

# Capítulo 4

---

## **Cuidado del profesional de salud en la atención del parto humanizado en unidad de segundo nivel en Los Mochis Sinaloa**

**Care of the health professional in humanized childbirth care in a second level unit in Los Mochis Sinaloa**

*Mónica del Socorro Macarena Padilla<sup>17</sup>*

*Dora Aida Valenzuela Maro<sup>18</sup>*

*Alma Leticia Zamora Villegas<sup>19</sup>*

<https://doi.org/10.61728/AE24002837>



---

<sup>17</sup> Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** monica.mp@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-0679-5898>

<sup>18</sup> Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** dora.maro@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-0225-3795>

<sup>19</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correo electrónico:** alma.zamora@uas.edu.mx. **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-6332-3441>

## **Resumen**

A nivel mundial, cada año se registran 140 millones de nacimientos por partos vaginales, con un control prenatal mínimo de cinco citas previas. En el contexto nacional, cada año se reportan 1 891 388 nacimientos, de los cuales 1 661 018 (87,8 %) corresponden a partos vaginales. Una tercera parte de las muertes maternas se atribuyen a complicaciones surgidas durante el trabajo de parto, como hemorragia obstétrica, septicemia, iatrogenia en la atención y progresión del parto, y desgarros perineales.

El parto humanizado se concibe como una respuesta a los problemas durante la atención del parto, buscando otorgarle a la mujer el poder de decidir sobre su cuerpo y cómo desea llevarlo a cabo. Además, busca disminuir el sufrimiento fetal, ocasionado muchas veces por acciones u omisiones por parte del personal de salud.

La metodología utilizada fue descriptiva, de naturaleza cuantitativa y de corte transversal, con una muestra de 53 pacientes en puerperio fisiológico. A pesar de que los datos obtenidos fueron en su mayoría favorables, no se descarta que aún existen puntos por mejorar en la aplicación de este proceso. Sin duda, estos resultados pueden servir como base para perfeccionar este procedimiento dentro de las instituciones de salud. Además, podrán utilizarse en futuras investigaciones como punto de comparación entre diferentes contextos, tanto en unidades de salud pública como en el sector privado, para evaluar cómo las instituciones han logrado adaptar estas técnicas y procesos, siempre con el objetivo de preservar el bienestar del binomio madre-hijo.

## **Introducción**

A nivel mundial, cada año aproximadamente se registran 140 millones de nacimientos, la mayoría de ellos por vía vaginal en embarazadas que cuentan con un control prenatal mínimo de cinco citas previas, es decir, sin factores de riesgo para presentar complicaciones. Sin embargo, en las

situaciones en las que surgen complicaciones durante el trabajo de parto, el riesgo de morbilidad grave y mortalidad aumenta tanto para la mujer como para el recién nacido. Es importante mencionar que alrededor de una tercera parte de las muertes maternas se atribuyen a complicaciones surgidas durante el trabajo de parto.

Las complicaciones más frecuentes son las hemorragias durante el parto, la septicemia, la falta de detección de alteraciones en la progresión del trabajo de parto, los desgarros perineales y la atonía uterina. Por consiguiente, se considera que la carga de mortalidad materna y perinatal es desproporcionadamente elevada en los países de ingresos bajos y medianos, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Por otro lado, en México cada año se reportan aproximadamente 1 891 388 nacimientos (100 %), de los cuales 1 661 018 (87,8 %) son atendidos en diferentes instituciones de salud por profesionales durante el trabajo de parto. Asimismo, estos nacimientos ocurren por vía vaginal, logrando un parto sin complicaciones en la mayoría de los casos. No obstante, en las situaciones en las que surgen complicaciones durante el trabajo de parto, estas son similares a las observadas a nivel mundial. En este sentido, es preocupante la mortalidad materna en México, aunque es cierto que entre 2015 y 2020 se logró reducir la mortalidad materna en un 57,8 %.

De forma destacada, México se comprometió a reducir la muerte materna en tres cuartas partes, como se acordó en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, el promedio nacional de 38,9 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos esconde disparidades e inequidades en la atención del parto en los estados del país.

Según se destaca en el marco de la OMS, es importante conocer la atención que recibe la mujer embarazada durante el parto, la experiencia de la atención recibida y la prestación de cuidados clínicos para alcanzar resultados centrados en la persona deseada. En lo referente a las características del trabajo de parto normal y los mecanismos involucrados (figura 1), las prácticas no clínicas durante el parto, como el aporte de apoyo emocional durante el acompañamiento en el trabajo de parto, la comunicación afectiva y la atención respetuosa, tienen un costo de aplicación bajo pero no se consideran prioritarias en muchos entornos hospitalarios.

En este mismo tenor, se omite habitualmente la presentación de opciones de parto que respeten los valores de las mujeres y fomenten su capa-

cidad de elección durante el período de dilatación y el período expulsivo. Estos aspectos no clínicos del trabajo de parto y la atención del parto son componentes esenciales de la experiencia de la atención recibida, los cuales deben complementarse en cualquier intervención clínica necesaria para optimizar la calidad de la atención prestada a la mujer embarazada y, así, garantizar un parto humanizado.

Se concibe como profesional de la salud a la persona capacitada en una de las áreas de las ciencias de la salud, quien tiene la responsabilidad de atender directamente padecimientos humanos y procesos fisiológicos, lo que incluye el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación.

En este sentido, la atención del parto humanizado se entiende como un modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.

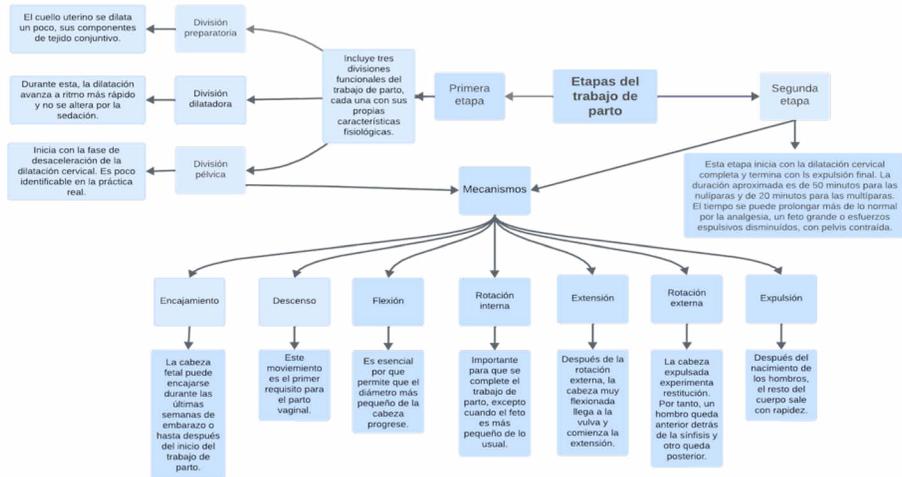
Es esencial señalar que en la atención del parto existen etapas que no deben omitirse al momento de atender el parto en la mujer, esto dentro del área hospitalaria, ya que el trabajo de parto es un proceso natural. A continuación, se describe lo que puedes esperar durante las tres etapas del trabajo de parto y lo que puedes hacer para sentirte más cómoda.

El trabajo de parto es una experiencia única que, en algunos casos, concluye en cuestión de horas, mientras que en otros puede poner a prueba la energía física y emocional de la madre. No sabrás cómo se desarrollará el trabajo de parto y el alumbramiento hasta que ocurran; sin embargo, puedes prepararte entendiendo la secuencia típica de los eventos.

Con el fin de reflexionar sobre la atención del parto en las áreas hospitalarias, donde debe brindarse una atención de calidad a la madre y al recién nacido, es fundamental contar con un área física y equipo electromédico en óptimas condiciones. Una Unidad de Salud debe ser aquella instalación prestadora de servicios que se integra en una institución, con funciones y actividades propias que se distinguen y diferencian entre sí. Además, las instituciones que realizan la atención del parto deben tener disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre-hijo.

En este contexto, la presente investigación argumenta su justificación en las alarmantes y elevadas cifras de partos sin una atención profesional,

ya que se registra un alto porcentaje de mortalidad materna entre 2015 y 2020 (OMS, 2016).



**Figura 1.**

Características del trabajo de parto normal y los mecanismos involucrados.

**Nota:** creación propia (recuperado de Cunningham et al., 2021. Trabajo de parto normal)

En otro orden de ideas, el parto humanizado surge como la solución a la necesidad de implementar medidas que conserven aquello que corre peligro de deteriorarse ante el surgimiento de nuevos modelos de atención dentro de las ciencias de la salud. Es precisamente la atención humanizada un elemento tan vital y necesario dentro de un proceso tan importante como el nacimiento de un ser humano, así como la experiencia que esto representa para la madre y su entorno, apelando a mantener el lado humano del profesional de la salud.

Es por ello que se puede señalar que, ante esta perspectiva respecto al modelo de atención del parto humanizado, “se pretende lograr, a través de la reivindicación de los beneficios que puede tener la gestante al momento del alumbramiento con esta alternativa, e incluso mostrar el rendimiento y calidad que puede tener la atención del parto con la participación de un equipo de salud que aplique el rol y cada una de sus competencias en este proceso”. Por lo cual, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Es

posible identificar el cuidado del profesional de la salud en la atención del parto humanizado en la unidad de segundo nivel en Los Mochis, Sinaloa?

Finalmente, en nuestra profesión es fundamental la aplicación de la “humanización”, ya que contribuye al mejoramiento de la atención sanitaria en los diferentes sistemas de salud en todos los niveles y, por ende, favorece a todos los grupos sociales mediante prácticas igualitarias de atención a la población en general.

Además, con este tipo de investigaciones y como futuros profesionales, se obtiene información científica que permitirá, en el campo laboral, desarrollar prácticas de atención por parte del equipo multidisciplinario y programas que permitirán a las madres participar activamente en su atención durante el parto, proporcionándoles estrategias o alternativas que les favorezcan en este proceso natural. Asimismo, se integra a las familias, las cuales tienen la responsabilidad compartida con el Estado de formar al individuo desde su nacimiento

### **Marco teórico**

La OMS recomienda mejorar la calidad de la atención prenatal. El parto humanizado y respetado se refiere a que la atención del parto en los establecimientos de salud debe cumplir con las necesidades de la gestante, garantizando sus derechos y los del neonato, en un ambiente favorable que asegure el bienestar emocional de ella y de su familia. Según el boletín del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEGI), en el período 2013-2018, el porcentaje de nacimientos por cesáreas en Ecuador fue de 36,9 % en el sector público y de 82,3 % en el sector privado, cifras que sobrepasan el rango establecido por la OMS, lo que indicaría el abuso del procedimiento sin indicaciones médicas.

El parto respetado o humanizado se refiere a la atención del nacimiento por parto natural o vía vaginal, preservando los derechos maternos, como la atención amigable, cálida, armoniosa y basada en evidencia científica para obtener mejores resultados en el binomio madre-hijo. Los factores biológicos, psicológicos, culturales y ambientales son elementos clave que influyen en la rapidez con la que avanza el parto. Dichos factores deben ser considerados por el equipo sanitario y de salud para desarrollar una relación empática, donde prevalezcan los valores humanos y los fundamen-

tos científicos interactúen para garantizar una atención hospitalaria de alta calidad para la paciente, antes, durante y después del período de gestación.

La humanización de los cuidados en el ámbito de la asistencia profesional en el parto responde principalmente a la sensación de bienestar personal de los usuarios en relación con el nivel de los cuidados recibidos. Los cuidados de enfermería durante el tiempo de gestación y postparto son esenciales porque contribuyen a satisfacer las necesidades físicas, emocionales y espirituales del binomio madre-hijo y su familia, permitiendo que los cambios inherentes al proceso progresen hacia conclusiones satisfactorias. El parto humanizado proporciona una atención personalizada, reconociendo que el parto es un acontecimiento singular en la vida de una mujer y en la relación de una pareja. Esto garantiza la seguridad y el bienestar de la madre y el feto. El rol del personal de enfermería se centra en cumplir con las necesidades de la paciente durante el proceso de gestación y preocuparse por su bienestar. Sin embargo, gran parte del personal de salud tiende a descuidar el aspecto humanista y se enfoca en aspectos tecnológicos, olvidando el lado moral de las familias, creencias o prácticas de cada una de las gestantes (Crespo et al., 2023).

Si bien es cierto que el papel de la enfermería es crucial en este proceso, en muchas ocasiones los médicos u otros especialistas solo permiten procedimientos generales, como el cateterismo venoso, la administración de medicamentos, el rasurado genital y las posturas ginecológicas, sin otorgar libertad profesional para la evaluación del estado de la embarazada. Debido a la humanización del parto, las creencias y expectativas socioculturales de la mujer han cambiado, ya que ahora requiere recibir apoyo durante todo el período de gestación hasta el momento de dar a luz en un entorno seguro tanto desde el punto de vista médico como psicológico. Además, necesita recibir apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del parto y asistida por personal comprensivo y técnicamente competente, así como desempeñar un papel activo en la toma de decisiones del proceso.

Para garantizar la vida, es necesario humanizar el parto, porque "para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma en que nacemos". Debemos cambiarnos a nosotros mismos antes de poder alterar el mundo. Cómo nacemos y, para ello, es necesaria la humanización (Abril et al., 2023).

La humanización de los cuidados en el ámbito de la asistencia profesional en el parto responde principalmente a la sensación de bienestar personal de los usuarios en relación con el nivel de los cuidados recibidos. Los cuidados de enfermería durante el tiempo de gestación y el postparto son esenciales, ya que contribuyen a satisfacer las necesidades físicas, emocionales y espirituales del binomio madre-hijo y su familia, permitiendo que los cambios inherentes al proceso progresen hacia conclusiones satisfactorias.

En relación con las diversas negligencias detectadas en la atención brindada a la paciente por parte de los médicos gineco-obstetras durante su trabajo de parto en el Hospital Materno Infantil el 9 de febrero de 2017, se identificaron varias fallas principales: es importante mencionar que se administró oxitócica a la paciente sin una justificación médica adecuada. Además, se observó un monitoreo insuficiente del trabajo de parto, que no cumplió con las normas y recomendaciones establecidas, como la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos y la progresión de la dilatación cervical hasta alcanzar los 10 cm con un 100 % de borramiento. También se falló en la detección oportuna de alteraciones en la progresión del trabajo de parto y en el bienestar fetal, lo que resultó en la expulsión de meconio por parte del feto y su fallecimiento intrauterino. Por consiguiente, las negligencias médicas tuvieron graves consecuencias para la salud de la madre y el bebé, culminando en el trágico fallecimiento del recién nacido. El texto describe un caso de mala praxis en la atención obstétrica, donde la falta de seguimiento adecuado y la administración indebida de medicamentos provocaron un desenlace fatal (Ramallo et al., 2024).

Por otra parte, el parto es un proceso natural y fisiológico en la vida de las mujeres. No obstante, actualmente la medicalización del parto ha sido objeto de críticas y debates. Por un lado, las mujeres desean dar a luz en un entorno seguro y controlado, donde la tecnología y los profesionales de la salud proporcionen el apoyo necesario. Por otro lado, un número creciente de movimientos promueve la capacitación de las mujeres en la toma de decisiones y la humanización del parto.

Es importante indicar que la medicalización se refiere al uso extensivo de intervenciones médicas durante el parto, tales como la episiotomía, la oxitócica y la cesárea. Aunque estas intervenciones pueden ser útiles

en determinadas circunstancias, su mal uso se ha asociado con múltiples complicaciones para la salud de las madres y los recién nacidos. Varias investigaciones han revelado los aspectos negativos de la abusiva medicalización en la experiencia del parto. En general, las mujeres que han dado a luz en circunstancias medicalizadas muestran con mayor frecuencia sentimientos de insatisfacción, traumas y falta de control sobre sus cuerpos. La violencia obstétrica es un tipo de violencia contra las mujeres que se produce durante el embarazo, el parto y el posparto. Se manifiesta a través de diversas prácticas abusivas, como el maltrato verbal, la negligencia médica y la falta de consentimiento informado.

De acuerdo con Choez (2023), el trabajo de parto se define como un proceso que se inicia formalmente cuando comienzan las contracciones uterinas intensas y regulares. Estas contracciones provocan la apertura gradual (dilatación) y el adelgazamiento y retracción (borramiento) del cuello uterino hasta que alcanza su dilatación completa, permitiendo así que el bebé pase a la vagina.

De tal forma, el parto humanizado es un modelo de atención que enfatiza el protagonismo de la mujer, el bebé y la pareja durante el proceso de parto. Este enfoque prioriza la toma de decisiones de las mujeres, promueve la posición vertical durante el parto y favorece el apego inmediato entre la madre y el recién nacido (Choez, 2023).

### **Síntesis de estudios relacionados**

Según Cruz (2020), en España se desarrolló un trabajo investigativo titulado *Cuidado humanizado durante el proceso del parto*. Este fue un estudio de campo de tipo cuantitativo y transversal, aplicando criterios de inclusión y exclusión. La población y muestra estuvo conformada por 115 pacientes, de las cuales el 58,6 % señaló no contar con los beneficios adecuados; el 67,4 % indicó que no tuvieron derecho a la presencia de un acompañante familiar durante el parto; el 83,4 % consideró que técnicas como la amniotomía precoz son perjudiciales; y el 46,7 % afirmó no tener potestad de decisión en el momento del parto.

Por su parte, Uribe (2018) realizó un estudio titulado *Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad*. Este

trabajo adoptó un enfoque cualitativo, con un diseño experimental aleatorizado y controlado, utilizando estrategias de grupos focales y entrevistas. Fue un estudio comparativo sobre calidad y seguridad que incluyó a 120 gestantes del sistema público de Santiago de Chile. Los resultados reflejaron factores negativos relacionados con la percepción de bienestar, cuidado y trato por parte del personal de salud. Además, el 80 % de las madres reportaron complicaciones maternas y neonatales, lo que constituye un indicador de seguridad adverso (Cruz, 2020).

Desde la perspectiva de García (2020), en una investigación sobre la percepción del parto humanizado en pacientes en período de puerperio, este estudio contribuye significativamente al analizar y sistematizar la percepción del parto humanizado entre pacientes en puerperio en un hospital específico. Los datos obtenidos revelan una alta prevalencia de percepción inadecuada de la atención, identificando deficiencias específicas en áreas como la orientación sobre el manejo del dolor, la libertad de elección de posición durante el parto y la presencia de acompañantes. A nivel teórico, el estudio se fundamenta en el marco conceptual de la violencia obstétrica y el parto humanizado, destacando la importancia de respetar los derechos de las mujeres durante el proceso de parto. Metodológicamente, emplea un diseño observacional descriptivo y un cuestionario validado, lo cual fortalece la validez interna de los resultados obtenidos.

A nivel nacional, los hallazgos subrayan la necesidad urgente de mejorar las prácticas hospitalarias para garantizar una atención más humanizada y centrada en las pacientes. A nivel internacional, el estudio se alinea con esfuerzos globales por promover el parto respetuoso y digno, contribuyendo al debate sobre políticas de salud materna y derechos reproductivos. En una muestra de 106 pacientes, predominó el grupo de edad de 25 a 35 años (55,8 %). El nivel educativo más frecuente fue técnico, con 68 pacientes (35,8 %). En cuanto al estado civil, 83 (43,7 %) indicaron estar en unión libre, y 81 (42 %) se dedicaban al hogar. En 108 (56,8 %) pacientes, el nivel de percepción de parto humanizado fue considerado inadecuado. En relación con los antecedentes obstétricos, 104 (55 %) asistieron a control prenatal entre cinco y siete veces, 64 (33,7 %) acudieron a más de siete consultas prenatales, 52 (30 %) eran multigestas, y 187 (98 %) acudieron solo a una o dos consultas de consejería de trabajo social. La vía de reso-

lución del embarazo más común fue la cesárea, en 98 pacientes (48,9 %).

Con base en Orrantia (2020), se describe la prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel del estado de Sonora. Fueron incluidas 335 adolescentes embarazadas que acudieron al área de toco cirugía del Hospital Civil de Culiacán durante el período comprendido entre agosto y diciembre de 2018. La edad promedio fue de 17 años, con una desviación estándar de 1,34, un mínimo de 14 años y un máximo de 19. La mayoría correspondía a adolescencia tardía, de 17 a 19 años (79,7 %), seguida de adolescencia intermedia, de 14 a 16 años (20,3 %). La prevalencia de embarazo adolescente en el hospital fue de 20,3 % (IC 95 %: 18,4–22,4), mientras que la prevalencia de embarazo adolescente subsecuente fue de 23 % (IC 95 %: 18,6–27,9). En cuanto al estado civil, el 73,4 % de las adolescentes estaba en unión libre, y una minoría se encontraba casada (5,1 %). En relación con la escolaridad, 171 adolescentes habían concluido la preparatoria, y solo 14 estaban cursando una licenciatura. Cerca del 85 % de la población se dedicaba al hogar, el 13,1 % continuaba con sus estudios, y apenas el 1,2 % estaba empleada.

### **Definición de términos**

*Profesional de salud:* Profesional ocupacional basado en el desempeño de tareas encaminadas a promover y establecer la salud, así como a identificar, diagnosticar y curar enfermedades, aplicando un cuerpo de conocimiento especializado de nivel superior.

*Atención del parto humanizado:* Es el tipo de atención médica con enfoque humanizado, intercultural y con perspectiva de género. Es decir, se proporciona a la madre información detallada acerca del embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento, los cuidados del recién nacido y la lactancia.

*Unidad de salud:* Instalaciones sanitarias que permiten ofrecer servicios de medicina general, enfermería y servicios sociales. También pueden contar con especialidades como pediatría y laboratorio.

## **Metodología**

En este capítulo se describe cómo fue el diseño del estudio, la población, el muestreo, la muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, la descripción de los instrumentos y la medición, así como el procedimiento para la recolección de datos, las consideraciones éticas y el plan para el análisis de los datos.

### **Diseño de estudio**

El diseño del estudio fue descriptivo, de naturaleza mixta y de corte transversal, ya que el objetivo del estudio es describir el cuidado del parto humanizado en una unidad de segundo nivel de atención en Los Mochis, Sinaloa. Será de corte transversal porque los datos de recolección se obtendrán en un solo momento (Lapo-Ordoñez & Quintana-Salina, 2018).

### **Población, muestra y muestreo**

La población estuvo conformada por 53 pacientes en puerperio fisiológico que se encontraban presentes en el momento de la aplicación del instrumento. El instrumento se aplicó en el área de ginecología y obstetricia, tomando la totalidad de las pacientes en el área hospitalaria. La muestra se calculó a través del programa NetQuest, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, obteniendo una muestra representativa de la totalidad de los pacientes bajo un muestreo aleatorio simple.

### **Criterios de inclusión**

- Mujeres gestantes que acuden al Hospital General de Los Mochis.
- Mujeres que ingresan a la sala de labor de parto.

### **Criterios de exclusión**

- Mujeres gestantes que no acuden al Hospital General de Los Mochis.
- Mujeres que no reúnen los criterios para ser encuestadas en el área de ginecología y obstetricia.

### **Criterios de eliminación**

- Todo instrumento que no esté completamente contestado o que esté incompleto.
- Instrumentos de medición mal elaborados.

### **Mediciones de lápiz y papel**

Se recabaron los datos mediante una cédula sociodemográfica que incluía variables como la edad, grado de escolaridad, estado civil, ocupación, tipo de familia y lugar de procedencia. Para determinar el cuidado del parto humanizado, se aplicó el instrumento desarrollado por Flor de María Cáceres-Manrique (2022), el cual aborda específicamente las siguientes variables: 1) atención prenatal, 2) trabajo de parto, 3) durante el parto, y 4) posparto.

### **Procedimiento de Recolección de la Información**

Con el objetivo de llevar a cabo la selección de los participantes mediante un muestreo aleatorio simple, se acudió al Hospital General de Los Mochis, previa autorización del departamento de enseñanza, para presentarse en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Allí, se presentaron con el personal a cargo y, posteriormente, se proporcionó a las pacientes en posparto el consentimiento informado, explicando el propósito del estudio y preguntando si deseaban cooperar con el instrumento de medición.

Cabe mencionar que se implementaron medidas de seguridad, como el uso de cubrebocas y gel antibacterial, para garantizar la protección de las pacientes.

En un segundo momento, se dio a conocer el objetivo del estudio y se invitó a las pacientes en posparto a participar. Además, se realizó la lectura de los aspectos éticos, enfatizando que podían abandonar el estudio en cualquier momento sin consecuencias y que toda la información sería anónima. Una vez que aceptaron participar, se les entregó el consentimiento informado para su firma.

Posteriormente, se les proporcionaron los instrumentos para la recolección de datos (cédula de datos sociodemográficos y escala de medición

del parto humanizado desarrollada por Flor de María Cáceres-Manrique, 2022). Se agradeció su participación y, al finalizar, se verificó que los instrumentos estuvieran completamente llenados.

### **Consideraciones Éticas**

El estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría General, 2014). En este apartado se garantiza el respeto al derecho y bienestar de los participantes de la investigación.

Del Título Primero de las Disposiciones Generales, Capítulo Único de Investigación en Seres Humanos, en relación con el Artículo 3, la investigación comprende el desarrollo de acciones que contribuyan a los siguientes apartados:

- II. Al consentimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III. A la prevención y control de los problemas de salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Del Título Segundo de los Aspectos Éticos de Investigación en Seres Humanos, en relación con el Artículo 13, se respetará la dignidad de los participantes, procurando en todo momento brindar un trato individual y respetuoso. Se les explicará el objetivo de forma clara y se atenderá cualquier duda que expresen. Los participantes podrán retirarse del estudio en cualquier momento si lo desean o si se sienten perjudicados.

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Artículo 14:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquel, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, a que se refiere el Artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

En cumplimiento al Artículo 16, se protegerá la privacidad de los participantes, y la información obtenida se resguardará en un espacio en el que solo tendrá acceso el equipo de investigación. Se les mencionará a los participantes que no serán identificados por sus nombres.

De acuerdo con el Artículo 21, Fracciones I, II, VI, VII, VIII y IX, se explicará de forma clara a los participantes sobre los objetivos del estudio, haciendo mención de que se guardará la confidencialidad de la información y la libertad de retirarse del estudio si así lo deciden.

Del Artículo 22, Fracciones I, II y IV, el consentimiento estará formulado por escrito y elaborado por el investigador principal. Será revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y deberá ser firmado por dos testigos.

### **Plan de análisis de los datos**

Los datos fueron capturados y analizados mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 26. Se utilizó estadística descriptiva para obtener medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos, así como frecuencias y porcentajes de las variables de estudio.

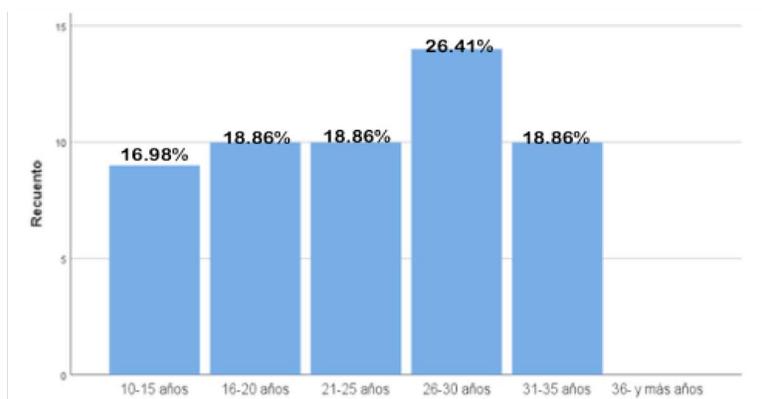
## Resultados y discusión

Los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento para la recolección de datos (cédula de datos sociodemográficos y escala de medición del parto humanizado desarrollada por Flor de María Cáceres-Manrique, 2022) fueron analizados tras verificar que los instrumentos estuvieran completamente llenados. Una vez recolectados los datos, estos fueron capturados y analizados mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 26. Se utilizó estadística descriptiva para obtener medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos, así como frecuencias y porcentajes de las variables de estudio. Con base en estos análisis, se seleccionaron los datos más relevantes para cumplir con el objetivo principal de la investigación: identificar y describir el cuidado que proporciona el profesional de salud en la atención del parto humanizado en una unidad de segundo nivel de atención.

En la Figura 2 se observa que el 26,41 % de las pacientes tienen edades entre 26 y 30 años, mientras que el 16,96 % corresponde a pacientes entre 10 y 15 años. Estas últimas son las que tuvieron la experiencia de estar en la sala de expulsión.

**Figura 2.**

Grupo de edad de las pacientes de pos parto

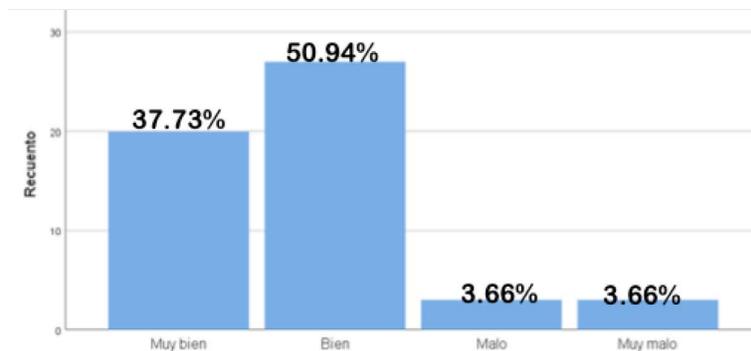


**Nota:** Propia de los investigadores.

Con relación a la actitud del personal, las pacientes expresaron que les pareció "bien" en un 50,94 %, seguido de "muy bien" en un 37,73 %. Finalmente, un 3,66 % calificó la actitud como "malo" o "muy malo". Estas percepciones corresponden a las pacientes que pasaron por el área de toco-cirugía y recibieron atención por parte del personal de enfermería y médicos (Figura 3).

**Figura 3.**

Cómo calificas la actitud del personal de salud durante su trabajo de parto

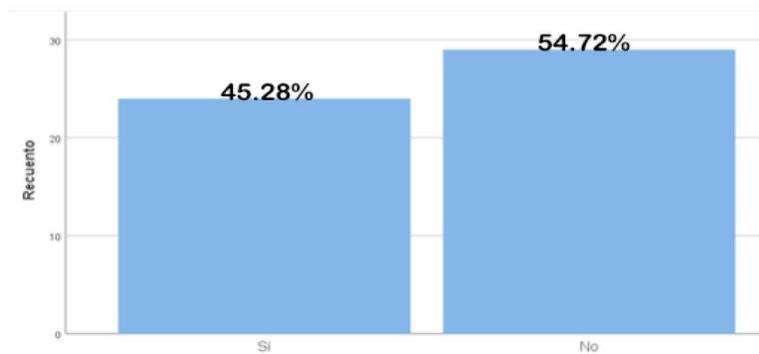


**Nota:** propia de los investigadores.

Como se puede observar en la Figura 4, el 45,28 % de las pacientes respondieron que sí les colocaron al bebé en la sala de parto posterior al alumbramiento, mientras que el 54,72 % respondieron que no. Es importante destacar que tanto la UNICEF como la OMS recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, iniciándola dentro de la primera hora posterior al nacimiento.

**Figura 4.**

Le colocaron el bebé en sala de parto, posterior al alumbramiento



**Nota:** propia de los investigadores.

## Discusión

Es de gran relevancia para todos los profesionales de la salud involucrados en la atención del parto y posparto conocer y poner en práctica las recomendaciones necesarias para que el parto no solo sea seguro, sino que también contribuya a brindar una experiencia positiva tanto para las pacientes como para sus familiares durante el período de expulsión en la sala de labor o sala de parto. En este contexto, el objetivo de la investigación fue identificar y describir el cuidado que proporciona el profesional de salud en la atención del parto humanizado en una unidad de segundo nivel de atención.

En esta situación se encuestaron a 53 pacientes en puerperio fisiológico seleccionadas sin ningún criterio en particular, es decir, pacientes que fueron atendidas de parto en esta institución de salud, independientemente de su edad, raza, color, cultura o religión. Asimismo, las características generales de las pacientes embarazadas que llegan a esta unidad de salud en Los Mochis reflejan que llevaron un control prenatal en esta institución y que, por lo general, son jóvenes, primigestas, con embarazos a término y controlados.

Las complicaciones observadas en este grupo de pacientes son aquellas

que suelen presentarse comúnmente en la población obstétrica, como desgarros perineales, infecciones intraamnióticas, sangrado excesivo, atonía uterina y, en los bebés, complicaciones como el cordón umbilical alrededor del cuello, frecuencia cardíaca anormal y distocia de hombros. De ahí la importancia de no separar al bebé de su madre para garantizar protección y facilitar el contacto piel con piel, así como el inicio temprano de la lactancia materna.

## **Conclusiones**

Dentro de los resultados de esta investigación se pudo constatar que las pacientes en puerperio fisiológico encuestadas en una unidad de salud de segundo nivel en Los Mochis, Sinaloa, presentan, en general, desconocimiento sobre el parto humanizado y los derechos de la mujer que se somete a este proceso. En cuanto a la distribución de mujeres embarazadas encuestadas según grupo etario, predominó el grupo de 26-30 años ( $n = 26$ , 26,41 %), seguido del grupo  $>16$  años ( $n = 10$ , 18,86 %) y, por último, el grupo  $<10-15$  años ( $n = 9$ , 20 %). Durante la atención del posparto, casi el 50 % de las pacientes consideraron que la actitud del personal de salud fue buena. Durante esta etapa, ellas perciben que tanto ellas como sus recién nacidos son tratados de una forma más humana, con actitud positiva, respeto y amabilidad. Probablemente, el haber superado la difícil etapa del expulsivo y contar con su recién nacido incide favorablemente en esta percepción.

En otro orden de ideas, se puede concluir que, durante la estancia, se logró adquirir un gran nivel de conocimientos acerca de todo lo que implica un modelo de investigación sistemática, así como grandes conocimientos teóricos sobre el proceso de un parto humanizado, destacando la importancia de este último y lo mucho que su aplicación podría aportar al aumento del índice de partos sin complicaciones. A pesar de que los datos obtenidos en su mayoría fueron favorables, no se descarta que aún quedan algunos puntos por mejorar en la aplicación de este proceso. Sin duda alguna, estos resultados podrán servir como base para perfeccionar este procedimiento dentro de las instituciones de salud, además de ser útiles para futuras investigaciones como punto de comparación entre diferentes contextos, tanto en unidades de salud pública como en el sector

privado, para evaluar cómo las instituciones han logrado adaptar este tipo de técnicas y procesos. Esto, con el fin de preservar siempre el bienestar del binomio madre-hijo.

## Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a los colaboradores de este proyecto, como los investigadores del programa DELFIN 2024, a los profesionales de salud del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Los Mochis, a nuestras colegas que participaron activamente en este proyecto por su apoyo, confianza, soporte y cariño, a la coordinadora de este libro, la Dra. Narce Dalía Reyes Pérez, y a Luis García Valenzuela por su incomparable apoyo. Finalmente, a Dios por permitirnos realizar este proyecto con agrado, colocando un granito de arena para mejorar nuestro quehacer profesional dentro del área de la salud.

## Referencias

- Abril-Beltrán RE, Chisag-Guamán MM, Campos-Arroba AE, Benítez-Pazmiño KE, Ocaña-Guevara MA. Rol de enfermería en la atención del parto humanizado en mujeres gestantes. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023; 3:489. Doi: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023489>.
- Álvarez-Villaseñor, A. (2021). Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(3). Doi: <https://doi.org/10.24875/rmimss.m20000029>
- Crespo Antepara, D. N., Narea Morales, V. E., Gómez Soledispa, S. J., & Jaramillo Ávila, E. G. (2023). Parto humanizado con pertinencia intercultural. *Pro Sciences:Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 7(47), 156-164. Doi: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol7iss47.2023pp156-164>
- Choez Zabala, J. D., & Cárdenas Heredia, F. R. (2023). Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(2), 5059–5078. Doi: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.956>
- García-Torres & Coll. Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro*

- Social, vol. 58, núm. 3, 2020, Mayo-Junio, pp. 258-264 Instituto Mexicano del Seguro Social Distrito Federal, México. Doi: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000029>
- García Torres, O. (2020). Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(3), 8. Doi: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000029>
- Uribe Soto, F. C., & Reynalte Melgarejo, A. T. (2018). *Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en relación a las actitudes y prácticas del personal de salud. hospital de Barranca Cajatambo* - 2018
- Gómez Orrantía, J. A. (2022). Prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 39(2), 17 - 24. <http://www.hies.gob.mx/img/boletin/b39-2.pdf#page=17>
- Cruz, B. J. (2020). *Calidad de atención percibida y satisfacción al parto humanizado en usuarias de Centro obstétrico del Hospital El Triunfo, 2020*. Piura: Programa académico de maestría en gestión de los servicios de la salud. Pag. 20-29
- Lavanderos, S., & Díaz-Castillo, C. (2024). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(6). <https://doi.org/10.24875/rechog.m21000034>
- Orrantía, J. A. & Coll. (2022). Prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 89. <http://www.hies.gob.mx/img/boletin/b39-2.pdf#page=17>
- Ramallo Castillo & Coll. (2024). Violencia obstétrica, una visión actual. Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora. Revisión narrativa. *Ginecología y obstetricia de México*, 92(2), 85-96. Epub 31 de mayo de 2024.
- Salazar Cruz, B. J., & Castillo Hidalgo, E. G. (2021). *Calidad de atención percibida y satisfacción al parto humanizado en usuarias de Centro obstétrico del Hospital El Triunfo, 2020* [Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud]. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56891/Salazar\\_CBJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56891/Salazar_CBJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Secretaría general. (2014). *Reglamento de ley general de salud en materia de investigación para la salud. Ciudad de México*: Diario Oficial de la Federación.

- Cunningham F, & Leveno K.J., & Dashe J.S., & Hoffman B.L., & Spong C.Y., & Casey B.M.(Eds.), (2021). Trabajo de parto normal. Williams Obstetricia, 26e. McGraw-Hill Education.<https://accessmedicina.mh-medical.com/content.aspx?bookid=3103&sectionid=260456379>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (01 de febrero de 2024). total de personas embarazadas a nivel mundial y la atencion del personal de salud.
- Organización Mundial de la Salud. (23 de agosto de 2023). Importancia de la atencion de salud a la mujer embarazada en el pais de España.
- Organización Panamericana de la Salud. (20 de enero de 2022). Parto humanizado en la region del norte de Mexico.