

Factores clínicos del bienestar de la mujer en trabajo de parto: perspectivas deontológicas y de la bioética principialista

Fatores clínicos do bem-estar de mulheres em parturição: perspectivas deontológicas e da bioética principialista

Clinical factors of women in labor well-being: deontological and bioethical principlism perspectives

Chrisne Santana Biondo¹ ; Maria Madalena Souza dos Anjos Neta¹ ; Sérgio Donha Yarid¹ 

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil

RESUMEN

Objetivo: evaluar los factores clínicos asociados al bienestar de la mujer durante el trabajo de parto y parto a la luz de la bioética y la deontología principialista. **Método:** estudio transversal con enfoque cuantitativo. Incluyó 396 púerperas ingresadas en un hospital municipal del suroeste de Bahía. Recolección de datos de enero a mayo de 2023, con aprobación del comité de ética en investigación. Los datos se tabularon en el software Excel y se analizaron mediante SPSS v.25. utilizando regresión logística multinomial. **Resultados:** la mayoría de las participantes de la muestra presentó bienestar con la atención para la salud; las que tuvieron partos realizados por profesionales no médicos tenían más probabilidades de tener niveles “adecuados” de bienestar; las que no tuvieron parto por cesárea tenían mayores probabilidades de tener bienestar. **Conclusión:** es necesario que los profesionales reflexionen sobre sus acciones y las adecuen para humanizar el parto, respetando los principios bioéticos. **Descriptor:** Ética Profesional; Satisfacción del Paciente; Trabajo de Parto; Bienestar Materno.

RESUMO

Objetivo: avaliar os fatores clínicos associados ao bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto à luz da bioética principialista e da deontologia. **Método:** estudo transversal com abordagem quantitativa. Participaram 396 púerperas internadas em um hospital municipal do sudoeste da Bahia, e os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2023, após aprovação do comitê de ética em pesquisa. Os dados foram organizados no *software* Excel e analisados via SPSS v.25. a partir da regressão logística multinomial. **Resultados:** a maior parte da amostra apresentou bem-estar com assistência em saúde, mulheres que tiveram parto realizado por profissionais não médicos apresentaram mais chances de níveis de bem-estar “adequado”. E mulheres que não tiveram a via de parto cesárea apresentaram aumento de chances de bem-estar. **Conclusão:** é necessário que os profissionais reflitam sobre suas ações, condicionando-as à humanização no parto, em observância aos princípios bioéticos. **Descritores:** Ética Profissional; Satisfação do Paciente; Trabalho de Parto; Bem-Estar Materno.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical factors associated with women's well-being during labor and delivery in the light of bioethics principlism and deontology. **Method:** A cross-sectional study with a quantitative approach was conducted. It involved 396 postpartum women admitted to a municipal hospital in the southwest of Bahia. Data were collected from January to May 2023, after approval from the research ethics committee. The data were tabulated using Excel software and analyzed using SPSS v.25 through Multinomial Logistic Regression. **Results:** The majority of the sample exhibited well-being with health care assistance. Women who underwent delivery performed by non-medical professionals showed higher chances of "adequate" levels of well-being. Additionally, women who did not undergo cesarean delivery showed increased chances of well-being. **Conclusion:** It is necessary for professionals to reflect on their actions, conditioning them to the humanization of childbirth, according to bioethical principles. **Descriptors:** Ethics, Professional; Patient Satisfaction; Labor, Obstetric; Maternal Welfare.

INTRODUCCIÓN

El bienestar durante el parto es un fenómeno complejo, multidimensional, dinámico e interdependiente de la satisfacción de la mujer durante el proceso de parto, que es el resultado de una serie de situaciones interrelacionadas, organizadas en torno a una buena atención¹. El bienestar estará sujeto a cambios dependiendo de la realidad y las experiencias que tenga la mujer.

Cuando no se logra el bienestar, se puede considerar que los problemas éticos permean la atención de la salud en la unidad, por ende, los problemas éticos en el parto y el puerperio inmediato pueden considerarse como actitudes que afectan la integridad física y moral, que traen perjuicio a la mujer y los familiares y a la falta de trabajo en equipo que perjudica la atención. Por lo tanto, es un deber ético del profesional brindar atención basada en la evidencia científica y en las buenas prácticas durante el parto, respetando el rol de la mujer.

Autora correspondiente: Chrisne Santana Biondo. E-mail: tity_biondo_enf@hotmail.com
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Juliana Amaral Prata

Cuando existen situaciones que vulneran los derechos humanos de las mujeres, vinculadas a los procesos de medicalización o a la desvalorización del cuerpo femenino, e ignoran la fisiología del parto, se considera que hay violencia obstétrica. Estas situaciones se relacionan directamente con resultados maternos y perinatales negativos, conducen a un bienestar no adecuado², y se consideran problemas éticos en el parto.

La violencia obstétrica se puede experimentar de diferentes formas, una revisión de la literatura demostró que es: *verbal*, a través de un trato que exponen a las mujeres a la vergüenza; *psicológica*, por medio de actitudes amenazantes, trato autoritario y hostil, imposición de decisiones, suministro de información dudosa o falta de información; *física*, mediante tacto vaginal repetitivo o agresivo que causa dolor, operación cesárea innecesaria, maniobra de Kristeller; *sexual*, por exposición sin necesidad de partes del cuerpo o sin consentimiento de la mujer; *institucional*, que se caracteriza por una peregrinación en busca de atención, infraestructura inadecuada, imposición de rutinas institucionales que vulneran los derechos o le causan daño a la parturienta; *financiera*, al cobrar por la atención del parto natural; y *discriminatoria*, al despreciar o negar atención por prejuicio racial o social o por alguna condición socioeconómica de la mujer³.

Por lo tanto, ante la existencia de problemas éticos, que se presentan en forma de violaciones de los derechos, es importante discutir el bienestar de las mujeres en el parto desde la perspectiva de la bioética principialista. Por ello, la bioética como estudio sistemático de la conducta humana, al ser un principio para diversas conductas éticas profesionales presentes en los códigos deontológicos, brinda un espacio para que los profesionales reflexionen sobre su práctica.

La bioética principialista se vale de cuatro principios que guían la práctica de la salud. En el trabajo de parto, el principio de beneficencia se aplica con el objetivo de brindarle beneficios a la paciente, desde el punto de vista fisiológico, psicológico y espiritual, haciendo que la experiencia sea satisfactoria y la atención integral.

La autonomía comienza con el respeto de las decisiones de la paciente, proporcionándole información para que pueda tomar decisiones basadas en las buenas prácticas recomendadas⁴.

El principio de no maleficencia consiste en que el profesional de la salud no utilice sus conocimientos para causarle daño al paciente, y le informe a la paciente cuales son las alternativas disponibles, y las ventajas y desventajas de las mismas, buscando siempre alternativas que brinden beneficios⁵.

Por último, la bioética se preocupa porque haya equidad en el acceso a la atención, que respeta el principio de justicia para garantizar que todas las mujeres tengan acceso de calidad a la atención del parto, y no deambulen por la red asistencial en busca de servicios.

Por lo tanto, la evaluación del bienestar de la mujer en el trabajo de parto y el parto ayuda a comprender si se observan los principios bioéticos y deontológicos, a partir de los criterios evaluados. Por ende, es necesario contextualizar los problemas éticos a través de la mirada de las puérperas, dado que este enfoque ayuda a reconocer los impactos que tiene la asistencia en la satisfacción con la atención. Además, cuando las formas en las que se experimenta la atención en salud no son insatisfactorias, puede provocar que se reproduzcan situaciones de malestar, miedo y angustia ante situaciones similares.

Se espera que el presente estudio permita comprender los problemas éticos derivados de la atención y el bienestar en el trabajo de parto, desde el punto de vista de las mujeres, para que se reflexione sobre la práctica profesional y se adopten las conductas más adecuadas para este público. La intención es lograr que en la práctica se respeten los principios bioéticos y la ética profesional presentes en los códigos de ética médica y de enfermería, y se brinde una atención para la salud libre de malas prácticas, negligencias e imprudencias.

Por lo tanto, el objetivo del estudio es evaluar los factores clínicos asociados al bienestar de la mujer durante el trabajo de parto y el parto a la luz de la bioética principialista y la deontología.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo. El escenario de la investigación fue un hospital municipal del suroeste de Bahía. La muestra fue no probabilística, por conveniencia y estuvo compuesta por 396 puérperas en alojamiento conjunto de enero a mayo de 2023.

Los criterios de inclusión fueron: tener 18 años o más; haber pasado al menos 4 horas en trabajo de parto en cualquiera de las unidades dentro de la sala de maternidad, para tener experiencias de atención en el sitio del estudio; tener más de 4 años de estudio, dado que la escala utilizada era del tipo autoadministrada; y que el parto haya sido asistido por un Ginecólogo Obstetra o Enfermero Obstetra. Los criterios de exclusión fueron: mujeres que dieron a luz por cesárea electiva y programada y puérperas que no estuvieran emocionalmente estables para responder el cuestionario.

Se evaluaron los datos sociodemográficos, los clínicos y las condiciones de bienestar durante el parto de las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio; para la recolección de datos se utilizaron un cuestionario sociodemográfico y de datos obstétricos y la Escala de Bienestar Materno en Situaciones de Parto BMSP2, versión brasileña abreviada adaptada y validada en Brasil por los estudios de Jamas⁶.

Los datos se tabularon en el software Excel y se analizaron mediante SPSS v.25. Se realizó el análisis de Regresión Logística Multinomial considerando el modelo predictivo de las variables contextuales y los marcadores sociodemográficos sobre el nivel de bienestar de las puérperas en el hospital. Primero, se probó el supuesto de multicolinealidad, propio del análisis de regresión logística multinomial. El enfoque de este estudio se centra en la discusión del modelo predictivo con variables contextuales.

Este modelo incluyó las variables independientes (IV) del modelo de regresión logística, y consideró: a) Embarazo planificado: Sí o no; b) Atención prenatal: Sí y no; c) Cuántas consultas prenatales se realizaron: Menos de 5 y 6 o más; d) Recibió orientación sobre el parto: Sí y no; e) Tipo de parto: Vaginal, Cesárea y Fórceps; f) Elección voluntaria: Sí y no; g) Tipo de profesional: Médico, enfermero y no informado; h) Tiempo posparto: Menos de 12 horas, entre 12 horas y 48 horas, entre 2 y 5 días y más de 5 días; i) Número de hijos: 1er hijo, 2 o 3 hijos y más de 3 hijos; j) Motivo de hospitalización: Posparto, motivo relacionado con la madre y motivo relacionado con el bebé; y k) Motivo de la cesárea: Vaginal, trabajo de parto que no progresa, sufrimiento fetal, posición transversal o pélvica, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), enfermedades maternas (Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) o Diabetes Mellitus (DM)), otros motivos y motivos no informados.

Además, para las variables “tipo de parto”, “profesional que realizó el parto”, “motivo de hospitalización” y “motivo de la cesárea”, se crearon variables *dummy*. Esta metodología se utiliza comúnmente en modelos predictivos, en los que se presentan variables independientes categóricas nominales, es decir, variables que no se pueden ordenar. Por consiguiente, se crearon nuevas variables, codificadas según la presencia o ausencia con valores como 1=presencia y 0=ausencia.

Este estudio consiste en un subproyecto del trabajo titulado “*Problemas éticos evidenciados na avaliação sobre a satisfação e bem-estar da mulher durante o parto*” (Problemas éticos observados en la evaluación de la satisfacción y el bienestar de las mujeres durante el parto), aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución involucrada, siguiendo los preceptos éticos sobre las investigaciones con seres humanos.

Con el objetivo de respetar la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia, las participantes dieron su consentimiento mediante la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI), después se les explicaron los riesgos y beneficios a los que estaban expuestas, aclarando que la investigación no causaría ningún daño a los participantes, si ocurriera, sería responsabilidad de los investigadores. También se les garantizó a las participantes la confidencialidad, el anonimato y la libertad de abandonar la investigación en cualquier etapa de la misma.

RESULTADOS

Participaron 396 mujeres, con edades entre 18 y 45 años ($\mu=27,62+5,97$). Las Tablas 1 y 2 presentan el perfil de la muestra considerando el cuestionario clínico.

Tabla 1: Perfil clínico de las mujeres durante el embarazo y el parto en un hospital público de una ciudad del interior de Bahía. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

Variables		n	f(%)
Embarazo planificado	Sí	193	48,74%
	No	202	51,01%
	Missing	1	0,25%
Prenatal	Sí	389	98,23%
	No	7	1,77%
	Missing	0	0,00%
Consultas prenatales	Cinco o menos	58	14,65%
	Seis o más	334	84,34%
	Missing	4	1,01%
Orientación sobre el parto	Sí	300	75,76%
	No	92	23,23%
	Missing	4	1,01%

Tabla 2: Perfil clínico de las mujeres durante el parto en un hospital público de una ciudad del interior de Bahía. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

Variables		n	f(%)
Tipo de parto	Vaginal	218	55,06%
	Cesárea	172	43,43%
	Fórceps	6	1,51%
	Missing		
Elección del tipo de parto	Sí	234	59,09%
	No	161	40,65%
	Missing	1	0,25%
Profesional	Médico	291	73,49%
	Enfermero	54	13,64%
	No sabe	41	10,35%
	Missing	10	2,52%
Tiempo posparto	Menos de 12 horas	39	9,85%
	Entre 12 y 48 horas	295	74,49%
	Entre 2 y 5 días	54	13,64%
	Más de 5 días	8	2,02%
Número de hijos	Primer hijo	191	48,11%
	Dos o tres hijos	165	41,57%
	Más de tres hijos	39	9,82%
	Missing	2	0,50%
Motivo de la estancia en Alojamiento Conjunto	Posparto	282	71,21%
	Motivo relacionado con la madre	26	6,57%
	Motivo relacionado con el bebé	87	21,97%
	Missing	1	0,25%
Motivo de la cesárea informado por la madre	Trabajo de Parto (TP) que no progresa	46	11,62%
	Sufrimiento fetal	11	2,78%
	Posición transversal/pélvica	18	4,54%
	Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF)	15	3,79%
	Enfermedades maternas (HAS/DM)	41	10,35%
	Otros	46	11,62%
	No sabe	3	0,76%
	Missing	1	0,25%

La mayoría de la muestra informó bienestar (52,89%), seguido de adecuado (31,49%) y malestar (15,62%) y recibió atención prenatal (98,23%), seis o más consultas (84,34%).

El análisis de regresión multinomial, considerando el modelo predictivo con variables contextuales, se demuestra en la Tabla 3. Los resultados iniciales indican que no hay multicolinealidad entre las variables independientes. Sin embargo, la variable “tipo de parto vaginal” fue eliminada del modelo de regresión por presentar altos niveles de multicolinealidad según el análisis.

Posteriormente, los indicadores del análisis de regresión multinomial demostraron que el modelo no tenía más capacidad predictiva que el modelo nulo, según los resultados de la χ^2 de verosimilitud [$\chi^2_{\text{verosimilitud}}(44)=38,304, p=0,714$]. Sin embargo, la prueba χ^2 de Pearson arrojó resultados contrastantes [$\chi^2_{\text{Pearson}}(468)=491,554, p=0,218$], lo que indica la adecuación del modelo estadístico. Además, los resultados del Pseudo- R^2 de Nagelkerke presentaron resultados considerablemente bajos (Pseudo- $R^2=0,111$). A partir de esos datos se puede inferir que las variables “tipo de parto cesárea” (-2LL=589,695, $p=0,018$), y los motivos de la cesárea “HAS/DM” (-2LL=589,225, $p=0,022$) y Otros (-2LL=587,592, $p=0,051^{**}$), tenían influencias significativas en los niveles de bienestar de las puérperas.

El análisis de efectos directos indicó que las puérperas cuyos partos fueron realizados por profesionales no médicos tenían un 276,5% más de probabilidades de tener niveles “adecuados” de bienestar que las mujeres cuyos partos fueron realizados por médicos (B=1,326, Wald= 3,673, $p= 0,055^{**}$, OR=3,765). De forma similar, las puérperas que tuvieron un parto por cesárea tuvieron 1.656,30% más probabilidades de tener niveles adecuados de bienestar que las que no tuvieron parto por cesárea (B= 2,866, Wald=6,472, $p=0,011$, OR=17,563).

Por otro lado, las puérperas que no tuvieron como motivo de la cesárea “TP” presentaron 91,0% menos probabilidades de tener niveles adecuados de bienestar que las tuvieron un tipo de parto “TP” (B=-2,412, Wald=4,325, $p=0,038$, OR=0,090). Las puérperas cuyo motivo de la cesárea no fue la “Posición del feto” presentaron 92,2% menos

probabilidades de tener niveles adecuados de bienestar que aquellas cuyo motivo de la cesárea fue “Posición del feto” ($B=-2,547$, $Wald=3,925$, $p=0,048$, $OR=0,078$). De forma similar, las puérperas cuyo motivo de la cesárea no fue “FCF” tuvieron 97,0% menos probabilidades de tener un nivel adecuado de bienestar que aquellas cuyo motivo de la cesárea fue “FCF” ($B=-3,494$, $Wald=4,780$, $p=0,029$, $OR=0,030$).

Tabla 3: Resultados del modelo predictivo con variables contextuales. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2023.

		-2LL	χ^2	df	p	Tolerancia	VIF
Embarazo planificado		583,825	2,196	2	0,333	0,903	1,108
Prenatal		584,573	2,944	2	0,229	0,931	1,074
Consultas prenatales		582,482	0,853	2	0,653	0,882	1,134
Orientación		584,720	3,091	2	0,213	0,923	1,084
Elección		583,308	1,679	2	0,432	0,807	1,239
Profesional							
	Médico	586,166	4,537	2	0,103	0,480	2,084
	Enfermero	584,433	2,804	2	0,246	0,485	2,061
Tipo de parto							
	Cesárea	589,695	8,066	2	0,018*	0,121	8,295
	Fórceps	583,063	1,434	2	0,488	0,931	1,074
Tiempo posparto		587,610	5,981	6	0,425	0,582	1,720
Número de hijos		582,764	1,135	4	0,889	0,908	1,101
Hospitalización							
	Madre	582,906	1,277	2	0,528	0,729	1,373
	Bebé	582,523	0,894	2	0,640	0,702	1,425
Cesárea							
	TP	586,489	4,860	2	0,088	0,239	4,188
	Sufrimiento fetal	584,535	2,906	2	0,234	0,651	1,537
	Posición	586,266	4,637	2	0,098	0,452	2,213
	FCF	588,700	7,071	2	0,029*	0,471	2,123
	HAS/DM	589,225	7,596	2	0,022*	0,249	4,011
	Otros	587,592	5,963	2	0,051**	0,234	4,280
Intersección		581,629					

Nota: * valores significativos ($p < 0,05$). ** nivel de significación límite ($p = 0,05$)

Las puérperas cuyo motivo de la cesárea no fue “HAS/DM”, tuvieron 95,4% menos probabilidades de tener un nivel adecuado de bienestar que aquellas cuyo motivo de la cesárea fue “HAS/DM” ($B=-3,069$, $Wald=6,590$, $p=0,010$, $OR=0,046$). Por último, las puérperas que no presentaron otros motivos (no especificados) para la cesárea tuvieron 92,7% menos probabilidades de tener niveles adecuados de bienestar que las que presentaron otros motivos (no especificados) para parto por cesárea ($B = -2,615$, $Wald=4,908$, $p=0,027$, $OR=0,073$).

Además, en cuanto a las probabilidades de bienestar, las puérperas que cuyo parto no fue por cesárea presentaron 1.088,9% más probabilidades de experimentar bienestar que las que sí tuvieron parto por cesárea ($B=2,476$, $Wald=5,599$, $p=0,018$, $OR=11,889$). Por otro lado, las puérperas cuyo motivo de la cesárea fue “FCF” presentaron 96,8% menos probabilidades de bienestar que aquellas cuyo motivo de la cesárea fue “FCF” ($B=-3,429$, $Wald=5,177$, $p=0,023$, $OR=0,032$). Por último, las puérperas que no tuvieron otros motivos para someterse a cesárea tuvieron 90% menos probabilidades de presentar bienestar que las que tuvieron otros motivos para someterse a cesárea ($B=-2,305$, $Wald=4,499$, $p = 0,034$, $OR = 0,100$)

Es importante destacar que el resto de los efectos testeados no presentaron significancia estadística y que el modelo predictivo con variables contextuales tuvo una capacidad predictiva del 91,4% de niveles de bienestar, el 21,1% de niveles adecuados y sólo el 6,8% de asertividad para niveles de malestar, la media fue de 55,4%.

DISCUSIÓN

Hoy en día se evalúa la calidad de la atención para la salud, por ello, entre las dimensiones de la calidad, la satisfacción de la paciente con la atención es importante. Por ende, cuando las pacientes informan que alcanzaron el bienestar durante el parto, se asume que están satisfechas con la atención recibida. Por lo tanto, el bienestar es un indicador importante de la salud mental y es esencial en todos los ciclos vitales, ya que cuanto más satisfechas están las personas, más probabilidades tienen de estar saludables. En lo que respecta al parto, cuanto mayor sea el bienestar, mejor será el vínculo con el recién nacido y la adaptación a la maternidad y menor la probabilidad de depresión posparto⁷.

En la muestra estudiada se observó que la mayoría de las participantes alcanzó un bienestar adecuado durante el parto. Coincidentemente, otro estudio, que estimó la evaluación de la atención durante el parto de 200 mujeres en la atención primaria, obtuvo como resultado que la atención fue considerada buena (60,5%) o muy buena (27%), y concluyó que hubo conformidad en el acceso a los servicios y los ítems que clasifican satisfactoriamente la atención⁸.

Sin embargo, si bien la mayoría de las participantes de la muestra consideró que alcanzó un buen nivel de bienestar en sus partos, se pudieron identificar algunos problemas éticos como la falta de información de calidad para las parturientas, un número específico de mujeres que no eligieron voluntariamente el tipo de parto; y un aumento de la cantidad de cesáreas, mayor a la tasa recomendada por organismos sanitarios nacionales e internacionales.

En el ámbito de la atención del parto, la bioética juega un papel importante, dado que incluye cuestiones sobre los derechos de la gestante, la seguridad y el bienestar de la madre y del recién nacido, además incluye cuestiones culturales, sociales y emocionales que forman parte de este importante momento en la vida familiar. Por consiguiente, la bioética se enfoca en garantizar que las mujeres dispongan permanentemente de información de calidad durante el parto, tengan autonomía para decidir sobre el tipo de parto y la asistencia que quieren recibir, y que los profesionales respeten esas elecciones.

En medio de esta discusión, los datos del presente estudio revelaron que hay falta de información, dado que algunas mujeres desconocían por qué se les realizó una cesárea (0,76%) y qué profesional las atendió (10,35%). Además, cabe destacar que los denominados *missing* (2,52%), en ese ítem, corresponden a mujeres que indicaron como profesional que las atendió durante el parto tanto un médico como una enfermera, lo que manifiesta el desconocimiento existente sobre quién fue el profesional que acompañó su trabajo de parto.

Por ende, en el código de ética de enfermería figura como deber del profesional “proporcionar información adecuada a la persona, familia y comunidad, sobre los derechos, riesgos, beneficios y complicaciones con respecto a los cuidados de enfermería”⁹, lo que ratifica la obligación ética y moral del profesional de brindar toda la información, incluso de presentarse a la gestante y su acompañante, dirigirse a la parturienta por su nombre o por cómo le gustaría que la llamen, tal y como lo indican las buenas prácticas para el parto natural¹⁰.

Otro dato demostró que no siempre se respeta la autonomía de las mujeres, se identificó un alto número de mujeres que no eligieron por voluntad propia el tipo de parto, lo que dificultó que las puérperas alcanzaran el bienestar. Por lo tanto, las mujeres deben recibir información sobre los procedimientos, riesgos y beneficios que implica el parto, que les permita tomar decisiones informadas y participar activamente en el proceso de atención.

Esta constatación va en contra de lo recomendado en el código de ética médica, que les prohíbe a los profesionales impedir que las mujeres tomen decisiones sobre su cuerpo, tal y como establece el artículo 24, “no garantizar al paciente el ejercicio de su derecho a decidir libremente sobre su persona o bienestar, así como ejercer su autoridad para limitarlo”¹¹. En el código de ética de enfermería también hay un artículo que menciona claramente la importancia de mantener la autonomía del paciente, cuando dice “respetar, reconocer y realizar acciones que garanticen el derecho de la persona o su representante legal a tomar decisiones sobre su salud, tratamiento, comodidad y bienestar”⁹.

Por ello, Beauchamp y Childress mencionaron los principios bioéticos¹², se considera autonomía a la aceptación de que la persona tome decisiones sobre su tratamiento, proporcionándole información suficiente para que ejerza su poder de elección, teniendo en cuenta también las creencias, deseos y valores inherentes a la persona. El principio de beneficencia establece la obligación moral de hacer el bien a los demás, mientras que el de no maleficencia se refiere a que el profesional no le cause daño o perjuicio al paciente. El de justicia es la atención asistencial equitativa, teniendo en cuenta las necesidades específicas del individuo. También se consideran las referencias bioéticas de utilidad, confidencialidad, veracidad y fidelidad¹³.

Otro hecho destacado en el estudio fue que cuando la mujer recibía atención al parto por parte de profesionales no médicos tenía 276,5% más de probabilidades de tener niveles “adecuados” de bienestar que cuando la brindaban los médicos. Este dato demuestra la importancia que tienen otros profesionales, como enfermeras obstétricas y parteras en el trabajo obstétrico.

Coincidentemente con estos hallazgos, una revisión Cochrane¹⁴ que comparó el modelo de atención obstétrica continúa liderada por parteras con otros modelos de atención demostró que las mujeres asistidas por parteras tienen menos probabilidades de recibir analgesia regional, parto vaginal instrumental (extractor de vacío y fórceps), amniotomías y episiotomías y más probabilidades de tener un parto vaginal espontáneo. Además, la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión indican que hay una mayor satisfacción materna con la asistencia de las parteras¹⁴. Ello revela el cumplimiento del principio de beneficencia, al utilizar con moderación procedimientos invasivos durante el parto y el cumplimiento del principio de no maleficencia, al no utilizar los conocimientos para brindar atención que cause riesgos innecesarios a la salud de la mujer.

Sin embargo, la literatura señala que hay una asimetría en la atención de la salud, debido a la hegemonía médica en la atención del parto, que privilegia su trabajo en detrimento de otros profesionales, lo que dificulta el trabajo de las enfermeras obstetras¹⁵, lo que se considera una barrera para la atención y manifiesta la existencia de un problema bioético. Por ello, el Ministerio de Salud impulsa la creación de cursos y residencias en el área, además es necesario que los gestores hospitalarios brinden condiciones para que se implemente la acción integrada y conjunta de médicos y enfermeros obstétricos, dado que tiene sus ventajas, reduce las intervenciones y brinda mayor satisfacción a las mujeres, al fomentar el trabajo en equipo y la mediación de conflictos.

Otro dato importante es el aumento de los nacimientos por cesárea, que, si bien sigue siendo inferior al número de partos normales, es superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esto puede deberse a que la unidad de campo de estudio es referencia en embarazos de alto riesgo. Sin embargo, se observa que el aumento de la tasa de cesáreas es frecuente, un estudio que comparó dos proyectos: *Nascer Saudável y Rede Cegonha* de 2017 y *Nascer no Brasil* de 2011 – 2012, que incluyó aproximadamente 4.798 mujeres, notó que hubo una reducción de las tasas de cesárea programada y un aumento de las tasas de cesárea intraparto de un 50% en el sector público y de un 136% en el sector privado, en el que también aumentaron las tasas de natalidad natural un 85%¹⁶.

En el estudio sobre la evaluación del parto por parte de las usuarias de la atención primaria de salud, se observó un aumento de la tasa de cesáreas (37,5%), que si bien es inferiores a la tasa de partos normales (60,5%)⁸, siguen siendo superiores a la propuesta por la OMS. Las tasas de cesárea aceptables están entre el 10 y el 15%, los valores superiores no contribuyen a la reducción de la mortalidad materna, perinatal o neonatal, y no respetan el principio de no maleficencia, sin embargo, en el contexto brasileño, se estima que la tasa de referencia es de alrededor del 29%¹⁷. Es más, los datos brasileños indican que el porcentaje es superior al esperado, dado que se registró un 57,01% de cesáreas en 2021, y los datos preliminares para 2022 son del 58,15% de cesáreas¹⁸.

Además, los datos del presente estudio mostraron un aumento en el bienestar del 1.088,9% en las puérperas cuyo parto no fue por cesárea, lo que demuestra que el método de parto influye en el bienestar relacionado con la experiencia del parto. Además, los motivos para realizar una cesárea pueden interferir en el bienestar, como lo demuestran los datos que afirman que el motivo cambios en la FCF generaban un mejor bienestar, dado que las puérperas cuyo motivo para la realización de la cesaría no fue cambios en FCF presentaron una disminución en el nivel de bienestar del 96,8%.

Por lo tanto, una de las premisas para reducir las cesáreas en Brasil es mejorar la asistencia durante el trabajo de parto y el parto vaginal, a fin de promover la autonomía, el protagonismo y el bienestar de las mujeres, y fomentar buenas prácticas en detrimento de intervenciones innecesarias. En lo que respecta a los principios bioéticos, garantizar las recomendaciones durante el parto puede verse como una forma de hacer el bien, de justicia, además de brindarle autonomía a las mujeres para que tomen decisiones conscientes, y establecer la proporción de intervenciones durante el parto.

Una revisión Cochrane reveló que la implementación de guías clínicas y la educación de los médicos por parte de un ginecólogo/obstetra redujeron el riesgo de cesárea electiva con alta evidencia. Sin embargo, la evidencia fue baja para las actividades educativas realizadas con mujeres y parejas¹⁹.

Por ende, hay que fomentar la difusión del conocimiento sobre la fisiología del parto y los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto, dado que la falta de conocimiento, muchas veces relacionada con la baja educación de la madre y el bajo nivel socioeconómico, afecta las expectativas que tienen las mujeres sobre el parto y la percepción del cuidado, lo que constituye una barrera en la lucha contra la violencia obstétrica¹⁵.

Por lo tanto, es evidente lo importante que es comprender la bioética y sus principios, especialmente cuando se trata de garantizar los derechos de las mujeres en el trabajo de parto, dado que orientarán acciones dirigidas a una atención humanizada, que se base no sólo en técnicas que le permitan a la mujer dar a luz. Para ello, es importante brindarles orientación y capacitación a los profesionales que asisten el parto basadas en la evidencia científica y las recomendaciones de las buenas prácticas en el parto.

Limitaciones del estudio

La limitación de este estudio se basa en el sesgo deseo y habilidades sociales, dado que las mujeres evaluaron el servicio en el lugar donde aún estaban internadas. Sin embargo, debido al tamaño de la muestra, los resultados son representativos.

CONCLUSIONES

Se reconoció el bienestar de las participantes, se calificó como excelente la asistencia recibida durante el parto. Sin embargo, al asociar factores clínicos con bienestar, fue evidente la aparición de problemas éticos, caracterizados por un aumento de la tasa de cesáreas y la falta de presentación del profesional a la mujer. Estas actitudes demuestran que los profesionales deben reflexionar sobre sus acciones, para adecuarlas a las buenas prácticas en el parto.

Por lo tanto, para garantizar una atención humanizada, se recomienda que en la práctica clínica se apliquen los principios bioéticos, que respeten la autonomía de la mujer, en todas las etapas del parto, y el bienestar materno y neonatal. Es necesario que el profesional utilice identificación y se presente a la mujer, además que tome medidas que favorezcan la fisiología femenina y el protagonismo de la mujer en el parto, valiéndose de las intervenciones necesarias e informadas.

Los resultados de este estudio contribuyen a ampliar el conocimiento de los profesionales que actúan en el trabajo de parto y el parto, a fomentar una atención equitativa, enfocada en las necesidades individuales de cada mujer, y a aumentar la sensibilización de los profesionales para que puedan brindarles atención integral a las pacientes, aplicando los principios de la bioética en su toma de decisiones, de acuerdo con los aspectos deontológicos.

REFERENCIAS

1. Pontificia Universidad Católica De Chile. Escuela de enfermería, Departamento de salud de la mujer. Concepto subjetivo de bienestar materno. Departamento de Derechos intelectuales. Registro Propiedad intelectual, 2077; nº 162651.
2. Zanardo GLP, Uribe MC, De Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc.* 2017 [cited 2023 Jun 25]; 29:e155043. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.
3. Souto REM, Brito NS, Sousa LSD, Brandão JC, Damasceno AKDC, Melo ESJ, et al. Forms and prevalence of obstetric violence during labor and delivery: integrative review. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2022 [cited 2023 Jun 25]; 16:e253246. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.253246>.
4. Santos ALS, Paz CT, Fraga BGG, Barreto FL, Gramacho RDCCV, da Silva Borges AJ. Bioética e parto humanizado: concepções e práticas de enfermeiras obstetras. *Textura.* 2019 [cited 2024 Jan 25]; 13(21):93-103. DOI: <https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p93-103>.
5. Castillo RH. Bioética y derecho en el cuidado del recién nacido durante el parto. *Quaestio Iuris.* 2021 [cited 2024 Jan 25]; 14(04):1845-63. DOI: <https://doi.org/10.12957/rqi.2021.55388>.
6. Jamas MT, Ferretti-Rebustini REDL, Rebustini F, Gonçalves IR, Gouveia LMR, Hoga L AK. Validity evidence of the Bienestar Materno en Situación de Parto Scale. *Acta Paul. Enferm.* 2021 [cited 2023 May 20]; 34:APE02843. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02843>.
7. Silva RCF, Westphal F, Assalin ACB, Silva MIM, Goldman RE. Satisfaction of pregnant women in relation to children and birth care. *Rev enferm UFPE online.* 2020 [cited 2023 Oct 25]; 14:e245851. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245851>.
8. Silva MJS, Silva TDS, Souza DRS, Souza AMG, Santos Ferreira TL, Andrade FB. Quality of care the childbirth and postpartum on the user's perception of primary health care. *Rev Ciênc. Plural.* 2020 [cited 2023 Jul 20]; 6(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2020v6n1ID16292>.
9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 564/2017. Dispões sobre o código de ética do profissional de enfermagem. 2017 [cited 2023 Oct 25]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>.
10. Brasil. Diretriz nacional de assistência ao parto normal ministério da saúde versão preliminar Brasília – DF, 2022 [cited 2023 Oct 25]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/download/615_9c68b60515aeb7bb1f3f022505721f2b.
11. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019 [cited 2023 Oct 25]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.
12. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
13. Schlemper Junior BR. Bioethics in the reception of psychoactive drug dependents in therapeutic communities. *Rev Bioética.* 2018 [cited 2023 Jul 20]; 26(1):47-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261225>.
14. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 [cited 2023 Jun 15]; 9:CD004667. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4>.
15. Oliveira CF, Ribeiro AAV, Luquine Junior CD, Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, et al. Barriers to implementing guideline recommendations to improve childbirth care: rapid review of evidence. *Rev Pan Salud Pública.* 2020 [cited 2023 Aug 18]; 44:e132. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132>.
16. Leal MDC, Bittencourt SDA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVDS, Silva LBRADA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saude Publica.* 2019 [cited 2023 Jun 15]; 35(7):e002230018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.
17. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília: MS; 2015 [cited 2023 Jun 15]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_CP.pdf.
18. Ministério da Saúde (Br). Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). 2023 [cited 2023 Jun 14]; Available from: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>
19. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018 [cited 2023 Jun 14]; 9:CD005528. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005528.pub3>.



Artículo de Investigación
Artigo de Pesquisa
Research Article

Biondo CS, Anjos Neta MMS, Yarid SD
Deontología, bioética y bienestar en el parto

DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2024.80274>

Contribuciones de los autores

Concepción, C.S.B, M.M.S.A.N y S.D.Y.; Metodología, C.S.B, M.M.S.A.N y S.D.Y; Software, C.S.B; Validación, C.S.B, M.M.S.A.N y S.D.Y; Análisis Formal, C.S.B, M.M.S.A.N y S.D.Y; Investigación, C.S.B; Obtención de recursos, C.S.B; Curaduría de Datos, C.S.B; Redacción – Original Preparación de Borradores, C.S.B.; Redacción – Revisión y Edición, C.S.B, M.M.S.A.N y S.D.Y.; Visualización, C.S.B, M.M.S.A.N y S.D.Y.; Supervisión, C.S.B, M.M.S.A.N y S.D.Y.; Administración del Proyecto, C.S.B. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

