar el riesgo de transmisión de infección de hepatitis y del VIH en la madre o en el personal de salud. [15]

La Normativa 042 [1], refiere que la decisión con respecto al rasurado púbico o perineal debe dejarse en manos de la mujer y no del personal de salud. En las situaciones en las que una mujer opte por el rasurado antes del parto, se le debe indicar que disponga en dónde y quién debe realizar el rasurado, para que se sienta más cómoda.

**Episiotomía:** Este procedimiento no debe practicarse como una rutina. En los partos de término su frecuencia no tendría que superar en las nulíparas el 40% y en las multíparas el 15%. En un metaanálisis de ensayos controlados que compara a un grupo conservador de episiotomía restringidas al 28% de los partos, con grupo intervencionista de episiotomías más rutinarias practicadas en el 70% de los partos, parece dejar un cierto número de beneficios a favor del grupo conservador, en este grupo hubo un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior y menor necesidad de sutura y de complicaciones en la cicatrización. Sin embargo, en este grupo conservador se encontró un mayor trauma perineal anterior. No hubo diferencias entre

los grupos en el riesgo de desgarros graves, dispareunia, incontinencia urinaria o en medidas relacionadas con calmar el dolor severo. [15]

La Normativa 042 [1], refiere que no se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo. La evidencia científica demuestra que la episiotomía generalmente no es necesaria en la atención del parto en posición vertical. La episiotomía solo deberá realizarse si hay necesidad clínica, como ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal.

**Posiciones durante la fase de dilatación:**

La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina, porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:

- La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.
- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se torna más dificultosa debido al mayor esfuerzo de estar favorecida por la fuerza de la gravedad.
- El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.
- El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.

La mujer durante la fase de dilatación puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25%. El caminar o estar de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino. Haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes. La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto. (1)

**Posiciones en el período expulsivo (para mujeres sin anestesia peridural):**

- Se recomienda que las mujeres adopten la posición de su elección (la que les sea más cómoda), inclusive las posiciones erguidas.
- Asegúrese que la posición elegida por la embarazada le permita (al personal de salud) vigilar el bienestar del bebé, sino es así, es necesario el cambio de posición, pero antes dele una explicación clara a la embarazada.
- En el caso que la mujer desee un parto en posición vertical, explíquele las diferentes posiciones que pueden adoptar, como las siguientes:
  - Posición de cuclillas
  - Posición de rodillas
  - Posición sentada
  - Posición parada o sostenida de una soga
  - Posición en cuatro puntos (pies, rodillas y manos)
- Adecuar las salas de parto para la atención del parto en posición vertical.
- Explicar las posiciones horizontales en caso de que la mujer decida adoptarlas (supina o litotomía).[1]

Las posiciones verticales tienen diferentes ventajas: aumento de la capacidad respiratoria de la paciente, mayor apertura del canal vaginal y vulva, sinergia entre las contracciones uterinas con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo con menor uso de oxitocina, mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos, disminuye posibilidad de prolapso del cordón, así como beneficios psicoafectivos. Como desventajas están el aumento en la pérdida sanguínea y trauma perineal.

Las ventajas del uso de la posición horizontal (litotomía) son la comodidad del personal médico y favorecer la revisión médica. [16]

La Organización Mundial de la Salud recomienda que se debe animar la movilidad y la posición erguida durante el trabajo de parto, y durante el periodo expulsivo alentar a la paciente a adoptar la posición que ella elija, incluso cuando tengan analgesia peridural. [3]

**Violencia obstétrica:** Se definide como la apropiación del cuerpo de la mujer por parte del personal de salud a través de prácticas que resultan en la medicalización y patologización de sus procesos reproductivos. Esta violencia puede ser psicológica (p. e., regaños, negativa a responder a preguntas o realizar un plan de parto ajustado a sus expectativas), física (p. e., uso innecesario de la fuerza o querer causar dolor intencional- mente) y/o sexual (p. e. comentarios de naturaleza sexual referidos a su cuerpo o genitales, etc.). También se puede verificar mediante la realización de prácticas que están contraindicadas (p. e., monitorización fetal continua, uso de oxitocina sintética para agilizar el procedimiento, negación de la libertad de movimiento, maniobra de Kristeller, episiotomía de rutina, entre otros). Estas conductas médicas expresan un trato deshumanizado y patologizado de los procesos fisiológicos del parto.

La violencia obstétrica infringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que se traduce en violencia de género. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la violencia de género se refiere a "todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada". [13]

**Escala de violencia obstétrica:** La escala fue creada a partir del denominado "test de violencia obstétrica" elaborado por la asociación "El parto es nuestro" (2014), que incluye las situaciones más recurrentes de falta de respeto y abuso en la atención obstétrica. Dicho instrumento fue modificado en su redacción (de modo de adaptarlo a una escala en formato de respuesta graduada) y ampliado para atender situaciones no contempladas en la propuesta citada, particularmente aquellas situaciones referidas a la exposición de la mirada de otras personas que no son parte del equipo médico y referidas a la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad con posterioridad al parto (DIU, ligadura de trompas, etcétera). Del mismo modo, algunas opciones de dicha prueba fueron desagregadas de modo que no contuvieran más de una idea central por ítem. Dicha prueba no constituye una escala de medida, sino que simplemente representa una serie categorías de violencia que pueden responderse de forma dicotómica (Sí o No) o que son ejemplificadas de manera de ayudar a las mujeres a reconocer si han sufrido algún tipo de violencia. De allí que la variabilidad de respuestas que permitan

incorporar sea sumamente baja, dado que hay cuestiones que afectan a las personas en grados diferentes (lo que el instrumento original no permitiría captar).

La escala final consta de 14 ítems en formato Likert con cinco opciones de respuesta (que van desde 1 = No describe para nada lo que me ocurrió, hasta 5=Definitivamente esto me ocurrió. (Ver anexos) [13]

**Puericultura:** El término procede del latín puer, pueros, pueri, que significa niño y cultura, que significa cultivo o cuidado y comprende el conocimiento y la práctica de normas y procedimientos dirigidos a proteger la salud y promover un crecimiento y desarrollo acorde con las capacidades y potencialidades genéticas del niño(a) y adolescente.

**Objetivos de la consulta de puericultura**:

- Promover un crecimiento y desarrollo óptimo en la población cubana entre 0 y 18 años.
- Identificar, diagnosticar y manejar precozmente los problemas de salud que puedan surgir.
- Prevenir o disminuir problemas futuros.
- Orientar a los padres en el cuidado y atención de sus hijos(as) y a estos en su autocuidado.

**Clasificación de la puericultura**

La consulta se clasifica desde el punto de vista didáctico y para su mejor comprensión en dos etapas:

- La Puericultura prenatal
- La Puericultura postnatal

Puericultura prenatal: Es la consulta que se realiza durante el último trimestre del embarazo, para preparar a los futuros padres sobre aspectos que incluye el cuidado del niño(a) próximo a nacer. En ella se analizan aspectos tales como: el valor de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses y complementada hasta los dos años, la importancia de la consulta de Puericultura para el futuro desarrollo de su niño(a), la diarrea transicional del recién nacido o la importancia de que su hijo(a) duerma en posición decúbito supino, entre otros aspectos. Desde la etapa prenatal el médico de la familia deberá conocer la fecha probable del nacimiento, por lo que

estará pendiente e informado de su ocurrencia. En la mayoría de los casos el médico participará en el parto.

Puericultura posnatal: Se clasifica según la edad:

- Recién nacido (0 a 28 días)
- Lactante (1 a 11 meses)
- Transicionales (1 año)
- Prescolares (2 a 4 años)
- Escolares (5 a 9 años)
- Adolescentes (10 a 18 años). [17]

**Leyes que abordan algunos aspectos del parto humanizado**

**Ley N°. 423. Ley general de la salud.**
**Capítulo 2. De los derechos y obligaciones del usuario**
**Artículo 8. Derechos del usuario.**

Sección 4: El usuario tiene derecho a ser informado de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar datos al paciente, habrá de suministrarse dicha acción a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar la atención. Cuando el usuario requiera la información por medio escrito le deberá ser entregada por esa vía.
Sección 5: El usuario tiene derecho a la confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su estancia en instituciones de salud públicas o privadas, salvo las excepciones legales.

Sección 8: El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para

que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El usuario es libre de escoger el procedimiento frente a las alternativas que se le presenten.

El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario, salvo las siguientes excepciones:

- Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.
- Cuando el paciente esté incapacitado para tomar decisiones en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.
- Cuando la emergencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

La negativa por escrito de recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso; pudiendo solicitar el usuario la alta voluntaria. (18)

**Ley N°. 870**. **Código de familia.**

**Capítulo 3. Derecho a la identidad.**

**Artículo 196. De la inscripción de nacimiento:** Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a un nombre propio y sus apellidos, los Poderes e Instituciones del Estado, Consejos de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe y Gobiernos Regionales, Territoriales, Comunales y Municipales, promoverán su inscripción en el Registro del Estado Civil de las Personas y deberán garantizar la inscripción gratuita e inmediata a su nacimiento. La inscripción del nacimiento de los hijos e hijas se efectuará dentro de los veinticuatro meses de nacido, personalmente por el padre o la madre, o mandatario especialmente designado.

Las autoridades del Registro del Estado Civil de las Personas podrán de oficio realizar la inscripción de los niños menores de siete años que no hayan sido inscritos, sin

necesidad de incurrir en un proceso de reposición de partida de nacimiento, con la firma del padre, madre, tutora o tutor.

La inscripción será gratuita y la primera certificación del acta de nacimiento no tendrá ningún costo, asimismo no se podrá cobrar ningún otro monto por este trámite. La inscripción podrá realizarse en el municipio donde nació o en el municipio de residencia habitual de los padres y madres.
Para todos los efectos, la certificación o certificado de inscripción de nacimiento tiene una vigencia de diez años. (19)

**Diseño metodológico**

**Tipo de estudio:** Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal con un enfoque cuantitativo.

**Área de estudio:** Sala de Unidad Materno Infantil de un Hospital de Occidente de Nicaragua.

**Tiempo de estudio:**

El estudio se realizó en el periodo comprendido de junio a diciembre de 2024.

**Universo:**

Mujeres puérperas que fueron atendidas en un Hospital de Occidente de Nicaragua, en el periodo de junio-diciembre 2024.

**Muestra:**

Estuvo comprendida por 98 puérperas. La muestra se calculó con el programa Epi Info, en base a el número de partos del mes de abril del año 2024, los cuales fueron 133 luego utilizamos la opción population survey (encuesta de población), con una frecuencia esperada del 40%, con un MOE (Margin of exposure) aceptable de 5%, efecto dediseño 1.0 y clusters (grupo) 1, una vez obtenido los resultados se eligió la muestra correspondiente al intervalo de confianza del 95%.

**Muestreo:**

El tipo de muestreo que se utilizo fue el no probabilístico por conveniencia. Participaron 98 mujeres puérperas que se encontraban en la Unidad Materno-Infantil.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes puérperas que aceptaron de forma voluntaria participar en la investigación.
- Puérperas inmediatas y mediatas.
- Parto vía vaginal.
- Buena salud física y mental.

**Criterios de exclusión**

- Puérperas que estén cursando con un puerperio quirúrgico o patológico o con

una condición que no les permita contestar adecuadamente la encuesta.

**Fuente de datos:**

Primaria, mediante encuestas, aplicadas directamente a las puérperas.

**Proceso de recolección de datos:**

La encuesta se aplicó a mujeres puérperas en la Unidad Materno Infantil de un Hospital de Occidente de Nicaragua, en el periodo de junio-agosto del 2024, que cumplían con nuestros criterios de inclusión y exclusión. Los datos se recolectaron de lunes a viernes; a la mayoría de las puérperas se les ayudó a llenar la encuesta, ya que se encontraban dando amamantamiento o cargando a su bebé, o no se sentían en condiciones de escribir. Luego de que las puérperas respondieran la encuesta, se realizó una revisión de esta para garantizar que no quedara ningún ítem vacío.

**Instrumento de recolección:**

El instrumento utilizado para recolectar los datos fue un cuestionario mediante una encuesta, constituido por preguntas cerradas que permitieron conocer las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de la población en estudio y la valoración de la atención del parto humanizado por puérperas, se elaboró en base a la Normativa 042. Norma de atención respetuosa y humanizada del parto asistido con pertinencia cultural, de la cual se incluyeron los derechos de la mujer embarazada, del recién nacido y del acompañante y además se agregó, la escala de violencia obstétrica, la cual está constituida por 14 preguntas, cada una con 5 ítems basados en la Escala de Likert, que va desde: “definitivamente no me ocurrió hasta definitivamente si me ocurrió, si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es “Sí me ocurrió”, podemos decir que la mujer fue víctima de violencia obstétrica.

**Confiabilidad y validez del instrumento:**

Nuestro instrumento de recolección de datos tiene validez de contenido y confiabilidad ya que la parte de la Escala de Violencia Obstétrica fue tomada de Cárdenas M, Salinero S (13). Se realizaron unos pequeños cambios a los ítems de la escala, porque hubo confusiones a la hora de responder la encuesta con los ítems originales, se modificó: “no describe para nada lo que me ocurrió” por "no me ocurrió", "no estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió” por "creo que no me ocurrió", “no estoy

segura, pero creo/siento que sí ocurrió", por "creo que sí ocurrió", "definitivamente esto me ocurrió" por "si me ocurrió". La parte de la encuesta que incluye los derechos de la mujer, el recién nacido y el acompañante, fue obtenida de la normativa 042, Norma de atención respetuosa y humanizada del parto asistido con pertinencia cultural. Así mismo, toda la encuesta fue revisada por una especialista en gineco-obstetricia, incluyendo las características sociodemográficas y gineco-obstétricas que contribuye a la validez de constructo y confiabilidad.

**Control de sesgos:**

Para evitar sesgo de medición asociado al instrumento, se realizó la encuesta en base a documentos proporcionados por el Ministerio de Salud de Nicaragua y artículos de revistas médicas confiables y actualizadas, por lo que podemos decir que es adecuado a la realidad, es confiable y exacto. Además, una vez que cada participante contestó la encuesta se realizó una revisión minuciosa de esta, para evitar que quedara algún ítem sin contestar o llenado incorrecto.

Para prevenir un sesgo de memoria, la encuesta se aplicó a las pacientes que se encontraban en condiciones físicas y mentales adecuadas durante su estancia hospitalaria, para que pudieran dar respuestas precisas.

**Análisis de la información:**

Los datos obtenidos en la encuesta se introdujeron en la base de datos SPSS, creada en IBM, versión 25 para Windows. Para el análisis de las variables cuantitativas (edad, número de embarazos, abortos, partos vaginales y CPN) se aplicaron medidas de tendencia central (media) y dedispersión (desviación estándar); para el análisis de las variables cualitativas (características sociodemográficas, derechos de la parturienta, recién nacido y acompañante, criterios de la Escala de la Violencia Obstétrica y percepción de las puérperas sobre la calidad de atención recibida) se obtuvieron las frecuencias absolutasy relativas.

**Aspectos éticos:**

- Se respetó el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información, de manera que los resultados de las encuestas son anónimos y se omitieron los nombres de las participantes.
- Las puérperas fueron informadas del derecho de participar o no en la

investigación, de la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias y que tienen la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

- Se obtuvo el consentimiento informado de cada una de las participantes las que se encontraban en una adecuada condición física y mental.
- Las participantes recibieron información acerca de los objetivos de la investigación y metodología, además se prestó especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante.

- **Tabla de Operacionalización de variables:**

| **Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricos de la población en estudio.** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Variable** | **Tipo** | **Escala** | **Descripción** | **Indicador** |
| Edad | Cuantitativa Discreta | Ninguna | Edad en años cumplidos. | Porcentaje |
| Nivel académico | Cualitativa Ordinal Politómica | Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universidad | Nivel académico que completo la persona. | Porcentaje |
| Procedencia | Cualitativa Nominal Dicotómica | Urbano Rural | Área de residencia. | Porcentaje |
| Estado civil | Cualitativa Nominal Politómica | Soltera Casada Unión libre Divorciada | Condición de la persona según el registro civil en función de si tiene pareja o no y su estado legal respecto a esto. | Porcentaje |
| Religión | Cualitativa Nominal Politómica | Católica Evangélica Testigo de jehová Mormón Adventista Otro Ninguna | Práctica religiosa. | Porcentaje |
| Situación laboral actual | Cualitativa Nominal Dicotómica | Empleada Desempleada | Estado de la persona con respecto a un trabajo. | Porcentaje |

| Variable | Tipo | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---|---|---|---|
| Número de embarazos | Cualitativa Discreta | Ninguna | Número de embarazos que ha tenido la mujer y la clasifica como primigesta, bigesta, trigesta, multigesta. | Porcentaje |
| Captación | Cualitativa Ordinal Politómica | Trimestre: Primer Segundo Tercer | Trimestre en el cual se presentó por primera vez. | Porcentaje |
| Numero de control prenatal | Cualitativa Discreta | Ninguna | Numero de controles prenatales a los que asistió la paciente. | Porcentaje |
| Partos vaginales | Cuantitativa Discreta | Ninguna | Número de partos vaginales que ha tenido la mujer y la clasifica como primípara o multípara. | Porcentaje |
| Abortos | Cuantitativa Discreta | Ninguna | Número de abortos que ha tenido la mujer. | Porcentaje |
| Cesárea | Cuantitativa Discreta | Ninguna | Número de cesáreas que ha tenido la mujer. | Porcentaje |

| **Objetivo 2: Valorar el cumplimiento de los derechos de la mujer, recién nacido y acompañante durante la atención del parto según la normativa 042**. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Variable** | **Tipo** | **Escala** | **Descripción** | **Indicador** |
| ¿Usted pudo conocer el nombre y distinguir fácilmente la categoría del personal que la atendió? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No<br>Si | Derecho de la mujer embarazada. | Porcentaje |
| ¿Se respetó la confidencialidad de tus datos personales durante la atención? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No<br>Si | Derecho de la mujer embarazada. | Porcentaje |
| ¿Se le realizó rasurado de periné? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | Si<br>No | Procedimiento que durante la atención del parto se debe eliminar de la practica rutinaria | Porcentaje |
| ¿Se le aplicó enema? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | Si<br>No | Procedimiento que durante la atención del parto se debe eliminar de la practica rutinaria | Porcentaje |
| ¿Se le realizó episiotomía? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | Si<br>No | Procedimiento que durante la atención del parto se debe eliminar de la practica rutinaria. | Porcentaje |
| Si su respuesta es sí, en cualquiera de los 3 procedimientos anteriores, ¿Se le informó por qué se usó dicha técnica? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No<br>Si | Derecho de la mujer embarazada. | Porcentaje |

| Variable | Tipo | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---|---|---|---|
| ¿Se le permitió ingerir alimentos y bebidas durante su trabajo de parto? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho de la mujer embarazada | Porcentaje |
| ¿Cuál fue la posición que opto para el parto? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | Litotomía Cuclillas De pie | Derecho de la mujer embarazada. Decidir la posición de su parto | Porcentaje |
| ¿Se sintió cómoda en esa posición? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho de la mujer embarazada | Porcentaje |
| ¿se le oriento sobre la importancia del registro de tu hijo/a después del alta hospitalaria para garantizar sus derechos a un nombre, nacionalidad, salud y educación? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho de la mujer embarazada | Porcentaje |
| ¿Recibió asesoramiento e información sobre cómo cuidar de usted y a su hijo/a? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho de la mujer embarazada | Porcentaje |
| ¿Se respetaron sus prácticas culturales o religiosas? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho de la mujer embarazada | Porcentaje |

| Variable | Tipo | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---|---|---|---|
| ¿El recién nacido fue correctamente identificado al momento del nacimiento? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho del recién nacido | Porcentaje |
| ¿El recién nacido fue hospitalizado? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | Si No | Derecho del recién nacido | Porcentaje |
| ¿Se le aplicaron las vacunas correspondientes? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho del recién nacido | Porcentaje |
| ¿El recién nacido ha permanecido a su lado en todo momento? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho del recién nacido | Porcentaje |
| ¿le explicaron los beneficios de la lactancia materna, técnicas y posiciones? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho del recién nacido | Porcentaje |
| ¿A su acompañante se le permitió estar con usted para brindarle apoyo emocional y físico? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho del recién nacido | Porcentaje |
| ¿Su acompañante recibió información acerca de su estado de salud inmediatamente después del pase de visita, así como el tratamiento que esta recibiendo, su pronóstico y evolución? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No Si | Derecho del acompañante | Porcentaje |

| Variable | Tipo | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---|---|---|---|
| ¿Su acompañante recibió buen trato por parte del personal de salud? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No<br>Si | Derecho del acompañante | Porcentaje |
| ¿su acompañante participo en actividades educativas, recreativas o culturales dirigidas a ellos? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No<br>Si | Derecho del acompañante | Porcentaje |
| **Objetivo 3: Determinar el cumplimiento de los criterios de la Escala de Violencia Obstétrica en puérperas del estudio.** | | | | |
| ¿El personal de salud le hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento? | Cualitativa Ordinal Politómica | - Definitivamente si me ocurrió<br>- No estoy segura, pero creo/siento que si me ocurrió<br>- No estoy segura<br>- No estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió<br>- No describe para nada lo que me ocurrió | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert | Porcentaje |
| ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos (¿p.ej. “mamita”, “gordita”, etc.) o como si fuera incapaz de comprender los procesos por los cuales estaba atravesando? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert | Porcentaje |

| Variable | Tipo | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---|---|---|---|
| ¿Se sintió infantilizada o anulada por el equipo médico como si fuera incapaz de tomar decisiones sobre lo que le ocurría antes, durante o después del parto? | Cualitativa Ordinal Politómica | - Definitivamente si me ocurrió<br>- No estoy segura, pero creo/siento que si me ocurrió<br>- No estoy segura<br>- No estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió<br>- No describe para nada lo que me ocurrió | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿Fue criticada de algún modo por expresar sus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante el trabajo de parto y/o parto? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿Le fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿Le realizaron procedimientos médicos sin pedirle consentimiento o sin explicarle por qué eran necesarios? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |

| Variable | Tipo | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---|---|---|---|
| ¿En el momento del parto, la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara incomodidad en esa posición? | Cualitativa Ordinal Politómica | - Definitivamente si me ocurrió<br>- No estoy segura, pero creo/siento que si me ocurrió<br>- No estoy segura<br>- No estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió<br>- No describe para nada lo que me ocurrió | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿Fue obligada a quedarse en cama impidiéndole caminar o buscar posiciones según sus necesidades? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿se le impidió estar acompañada por alguien de su confianza? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿se le impidió contacto inmediato con su hija/o antes que se lo llevara el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos,etc)? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |

| Variable | Tipo | Escala | Descripción | Indicador |
|---|---|---|---|---|
| ¿Después del parto la hicieron sentir que no había estado a la altura de lo que se esperaba de usted (que no había colaborado)? | Cualitativa Ordinal Politómica | - Definitivamente si me ocurrió<br>- No estoy segura, pero creo/siento que si me ocurrió<br>- No estoy segura<br>- No estoy segura, pero creo/siento que no me ocurrió<br>- No describe para nada lo que me ocurrió | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentirse vulnerable, culpable o insegura en algún sentido? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿Después del parto se le negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.)? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| ¿Durante el trabajo de parto o con posterioridad a este se sintió expuestas a miradas de otras personas desconocidas para usted (exposición a extraños)? | Cualitativa Ordinal Politómica | | Parámetros de violencia obstétrica, aplicando escala de Likert. | Porcentaje |
| **Identificar la calidad de la atención del parto en las puérperas del estudio** | | | | |
| ¿Recibió una atención de calidad durante el parto? | Cualitativa Ordinal Dicotómica | No<br>Si | Recibió una atención del parto de calidad | Porcentaje |

## Resultados

En la **Tabla 1**. Se describen las características sociodemográficas y gineco-obstetras de 98 puérperas atendidas en un Hospital de Occidente de Nicaragua. En las características sociodemográficas, se determinó que la mayoría de las puérperas pertenecían al grupo etario de 20-35 años /63%) y la edad media fue de 24 años (DE=7), el nivel académico que más prevaleció fue secundaria (48%), una gran parte provenía del área rural (61%), se encontraban en unión libre (75%), pertenecían a la religión evangélica (41%) y estaban desempleadas (84%).

En las características gineco-obstétricas se encontró que la mayoría de las mujeres eran multigestas (57%), con una media de embarazos de 2 (DE=1), multíparas (51%), con una media de dos partos vaginales (DE=1), sin antecedentes de aborto (85%), con una media de 0.2 abortos (DE=0.5). Durante el embarazo la mayor parte de ellas acudió a 5 controles prenatales (32%), con una media de seis controles (DE=1) y fueron captadas durante el primer trimestre (75%) (Ver tabla 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las puérperas atendidas en un Hospital de Occidente de Nicaragua.

| **Variable** | **Frecuencia** | **Porcentaje** | **Media /Desviación estándar** |
|---|---|---|---|
| Edad | | | 24.07/6.92 |
| Menor de 20 | 28 | 28.6 | |
| 20-35 | 62 | 63.3 | |
| Mayor de 35 | 8 | 8.3 | |
| Nivel académico | | | |
| Analfabeta | 5 | 5.1 | |
| Primaria | 24 | 24.5 | |
| Secundaria | 47 | 48 | |
| Técnico | 4 | 4.1 | |
| Universidad | 18 | 18.4 | |

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las puérperas atendidas en un Hospital de Occidente de Nicaragua. (Continuación)

| Variable | Frecuencia | Porcentaje | Media /Desviación estándar |
|---|---|---|---|
| Procedencia | | | |
| Urbano | 38 | 38.9 | |
| Rural | 60 | 61.2 | |
| Estado civil | | | |
| Soltera | 10 | 10.2 | |
| Unión libre | 73 | 74.5 | |
| Casada | 15 | 15.3 | |
| Divorciada | 0 | 0 | |
| Religión | | | |
| Católica | 34 | 34.7 | |
| Evangélica | 40 | 40.8 | |
| Testigo de jehová | 3 | 3.1 | |
| Mormona | 0 | 0 | |
| Adventista | 2 | 2 | |
| Otra | 0 | 0 | |
| No creyente | 19 | 19.4 | |
| Situación laboral | | | |
| Empleada | 16 | 16.3 | |
| Desempleada | 82 | 83.7 | |
| Número de embarazos | | | 1.57/0.49 |
| Uno | 42 | 42.9 | |
| De 2 a más | 56 | 57.1 | |
| Número de partos | | | 1.51/0.50 |
| Uno | 48 | 49 | |
| De 2 a más | 50 | 52 | |
| Número de abortos | | | 1.16/0.37 |
| Cero | 82 | 84.7 | |
| De 1 a más | 16 | 15.3 | |

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las puérperas atendidas en un Hospital de Occidente de Nicaragua. (Continuación)

| Variable | Frecuencia | Porcentaje | Media /Desviación estándar |
|---|---|---|---|
| Numero de CPN | | | 5.59/1.36 |
| 1 | 0 | 0 | |
| 2 | 2 | 2 | |
| 3 | 2 | 2 | |
| 4 | 14 | 14.3 | |
| 5 | 31 | 31.6 | |
| 6 | 29 | 29.6 | |
| 7 | 7 | 7.1 | |
| 8 | 13 | 13.3 | |
| Captación | | | |
| Primer trimestre | 73 | 74.5 | |
| Segundo | 19 | 19.4 | |
| trimestre | 6 | 6.1 | |
| Tercer trimestre | | | |

En la **Tabla 2,** se valora el cumplimiento de los derechos de la mujer, recién nacido y acompañante durante la atención del parto según la normativa 042. En relación con los derechos de la mujer, la mayoría no pudieron conocer el nombre y distinguir fácilmente la categoría del personal que las estaba atendiendo (51%), se respetó la confidencialidad de sus datos personales durante la atención (94%), a ninguna mujer se le realizó rasurado de sus partes íntimas, ni se les aplicó un enema, pero a la mayor parte se le realizó episiotomía (51%) y no se le explicó el porqué de su uso (33%). A una gran parte de las mujeres se les permitió ingerir alimentos y bebidas durante su trabajo de parto (81%), la posición que prefirieron fue litotomía (100%), se sintieron cómodas en esta posición (91%), se les orientó sobre la importancia de registrar a su hijo/a (65%), recibieron información sobre cómo cuidar de ellas mismas y de su bebé (71%) y se les respetaron sus prácticas culturales y religiosas (98%).

Con respecto al cumplimiento de los derechos del recién nacido, se encontró que todos fueron correctamente identificados (100%), la mayoría fueron atendidos por pediatría durante su ingreso (85%), se le aplicaron las vacunas (94%), permanecieron al lado de la madre en todo momento (83%) y a la mayoría de las madres se les explicó los beneficios de la lactancia materna, técnicas y posiciones (83%).

En cuanto a los derechos del acompañante la mayoría recibió información acerca del estado de salud de la madre y el bebé inmediatamente después del pase de visita, así como el tratamiento que está recibiendo, su pronóstico y evolución (83%), recibieron buen trato por parte del personal de salud (93%) y no participaron en actividades educativas, recreativas o culturales dirigidas a los acompañantes (60%). (Ver tabla 2)

**Tabla 2.** Cumplimiento de los derechos de la mujer, recién nacido y acompañante durante la atención del parto según la normativa 042. (N=98)

| **Variable** | | **Frecuencia** | **Porcentaje** |
|---|---|---|---|
| **Derechos de la mujer embarazada** | | | |
| Conocimiento del nombre y distinción de las categorías del personal | No | 50 | 51 |
| | Si | 48 | 49 |
| Se respetó la confidencialidad de sus datos personales durante la atención | No | 6 | 6.1 |
| | Si | 92 | 93.9 |
| Rasurado de partes Intimas | Si | 0 | 0 |
| | No | 98 | 100 |
| Enema | Si | 0 | 0 |
| | No | 98 | 100 |
| Episiotomía | Si | 50 | 51 |
| | No | 48 | 49 |
| Recibió información acerca del uso de la técnica | No | 21 | 21.4 |
| | Si | 32 | 32.7 |
| | N/A | 45 | 45.9 |
| Ingirió alimentos y bebidas durante el trabajo de parto | No | 19 | 19.4 |
| | Si | 79 | 80.6 |

**Tabla 2.** Cumplimiento de los derechos de la mujer, recién nacido y acompañante durante la atención del parto según la normativa 042. (N=98) (Continuación)

| Variable | | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| **Derecho de la mujer embarazada (Continuación)** | | | |
| Posición en el parto | Litotomía | 98 | 100 |
| | Cuclillas | 0 | 0 |
| | De pie | 0 | 0 |
| Comodidad en dicha posición | No | 9 | 9.2 |
| | Si | 89 | 90.8 |
| Orientación de la importancia sobre el registro de su hijo/a después del alta hospitalaria para garantizar sus derechos. | No | 34 | 34.7 |
| | Si | 64 | 65.3 |
| Asesoramiento e información sobre cómo cuidar de usted y su hijo/a | No | 28 | 28.6 |
| | Si | 71 | 71.4 |
| Respeto hacia sus prácticas culturales o religiosas | No | 2 | 2 |
| | Si | 96 | 98 |
| **Derechos del recién nacido** | | | |
| Identificación en el momento del nacimiento | No | 0 | 0 |
| | Si | 98 | 100 |
| Atendido por pediatría durante su ingreso | No | 15 | 15.3 |
| | Si | 83 | 84.7 |
| Aplicación de vacunas correspondientes | No | 6 | 6.1 |
| | Si | 92 | 93.9 |
| Permaneció al su lado en todo momento | No | 17 | 17.3 |
| | Si | 81 | 82.7 |
| Beneficios de la lactancia materna, técnicas y posiciones | No | 17 | 17.3 |
| | Si | 81 | 82.7 |

**Tabla 2.** Cumplimiento de los derechos de la mujer, recién nacido y acompañante durante la atención del parto según la normativa 042. (N=98) (Continuación)

| Variable | | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| **Derecho del acompañante** | | | |
| Recibió información acerca del estado de salud de la madre y del recién nacido inmediatamente después del pase de visita | No | 17 | 17.3 |
| | Si | 81 | 82.7 |
| Recibió información acerca del estado de salud de la madre y del recién nacido inmediatamente después del pase de visita | No | 17 | 17.3 |
| | Si | 81 | 82.7 |
| Buen trato por parte del personal de salud | No | 7 | 7.1 |
| | Si | 91 | 92.9 |
| Participó en actividades educativas, recreativas o culturales | No | 59 | 60.2 |
| | Si | 39 | 39.8 |

En la **Tabla 3,** se determina el cumplimiento de los criterios de la Escala de la Violencia Obstétricas, de las 98 puérperas encuestadas, a la mayoría de ellas, el personal de salud no le hizo comentarios descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento (93%), no fueron tratadas con sobrenombres o diminutivos (92%), no se sintieron infantilizadas o anuladas por el equipo médico como si fueran incapaces de tomar decisiones sobre lo que les ocurría antes, durante o después del parto (91%), no fueron criticadas por expresar de algún modo las emociones (llorar, gritar del dolor, etc.), no se les fue difícil o imposible preguntar, manifestar sus miedos o inquietudes (83%), no les realizaron procedimientos médicos sin pedirles consentimientos o sin explicarles por qué lo estaban realizando (87%), no las obligaron a permanecer acostada boca arriba en el momento del parto aunque manifestaran su incomodidad en esa posición (86%), no fueron obligadas a quedarse en cama impidiéndoles caminar o buscar una posiciones según sus necesidades durante el trabajo de parto (87%), no se les impidió estar acompañadas por alguien de su confianza (79%), no se les impidió tener el contacto inmediato con el recién nacido (91%), no las hicieron sentir que no habían colaborado con el parto (88%), la experiencia de la atención del parto no las hizo sentir vulnerables, culpables o inseguras en ningún sentido (92%), no se les negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento

de control de natalidad (90%), durante el parto no se sintieron mirada a extraños (93%). (Ver tabla 3)

**Tabla 3.** Cumplimiento de los criterios de la Escala de Violencia Obstétrica (N=98)

| **Variables** | | **No me ocurrió** | **Creo que no me ocurrió** | **No estoy segura** | **Creo que si me ocurrió** | **Si me ocurrió** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| El personal de salud le hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento | **Fc** | 91 | 1 | 2 | 0 | 4 |
| | **%** | 92.9 | 1 | 2 | 0 | 4.1 |
| Sobrenombres o diminutivos (p.ej.: “mamita”, “gordita”) y sentimiento de incapacidad de comprender los procesos. | **Fc** | 90 | 2 | 2 | 0 | 4 |
| | **%** | 91.8 | 2 | 2 | 0 | 4.2 |
| Infantilizada o anulada por equipo medico como si fuera incapaz de tomar decisiones sobre lo que ocurría antes, durante o después del parto. | **Fc** | 89 | 1 | 3 | 0 | 5 |
| | **%** | 90.8 | 1 | 3.1 | 0 | 5.1 |
| Criticada por expresar de algún modo sus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante el trabajo de parto y/o parto | **Fc** | 80 | 4 | 2 | 1 | 11 |
| | **%** | 81.6 | 4.1 | 2 | 1 | 11.2 |
| Dificultad para preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes, porque no le respondían o lo hacían de mala manera | **Fc** | 81 | 2 | 2 | 2 | 11 |
| | **%** | 82.7 | 2 | 2 | 2 | 11.2 |

**Tabla 3.** Cumplimiento de los criterios de la Escala de Violencia Obstétrica (N=98) (Continuación)

| Variables | | No me ocurrió | Creo que no me ocurrió | No estoy segura | Creo que si me ocurrió | Si me ocurrió |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Procedimientos médicos sin pedirle consentimiento o sin explicarle porque eran necesarios | **Fc** | 85 | 1 | 2 | 1 | 9 |
| | **%** | 86.7 | 1 | 2 | 1 | 9.2 |
| En el momento del parto, la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara su incomodidad en esa posición | **Fc** | 83 | 2 | 2 | 0 | 11 |
| | **%** | 84.7 | 2 | 2 | 0 | 11.2 |
| Obligada a quedarse en cama impidiéndole caminar o buscar posiciones según sus necesidades | **Fc** | 85 | 2 | 3 | 1 | 7 |
| Impedimentos para estar acompañada por alguien de su confianza | **%** | 86.7 | 2 | 3.1 | 1 | 7.1 |
| | **%** | 78.6 | 1 | 2 | 0 | 18.4 |
| Impedimento para el contacto inmediato con su hija/o antes de que se lo llevara el neonatólogo para control. (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.) | **Fc** | 89 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| | **%** | 90.8 | 1 | 1 | 0 | 7.1 |
| Después del parto, le hicieron sentir que no había estado a la altura de lo que se esperaba (que no había colaborado) | **Fc** | 86 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| | **%** | 87.8 | 2 | 2 | 1 | 7.1 |

**Tabla 3.** Cumplimiento de los criterios de la Escala de Violencia Obstétrica (N=98) (Continuación)

| Variables | | No me ocurrió | Creo que no me ocurrió | No estoy segura | Creo que si me ocurrió | Si me ocurrió |
|---|---|---|---|---|---|---|
| La experiencia de la atención en el parto la hizo sentirse vulnerable, culpable o insegura en algún sentido | **Fc** | 90 | 3 | 2 | 0 | 3 |
| | **%** | 91.8 | 3.1 | 2 | 0 | 3.1 |
| Se le negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, Ligadura de trompas etc.) | **Fc** | 88 | 1 | 4 | 0 | 5 |
| | **%** | 89.8 | 1 | 4.1 | 0 | 5.1 |
| Exposición a miradas de otras personas desconocidas para usted (exposición a extraños) | **Fc** | 91 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| | **%** | 92.9 | 1 | 1 | 1 | 4.1 |

## Discusión

El presente estudio determina la valoración del parto humanizado por puérperas que fueron atendidas en un Hospital de Occidente de Nicaragua, encontrando que la mayoría de las mujeres puérperas eran adultas jóvenes, provenían del área rural, habían cursado estudios en secundaria, eran multigesta, multíparas y habían asistido a 5 controles prenatales. La mayoría de las mujeres refirieron haber recibido una atención de calidad del parto humanizado. En los derechos de la mujer, a una gran parte se le realizó episiotomía y a una cantidad considerable no se les explicó el porqué de dicha técnica, la mayoría no pudo conocer el nombre, ni distinguir la categoría del personal de salud que la estaba atendiendo, a una cantidad considerable no se les orientó sobre la importancia del registro de su hijo después del alta hospitalaria y no recibieron asesoramiento de cómo cuidar de ellas mismas y de sus hijos. En cuanto a los derechos del recién nacido, se cumplieron en la mayoría de los casos, encontrando valores moderadamente bajos con respecto a si el recién nacido permaneció al lado de la madre en todo momento, la atención por pediatría al momento del ingreso y la aplicación de las vacunas correspondientes; sin embargo, estas respuestas tienen justificación, ya sea por el horario de la aplicación de las encuestas o condición del recién nacido. Los derechos del acompañante se cumplieron casi en su totalidad, excepto en la participación de ellos en actividades educativas, recreativas o culturales dirigida a los acompañantes. Se encontró un alto porcentaje en el cumplimento de los criterios de la Escala de la violencia obstétrica.

En las características sociodemográficas el 60.3% de las puérperas pertenecían al grupo etario de 20-35 años, criterio para clasificarlas como un bajo riesgo obstétrico, en comparación con Alama C, Morán M (5). en su estudio, donde el 71.4% de las parturientas pertenecían al grupo etario de los 18-35 años. El 61.2% de las mujeres provenían del área rural en comparación a los resultados obtenidos por Penado A, López A. (6) en su estudio, donde el 50% de las puérperas eran del área rural. El 48% de las mujeres habían estudiado hasta secundaria similar a los resultados obtenidos en el estudio de Alama C, Morán M. [(5)], donde refieren que el 67.1% de las parturientas habían estudiado hasta secundaria.

En las características gineco-obstétricas el 57.1% de las puérperas eran multigestas, similar a los resultados obtenidos por Penado y López [(6)] , en su estudio, donde la

mayoría eran multigestas en un 66%. El 51% de las puérperas eran multíparas como en el estudio de Alama y Moran [5], que también eran multigestas en un 62.8%. El 31.6% de las puérperas asistieron a 5 controles prenatales, pero 100 % de ellas asistieron al menos 2 controles prenatales en comparación con Alama Y Moran que un 97.1 % asistieron a sus controles y un 2.9% de ellas no asistieron a ningún control prenatal.

En relación con el cumplimiento de los derechos de la mujer según la normativa 042 Humanización del parto institucional, encontramos que se le realizó episiotomía a un 51% de las mujeres atendidas, en comparación con Alama y Morales [5], que fue un poco más alto ya que les realizó a un 64.3% de ellas. Con respecto a este derecho, debe tenerse en cuenta que, aunque se obtuvo un resultado negativo, posiblemente a las mujeres que se le realizó este procedimiento tenían una indicación aceptable.

Además, a las mujeres que se le realizó episiotomía, al 40% no se le explicó el porqué del uso de esta técnica; similar a los resultados obtenidos por Penado A, López A. [6] en su estudio donde al 59% de las pacientes se les explicaron los procedimientos. Según la ley nº. 423, Ley general de la salud, capituló 2, artículo 4 [18], refiere que todo usuario tiene derecho a recibir consejería por personal capacitado antes y después de la realización de procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos y cuando no sea aconsejando médicamente comunicar los datos al paciente, se le dará la información a una persona adecuada que lo represente y cuando el usuario requiera la información por escrito se le entregará por esa vía.

Otro aspecto negativo es que el 51% de las mujeres no pudo conocer el nombre ni distinguir la categoría del personal de salud que las estaban atendiendo, similar al resultado obtenido por Penado A, López A. [6]. En su estudio donde señalan que el 59% de las mujeres refirieron que el personal de salud siempre se presentó al momento del ingreso. Sin embargo, en el estudio de Morales H, Palacios N [12]. Sobre el cumplimiento de la Normativa 042 por parte del personal de salud en la sala de labor y parto del Hospital Alemán nicaragüense, refieren que el 80.5% del personal de salud se identificó durante el parto. Según la ley general de la salud, capituló 2, artículo 4 [18], las pacientes tienen derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar la atención.

Al 65.3% de las mujeres se les oriento sobre la importancia del registro de su hijo después del alta hospitalaria para garantizar su derecho a un nombre, nacionalidad, salud y educación, este aspecto no ha sido tomado en cuenta en otros estudios, sin embargo, está respaldado por la ley nº. 870, Código de la familia, capituló 3, articulo 196 [19], de la inscripción del nacimiento, la cual refiere que toda niña, niño y adolescente tiene derecho a un nombre propio y sus apellidos, y se promoverá su inscripción en el Registro del Estado Civil de las Personas, el cual debe ser gratuito e inmediato a su nacimiento, no obstante, puede efectuarse dentro de los 24 meses de nacido, personalmente por el padre o la madre, o mandatario especialmente designado.

El 71.4% de las mujeres puérperas recibió asesoramiento sobre cómo cuidar de ellas mismas y de sus hijos, esto incluye: recomendaciones durante el parto, recomendaciones sobre alimentación, puericultura postnatal y cuidados que deben tener las mujeres a las que se le realizó episiotomía o las que sufrieron un desgarro perineal. En comparación con los resultados obtenidos por Morales A, Palacios N. [12] quienes en su estudio refieren que el 97.1% del personal de salud brindó recomendaciones a la embarazada durante el parto, los resultados son diferentes ya que ellos no tomaron en cuenta las recomendaciones después del parto, ni las del cuidado del recién nacido.

El 100% de las mujeres optaron por la posición de litotomía para su parto y el 90.8% de ellas se sintieron cómodas en esta posición, en comparación con el estudio de Penado A, López A. [6] quienes obtuvieron que el 71% de las embarazadas no escogió la posición para dar a luz. Con respecto a este aspecto la Normativa 042. Indica que se le debe ofrecer a las mujeres diferentes posiciones, entre las cuales tenemos: cuclillas, de rodillas, sentada, parada o sostenida en una soga y posición en cuatro puntos, sin embargo, en la unidad de salud no se cuenta con las instalaciones necesarias para realizar un parto en esas posiciones por lo que se limitan las opciones de la mujer.

Con respecto a los derechos del recién nacido, se cumplieron adecuadamente en la mayoría de los casos, obteniendo que el 83% de los recién nacidos permanecieron al lado de la madre en todo momento, semejante a los resultados obtenidos en el estudio de Morales A, Palacios N. [12] quienes refieren que el 95.2% de los recién nacidos recibieron alojamiento conjunto durante el parto atendido en la sala de labor y parto.

Los casos en los que la respuesta fue negativa, posiblemente se deba a que los bebés fueron ingresados a la UCIN o requerían de cuidados especiales, como la reanimación.

El 85% de los recién nacidos fueron atendidos por pediatría durante su ingreso, en comparación con los resultados obtenidos por Morales A, Palacios N. [12] en su estudio, quienes refieren que el 100% de los recién nacidos recibieron hospitalización acorde a su estado de salud. Los resultados difieren un poco ya que en nuestro estudio se toma en cuenta la atención por pediatría y no solo la hospitalización. Así mismo, la respuesta depende mucho de la hora de la aplicación de la encuesta, ya que si se realizaba antes del pase de visita las respuestas por lo general eran negativas.

Al 94% de los recién nacidos se les aplicaron las vacunas correspondientes, resultando similar al obtenido por Morales A, Palacios N. [12] en su estudio donde el 100% de los recién nacidos recibieron inmunización después del parto. En cuanto a la aplicación de la BCG, las respuestas negativas en nuestro estudio probablemente se deben a la hora del nacimiento del bebé, ya que la indicación de aplicación de la vacuna se da en el pase de visita de la mañana o por el peso, ya que está contraindicada en niños que pesan menos de 2kg.

En relación a los derechos del acompañante se obtuvo un resultado negativo con respecto a su participación en actividades educativas, recreativas o culturales dirigidas a los acompañantes, ya que el 60% de las mujeres refieren que sus acompañantes no realizaron este tipo de actividades, en comparación con los resultados obtenidos por Morales A, Palacios N. [12] quienes en su estudio refieren que el 92.2% de los acompañantes participaron en la promoción de la salud de la paciente atendida, este aspecto se incluiría solamente como una actividad educativa, por lo tanto no se puede realizar una comparación completa. El cumplimiento de este derecho tiene sus limitaciones en el hospital donde se realizó nuestro estudio, ya que no se cuenta con el tiempo, ni el personal necesario para realizar dichas actividades.

De manera general el cumplimiento de los criterios de la Escala de la Violencia Obstétrica fue alto, sin embargo, encontramos algunos un poco bajos. Al 79% no se les impidió estar acompañadas por alguien de su confianza, similar a los resultados obtenidos por Morales A, Palacios N, [12] donde en el 81.9% de los partos estuvo

presente el acompañante. La mayor parte de las respuestas negativas, posiblemente se deben a que la mujer entró a expulsivo directamente desde emergencia, por lo que fue un parto rápido y no dio tiempo de que ingresara el familiar.

El 82% no fueron criticadas por expresar de algún modo sus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante trabajo de parto y parto. En comparación con el resultado obtenido por Márquez Y. [8], en su estudio, quien refiere que el 90.5% de las mujeres no fueron criticadas por llorar, gritar de dolor, alegría o tristeza. Las mujeres tienen el derecho de expresar sus emociones, esto es parte del empoderamiento de su parto, ya que las ayuda a sentirse escuchadas, así mismo gritar es una forma de liberar la tensión y actúa como técnica de afrontamiento del dolor.

Al 83% no les fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes, En comparación con el valor obtenido en el estudio de Márquez Y. [8], quien refiere que al 91.1% de las mujeres no les resultó difícil o imposible aclarar sus dudas y manifestar sus miedos o inquietudes porque no les respondían o lo hacían de mala manera. Una atención de calidad debe tener un componente humano, donde el personal de la salud sea capaz de ponerse en el lugar del paciente, es decir corregir esa asimetría que suele existir, mostrar empatía, ser accesible y cuidar la confianza del paciente.

Al 87% no les realizaron procedimientos médicos sin pedirles consentimiento o explicarles por qué eran necesarios, en comparación con el estudio de Penado A, López A [6], quienes obtuvieron que al 74% de las mujeres se les pidió permiso para examinarlas. La ley nº. 423, Ley general de la salud, capituló 2, artículo 8. [18], refiere que el usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El usuario es libre de escoger el procedimiento frente a las alternativas que se le presenten.

El 87% no fueron obligadas a quedarse en cama impidiéndoles caminar o buscar posiciones según sus necesidades durante el trabajo de parto. Resultado similar fue obtenido por Márquez Y. [8] en su estudio, el cual refiere que al 92.2% de

las mujeres las privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades. Alfaro N. [20] y otros en su estudio señalan que en una revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane, sobre posición y movilidad materna durante la primera etapa del parto, se comparó la posición vertical (Caminar, sentarse, pararse, arrodillarse) con la posición boca arriba (supina, semi-Fowler y lateral), en esta fueron incluidos 21 estudios y 3,706 mujeres y se constató que el período de dilatación fue una hora más corto en las mujeres que adoptaron la posición vertical, comparado con la posición boca arriba. Concluyó que las mujeres deben ser alentadas a tomar la posición que les parezca más cómoda en la primera fase del trabajo.

Con respecto a la atención del parto humanizado que recibieron las mujeres puérperas el 95.9% refirieron que fue de calidad, por lo que podemos decir que se tomaron en cuenta y se respetaron las opiniones, necesidades y emociones de las mujeres y sus acompañantes, logrando una experiencia de parto positiva, con condiciones de dignidad humana, tomándola como protagonista durante su parto, este resultado fue similar al obtenido por Penado A, López A. [6], en su estudio sobre percepción de las pacientes puérperas sobre la atención del parto humanizado en el HEODRA, 2020, donde obtuvieron que la mayoría de las mujeres 46% tuvieron un parto humanizado adecuado, un 45% regular y un 9% inadecuado. Aunque las opciones de respuesta fueron distintas, ya que en nuestro estudio no incluimos como opción si recibí una atención regular.

En nuestro estudio, tuvimos algunas limitaciones como: el analfabetismo, algunas estaban dando amamantamiento o cargando a su bebé, no se sentían en condiciones de escribir y hubo un buen número de puérperas que se encontraban dormidas o cansadas y que cumplían con nuestros criterios de inclusión, pero se decidió no interrumpir su descanso. Así mismo en algunas ocasiones, recolectamos encuestas en el horario en que se dan las altas hospitalarias, por lo que algunas puérperas no quisieron participar por cuestiones de tiempo o andaban agitadas con los trámites del alta. Otro aspecto que limitó la recolección de datos es que las encuestas se realizaron en espacios de poca privacidad, por lo que las respuestas y quejas de algunas participantes se hicieron públicas, además algunas expresaban temor de que sus respuestas no fueran completamente anónimas, lo que pudo haber limitado su apertura.

Entre las fortalezas, a pesar de que la madre estuviera ocupada dando amamantamiento o cargando a su hijo y no se quisiera separar de él, o que la madre no se sintiera bien para escribir, lo que anteriormente fue señalado como una limitación, al final nos tuvimos que disponer a ayudar a llenar las encuestas, esto facilitó a la madre la comprensión de cada una de las preguntas, disminuyendo de esta manera respuestas erróneas y asegurarnos que no dejaran ítems vacíos, así mismo nos permitió conocer un poco del porqué de su respuesta, este método aceleró el proceso de llenado y las mujeres mostraban más voluntad al participar. Además, la utilización de la escala de Likert junto con las gráficas facilitó la interpretación de las opciones de respuesta.

**Conclusiones.**

En nuestro estudio sobre la valoración de la atención del parto humanizado en puérperas atendidas en un hospital de Occidente encontramos:

- En las características sociodemográficas que la mayoría de las puérperas pertenecían al grupo etario de 20-34 años, eran de procedencia rural y escolaridad secundaria.
- En las características gineco-obstétricas la mayoría de las puérperas eran multigestas y habían asistido solo a 5 CPN.
- Se obtuvo un alto porcentaje de cumplimiento de los derechos de la madre, el recién nacido y el acompañante según la Normativa 042, excepto:
  - A un 51 % se le realizo episiotomía de las cuales un 21.4% de ellas no se les informó el porqué del uso de dicha técnica.
  - El personal médico no se identificó adecuadamente a la paciente durante su parto en un 51%, lo cual no cumple con los derechos que tienen ella sobre recibir una información completa y adecuada.
  - A un 37.4% de las pacientes no se le oriento sobre la importancia sobre el registro civil de su hijo y al 28.6% no recibieron asesoramiento de cómo cuidar de ellas mismas y del recién nacido.
  - Un 60.2% de los acompañantes no participaron en actividades educativas, recreativas y culturales dirigidas a los acompañantes.
- Se determinó un alto porcentaje del cumplimiento de los criterios de la Escala de la Violencia Obstétrica, excepto: se les impidió estar acompañada por alguien de su confianza (18.4%), fueron criticadas por expresar de algún modo sus emociones durante el trabajo de parto y parto (11.2%) y les fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes (11.2%).
- Según de la percepción de las pacientes se identificó que la mayoría de las puérperas recibieron una atención de calidad en un 95.9%.

## Recomendaciones

### Para el personal de atención primaria:

- Brindar información acerca del Parto Humanizado los controles prenatales normatizados por el MINSA.

### Para el personal de salud de atención secundaria:

- Informarle al 100% de las pacientes que son tributarias de la realización de episiotomía y por qué se les debe realizar dicha técnica, a fin de cumplir con los derechos que tiene la mujer durante el parto.
- Identificarse de manera adecuada antes de atender a las parturientas.
- Brindar información a las madres sobre el registro de su hijo y sobre cómo cuidar de ellas mismas y su bebé.
- Realizar actividades educativas, recreativas y culturales dirigidas a los a los acompañantes.
- Proporcionar un entorno empático y respetuoso para lograr una experiencia de parto positiva, dónde la madre sea la protagonista.

**Referencias Bibliográficas**


1. MINSA. Normativa 042. Norma de Atención respetuosa y Humanizada del Parto Asistido con Pertenencia Cultural. 2nd ed. Nicaragua GdRyUN, editor. Managua: MINSA; 2022.

2. Salud OMdl. Prevención y Erradicación del Maltrato en la atención del Parto en Centros de Salud. [Online].; 2014 [cited 2024 septiembre 21. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf .

3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia positiva. [Online].; 2019 [cited 2024 septiembre 21. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?sequence=1.

4. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Parto Humanizado y Violencia Obstétrica en Parámetros de la Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2024 septiembre 21. Available from: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/32275/1/BCN_parto_humanizado_violencia__obstetrica_FINAL.pdf.

5. Alama C. MM. Valoración del parto humanizado en las pacientes atendidas en en el Hospital Reginal de Tumbes , Marzo2018 Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2018.

6. Penado A. LA. Percepción de las pacientes puérperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello, en el período comprendido de agosto a octubre de 2020 León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020.

7. A G. La humanización de la asistencia del parto: valoración de la satisfacción, autonomía y autocontrol Barcelona: Universitad de Barcelona; 2017.

8. Y M. Violencia Obstétrica: perspectiva de las usuarias de un hospital público de Nuevo León: Tecnologico de Monterrey; 2020.

9. Garro F. MA. Parto Humanizado: conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud. Universidad Nacional de Barranca. 2023; 2(1): p. 12.

10. Turcios C. VG. Conocimiento y atención del parto humanizado por el personal de salud, Hospital Victoria Mota de Jinotega I y II semestre de 2015 Jinotega: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Managua; 2015.

11. A G. Parto Libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto del Hospital Aleman Nicaraguense Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Managua; 2017.

12. Morales Heyling PN. Cumplimiento de la Norma de Humanización del parto institucional por parte del personal de salud en la sala de labor y parto del Hospital Aleman Nicaraguense Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019.

13. Catro M. SS. Vañidación de la Escala de Violencia Obstétrica y Pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. Centro Internacional de Investigaciones Patológicas y Ciencias Afines. 2021; 38(2).

14. Minsa. Normativa 105, Guía Metodológica para la Red comunitaria del Plan Parto Para Maternidad Segura. 1st ed. nacional Gdryu, editor. Managua: Minsa; 2012.

15. Schwarcz R. FR,DC. Obstetricia. 6th ed. Argentina: El Ateneo; 1995.

16. Chavez S., Trujillo R., Arvizu J., González P., Rodriguez C. Influencia de la posición libremente escogida comparada con litotomía durante la atención de parto en los resultados maternos y neonatales. Acta Médica Grupo Ángeles. 2022 Marzo; 20(1).

17. MINSAP. Consulta de Puriecultura. 3rd ed. Bastos A, editor. Habana: ciencias médicas; 2016.

18. Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. Derecho y obligaciones del usuario de servicios de salud en Nicaragua. Ley General de la Salud, Ley 423. [Online].; 2002 [cited 2024 Octubre 21. Available from: http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/FF82EA58EC7C712E062570A1005810E1?OpenDocument.

19. Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. Código de la Familia. [Online].; 2014 [cited 2024 octubre 21. Available from: http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/9e314815a08d4a6206257265005d21f9/bf20230a44cce90e06257d400064baa7?OpenDocument.

20. Alfaro N. HK,ZM. La deambulación en embarazos de bajo riesgo y césareas. Revista Hispanica de Ciencias de la Salud. 2017 frebrero; 3(1).

21. MINSAP. Consulta de pluricultura. 3rd ed. Bastos A, editor. Habana : Ciencias medicas; 2016.

## Anexos

### Anexo 1. Instrumento de recolección de información

Esta encuesta es realizada para optar al título de: Medico General, los datos recogidos son estrictamente necesarios para poder llevar a cabo el fin de nuestra investigación, no serán divulgados y serán únicamente utilizados para fines de esta investigación que lleva el tema: Valoración de la Atención del Parto Humanizado por Puérperas en un Hospital de Occidente de Nicaragua.

Está de acuerdo con realizar esta encuesta:

**Encuesta a Pacientes puérperas**

**Datos personales**

Edad_____

Marque con una X su respuesta

Nivel académico: No estudio__ Primaria__ Secundaria__ Técnico__ Universidad__

Procedencia: Urbano__ Rural__

Estado civil: Soltera__ Casada__ Adjuntada__ Divorciada__

Religión: Católica__ Evangélica__ Testigo de Jehová__ Mormónica__ Adventista __ Otro__ Ninguna__

Situación laboral actual: Trabaja__ No trabaja__

**Datos Gineco-obstétricos**

Número de:

Embarazos: __

Partos: __

Abortos: __

Cesáreas: __

¿A qué semana se enteró de su embarazo y fue a consulta?

Numero de Controles Prenatales: __

**Sobre sus derechos marque con una x la alternativa que concuerde con su experiencia:**

¿Recibió una atención de calidad durante su parto? Si ___ No ___

¿Usted pudo conocer el nombre y distinguir fácilmente la categoría del personal que la atendió? Si ___ No ___

¿Se respetó la confidencialidad de tus datos personales durante la atención? Si ___ No ___

¿Se le realizo rasurado de sus partes íntimas? Si___ No___

¿Se le aplico un enema? Si___ No___

¿Se le realizo corte o episiotomía? Si___ No___

Si su respuesta es sí en cualquiera de los 3 procedimientos anteriores, ¿se le informó por qué se usó dicha técnica? Si___ No___

¿Se le permitió ingerir alimentos y bebidas durante su trabajo de parto? Si___ No___

¿Cuál fue la posición que optó para el parto? Litotomía ____ Cuclillas ____ De pie ____

¿Se sintió cómoda en esa posición? Si_____ No____

¿Se le oriento sobre la importancia del registro de tu hijo/a después del alta hospitalaria para garantizar sus derechos a un nombre, nacionalidad, salud y educación? Si ___ No ___

¿Recibió asesoramiento e información sobre cómo cuidar de usted y a su hijo/hija? Si___ No___

¿Se respetaron sus prácticas culturales o religiosas? Si ___ No ___

**Sobre los derechos del recién nacido marque con una x la alternativa que concuerde con su experiencia:**

¿El recién nacido fue correctamente identificado en el momento del nacimiento?

Si___ No___

¿El recién nacido fue ingresado a Pediatría? Si___ No___

¿Se le aplicaron las vacunas correspondientes? Si___ No___

¿El recién nacido permaneció al su lado en todo momento? Si___ No___

¿Le explicaron los beneficios de la lactancia materna, técnicas y posiciones? Si___ No___

**Sobre los derechos del acompañante marque con una x la alternativa que concuerde con su experiencia:**

¿A su acompañante se le permitió estar con usted para brindarle apoyo emocional y físico? Si___ No___

¿Su acompañante recibió información acerca de su estado de salud inmediatamente después del pase de visita, así como el tratamiento que está recibiendo, su pronóstico y evolución? Si___ No___

¿Su acompañante recibió buen trato por parte del personal de salud? Si___ No___

¿Su acompañante participó en actividades educativas, recreativas o culturales dirigidas a los acompañantes? Si___ No___

**Escala de violencia obstétrica**

Durante el trabajo de parto o el parto el personal que le atendió:

| Items | No me ocurrió | Creo que me ocurrió | No estoy segura | Creo que sí ocurrió | Si me ocurrió |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿El personal de salud le hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento? | | | | | |
| ¿La trataron con sobrenombres o diminutivos (p.e. “mamita”, “gordita”, etc.) o como si fuera incapaz de comprender los procesos por los cuales estaba atravesando? | | | | | |

| Items | No me ocurrió | Creo que me ocurrió | No estoy segura | Creo que sí ocurrió | Si me ocurrió |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Se sintió infantilizada o anulada por el equipo médico como si fuera incapaz de tomar decisiones sobre lo que le ocurría antes, durante o después del parto? | | | | | |
| ¿Fue criticada de algún modo por expresar de algún modo sus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante trabajo de parto y/o el parto? | | | | | |
| ¿Le fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera? | | | | | |
| ¿Le realizaron procedimientos médicos sin pedirle consentimiento o sin explicarle por qué eran necesarios? | | | | | |
| ¿En el momento del parto, la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara su incomodidad en esa posición? | | | | | |
| ¿Fue obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según sus necesidades? | | | | | |
| ¿Se le impidió estar acompañada por alguien de su confianza? | | | | | |

| Items | No me ocurrió | Creo que me ocurrió | No estoy segura | Creo que sí ocurrió | Si me ocurrió |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Se le impidió el contacto inmediato con su hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/ el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.)? | | | | | |
| ¿Después del parto, la hicieron sentir que no había estado a la altura de lo que se esperaba de usted (que no había «colaborado»)? | | | | | |
| ¿La experiencia de la atención en el parto la hizo sentirse vulnerable, culpable o insegura en algún sentido? | | | | | |
| ¿Después del parto se le negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.)? | | | | | |
| ¿Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este se sintió expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para usted (exposición a extraños)? | | | | | |