

Tabla de prácticas obstétricas recomendadas

En la presente tabla se revisan algunas prácticas obstétricas que no cuentan con evidencia científica que las avale y que sin embargo se siguen practicando en la atención del nacimiento, presentando la evidencia actualizada y recomendaciones para cada tema. Las recomendaciones presentadas se encuentran en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS y en la Biblioteca Cochrane Plus, disponibles en:

www.rhlibrary.com/BSR/default.asp
www.update-software.com/publications/clibplus/

Estas recomendaciones también han sido difundidas por la OMS en documentos como: Recomendaciones sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza: Tecnologías apropiada para el parto (Lancet 1985; 2: 436-437); y por el Ministerio de Salud de Chile, en el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (MINSAL 2008). Algunas de las fuentes de evidencia específicas de cada tema se extrajeron del documento: Propuesta de Estrategia de Atención al Parto Natural en el Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial, Sistema Nacional de Salud, España 2007.

Tema	Supuesto	Evidencia	Recomendaciones	Fuentes de la evidencia
Alimentación	La alimentación durante el trabajo de parto puede generar complicaciones.	La evidencia actual indica que no se producen complicaciones ni que previene la aspiración gástrica. Por el contrario, su restricción por periodos prolongados puede producir deshidratación y cetosis, lo que se evita con ingestas moderadas de alimento. La alimentación también puede mejorar los niveles de glicemia materna.	Facilitar la ingesta de líquidos azucarados y alimentos livianos en forma moderada durante el trabajo de parto.	- Urrutia, María Teresa et als. Alimentación durante el Trabajo de Parto ¿es necesario el ayuno? Rev. Chil. Obstet. ginecol. 2005 vol 70 n°5, pp. 296-302. - Sleutel M., Golden S., Sherrod RN. Fasting in labor: relic or requirement. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1999; 28 (5), 507-512.
Rasurado del Periné	El rasurado del periné disminuye el riesgo de infecciones maternas y facilita la sutura en caso de ser necesario.	La evidencia es insuficiente para recomendar su realización, y por el contrario, la micro abrasión en la zona afeitada podría producir infección, además de las molestias e incomodidad que este procedimiento genera.	Evitar su práctica rutinaria y opcionalmente realizar un rasurado parcial al momento de realizar la sutura o si la mujer lo prefiriera.	- Basevi V., Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com/AbstractsES/ab001236-ES.htm - Garforth S., García J. Hospital admission practices. En: Chalmers I., Enkin M.W., Keirse M.J.N.C. (eds.) Effective care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press 1989, pp. 820-826.
Monitoreo fetal electrónico de rutina	El monitoreo electrónico fetal rutinario reduce los riesgos de morbilidad perinatal. La auscultación intermitente de los latidos fetales no tiene la misma efectividad.	El monitoreo intraparto comparado con la auscultación intermitente de los latidos cardíacos fetales, no genera diferencias en reducción de la morbilidad perinatal: no hay diferencias en el APGAR, ni en cuanto a la admisión a cuidados intensivos, ni respecto a la muerte perinatal o parálisis cerebral. No obstante, con el uso del monitoreo intraparto aumenta el número de cesáreas y de parto vaginal operatorio.	Preferir la auscultación intermitente de los latidos para controlar la frecuencia cardíaca fetal. Realizar monitoreo cardíaco electrónico continuo sólo a gestantes con riesgo elevado o con un desarrollo anormal del trabajo de parto.	Alfirevic Z., Devane D., Gyte G.M.L. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com/AbstractsES/ab006066-ES.htm
Episiotomía	La práctica de episiotomía evita que se generen otros desgarros.	La evidencia actual indica que limitando el uso de episiotomía, hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones de cicatrización.	Evitar la práctica rutinaria de episiotomía, no suturar los desgarros leves o cortes menores, y si es posible realizar suturaciones con material absorbible sintético.	- Carrolli G., Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com/AbstractsES/ab000081-ES.htm - Lundquist M., Olsson A., Nissen E., Norman M. Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? Birth. 2000 Jun;27(2):79-85. - Viswanathan M., Hartmann K., Palmieri R., Lux L., Swinson T., Lohr K.N., Gartlehner G., Thorp J. Jr. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. Evidence Report/ Technology Assessment No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center) AHRQ Publication No. 05-E009-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005. Disponible en: www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/episiotomy/episob.pdf
Parto Vertical	El parto vertical implica mayores riesgos obstétricos y neonatales que el parto en posición litotómica: mayores desgarros perineales, prolapsos (cistocele, colpoccele, histerocele), vulva edematizada, y mayor presión en la región cefalocraneal para los bebés, y genera puntuaciones de Apgar más bajas.	El parto vertical no presenta más complicaciones que el parto en posición horizontal. Por el contrario, se aprovecha la fuerza de gravedad, mejorando la eficiencia de las contracciones y permitiendo una dilatación del cuello y vagina más adecuada. Esto permite que el periodo expulsivo sea más corto, y que se reduzca el uso de episiotomías. La evidencia demuestra que el Apgar no disminuye en partos verticales, por el contrario, se reduce el riesgo de cesárea, uso de fórceps u otra intrumentalización del parto, que inciden negativamente en el Apgar.	Facilitar que las gestantes puedan adoptar la posición de parto que más les acomode y privilegiar posiciones verticales por sobre las horizontales.	- Gupta J.K., Hofmeyr G.J. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com/AbstractsES/ab002006-ES.htm - Soong B., Barnes M. Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perinatal Trauma: Is there an association? Birth 32-3 September 2005.
Acompañamiento	La participación de la pareja o de una persona significativa para la mujer puede dificultar el proceso de parto.	La evidencia señala que las mujeres con apoyo de un acompañante son menos proclives a recibir anestesia y analgesia, a tener partos vaginales instrumentales, a tener partos por cesárea, y tienen mayor tendencia a tener partos vaginales espontáneos.	Permitir y facilitar que las mujeres cuenten con el apoyo de la pareja u otra persona significativa durante el trabajo de parto y parto.	- Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J., Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com/AbstractsES/ab003766-ES.htm - Brüggemann O.M., Parpinelli M.A., Duarte Osis M.J. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1316-1327, 2005.
Cesárea	Una cesárea previa implica que el siguiente parto sea ineludiblemente otra cesárea.	Es posible y recomendable propiciar el parto vaginal después de una cesárea anterior.	Propiciar partos vaginales seguros después de una cesárea, salvo situaciones específicas donde exista algún factor de riesgo claro para la salud de la mujer o del bebé.	- Ricci P., Perucca E., Altamirano R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición: rotura uterina, una complicación posible. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2003, vol. 68, no. 6, pp. 523-528. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600013&lng=es&nrm=iso - Martel M.J., MacKinnon C.J.; Clinical Practice Obstetrics Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth. J Obstet Gynaecol Can. 2005 Feb;27(2):164-88.
Contacto precoz piel a piel entre madres y recién nacidos sanos	Al realizar contacto precoz piel a piel entre la madre y su hijo o hija, los recién nacidos se enfrían más.	La evidencia indica que los RN se enfrían menos, lloran menos y realizan una transición más fisiológica, si están en contacto permanente y estrecho con sus madres (contacto piel a piel y cohabitación 24 horas).	No separar a la madre del bebé. Inmediatamente después del parto colocar al bebé desnudo sobre el pecho de la madre, en contacto piel a piel.	- Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com/AbstractsES/ab003519-ES.htm - Haroon Saloojee. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants: RHL practical aspects. Biblioteca Reproductiva de la OMS, No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007. Resumen disponible en: www.rhlibrary.com/Commentaries/html/Hscom2.htm
Atención inmediata al recién nacido	Diferir la atención inmediata a los RN puede ser riesgoso para su salud.	En un parto fisiológico, con madre y RN sanos, acompañado y vigilado por personal capacitado, puede entregarse el RN a su madre, para el contacto piel a piel, difiriendo la atención inmediata por minutos u horas. Ello favorece el vínculo emocional entre la madre y el bebé y no significa exponer al RN a ningún riesgo.	Posponer la prácticas de revisión y atención del recién nacido hasta después del contacto piel a piel prolongado, y realizar estos procedimientos en presencia de la madre y padre. No realizar de manera rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sondas para confirmar permeabilidad.	- Sociedad Española de Neonatología. Comité de Estándares. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al RN sano. An Esp Pediatr 2001; 55(2): 144-145. - Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles Asistenciales y Recomendaciones de Mínimos para la Atención Neonatal. An Esp Pediatr 2004; 60(1): 56-64. - WHO/OMS. Care of the umbilical cord; a review of the evidence. Geneve. 1999. - Revisiones del Grupo Neonatal Cochrane, en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Disponible en: www.who.int/rhl/newborn/reviews/es/index.html

Pauta de observación: etnografía de la atención

Para observar aspectos fundamentales de la atención de la gestación y el parto, resulta útil la siguiente pauta de observación donde se señalan algunos temas clave en la atención.

La explicación sobre cómo aplicar esta pauta, se encuentra en el material complementario del capítulo de Sensibilización.

Dimensión	Subdimensión	¿Cómo observar esta dimensión?	Ejemplo	¿Qué se puede mejorar? (Se sugiere priorizar uno o dos aspectos de cada dimensión)
Territorio. Se refiere al lugar físico donde ocurre la atención de la gestación-parto-nacimiento y a lo que éste simboliza.	Infraestructura y ambiente Se refiere a la descripción y caracterización de los elementos materiales y la distribución espacial del lugar. También alude a las interacciones que el espacio físico potencia o inhibe. La infraestructura, ambientación y elementos materiales son factores relevantes para el bienestar tanto del personal de salud como de las personas usuarias; puede generar un ambiente acogedor o presentarse como un espacio amenazante. Asimismo, el tipo de elementos que se encuentran presentes y su ubicación pueden generar diferentes tipos de ambientes y potenciar ciertas interacciones.	Observación detallada del entorno físico y ambiente: elementos presentes, disposición de elementos, colores, amplitud, luminosidad, calidez, olores, temperatura, ruidos, entre otros. Observación de los espacios donde transitan y permanecen las personas usuarias y las interacciones que en ellos se generan. ¿Los espacios facilitan la comunicación entre usuarios y usuarias? ¿Los espacios son amigables? ¿El ambiente es silencioso o se escuchan conversaciones y/o ruidos? ¿Quién/es toma/n las decisiones en cada espacio? ¿Qué tipo de decisiones son las que se toman en cada espacio?	La sala de espera es bastante oscura, no tiene luz natural, sin embargo, está pintada con colores pasteles que la hacen más agradable y en invierno hay calefacción funcionando lo que aumenta la sensación de calidez. El espacio es algo pequeño, no toda la gente tiene asiento y no hay un lugar habilitado para los niños. Las sillas están fijas al suelo y están ubicadas en filas donde las personas se dan la espalda unas a otras... (centro de salud)	<i>Se puede implementar un "rincón para niños", donde hayan asientos a su medida y quizás algunas hojas y lápices para que puedan dibujar mientras esperan Se pueden reubicar las sillas de manera que las personas puedan interactuar entre ellas mientras esperan.</i>
	Privacidad e intimidad. Alude a la conformación de espacios en relación a la privacidad o intimidad que éstos posibilitan. Para vivir la gestación y nacimiento como un proceso familiar, y para el fortalecimiento del vínculo con el niño o niña que va a nacer, es importante generar ambientes que faciliten el encuentro entre la familia y el bebé.	Observación de los espacios de interacción con la usuaria para la atención de procesos que requieren contextos de privacidad: ¿El espacio protege a las personas usuarias de ser vistas/escuchadas por otras personas que no forman parte de la atención? ¿Transitan personas que no forman parte del proceso de atención de la usuaria? ¿En la atención participa el personal de salud necesario o hay más personas presentes?	En el preparto hay dos salas con seis camas cada una, una al lado de la otra. Cada una de estas salas está rodeada de ventanas por todos sus lados de modo que podamos observar a las mujeres en todo momento, lo que dificulta la intimidad de la usuaria. Además, todo el tiempo estamos circulando dentro y fuera de la sala haciendo cosas. A veces se hacen tactos vaginales, que pueden resultar incómodos para las mujeres, especialmente si hay más personas observando... (área de maternidad)	<i>Cambios encaminados a brindar mayor intimidad: cortinas en las ventanas de la sala, buscar alternativas para separar las camas con algún tipo de biombo o cortina movable En caso de ser posible, habilitar salas integrales de atención de preparto-parto- puerperio, donde las mujeres puedan estar acompañadas durante todo el proceso y donde se cuide su intimidad.</i>
Acompañamiento de una persona significativa. Se trata de la inclusión de personas externas al personal de salud al proceso de atención, pertenecientes a las redes de apoyo familiares y comunitarias de la mujer.	Acompañamiento Se refiere a la observación de las prácticas en torno a la inclusión de una persona significativa para la mujer. Durante la gestación y el nacimiento hay diversos momentos en los cuales el acompañamiento de la gestante por parte de una persona significativa puede ser fundamental para hacer que el proceso sea vivido con determinación y tranquilidad.	Observación de las prácticas respecto al acompañamiento: ¿Se permite que la usuaria esté acompañada por quien ella decida? ¿En qué situaciones se permite el acompañamiento? ¿En cuáles no? ¿Se cuenta con espacio para los acompañantes? ¿Qué rol tiene el acompañante en cada situación?	Hay muy poco espacio entre una cama y otra por lo que no hay un asiento o lugar habilitado para el acompañante, y tampoco hay algo que separe una cama de otra para dar intimidad, por lo que no permitimos la entrada de acompañante durante el preparto. Al acompañante lo integramos sólo en el expulsivo... (área de maternidad)	<i>Estudiar la distribución de las camas en preparto, para habilitar un lugar para el acompañante Buscar alternativas de separación entre camas para brindar intimidad y evaluar costos Adicionalmente, se puede intentar acomodar un espacio donde las parturientas puedan deambular junto con sus acompañantes durante el trabajo de parto.</i>
	Inclusión del padre (en caso de estar presente en el proceso) En el caso de estar la mujer acompañada por el padre del niño o niña, se debe poner especial atención en las interacciones que se permiten o inhiben. Tradicionalmente no se ha potenciado la inclusión de los varones en la SSR, y hacerlo constituye una excelente oportunidad para fortalecer los vínculos familiares, involucrar a los hombres en los cuidados de niños y niñas y reducir inequidades de género.	Observación de interacciones del personal de salud con las parejas de las mujeres: ¿El personal de salud pone barreras a los acompañantes por el hecho de ser hombres? (ejemplo, no se le entrega información, se dirige la comunicación exclusivamente hacia las mujeres, no se adecúan los horarios para que puedan estar presentes, entre otras). ¿Se permiten las mismas interacciones si la mujer está acompañada de otra mujer (ej. su madre) que si es su pareja?	Se incentiva que las gestantes vengan acompañadas, pero muchas veces vienen solas porque la pareja trabaja a esa hora. Cuando vienen acompañadas por la pareja, en general ellos hablan muy poco, el diálogo se concentra en la gestante, quizás los hombres no se sienten tan cómodos para preguntar, pero el personal de salud tampoco hace mucho para integrarlos... (centro de salud)	<i>Reorganizar los turnos de atención, de manera de abrir un horario adicional que no coincida con el horario laboral, dar consulta los sábados y/o un día a la semana después de las 19:00 Trabajar con el equipo de salud en torno a los temas de masculinidades y de paternidad activa para integrar a las parejas de mejor manera.</i>
Interacciones del personal de salud con las usuarias y usuarios. Se refiere a todas las instancias de intercambio entre personal de atención de salud y personas usuarias.	Prácticas Son todas aquellas interacciones entre personal de salud y usuarias que implican intervenciones a las usuarias en el marco de la atención de la gestación y el parto-nacimiento. El tipo de prácticas refleja el modelo de atención sobre el cual se trabaja. Hay prácticas basadas en la tecnologización y excesiva intervención, mientras otras se basan en el acompañamiento y respeto de los procesos fisiológicos.	Observación de las prácticas de atención: ¿Se tiende a intervenir cada vez que se está con la usuaria -gestante o parturienta- o con el recién nacido? ¿Se sabe esperar y acompañar el proceso? ¿Se favorecen los procesos fisiológicos? ¿Se utilizan y fomentan prácticas respetuosas con la propia fisiología de la gestación y nacimiento —masajes, uso del balón kinésico, hidroterapia— entre otros?	El personal de salud está todo el tiempo haciendo algo, pareciera que para hacer su trabajo tienen que estar en actividad constante, interviniendo de distintas maneras para que el parto resulte bien, de todos modos, actualmente se observa un pequeño cambio en el sentido de esperar más antes de poner la vía venosa o ayudar con estrategias menos invasivas como el uso del balón kinésico... y más bien a «asistir» en vez de «intervenir»... (área de maternidad)	<i>Realizar un taller de trabajo con el equipo de la maternidad para identificar las prácticas que se realizan habitualmente, ordenándolas según los criterios de la oms: 1. Prácticas que son claramente útiles, y debieran promoverse; 2. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces; 3. Prácticas de las que no existe clara evidencia, etc.</i>
	Comunicación verbal El lenguaje verbal es la forma de comunicación formal con que el personal de salud se comunica con las personas atendidas. Es importante que se entregue información completa y oportuna, y que el lenguaje sea comprensible, adaptando los términos médicos según la edad, nivel educacional, tradición cultural, etc., de la usuaria y su familia. Además es importante que se converse no sólo sobre aspectos técnicos de la atención, sino también sobre dimensiones emocionales de la experiencia. Esto es relevante pues una mejor y más completa comprensión del proceso incide positivamente en la manera de vivir el proceso por parte de la usuaria y su familia.	Observación del tipo de lenguaje utilizado con las personas usuarias y de la información que se intercambia: Cuando se explica algo, ¿se hace con lenguaje técnico o se intenta que sea comprensible para las usuarias? ¿Se aseguran que lo explicado haya sido comprendido (preguntando si se entendió, por ejemplo)? ¿Sobre qué cosas se le informa a las personas usuarias? ¿Sobre cuáles no? La información que se intercambia con las usuarias, ¿es sólo técnica o incluye otras dimensiones de la atención? ¿El personal que atiende pregunta cómo se siente la usuaria, si necesita algo? ¿Hay alusión a temas emocionales o afectivos en el lenguaje verbal?	En el contexto de los controles permanentemente se está entregando información a la gestante y se intenta adaptar el lenguaje para que sea comprensible. No obstante, igual nos preguntamos si es adecuado, si les quedaron las cosas claras, si entendieron o no. En general no preguntan mucho y esto nos llama la atención, quizás hay que potenciar otro tipo de comunicación donde se sientan más en confianza para expresar sus emociones y dudas, especialmente en el caso de las adolescentes. En este sentido, quizá debiéramos expresarnos de manera distinta... (centro de salud)	<i>Proponer trabajar este tema con el equipo del centro de salud, para aunar criterios respecto a la entrega de información dentro de un nuevo modelo donde debemos hacer que la gestante y su familia se sientan las protagonistas del proceso Revisar los conceptos utilizados para referirse a los procesos reproductivos, evitando emplear un lenguaje muy técnico o que exprese algún tipo de connotación negativa Preguntar a las gestantes y sus acompañantes, qué contenidos les hacen falta y cómo les gustaría que esos contenidos se desarrollaran en términos de lenguaje y duración.</i>
	Comunicación no verbal El lenguaje no verbal es una forma de comunicación mediante los gestos, actitudes corporales y formas de aplicar los procedimientos a las usuarias. Es importante que sea coherente con el lenguaje verbal y que se eviten expresiones corporales de desinterés, apuro, impaciencia o molestia. Con respecto al contacto físico con las usuarias, puede aplicarse un tacto afectivo, de acogida y apoyo integral, como masajes, abrazos, estimulación de la piel, etc.; y un tacto técnico para realizar intervenciones y prácticas propias de la atención (tactos vaginales, ecografías, aplicación de vía venosa, etc.). Resulta importante que el tacto técnico siempre vaya acompañado de tacto afectivo, reforzando la experiencia de acogida para la usuaria.	Observación de las actitudes, gestos corporales y formas de “tocar” a las usuarias: ¿Cómo se mueve el personal de atención de salud cuando está con las personas usuarias? ¿Qué expresa su actitud corporal? ¿Qué gestos corporales acompañan la atención? ¿Se mira a las usuarias a los ojos? ¿Qué cree que perciben las usuarias de estas actitudes? ¿Qué tipo de tacto se privilegia en la atención: tacto de acogida y contención, tacto instrumental para realizar y aplicar procedimientos técnicos? ¿Ambos? ¿En qué casos se privilegia cada uno? ¿Qué cree que se expresa con la forma de tocar descrita? ¿Cuando se trata de tacto técnico, se le explica a la usuaria de qué se trata?	A veces pasa que se juntan más mujeres en preparto, o cuando es tarde y uno en verdad ya quiere descansar, y ahí el trato puede ser más impersonal con las mujeres. Eso se nota en cómo uno se dirige a ellas o las toca, como rapidito, haciendo los procedimientos justos para pasar a revisar a la siguiente, sin fijarse mucho si a lo mejor la persona necesita otra cosa, otro tipo de apoyo, yo pienso que a veces nos preocupamos mucho de lo que tenemos qué hacer y nos olvidamos de tener algún gesto acogedor o de explicarle con calma a la usuaria lo que le vamos a hacer antes de tocarla... (área de maternidad)	<i>Modificación de algunas actitudes cotidianas, como por ejemplo cambiar la rapidez con que hablamos y nos movemos, por una actitud más tranquila y atenta a lo que necesita la gestante Poner atención constante a la gestualidad y tipo de tacto dirigidos a las gestantes, reflexionando sobre cómo se pueden integrar para brindar apoyo, alivio del dolor y contención emocional a través de ellos.</i>
	Empatía La empatía alude a la capacidad de una persona para ponerse en el lugar de otra para entender sus necesidades, sentimientos y formas de expresarlos. Ello implica respetar y acoger la vivencia del otro, comprendiendo que todos podemos sentir y expresarnos de modos diferentes e igualmente válidos.	Observación de las respuestas dadas frente a las necesidades y/o comportamientos de las usuarias: ¿Se llama a las usuarias por su nombre? ¿Se contesta en forma clara y amable a las preguntas de las usuarias o sus familiares? ¿Se responde positivamente a las peticiones de las usuarias? ¿Se retroalimenta positivamente lo que hacen? Frente al dolor, por ejemplo, ¿se acoge a la usuaria?	En el trabajo de parto tenemos que estar pendientes de todas las usuarias, y a veces alguna está más afectada que otra e intentamos calmarla para que no asuste a las demás, pero también creo que es porque nos ponemos nerviosas cuando una mujer se queja mucho. A veces nos impacientamos cuando no logramos calmarlas y eso se lo transmitimos, muchas veces creemos que está exagerando... (área de maternidad)	<i>Observar las actitudes y respuestas dadas a las necesidades de las usuarias y sus familias, intentando brindar una atención y cuidada empático con su situación Proponer un taller de trabajo en torno a herramientas no farmacológicas de apoyo en el trabajo de parto y atención empática del dolor.</i>