

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA MATERNO INFANTIL



EDUCACION EN EL PROCESO GESTACIONAL

Autores:
Jabillo, Carla
Montenegro, Carolina
Romero, Cecilia
Zepedeo, Antonella

Tutores:
Prof. Lic. Mercedes Pérez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, Noviembre del 2007

Agradecimientos:

- A NUESTRAS FAMILIAS POR SU APOYO INCONDICIONAL A LO LARGO DE NUESTRA CARRERA.

- EN ESPECIAL A QUIEN NOS HA IMPULSADO A DESARROLLAR ESTE TRABAJO: Lic. En Enf. Mercedes Pérez

- AGRADECEMOS POR LA COLABORACIÓN PARA PODER LLEVAR A CABO NUESTRO TRABAJO A:
 - Lic. en Enf. Alicia Pérez
 - Jefa del Depto. de Enfermería Lic. Adela González
(Institución Pública)
 - Func. de Reg. Médicos, Daina Rodríguez
(Institución Pública).
 - Lic. en Enf. Verónica Sánchez.
 - Doc. Bioestadística Rosa Espina

INDICE:

Agradecimientos.....	1
Introducción	3
Marco Teórico.....	6
Área de estudio.....	42
Tipo de Estudio.....	42
Problema	42
Justificación del Problema	42
Objetivo General.	46
Objetivos Específicos.....	46
Universo y Muestra.....	46
Criterio de exclusión.....	46
Métodos de Recolección de datos.....	47
Proceso.....	47
Definición de Variables.....	48
Análisis.....	55
Conclusión	64
Sugerencia	68
Bibliografía	69
Anexos.....	70

Introducción:

El presente trabajo de investigación pertenece al cuarto ciclo de la carrera de Licenciatura de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, la misma es llevada a cabo por 4 estudiantes de la misma.

El siguiente es un estudio analítico, retrospectivo, que tiene como objetivo determinar si la educación prenatal brindada a las embarazadas primigestas mayores o iguales de 30 años influyo sobre el comportamiento al momento del parto.

El problema planteado es ¿Cómo influye la educación prenatal sobre el comportamiento de las embarazadas primigestas mayores o iguales de 30 años al momento del parto en una institución pública y una privada de Montevideo en el periodo comprendido entre enero – julio del 2007?

La elección del tema surge a partir del análisis del grupo y de nuestra experiencia práctica en los diferentes centros de atención a lo largo de nuestra carrera. Allí pudimos observar una información insuficiente por parte de las usuarias debido a dificultades en el acceso a la misma: falta de interés y/o motivación, embarazo en etapa avanzada, motivos laborales, dificultades para llegar al centro donde se brinda la educación (bajos recursos económicos), creencias populares.

Así mismo el gobierno considero la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la planificación , normalización y acciones de salud, que tuvieran como objetivo promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, la equidad y los derechos de la mujer. El Programa Nacional Salud de la Mujer y Género se propone fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mujeres.

Su accionar tiene como objetivo disminuir la inequidad de género que existe en la salud y en la sociedad, para el ejercicio de derechos hacia una ciudadanía plena. Con ese propósito, se promovió un marco político normativo de alcance nacional

extendido tanto para los programas y proyectos de las instituciones públicas como privadas.

El control prenatal esta siendo contemplado como un aspecto fundamental de los mismos, para llegar a un parto en condiciones optimas, asi como tambien que este sea de características mas humanizadas, respetando en todo ambito los derechos propios de la mujer, familia y recién nacido.

Para llevar adelante lo anteriormente mencionado es que se esta dando prioridad a la atención en el primer nivel, el cual es definido como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la Atención de la Salud de una población determinada, siendo esta accesible, disminuyendo riesgo de morbimortalidad materno-infantil.

A partir del período 2001–2004 se observo una transición demográfica reflejado en la disminución en el número de nacimientos (50.052 nac.); no habiendo una distribución equitativa con el numero de defunciones. La tasa bruta de mortalidad fue de 9,76 por 1.000 habitantes en 2004 (32.220 defunciones), sumándose a esto un aumento en el promedio vida al nacer de 76.7 años. La tasa anual de crecimiento demográfico en Uruguay (2005) fue de 0,6 %

Por lo tanto podemos afirmar que Uruguay se comporta como país desarrollado a nivel demográfico, con una economía en vía de desarrollo. La tasa global de fecundidad bajó de 2,5 hijos por mujer en 1996 a 2,1 hijos por mujer en 2004..(www.msp.gub.uy)

Conocer las características sociales, así como psicológicas nos ayudan a comprender el perfil más característico de las mujeres que optan hoy en día por la maternidad en nuestra sociedad así como también el afrontamiento de las mismas ante la vivencia del momento del parto y todo lo que conlleva el mismo. Cabe destacar a modo de información que según estadísticas internacionales una cada 5 mujeres deciden tener su primer hijo después de los 30 años, (www.archivospediatria.com.uy.) afortunadamente la mayoría tienen embarazo y

bebés saludables sin embargo, también se ha demostrado que las mujeres luego de los 30 años están expuestas a mayores riesgos.

Por todo lo anteriormente mencionado consideramos que la educación prenatal es una forma de preparación que toda mujer debe recibir previo al momento del parto , para conocer como será el mismo que si bien hay aspectos subjetivos que serán vividos por cada una , el afrontamiento será diferente , entre una mujer que recibió una adecuada educación prenatal y aquella que no.

Marco Teórico:

En la actualidad muchas mujeres deciden ser madres después de los 30 años. De hecho, una de cada cinco tiene su primer hijo después de esta edad.

Afortunadamente, la mayoría tiene embarazos y bebés saludables.

Considerando lo anterior es fundamental la Promoción de la Salud que es la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. La salud no se contempla como un objetivo en si misma, sino como un recurso para la vida cotidiana.

La promoción de la salud, esta estrechamente vinculada a la educación para la salud, debe ser una labor fundamental de los profesionales de enfermería que a menudo establecen un vínculo de comunicación con los usuarios mas intenso que el de otros miembros del equipo.

Siendo la Educación para la salud la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual o colectiva, que tiene como objetivo hacer al sujeto activo y responsable en todos los procesos, ya sean de promoción , prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción, relacionados tanto con su salud, como con la de su familia y comunidad.

El objetivo fundamental de la educación para la salud es incrementar en la población la cultura de la salud.

El embarazo es un proceso fisiológico normal; gran parte de los nacimientos no requiere intervención activa de los profesionales al cuidado de la salud, porque el proceso de la reproducción se desarrolla por patrones biológicos. Sin embargo, el embarazo altera los procesos psicofisiológicos de la mujer y tiene el potencial para afectar el estado de salud, de la madre y del hijo.

Por lo cual es fundamental llevar a cabo un correcto control prenatal, este se refiere a la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza; orientados a la Promoción y protección de la salud y la Prevención y detección de la enfermedad.

El número de consultas establecidos para embarazadas de bajo riesgo perinatal, en los países de América Latina y el Caribe así como el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud ha sido reducida en cantidades siendo antes de 8 a 12 controles, y adoptaran en sus normas los 5 controles propuestos por el CLAP – OPS / OMS en 1988, los cuales fueron respaldados posteriormente por estudios multicéntricos controlados y coordinados por el Departamento de Salud Reproductiva de la OMS (Carroli, et al, 2001, Villar et al, 2001).

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal,
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo,
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Con estos controles las madres se preparan para tener un trabajo de parto tranquilo, este se define como el conjunto de fenómenos fisiológicos que ocurre en el útero, los anexos ovulares y el feto, que tienen por objeto la salida de un feto vivo y viable a través de los genitales maternos.

Los objetivos biológicos del mismo son:

- Lograr el nacimiento de un recién nacido vivo, con un peso adecuado para la edad gestacional, sin sufrir traumas vinculados al parto.
- Lograr un parto en las mejores condiciones, sin secuelas físicas, ni psíquicas para la madre.
- Promover una temprana relación madre-recién nacido, desde los primeros minutos de vida.

Entendemos por parto a la interrupción del embarazo más allá de las 20 semanas de edad gestacional, obteniendo un feto con un peso mayor o igual a 500 g a través de los genitales externos de la madre.

La experiencia vivida de cada madre es la experiencia que alguien vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, es el conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas; es sentir o experimentar la impresión producida por algún hecho o acontecimiento.

La mujer embarazada puede adoptar variadas posiciones durante el trabajo de parto.

El parto normal es un proceso que dura varias horas. Durante las mismas hay una normal progresión de variables tales como las contracciones uterinas dolorosas, la dilatación del cuello del útero, el descenso de cabeza fetal por el canal de parto, etc. El normal progreso y duración de esta evolución esta intensamente influenciado por la posición que la mujer adopta durante el mismo.

Las diferentes posiciones para el parto pueden agruparse en :

Horizontales:

Acostada sobre la espalda con piernas extendidas (litotomía), Acostada sobre la espalda y con piernas flexionadas (ginecológica), de costado y con la pierna superior flexionada (simms).

Verticales:

De pie, Cuclillas, Sentada, Apoyada sobre rodillas y brazos extendidos (cuadrúpeda), Apoyada sobre rodillas, codos y tronco (genupectoral).

Mixtas:

Las posiciones horizontales; permiten mayor comodidad y acceso a maniobras al obstetra.

Reducen las pérdidas de sangre durante el parto y el postparto

La posición horizontal de costado (Simms) permite el descanso de la mujer durante el trabajo de parto y favorece la oxigenación del feto.

Las posiciones acostada sobre la espalda no favorecen la oxigenación fetal, facilitan el monitoreo fetal.

Las posiciones verticales acortan los tiempos de evolución del trabajo de parto normal, no pueden adoptarse si las membranas ovulares se encuentran rotas y la cabeza fetal aún no está encajada en la pelvis materna, favorecen la oxigenación del feto.

Incrementan la efectividad de las contracciones uterinas.

Por estar favorecidas por la gravedad y acortar los tiempos del parto conllevan menor percepción del dolor.

Requieren menor frecuencia de episiotomías

Implican mayor esfuerzo físico de la mujer.

Mas allá de las virtudes y defectos de cada una en particular, lo mas importante es destacar que toda mujer se ve beneficiada en adoptar la o las posiciones que le resulten mas cómodas para cada momento del trabajo de parto.

La función del obstetra será la de aconsejar qué posición beneficia a la mujer y al feto en cada momento del trabajo de parto. Este consejo no interfiere con la necesaria libertad de movimiento, así como la libertad para adoptar la posición que implique mejor tolerancia del dolor de cada mujer.

Los controles prenatales para tener un parto en condiciones óptimas de salud se realizan en el primer nivel de atención que se define como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la Atención de la Salud de una población determinada y que debe ser accesible a la población.

Es la base del Sistema de Salud, teóricamente se puede resolver el 80% de los problemas de Salud de la Población.

Siendo importante la educación individual a la madre, compañero y familia fomentando los factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.

Así como también la orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, sangrado genital y ausencia de movimientos fetales según la edad gestacional.

Hay acuerdos en considerar a las embarazadas de 16 a 35 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal y neonatal aumenta tanto en las madres adolescentes como en las que tienen más de 35 años de edad.

Teniéndose en cuenta esto, nuestra investigación tiene como punto de partida mujeres mayores de 30 años cursando un embarazo considerado de alto riesgo.

El embarazo de alto riesgo obstétrico es aquella gestación que potencialmente puede condicionar morbilidad materna y perinatal durante el transcurso del embarazo, parto o puerperio.

Los factores de riesgo materno perinatal son múltiples, siendo la mayoría de ellos detectados en un primer nivel de atención de control prenatal eficiente, que permitan derivar oportunamente a estas usuarias al segundo nivel de atención.

La patología hemorrágica, los síndromes hipertensivos y las infecciones, son las principales causas de morbilidad materna; la prematuridad, la insuficiencia placentaria, la asfixia periparto, las infecciones intrauterinas y las malformaciones congénitas determinan más del 90 % de la morbilidad perinatal.

Algunos factores y antecedentes que permiten identificar el embarazo de alto riesgo son:

Preconcepcionales

- Bajo nivel socio económico.
- Analfabetismo
- Bajo peso materno
- Obesidad
- Madre adolescente
- Madre mayor de 40 años
- Gran multiparidad
- Mala historia obstétrica
- Malos antecedentes genéticos
- Patología médica previa
- Hábito de fumar
- Alcoholismo
- Adicción a drogas

Gestacionales

- Anemia
- Ganancia insuficiente de peso
- Ganancia excesiva de peso
- Control insuficiente prenatal
- Edad gestacional dudosa
- Hemorragias
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Embarazo múltiple
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Rotura prematura de membranas
- Incompatibilidad sanguínea materno- fetal
- Amenaza de parto prematuro
- Embarazo prolongado
- Colestasia intra hepática del embarazo
- Diabetes gestacional

Intra parto

- Parto prematuro
- Inducción del parto
- Distocias de presentación
- Distocias de dinámica uterina
- Sufrimiento fetal
- Macrosomía fetal
- Parto instrumental
- Fiebre materna
- Atención no profesional del parto.

Recién Nacido

- Depresión cardio respiratoria
- Prematurez
- Desnutrición intrauterina
- Malformaciones
- Infecciones
- Atención no profesional del neonato

Post parto

- Hemorragias
- Infecciones

La detección de los factores de riesgo preconcepcionales y gestacionales se deben realizar en el primer nivel de atención mediante un correcto control prenatal.

Sin embargo, los estudios demuestran que las mujeres de más de 30 años están expuestas a algunos riesgos especiales. Por esta razón, es necesario que las mujeres conozcan estos riesgos para que puedan evaluar adecuadamente la conveniencia de un embarazo y determinar cuál es el mejor momento para quedar embarazada.

¿Influye la edad en la fertilidad?

Por lo general, las mujeres comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad a partir de los 30 años. Es frecuente que a una mujer de más de 35 años le lleve más tiempo quedar embarazada que a una mujer joven.

En algunos casos, la disminución de la fertilidad en las mujeres de más de 35 años se debe a que tienden a ovular (liberar un óvulo de los ovarios) con menor frecuencia que las mujeres más jóvenes. También influyen ciertos problemas de salud que son más comunes después de esta edad. Por ejemplo, la endometriosis,

que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio e interfieran con la concepción, es más común entre las mujeres de más de 35 años.

Si una mujer de más de 35 años no ha quedado embarazada después de intentar concebir durante seis meses, debe consultar a su médico. Los estudios sugieren que aproximadamente un tercio de las mujeres de entre 35 y 39 años y aproximadamente la mitad de las mujeres de más de 40 años tienen problemas de fertilidad. Muchos de estos problemas pueden tratarse con éxito.

¿Las mujeres de más de 30 años corren mayor riesgo de tener un bebé con defectos congénitos?

Las mujeres mayores de 30 años de edad tienen mayores probabilidades de dar a luz un bebé con algún defecto congénito relacionado con los cromosomas (las estructuras de las células que contienen los genes).

El Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) recomienda a las mujeres de más de 35 años en el momento del parto realizar una prueba prenatal para diagnosticar, o con más probabilidades, descartar la existencia de síndrome de Down y otros problemas cromosómicos. Entre las pruebas prenatales que se pueden realizar se encuentran la amniocentesis y la muestra del villus coriónico (CVS). La mayoría de las mujeres que se realiza estas pruebas recibe la buena noticia de que su bebé no padece ningún problema cromosómico.

¿El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad de la mujer?

La mayoría de los abortos espontáneos ocurre durante el primer trimestre de embarazo en las mujeres de cualquier edad. El riesgo aumenta con la edad de la mujer. Los estudios sugieren que aproximadamente el 10 % de los embarazos reconocidos en las mujeres de entre 20 y 30 años de edad termina en aborto espontáneo. Esta cifra aumenta aproximadamente al 20 % en el caso de mujeres de entre 35 y 39 años de edad y aproximadamente al 50 % entre los 40 y 44 años.

El mayor riesgo de aborto espontáneo relacionado con la edad se debe, al menos en parte, a la mayor incidencia de anomalías cromosómicas.

¿Las mujeres de más de 30 años tienen más probabilidades de tener complicaciones durante el embarazo?

Si bien es muy probable que las mujeres de más de 35 años tengan un bebé sano, es posible que deban enfrentar más complicaciones durante el embarazo que las mujeres más jóvenes.

Algunas de las complicaciones más comunes entre las mujeres de más de 30 años son:

Diabetes gestacional. Esta forma de diabetes se desarrolla por primera vez durante el embarazo. Según estudios realizados en 2005 en varios centros médicos, las mujeres de más de 35 años tienen aproximadamente el doble de probabilidades que las mujeres más jóvenes de desarrollar diabetes gestacional. Las mujeres con diabetes gestacional tienen más probabilidades de tener bebés de gran tamaño que corren el riesgo de sufrir lesiones durante el parto.

Problemas en la placenta. El problema más frecuente es la placenta previa, por el cual la placenta cubre parte o la totalidad de la abertura uterina (cuello del útero). Un estudio realizado en 2005 comprobó que las mujeres de más de 35 años tienen el doble de probabilidades, y las mujeres de más de 40 años casi tres veces más probabilidades, que las mujeres más jóvenes de tener esta complicación. La placenta previa puede producir hemorragias fuertes durante el parto que pueden poner en peligro la vida de la madre y del bebé. Por lo general, una intervención cesárea puede evitar complicaciones graves.

Parto prematuro. Un estudio realizado en el año 2005 comprobó que las mujeres de más de 40 años tenían el 40 por ciento más probabilidades que las mujeres de menor edad de tener un parto prematuro (antes de las 37 semanas de embarazo). Los bebés prematuros corren un mayor riesgo de tener problemas de salud en los

primeros días de vida e incapacidades permanentes. Otros estudios han comprobado que las mujeres de entre 35 y 39 años también tienen un riesgo mayor de tener un parto prematuro, aunque su riesgo puede ser menor que el de las mujeres de más de 40 años. Algunos estudios también sugieren que las mujeres de más de 40 años pueden tener más probabilidades de tener un bebé de peso bajo al nacer (menos de 2,5 Kg.).

Nacimiento sin vida. El nacimiento sin vida es la muerte del feto luego de 20 semanas de embarazo. En una serie de estudios se ha comprobado que las mujeres de más de 40 años tienen el doble de probabilidades que las mujeres de entre 20 y 30 años de tener un nacimiento sin vida. No se conocen bien las causas de estas pérdidas trágicas en las mujeres de más de 40 años.

La maternidad tardía es un fenómeno internacional en alza que ya empieza a reflejarse en Uruguay. Apenas en una década, en el Reino Unido se duplicó el número de mujeres que tienen hijos pasados los 40 años. En España, ese mismo crecimiento se dio en el lustro comprendido entre 1996 y 2001, y el 11 % de las parejas tienen su primer hijo cuando la mujer ya ha atravesado los 35 años. En Estados Unidos, el segmento de mujeres de 35 a 40 años crecerá un 42 %, y los nacimientos en madres de esta edad aumentarán alrededor del 37 % según da cuenta el estudio Potencial reproductivo en la mujer madura, que firman Gindoff y Jewelewicz.

Una encuesta dirigida por el Epworth Hospital de Victoria (Estados Unidos) detalla las razones más comunes para posponer el primer embarazo. La mitad de las encuestadas adujo que la razón era la falta de pareja. Luego venían otros motivos:

La necesidad de una seguridad económica (32 %), la carrera profesional (19%), el deseo reciente de tener familia (26%) y la ignorancia del impacto de la edad en la fertilidad (18%).

Resumiendo el fenómeno, Julia Berryman, autora de Concepción, embarazo y parto después de los 35, sostiene que la postergación de la maternidad hasta esos años se debe a que las mujeres "sienten que en esta etapa están más preparadas para tener un bebé, se sienten en plenitud".

En los 32 años de consulta que lleva el ginecólogo uruguayo Eduardo Storch, la edad promedio de las embarazadas que atiende avanzó en 10 años: la mayoría de sus pacientes está en la treintena.

En Uruguay, la iniciación de la maternidad se ha polarizado en dos extremos etarios en relación directa al nivel socioeconómico de las mujeres embarazadas. En promedio, las uruguayas que dan a luz en el Hospital Pereira Rossell no pasan los 18 años. En cambio, en la sala de espera del Hospital Británico, encontrarse con mujeres de 40 comentando las vicisitudes de su primer embarazo es cosa de todos los días.

El doctor Guillermo Caprario es director de programa del Centro Esterilidad Montevideo.

El promedio de edad de las mujeres que lo consultan es de 36,7 años. En 2004, de 170 casos, 31 correspondieron a señoras de entre 35 y 46 años. Cuando Caprario recibe parejas en que la mujer tiene 40 años considera que verdaderamente no hay tiempo que perder, ya que la fertilidad "puede ser cuestión de meses". En una pareja más joven se espera un año de relaciones sexuales habituales y recién después, si no se consigue el embarazo, se inicia la rutina para la posibilidad de una fertilización asistida. En cambio, para parejas de más de 40 no se espera más de tres meses y el primer paso es un análisis de dosificación hormonal, que básicamente mide la reserva ovárica (óvulos fecundables) que puede tener la paciente.

Más allá que la mujer de clase media y alta ha ganado en protagonismo social y calidad de vida, sintiéndose plenamente joven a los 40, hay algunos datos de la realidad que son incambiables. Al final de los 30, pero especialmente a comienzos

de los 40, arrancan ciertas desventajas en materia de fertilidad, condiciones fisiológicas para llevar un embarazo a buen puerto, y probabilidades de concebir un feto sin anomalías genéticas.

La menopausia marca la última menstruación, que en promedio ocurre entre los 48 y 52 años. Pero la perimenopausia se inicia cinco o diez años antes, y es entonces cuando verdaderamente comienza a declinar la fertilidad. Su curva describe una meseta entre los 30 y 35 años, pero luego baja abruptamente. La probabilidad de que una mujer ya no pueda concebir a partir de los 35 está por debajo del 20 %, pero cinco años más tarde trepa al 40 %. A los 45, ya alcanza el 80 %.

Además, hay que entender que la especie humana es, de por definición, subfertil. De cada 100 parejas de 30 años que mantienen relaciones durante el período ovulatorio sin métodos anticonceptivos, sólo conciben 45. En otras palabras, quedar embarazada no es un asunto nada sencillo, y las posibilidades reales a partir de los 40 años son realmente escasas.

También hay factores culturales que inciden en la declinación de la concepción. Varias investigaciones coinciden en que promediando los 30 años comienza a decrecer la frecuencia de las relaciones sexuales, sobre todo en parejas que llevan varios años juntas. Pero también en las recientes.

Embarazos de riesgo. “El embarazo es una ventana al organismo”, ilustra con claridad Storch. Ese episodio vital hace saltar a la vista la situación fisiológica en que se encuentra la mujer, e incluso suelen “manifestarse ciertas condiciones” que tenía latentes.

Si bien no hay que perder de vista que el embarazo es un estado normal de la mujer, las gestaciones a partir de los 35 son consideradas “de riesgo”. De hecho, la ficha oficial de embarazo del Ministerio de Salud Pública pide se establezca si la mujer supera esa edad. La incidencia de complicaciones en el embarazo crece de 10,4 % para mujeres entre 20 y 29 años y hasta el 20 % entre las de 35 a 39.

Un estudio español, realizado por investigadores del Hospital Central de Asturias, hace la salvedad de que la morbimortalidad que se registra en embarazadas y en recién nacidos no es mayor en mujeres de más de 40 años. Los riesgos añadidos que pueden producirse dependen de la presencia de patologías asociadas a la edad, más frecuentes en mujeres que han superado los 40 que en jóvenes, en particular las enfermedades uterinas. Otros riesgos que pueden producirse están asociados a diabetes gestacional, preeclampsia y amenaza de parto prematuro.

Reto a los genes. Las madres de más de 35 años padecen mayor riesgo de tener niños con anomalías genéticas cromosómicas, pero “nunca se llega a alto riesgo”, aclaran los doctores Roberto Quadrelli y Alicia Vaglio, director y subdirectora del Instituto de Genética Médica (Hospital Italiano). Por alto riesgo se consideraría una posibilidad mayor al 10 por ciento, como sucede en madres mayores de 48 años, eventualidad que se da muy escasamente.

Sin embargo, según los datos epidemiológicos, los índices de riesgo crecen abruptamente luego de los 35 años. Por ejemplo, una mujer de esa edad tiene una posibilidad en 378 de tener un hijo con Síndrome de Down, que es la anomalía cromosómica más frecuente; y una en 192 para cualquier anomalía cromosómica, incluyendo Down. Al llegar a los 40 años, la incidencia se triplica –una sobre 106– para Síndrome de Down; y es de una en 66 para la totalidad de anomalías. Apenas tres años más tarde, las probabilidades se duplican para ambas variables.

Considerando que cada vez son más numerosas las mujeres que desean tener un hijo después de los 30 años y en la medida en que el embarazo en esta etapa de la vida es más frecuente, debido a que estas postergan la maternidad en pos de la realización de objetivos profesionales, económicos y laborales; es importante destacar las ventajas y desventajas de un embarazo tardío.

Los médicos, desde un punto de vista fisiológico, afirman que el mejor momento, la mejor edad para tener un bebé es entre los 20 y los 30 años. Pero, debido a muchas y variadas razones, las mujeres no están queriendo o pudiendo seguir esta consideración. Muchas no pueden optar por tener un bebé antes de los 30. Sea por

la falta de oportunidades para independizarse de sus padres, o por no encontrar la pareja ideal, o por no tener un trabajo estable, o aún por qué no está contenta con su pareja y decide separarse, la mujer acaba por tener su primer bebé a partir de los 30 o 35 años de edad, a pesar de los riesgos que eso puede suponer.

Ventajas

Tener un hijo con una edad más avanzada tiene sus ventajas. Como todo, no se puede generalizar, pero normalmente lo que suele pasar es que, a partir de los 30 o 35 años:

- la madre tenga una mejor situación económica.
- la madre y/o el padre tienen una situación laboral más estable.
- la madre sabe mejor acerca de lo que quiere.
- el hijo suele ser deseado y querido.
- la pareja suele tener una relación más equilibrada.
- la madre y/o el padre se sienten más seguros al enfrentarse con la educación del bebé.
- ambos ya superaron sus etapas de salidas y saben lo que conlleva tener un bebé en casa.
- a veces, cuando no se trata del primer hijo, puede generar más tranquilidad a la madre a la hora de tener y educar a su bebé.
- No ven los cuidados al nuevo bebé como un sacrificio y sí como una compensación.
- la mujer "mayor" no tendrá la sensación que tienen muchas madres muy jóvenes de que ha sido impedida de desarrollar otras fases en su vida. De que su bebé ha frenado sus sueños y deseos.

Desventajas

Más que una desventaja, lo mejor sería situarlos como molestias. Nos referimos a las necesarias pruebas y controles por los que deben pasar las mujeres durante el embarazo como forma de detectar posibles anomalías y otros posibles problemas asociados a la edad avanzada de la madre. No se puede ignorar que los riesgos de salud, tanto en la mujer como en el bebé, aumentan también con la edad.

Otro punto que genera preocupación en la maternidad tardía, es que en muchas

familias el hacer frente a los cuidados del bebé se tenga que compaginar con la tarea de atender a unos padres mayores o enfermos, lo que puede causar un estrés en la mujer, debido al probable sentimiento de impotencia y de frustración para llevar la situación.

Cuando se trata de un primer hijo de una madre mayor de 35 años, la tendencia es que se convierta en hijo único, o que se sucedan embarazos rápidos para aprovechar los años fértiles.

Pero todo eso son solo situaciones y experiencias. Si tienes más de 35 años y estás esperando un bebé, hay que estar consciente de que por encima de cualquier problema o dificultad siempre predominarán las ventajas de ser madre "mayor".

Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal:

Guía esencial para el cuidado prenatal, perinatal y postparto.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y meta-análisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias.

Por este motivo, han sido identificados una serie de principios acerca del cuidado perinatal y se han desarrollado materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa.

La Oficina Regional de la OMS para Europa recientemente desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal en el cual se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea).

Los diez principios del Cuidado Perinatal que la OMS señaló en la reunión fueron:

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. Estos están siendo incorporados en los materiales técnicos así como también en las herramientas de monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la OMS.

Formas de cuidado que deberían ser abandonadas:

- No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres.
- Insistir en el confinamiento institucional universal
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado de rutina.
- Enema rutinario.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto
- Episiotomía rutinaria
- Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.
- Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- Uso de sedantes /tranquilizantes de rutina
- Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido
- Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud.
- Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados.
- Lactancia con restricciones.
- Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- Prohibir las visitas de los familiares.

Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento:

- Prover apoyo psicosocial a las mujeres.
- Contacto madre-hijo irrestricto.
- Escaso beneficio de una tasa de cesárea superior al 7%.
- Posición levantada durante el trabajo de parto.

Prácticas en el Control prenatal recomendadas para el personal de salud que realiza control prenatal:

Nutrición:

- Recibir ácido fólico antes del embarazo y durante el primer trimestre
- Suplementación con Fe solamente si éste está indicado, sabiendo que un nivel de hierro más bajo considerado habitualmente como indicador de anemia, es fisiológico durante el embarazo

Atención médica:

- Abandonar las evaluaciones tradicionales perinatales con score de riesgo, ya que las mismas no pueden predecir quiénes desarrollarán complicaciones. En lugar de esto, observar a las mujeres que no se encuentren en riesgo, permaneciendo vigilantes en todo momento ante cualquier signo fuera de lo normal. Una clasificación de "riesgo" debe ser flexible y abierta a ser revisada.
- Reducir el número recomendado de consultas prenatales para las mujeres con embarazos normales con el fin de disminuir el exceso de medicación y de hospitalización.
- Reducir el uso rutinario de exámenes ecográficos durante el embarazo a solamente "con indicación" o a una ecografía (alrededor de las 18 semanas) si se prefiere.
- Minimizar la cantidad de pruebas de tamizaje durante las consultas. Exámenes de sangre, presión arterial y exámenes de orina para pesquisar proteinuria son esenciales además de la medición de la altura uterina. Los demás estudios deben

realizarse solamente si están indicados.

- Entender la sensibilidad y especificidad de cualquier prueba diagnóstica utilizada. No indicar pruebas que no tengan indicación clínica clara.

Cuidado psicosocial:

- Proveer preparación durante el embarazo, parto y para la paternidad. Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado. Incluir compañías que la mujer elija en esta preparación. Reconocer que los padres tienen necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de la pareja.
- Evaluar factores de riesgo psicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia. Es útil utilizar una escala como la Escala ALPHA para estos fines.
- Proveer a las madres de la historia clínica de su embarazo y parto. Las madres guardan estos documentos para asegurarse que los mismos van a estar disponibles siempre que los necesiten.
- Brindar a las mujeres información basada en evidencias científicas, y estimular su participación en las decisiones acerca de su cuidado.
- No sentirse obligados, en ningún momento del embarazo o el nacimiento, a brindar cuidados que no estuvieran basados en evidencias científicas, aunque éstos cumplieran con los intereses de la madre y el niño, y fueran requeridos por la mujer o su familia.
- Ofrecer un enfoque individualizado acerca de la atención en todo momento.
- Alentar el desarrollo de protocolos locales de atención.

Alimentación del Niño:

- Estimular la lactancia materna como el mejor método para alimentar al niño. No recomendar ninguna preparación para las mamas, ya que ésta no es efectiva.

Recomendaciones para la Atención Intraparto:

Primer estadio:

- Uso del partograma para registrar y monitorear el progreso del trabajo de parto
- Limitar los exámenes vaginales para evaluar el progreso realizándolos cada 4 horas en trabajos de parto normales y cada 2 horas cuando se llegue a la línea de alerta del partograma.
- Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto; particularmente evitar la introducción de cualquier dispositivo dentro de la vagina. Estimular una política de "manos libres".
- Abandonar el uso de rasurado y enema.
- Estimular la deambulación durante el trabajo de parto.
- Usar el estetoscopio fetal para monitorear la frecuencia cardíaca fetal.
- No restringir líquidos durante el trabajo de parto, y permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente, ingerir comidas livianas si las necesitan.

Apoyo sicosocial:

- Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.
- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer "doulas" (acompañantes entrenados) en el caso de ausencia de una persona, y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiriera. Notar que los padres no siempre son la compañía adecuada para apoyar a sus parejas, y que ellos también pueden beneficiarse de recibir un apoyo adecuado.
- Usar un sistema rotativo de parteras para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.
- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.

- Ser sensible a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias.

Período expulsivo:

- Usar una posición levantada si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas). Abandonar las camas de parto tradicionales para los partos normales. Usar una cama standard si se elige una cama para el parto.
- No realizar episiotomía de rutina (o perineotomía o incisión mediana).
- No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas pueden usualmente cicatrizar solas. Suturar cuando esté indicado.
- No realizar exámenes del cuello después del parto en forma rutinaria excepto que exista evidencia de hemorragia.
- Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución, dependiendo del nivel de atención.
- Usar la tecnología más sencilla disponible en lugar de técnicas sofisticadas si esta tecnología está apoyada por evidencia fuerte acerca de su utilidad.
- Usar el método de Misgav Ladach (Starr) para la cesárea cuando sea posible.
- No aumentar los costos en cuidados que no sean esenciales; una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo. Los costos de cuidados que no son necesarios (por ejemplo, televisión en las habitaciones) pueden ser cubiertos por la iniciativa privada.

Manejo del dolor:

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulaci3n, el cambio de posici3n, masajes, relajaci3n, respiraci3n, acupuntura, y otros.
- Evitar la analgesia epidural como un m3todo de rutina para calmar el dolor.

Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea.

Recomendaciones para establecer un buen contacto madre - hijo:

Nacimiento:

- Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente. Animar a que la madre participe. Quitar esa toalla y tapar a la madre y al niño con una segunda toalla que se encuentre seca. Mantener la cabeza del bebé tapada para minimizar la pérdida del calor.
- Cortar el cordón una vez que hayan cesado las pulsaciones del mismo mientras el bebé se encuentra con su madre, siempre y cuando no exista una hemorragia significativa.
- Incentivar el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el postparto inmediato y posteriormente.

Promover el amamantamiento:

- Incentivar la alimentación al niño cuando el mismo esté dando señales de que está listo para recibirla, mostrando salivación, movimientos orales, llevándose las manos a la boca y moviéndose hacia el pecho materno. No forzar la alimentación hasta que el bebé no esté listo.
- No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto. Intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada.
- Retrasar la realización de los exámenes que no sean necesarios. Realizar los exámenes con la madre y el niño juntos; demorar la hora del baño por 6 horas o más.
- Demorar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica, para evitar que el contacto visual madre - hijo se vea alterado. Luego del nacimiento buscar los momentos apropiados, para dar la vitamina K, BCG y realizar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica contra la gonorrea. (en aquellas instituciones donde esté indicado).

Recomendaciones para los cuidados postparto:

Promover el contacto madre - hijo y el amamantamiento:

- Seguir las guías de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño para la alimentación infantil: incentive la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evite cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa, o sustitutos de leche materna.
- Ofrecer el alojamiento conjunto para todas las madres y bebés las 24 horas del día.
- Incentivar el contacto piel a piel durante la estadía postparto en el hospital.

Apoyo psicosocial:

- Permitir la libre visita de los miembros de la familia que la mujer elija durante el postparto.
- Es ideal ofrecer comodidades para que un miembro de la familia pueda acompañar a la madre durante la noche.

Alta:

- Utilizar un criterio flexible en cuanto al momento del alta: permitir que las mujeres juzguen cuando es el momento para volver a su hogar.
- Asegurarse que exista una situación familiar adecuada y sostenedora luego del alta, si ésta no existiera realizar los arreglos necesarios para un seguimiento intensivo.
- Facilitar contactos en la comunidad y fuentes de soporte local para todas las mujeres.
- Incorporar las percepciones de las mujeres y sus parejas acerca de los cuidados, como parte de un procedimiento estándar para el cuidado efectivo y apropiado.

Planificación Familiar:

- Asegurarse de brindar consejos acerca de la planificación familiar antes del alta

Declaración de Ceará sobre la humanización del parto.

Fortaleza –Brasil 2002

La humanidad ha sabido, por miles de años, reconocer sus procesos fisiológicos y actuar acorde con la naturaleza. La industrialización y la medicalización de nuestras sociedades nos ha llevado a una separación de esa sabiduría y a cometer actos absurdos, peligrosos y denigrantes.

Es sabido que la tecnología ha salvado muchas vidas, pero también es sabido que ha ocasionado muchas muertes. El parto humanizado no va en contra de la tecnología; va en contra de la mala utilización que en la mayoría de las instituciones médicas de América Latina se hace de ella.

La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad y, sobre todo, es un requisito para un parto saludable y una bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan a este mundo.

La pregunta no es si esos cambios son necesarios y si deben hacerse, sino cuándo se harán. La humanización del parto y el nacimiento es un movimiento mundial que poco a poco va creciendo y obteniendo el reconocimiento de cada vez más personas en el mundo y, lentamente, va ganando espacio entre los organismos estatales y multilaterales relacionados con la salud y la infancia.

La Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento ha elaborado algunos pasos que deberán darse pronto en todos los países de la región para poder ir hacia un futuro en donde los partos y los nacimientos den vida a una nueva sociedad. Recordemos que “cambiar la forma de nacer cambia la forma de vivir”.

Pasos para el parto y nacimiento humanizados:

Hacer respetar los derechos y el rol protagónico de la mujer que pare y el bebé que nace.

La humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos. Específicamente, respetar los derechos de las madres y de sus bebés es una condición básica para el parto humanizado y debería ser reaseptado en cualquier centro de salud o lugar donde se atiendan partos.

Erradicar todas las formas de violencia en la atención del embarazo, parto y nacimiento.

Se debe formar y capacitar al personal de salud, tanto profesional como administrativo, con el fin de humanizar la atención, para que respete y dignifique a las mujeres en su calidad de usuarias de los servicios de salud. La rutina diaria del personal de salud nunca deberá justificar situaciones de violencia hacia las mujeres. Eliminemos la violencia creando ambientes agradables donde las mujeres se sientan amadas, acompañadas, respetadas, en su intimidad, que pueden expresar sus necesidades logrando ser las verdaderas protagonistas de su maternidad.

Fomentar, mejorar y crear mecanismos de denuncia al alcance de las mujeres.

Todo sistema de salud debe ser autocrítico y para mejorar permanentemente sus servicios debe incorporar las críticas, recomendaciones y denuncias realizadas por las usuarias. Las mujeres deben sentirse apoyadas y estimuladas a denunciar servicios y/o prestadores de salud que no brindan una atención de calidad.

Crear espacios para la participación activa de las mujeres en la atención materno-perinatal y en la elaboración y evaluación de políticas.

Solo con una verdadera participación de las usuarias de los servicios podrá establecerse un sistema democrático en donde el servicio está en constante mejoría y avance a favor de toda la sociedad. No es suficiente solamente brindar la información a las usuarias sobre el tipo de servicio que recibirán. Se deben crear instancias permanentes y abiertas donde se establezcan diálogos entre el

personal de salud, la administración de las instituciones médicas y las usuarias para que las sugerencias de todas las partes puedan ser incorporadas en las normas o políticas nacionales relacionadas con la atención materno-perinatal.

Revisar las tecnologías utilizadas y evaluar las nuevas antes de su incorporación en la atención materno-infantil.

Las personas involucradas en la atención materna y perinatal deben evaluar la tecnología utilizada en la actualidad y tener rigurosidad a la hora de incorporar nuevas tecnologías. Luego de introducir esas tecnologías es muy difícil dejar de usarlas aunque se demuestre que son inútiles. Por eso se debe exigir amplias investigaciones sobre la eficiencia y eficacia de los métodos antes de su introducción, comparando con otros métodos tradicionales y biológicos, de menor impacto para poder elegir con base en criterios científicos y de mayor utilidad real para la mujer, protagonista del proceso.

Lograr una atención del embarazo, parto y nacimiento integral, de calidad y sin discriminaciones.

La mujer debe estar involucrada en sus cuidados y en el proceso de su atención, debe conocer en profundidad el proceso reproductivo y las mejores evidencias científicas que mejoren los resultados en su salud reproductiva, esto se logra a través de conocimientos y aplicación por parte de la pareja de conductas y cuidados apropiados.

Se debe facilitar que la mujer pueda elegir y mantener el mismo grupo de profesionales que la asistió durante todo el proceso de su gestación, para que la acompañe en el parto, permitiéndole seleccionar el lugar en que será asistido su parto.

Buscar alternativas y opciones diferentes para la atención del embarazo, parto y nacimiento.

La mayoría de los países con los más bajos índices de morbi-mortalidad materno infantil son aquellos que han incluido en los sistemas de atención del parto casas especiales o “maternidades” y el parto en casa. Estos sistemas han demostrado

que ahorran recursos económicos ya que no se abusa de las nuevas y costosas tecnologías que se aplican indiscriminadamente en los lugares de atención en la actualidad. Se pueden crear espacios “humanizados” en los hospitales lejos de los espacios dedicados a las enfermedades como un primer paso. El objetivo es que las mujeres y sus familias tengan opciones para elegir verdaderamente la forma en que será atendido su parto.

Capacitar de manera permanente (con evidencia científica y sabiduría ancestral) a las personas encargadas de los servicios de salud.

El equipo de salud debe basar su práctica clínica en las mejores evidencias científicas disponibles y aplicarlas. Deben además revisar en forma frecuente y periódica la literatura científica para actualizar su conocimiento y brindar así la mejor atención. Debería incluirse en las universidades públicas (y alentar a las privadas) a la creación o mejora de las carreras para formación de parteras profesionales. Aquí es clave la inclusión de las parteras empíricas como parte del cuerpo docente. No trayéndolas a las universidades sino, más bien, llevando a las estudiantes a las comunidades a visitar y aprender de su forma de ver la profesión y la vida. Uno de los mecanismos es la retroalimentación en la formación. Tanto se puede aprender como enseñar y en el intercambio de las capacidades y nociones del oficio está el aprendizaje mutuo.

Conocer la realidad de la atención del parto y el nacimiento.

Para poder proponer nuevas formas de atención del parto es necesario conocer a profundidad la realidad en las salas de parto de los hospitales. Esto no se logra leyendo en papeles el funcionamiento de las instituciones de salud. Esto solo se puede lograr si hay una investigación inter y multidisciplinaria que incluya la visión de las usuarias como la principal fuente de información, ya que son ellas las que realmente viven esa experiencia. Estas investigaciones ayudarán a proponer nuevas alternativas, basadas en las costumbres, necesidades y expectativas de las mujeres de cada localidad o región.

Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento

Declaración de Fortaleza, las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Recomendaciones generales

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el auto cuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.
- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre.

Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.
- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

- La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas:

- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.

- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea.

Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

- La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos

inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

- Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

- No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar una enema antes del parto.

No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.

- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

- Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Aplicación de las recomendaciones

- Las anteriores recomendaciones reconocen diferencias entre distintos países y regiones. Su aplicación debe adaptarse a cada circunstancia.
- Los gobiernos deben determinar qué departamentos deben coordinar la evaluación de la tecnología apropiada para el parto.
- Las universidades, sociedades científicas y grupos de investigación deben participar en la evaluación de la tecnología.
- Las normas de financiación deben desalentar el uso indiscriminado de tecnologías.

Debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

- Los organismos gubernamentales, universidades, sociedades científicas, y otros grupos interesados deberían ser capaces de controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea, investigando y dando a conocer sus efectos nocivos sobre la madre y el hijo.
- La OMS y la OPS deben promover una red de grupos de evaluación para ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. Esta red se convertirá a su vez en un centro para la difusión de la información.
- Los resultados de la evaluación de la tecnología deben ser ampliamente difundidos para cambiar la conducta de los profesionales y las actitudes del público en general.
- Sólo tras una cuidadosa evaluación deben los gobiernos considerar el desarrollo de normas para permitir el uso de nuevas tecnologías para el parto.

- Deben promoverse reuniones nacionales y regionales sobre el parto, que incluyan a profesionales sanitarios, autoridades sanitarias, usuarios, grupos de mujeres y medios de comunicación.

- La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor.

La Enfermería Materno infantil enmarca las diferentes etapas del ciclo vital y, por tanto, tiene como función dotar de las herramientas y conocimientos necesarios en la toma de decisiones, para ayudar a cada mujer a pasar por embarazo ,trabajo de parto ,y el nacimiento con molestias mínimas, y salud y bienestar óptimos; así como mantener el producto en el mejor estado de salud posible en el curso del mismo periodo ,pensar de forma crítica así como adquirir la sensibilidad que necesitan para cuidar de la salud y la educación a los futuros padres, fomentando el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares en los ámbitos de a)Asistencial: cuidados agudos en el Hospital durante embarazo, parto y puerperio; b) Atención primaria: prestando cuidados en consultas en centros de salud y cuidados domiciliarios

La Enfermería de la maternidad también se ocupa de la preparación educacional que comprende un conocimiento de las responsabilidades que impone la paternidad y el desarrollo de juicio y aptitudes que capacitaran a los padres para afrontar estas nuevas responsabilidades de una manera segura y satisfactoria.

Como licenciados en enfermería el sentido común dice que cualquier decisión en los cuidados a la maternidad requiere establecer con las personas y las familias una relación de confianza y entendimiento, reconocer las necesidades y problemas ,y actuar con base al conocimiento, juicio, medios disponibles y recursos para satisfacer las necesidades y resolver los problemas.

El Programa Nacional De La Salud De La Mujer Y Genero En El Contexto Del Nuevo Gobierno

Los diferentes grupos humanos están expuestos a diversos tipos y grados de riesgo en salud, según sean mujeres u hombres, en función de la organización social y de las relaciones de género. Las mujeres a su vez, son vulnerables a diferentes grados de sufrimiento enfermedad y muerte.

Existe la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el análisis del perfil epidemiológico, de la planificación y normatización y acciones de salud, que tengan como objetivo promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, la equidad y los derechos a la ciudadanía de la mujer.

En el Uruguay muere una mujer asesinada cada 9 días, víctima de violencia doméstica o sexual.

Según un estudio realizado por el Foro Económico Mundial en 58 países de todo el mundo, Uruguay ocupa el antepenúltimo puesto en igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en materia de salud.

Y está en el lugar 56° en atención a la salud sexual y reproductiva

Las mujeres presentan altos índices de baja autoestima, depresión, ideas de suicidio y stress vinculados a la sobrecarga familiar, violación a sus derechos ligadas al cumplimiento de los roles de género.

El cáncer gineco- mamario en mujeres de bajos recursos es mayor por déficit en la prevención del mismo.

Objetivos:

El Programa Nacional Salud de la Mujer y Género se propone fortalecer el marco político, técnico y operativo en que se ejecutan las acciones de salud orientadas a las mujeres.

Su accionar tendrá como objetivo disminuir la inequidad de género que existe en la salud y en la sociedad, para el ejercicio de derechos hacia una ciudadanía plena.

Con ese propósito, promoverá un marco político normativo de alcance nacional que rija tanto para los programas y proyectos de las instituciones públicas como privadas.

BASES PARA LA ACCION ICPD, Cairo 1994 Bases para la acción "Promover la emancipación de la mujer, la igualdad y la equidad de género, estableciendo las condiciones propicias para la salud reproductiva e integral, eliminar la discriminación contra la niña, asegurar la responsabilidad y participación del hombre, atender la salud de adolescentes y prevenir las enfermedades de transmisión sexual."

PAM, Beijing 1995 Recomendaciones "Fortalecer la salud de las mujeres para contribuir en la reducción de la pobreza e impulsar su desarrollo personal. Favorecer la participación social para el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres. Implementar medidas tendientes a transferir habilidades para el manejo responsable de la maternidad deseada y segura y ampliar la cobertura de salud para evitar las muertes prevenibles. Desarrollar programas de prevención, promoción y educación sobre salud de las mujeres, niñas y adolescentes que incluyan también a los varones."

El Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género hará suyas las recomendaciones formuladas por las Conferencias de El Cairo y Beijing e implementará en el Área de la Salud, el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia, tal como lo establece la Ley No. 17.514 y el artículo 4.3.6. de dicho plan .

**Areas De Accion * * Salud Sexual Y Reproductiva * * Violencia De Genero *
Cancer En La Mujer * Mujeres Salud Mental Y Genero * Condicion Del Varon *
Asesoría En Investigación Y Gestión Continuas**

**Poblaciones que Recibirán Especial Atención: * Mujeres rurales, migrantes
internas y zafrales * Mujeres trabajadoras en general y particularmente
trabajadoras con trabajo informal * Mujeres discriminadas por causas socio-
histórico-culturales: o afro-descendientes, o lesbianas, o trabajadoras sexuales, o
discapacitadas, o presas, o discriminadas por sus creencias religiosas.**

Área de Estudio:

Se realizara en una Institución Pública y en una Institución Privada de Montevideo, Uruguay.

Tipo de Estudio:

Análítico, Retrospectivo

Problema:

¿Cómo influyó la educación prenatal sobre el comportamiento de las embarazadas primigestas mayores o iguales de 30 años al momento del parto en dichos centro en el periodo comprendido entre enero – julio del 2007?

Justificación del Problema:

La elección del tema surge a partir del análisis del grupo y de nuestra experiencia práctica en los diferentes centros de atención a lo largo de nuestra carrera.

Allí pudimos observar una información insuficiente por parte de las usuarias debido a dificultades en el acceso a la misma: falta de interés y/o motivación, embarazo en etapa avanzada, motivos laborales, dificultades para llegar al centro donde se brinda la educación (bajos recursos económicos), creencias populares.

Teniendo en cuenta que cada ser humano es “una persona y su realización en la vida esta signada por sus aptitudes personales, sus condiciones inherentes, que le caracterizan y muy especialmente en el orden temperamental, existiendo caracteres comunes, similar desarrollo psicológico, cocientes intelectuales semejantes o de término medio equivalente para cada ser.

A.S.M. Hely, dice, “las necesidades y los intereses educativos de los jóvenes y de los adultos son totalmente distintas y no deben confundirse.

Consideramos de suma importancia el tema elegido además de la franja seleccionada ya que el adulto pertenece un mundo social que genera las pautas y los modelos del aprender y del saber. Su ignorancia o su no saber lo marginan, en el fondo, de sí mismo. El adulto ha ido desarrollando una serie de estrategias de aprendizaje para resolver las situaciones problemáticas.

El mismo aprende desde un proyecto vital individual e inserto en proyectos ideológicos sociales (normas y valores) más o menos explícitos.

Su deseo de saber, de aprender, está siempre diferenciado y fuertemente condicionado por su historia individual y social.

La educación es la formación o desarrollo del hombre por medio de una influencia exterior consciente o inconsciente y por un estímulo que suscita en el ser una voluntad de desarrollo autónomo conforme a su propia ley.

Basándonos en esto podemos decir que la educación en adultos enfrenta mas obstáculos al momento de llevarla a cabo en relación con la que puede ser impartida en jóvenes y/o adolescentes. Dentro de las diferencias más marcadas entre ambos grupos, podemos destacar en el primero la ya existencia de una personalidad establecida además de normas sociales, así como la conformación de esquemas de vivencias más rígidos, haciendo más arduo el trabajo educacional, exigiendo además mayor esfuerzo en cuanto a tiempo por parte del educador, en cambio en el segundo su personalidad no ha finalizado su conformación en sí, con lo que el adolescente se muestra más receptivo en el momento de la captación de la información, no queriendo decir con esto que toda la información brindada por el educador sea llevada a territorio de la práctica diaria.

En relación a la edad (30 años) se puede destacar que; para la mayoría de las mujeres que cursan o transitan esta edad la maternidad es vista como su "última oportunidad" dependiendo del modelo que haya sido seguido hasta el momento. Así es referido por la escritora Gail Sheehy en su libro "Las crisis de la edad adulta".

Hablamos de última oportunidad debido que a partir de esta edad se combinan una serie de hechos de la vida femenina que la hace replantear roles y acciones los cuales habían sido dejados de lado. La mujer a culminado sus estudios tras carreras prolongadas, alcanzando la superación profesional, con ello la libertad y estabilidad económica, afianzando sus lazos afectivos, esta etapa es también llamada como Década Tope ya que la misma conlleva riesgos y oportunidades, que el querer llevarlos a cabo conduce a una crisis, esta es la primer crisis de cambio del adulto.

Otra de las consideraciones a tener en cuenta es que la mujer sabe mejor lo que quiere, el hijo suele ser deseado y querido. La madre y/o padre se sienten más seguros al enfrentarse con la educación del bebe. No ven los cuidados del bebe como un sacrificio y si como una compensación. La mujer "mayor" no tendrá la sensación que tienen madres jóvenes de que ha sido impedida de desarrollar otra fase en su vida, de que su bebe a frenado su sueño y deseos.

Sin embargo no debemos olvidarnos, de los riesgos que implica ser a madre a dicha edad. Nos referimos a las necesarias pruebas y controles por los que deben pasar durante el embarazo como forma de detectar posibles anomalía y problemas asociadas a la edad avanzada.

Otro punto que podemos destacar en la maternidad tardía, es que en muchas familias hacer frente a los cuidados del bebe se deba de compaginar con la tarea de atender a unos padres mayores o enfermos, lo que puede causar un estrés en la mujer, debido al probable sentimiento de impotencia y de frustración para llevar la situación.

Cuando se trata de un primer hijo, la tendencia es que se convierta en hijo único o que se sucedan embarazos rápidos para aprovechar los años fértiles.

Al momento de la revisión de los trabajos realizados por estudiantes de generaciones anteriores, así como por diferentes autores nos hallamos con que los mismos abarcaban determinados aspectos del embarazo como es el control

prenatal, el embarazo en la adolescencia, el puerperio entre otros abarcando no todo el ciclo reproductivo de la mujer dejando por fuera aquellas mujeres de 30 o más años de edad.

Estadísticas extraídas de la página vía Internet del MSP correspondiente al año 2002 muestran que del total de partos realizados en ese año, el 13,4% de los casos correspondían a mujeres de entre 35 y/o más años de edad, pudiéndose agregar que de todos los nacidos vivos ese mismo año el porcentaje de malformaciones que si bien es despreciable teniendo en cuenta el total de los nacidos, se correspondió también con dicha franja(0,03%.)

Planteándonos el trabajar con dicha población, dilucidando dudas tanto de usuarias así como propias, tratando de aportar información para trabajos en el futuro y apostando a alcanzar la tan anhelada meta “ Salud para todos en el año 2000” propuesta en la cumbre de ALMA-ATA en el año 1978, teniendo como estrategia metodológica la Atención Primaria de Salud que en su contexto más amplio incluye todo lo que tiene posibilidades de influir en la salud enfatizando valores como la promoción de la salud a través de la educación y la participación comunitaria.

El abordaje del mismo, requiere de RRHH y RRMM, fácil accesos y de bajo costo. Además se necesitara un determinado lugar para la realización de la investigación. Es un estudio de base que permitirá conocer la característica de la población que se atiende en dicho centro, de modo de poder llegar a cumplir nuestros objetivos.

Objetivo General:

➤ Determinar si la educación prenatal brindada a las embarazadas primigestas mayores o iguales de 30 años influyo sobre el comportamiento al momento del parto.

Objetivos Específicos:

➤ Caracterizar la población de estudio

➤ Conformar dos grupos de población los que recibieron la educación y las que no recibieron la misma.

➤ Analizar si hay o no diferencia al momento del parto entre las mujeres que tuvieron dicha educación y quienes no la recibieron, con respecto al comportamiento y a la experiencia vivida.

Universo y Muestra:

Todas las embarazadas primigestas mayores o iguales de 30 años de edad que tuvieron sus partos en el periodo enero – julio del 2007.

Criterio de exclusión:

- Reproducción asistida
- Cesárea

Método de Recolección de Datos:

Se utilizaron como fuente la Historia Clínica y como método la revisión, así como también se realizaron entrevistas vía telefónica, contando con la previa autorización de las Dirección de dicho centro, de forma escrita.

Las variables a utilizadas fueron: característica social, demográficas, culturales, repercusión de la educación en el momento del parto.

Proceso:

Nuestra forma de abordaje fue de tipo indirecta a través de la historia clínica donde se extraerjeron los datos ya preestablecidos. Siendo un tema de gran interés en la sociedad, respetando los derechos de los usuarios.

Variables:

Característica Social

➤ Edad

Definición Conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición Operacional: edad de la usuaria al momento del parto. Cuantitativa.

- De 30 a 34 años
- De 35 a 39 años
- De 40 a 44 años
- De 45 a 49 años
- De 50 y más

➤ Situación de pareja

Definición Operacional: situación de pareja de la usuaria al momento del embarazo.

- Soltero: persona que no ha contraído matrimonio.
- Casado: acto de contraer matrimonio, entendiendo como al contrato bilateral, por el cual se une un hombre y una mujer, aspecto sacramental y/o jurídico
- Unión libre: convive con su pareja pero sin haber contraído matrimonio.

➤ **Nivel de instrucción**

Definición Conceptual: grado de conocimiento máximo adquirido, a través del sistema educativo formal.

Definición Operacional: último año cursado de estudio. Cualitativa.

- **Primaria incompleta:** educación inicial básica no completada (hasta el último año aprobado)
- **Primaria completa:** educación inicial básica completa (hasta sexto grado)
- **Secundaria incompleta**
- **Secundaria completa:** educación complementaria
- **Terciaria incompleta**
- **Terciaria completa**
- **Otro**

➤ **Lugar de Residencia**

Definición Conceptual: hecho de vivir en un lugar determinado.

Definición Operacional: distancia desde su hogar hasta el hospital. Cuantitativa.

- **Montevideo**
- **Interior**

➤ **Situación Laboral**

Definición Operacional: actividad laboral al momento del embarazo. Cualitativa.

- **Ocupada:** persona que su labor u oficio recibe un salario o sueldo.
- **Desocupada:** persona desempleado, falta de trabajo.
- **Trabajo ocasional.**

➤ **Embarazo deseado**

Definición Conceptual: Anhelar que acontezca o deje de acontecer el embarazo.

Definición Operacional: Se mide si deseo o no el Embarazo

- Si
- No

➤ **Concurrencia a las actividades de educación prenatal**

Definición Conceptual: La educación prenatal consiste en: educar a la mujer para que pueda vivir su embarazo como un proceso fisiológico que le permita participar activamente en él, que la pareja adquiera los conocimientos sobre el embarazo, trabajo de parto y parto.

Definición Operacional: concurrió a la educación brindada por la institución.

Cualitativa.

- Asistió a las clases de parto
- No asistió a las clases de parto.

➤ **Presencia de Acompañante al momento del parto.**

Definición Operacional: al momento del parto si tenia acompañante. Cualitativa.

- Pareja
- Familiar
- Otros

Comportamiento durante el Parto

➤ **En que momento del trabajo de parto concurre al sanatorio**

Definición Conceptual: Porción de tiempo, que decidió concurrir a consultar a un servicio de salud.

Definición Operacional: Momento que concurreó.

- Perdida del tapón mucoso.
- Rotura de membranas
- Contracciones espaciadas
- 3-5 contracciones c/ 10 minutos.

➤ **Horas de internación previa al parto**

Definición Conceptual: Intervalo de tiempo desde que la usuaria ingresa al servicio hasta culminación del parto .

Definición Operacional: horas que estuvo desde el ingreso a la institución hasta la finalización del parto. Cuantitativa

- Menos o igual a 2 horas
- 3 a 5 horas
- 6 a 8 horas
- 9 a 11 horas
- 12 o más horas

➤ **Utilización de analgesia**

Definición Conceptual: procedimiento que se utiliza para disminuir o abolir el dolor, mediante la administración de un fármaco.

Definición Operacional: Se requirió de analgesia. Cuantitativo

- Se utilizo.
- No utilizo.

➤ **Percepción de la vivencia del trabajo de parto**

Definición Conceptual: es el momento en el cual la espera ha terminado los padres vivirán uno de los acontecimientos más significativos de sus vidas, puesto que se ven enfrentados a la realidad de tener un hijo.

Definición Operacional: Experiencia en el trabajo de parto.

Cualitativa

- Bueno (Agradable)
- Regular (estable que no presenta cambios bruscos)
- Malo (desagradable, molesto, no es como se desea)

➤ **Percepción del dolor**

Definición Operacional: experiencia sensorial y emocional desagradable causada por lesión hística real o potencial.

Vivencia que tuvo del dolor al momento del parto. Cuantitativo

- 0 a 1 sin dolor
- 2 a 3 dolor leve
- 4 a 5 dolor moderado
- 6 a 7 dolor intenso

- 8 a 9 dolor muy intenso
- 10 el peor dolor posible

➤ **Utilización técnicas de respiración**

Definición Conceptual: Las técnicas de respiración favorecen la oxigenación durante el embarazo y facilitan el trabajo del útero durante el parto. En las sesiones de preparación al parto, la madre aprende a utilizar la respiración de forma eficaz en dos momentos diferentes:

Durante las contracciones, entre las contracciones.

Definición Operacional: Se mide por medio de la efectividad de la misma, Fue efectiva.

- Si
- No

➤ **Utilización Técnicas de relajación**

Definición Conceptual: Pérdida de tensiones, se realiza con una tensión muscular menor de lo que es usual en otras posiciones, aumentando la capacidad de resistencia de la madre y disminuyan su percepción del dolor, además de ofrecer a la pareja la sensación de control de la situación. **Definición Operacional:** Se mide por medio de la efectividad de la misma, fue efectiva.

- Si
- No

➤ **Postura que utilizo durante el trabajo de parto**

Definición Conceptual: posición que adopta la persona durante el trabajo de parto

- Litotomfa
- Supina
- Lateral
- Fowler alto
- De pie
- Sentada
- Cucullas

➤ **Pujos dirigidos al momento del trabajo de parto**

Definición Conceptual: Fuertes contracciones de los músculos de la pared toracoabdominal y los músculos espiratorios.

Definición Operacional: los pujos siempre están presentes de manera espontáneo, en algunas oportunidades necesitan ser dirigidos.

Dirigido

- SI
- NO

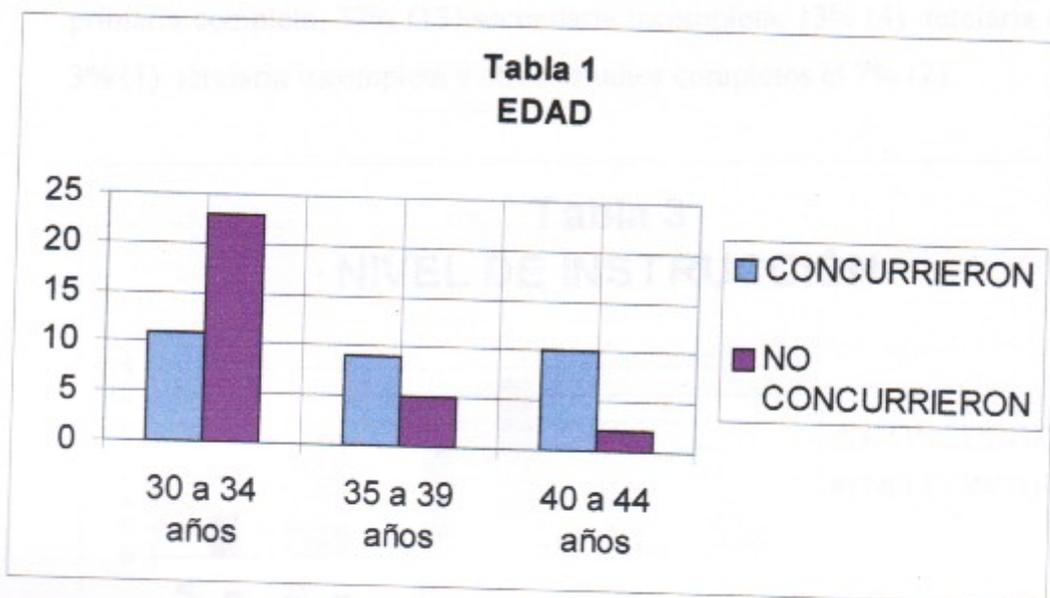
Análisis:

Nuestro estudio, abarco una población de 60 usuarias las cuales fueron asistidas en institución pública y en una institución privada.

Dichas madres fueron divididas en dos grupos iguales; las madres que recibieron educación prenatal y las que no.

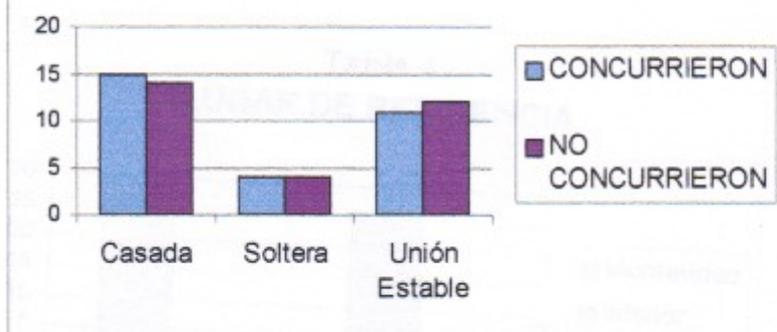
Las mismas debían de cumplir con determinados requisitos como ser: estar dentro del rango de edad seleccionado, mayor o igual a 30 años, ser primigestas, y que su parto haya sido en el periodo de enero-julio del 2007.

Con respecto a las variables utilizadas se obtuvieron determinados datos: como ser que el 57% (34) del total de la población se encuentra ubicado en el rango de edad entre 30 a 34 años, el 23% (14) se ubica el rango de 35 a 39 años y por último el 20% (12) en el rango de 40 a 44 años.



Respecto a la situación de pareja predominaron las casadas en un 48% (29) del total de la población, presentan unión estable el 38% (23) y un 13% (8) son solteras.

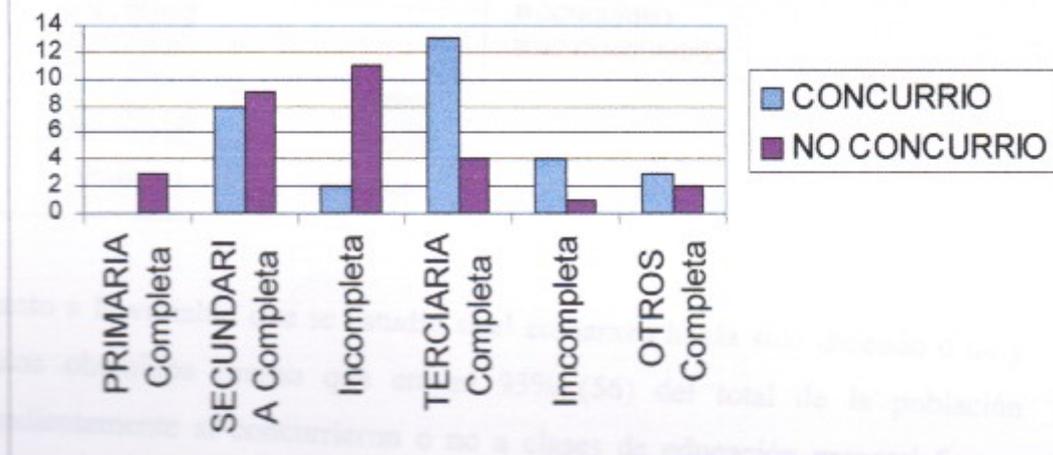
Tabla 2
SITUACIÓN DE PAREJA



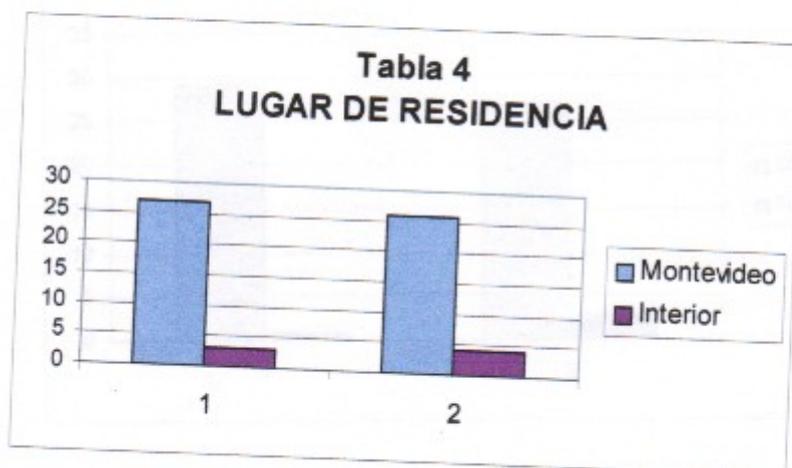
Los datos pertenecientes al nivel de instrucción indican que de las 30 madres que concurrieron a las clases de preparto, presentaban un 27% (8) secundaria completa, un 6% (2) secundaria incompleta, 43% (13) terciaria completa, 14% (4) terciaria incompleta y otros estudios completos 10% (3) de las mismas.

Mientras que las que no concurrieron a clase de preparto el 10% (3) presentan primaria completa, 37% (13) secundaria incompleta, 13% (4) terciaria completa, 3% (1) terciaria incompleta y otros estudios completos el 7% (2).

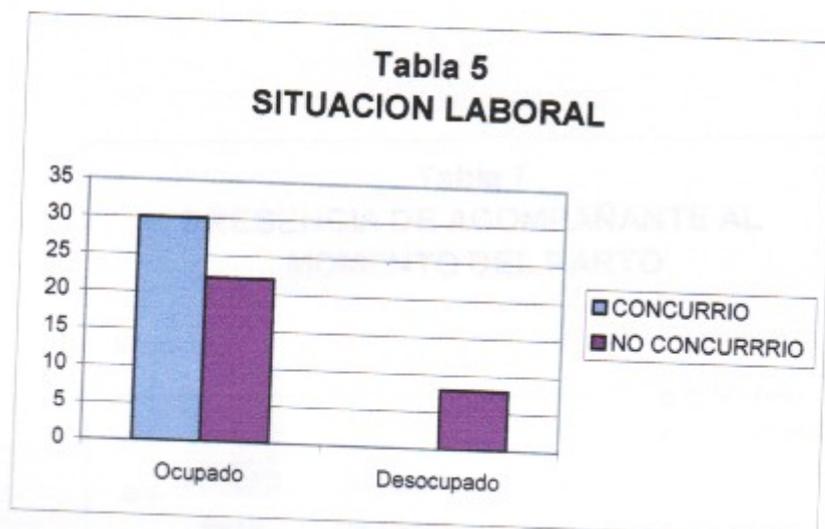
Tabla 3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN



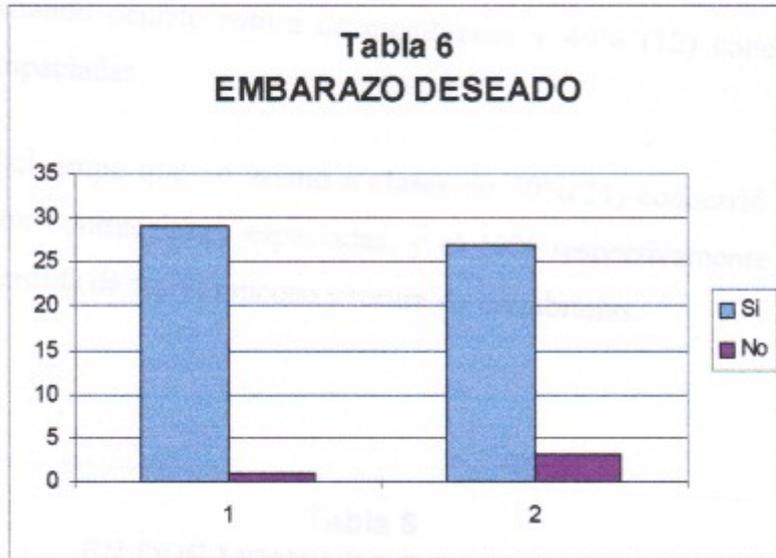
En lo que refiere a la residencia podemos decir que un 88% (53) pertenecen a Montevideo y 12% (7) al Interior.



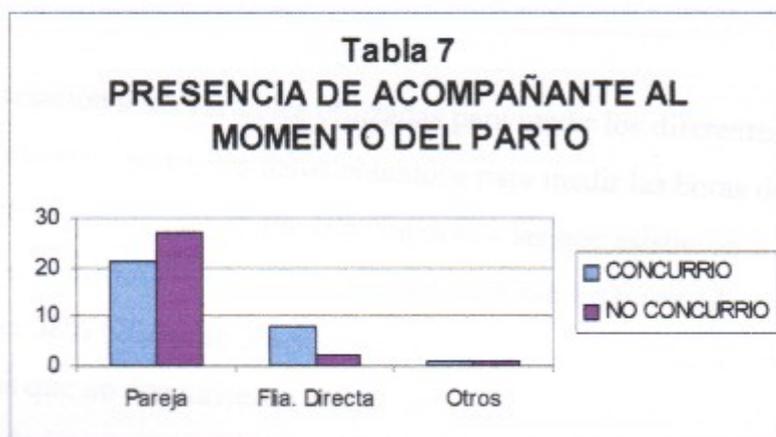
Según la situación laboral que realizan un 87% (52) del total de la población se desempeñan en el ámbito laboral, siendo solo un 13% (8) las que se encuentran desocupadas, este porcentaje coincide con las madres que no concurrieron a clases de preparto.



En cuanto a la variable que se estudio si el embarazo había sido deseado o no y los datos obtenidos fueron que en un 93% (56) del total de la población independientemente si concurrieron o no a clases de educación prenatal fueron deseados y el 7% (4) no lo habían deseado.



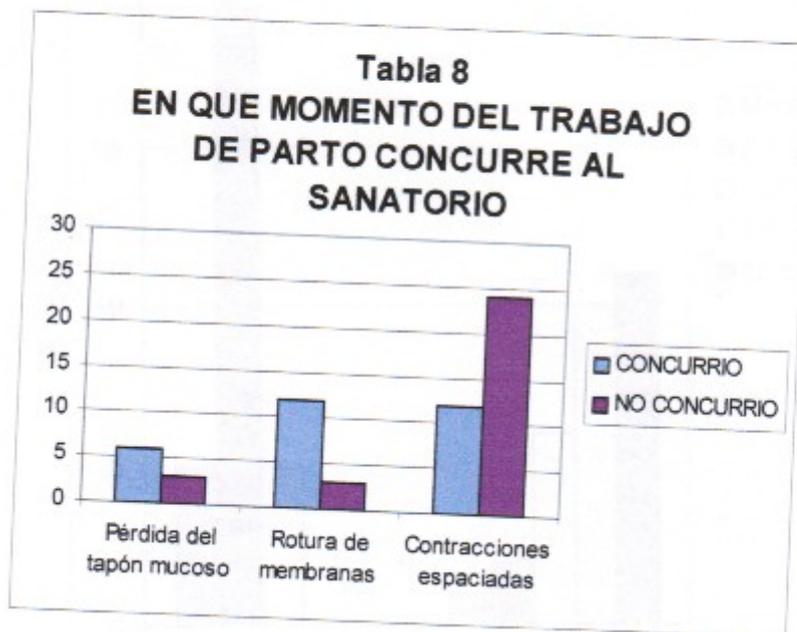
Acerca de quien acompaño a las madres en el momento del trabajo de parto el 70% (21) concurrió con la pareja, el 27%(8) con familiar directo y con otras personas el 3%(1), estos datos pertenecen a las madres que concurrieron a clases. Con respecto a las que no concurrieron a clases el 90%(27) concurrió con la pareja, el 7%(2) con familiar directo y el 3% (1) restante con otros.



En relación al momento del trabajo de parto en que concurrieron a la institución se pudo apreciar, que las madres que concurrieron a las clases de parto en un 20% (6) asistieron cuando hubo perdida del tapón mucoso, un 40% (12) concurrió

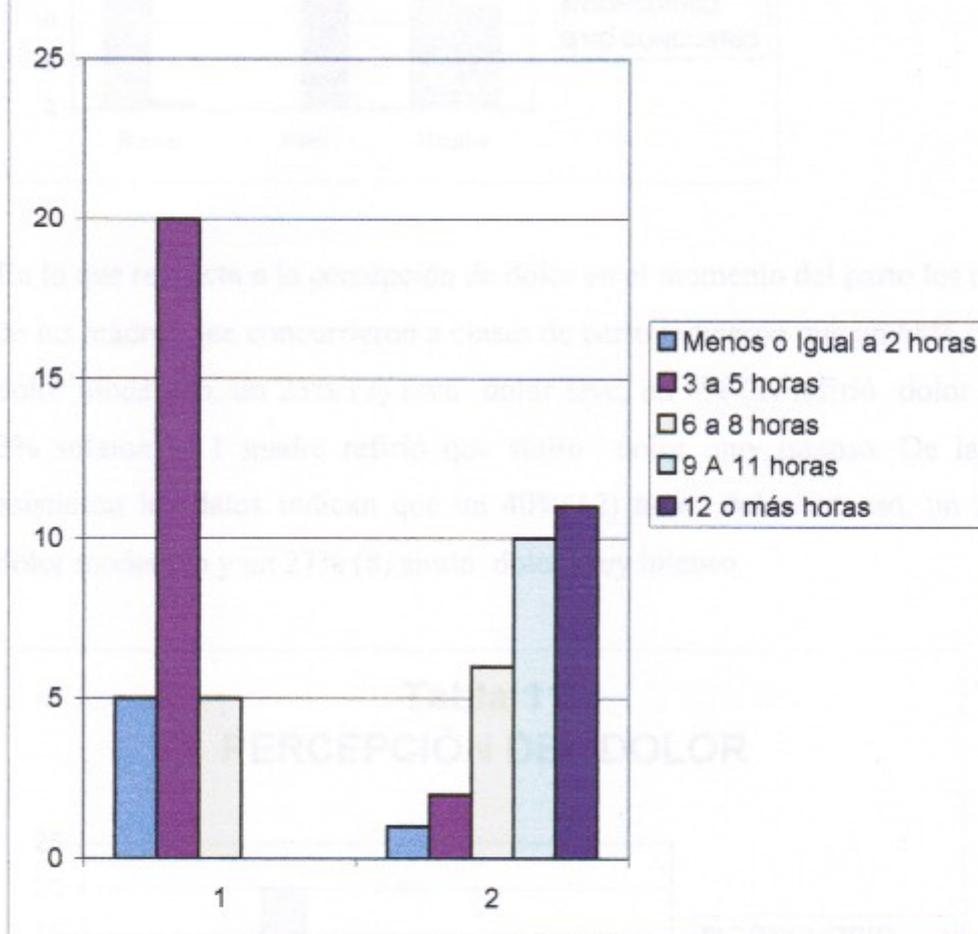
cuando ocurrió rotura de membranas y 40% (12) concurrió con contracciones espaciadas.

Del grupo que no asistió a clases un 80%(24) concurrió a los diferentes centros con contracciones espaciadas, y el 10% respectivamente concurrió cuando tuvo pérdida de tapón mucoso y rotura de membranas.



Con relación a las variables utilizadas para medir los diferentes etapas a lo largo del trabajo de parto; los datos obtenidos para medir las horas de internación previa al parto podemos decir que con respecto a las que asistieron a las clases de trabajo de parto, el 16% (5) de la población estuvo internada entre menos o igual a 2 hs, el 68% (20) entre 3 a 5 hs, el 16% (5) de 6 a 8 hs de internación; mientras que las que no concurrieron a clase de preparto, se destaca la diferencia en las horas de internación siendo mayor el número de horas de internación ya que solamente el 3% (1) de la población estuvo internada menos o igual a 2hs, el 7% (2) de 3 a 5hs, el 20% (6) 6 a 8hs, 33% (10) de 9 a 11hs y 37% (11) de dicha población estuvo 12 o más horas internadas.

Tabla 9
HORAS DE INTERNACIÓN PREVIO AL PARTO

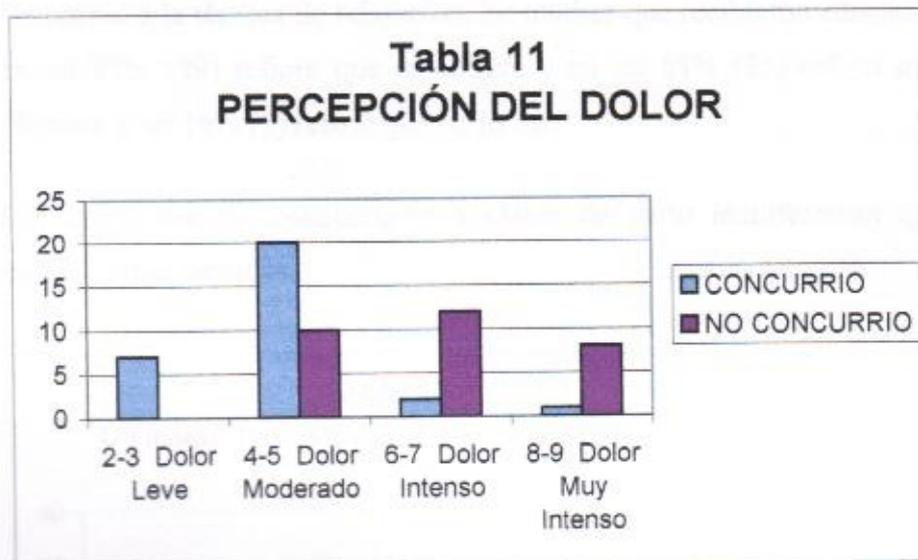


Lo que refiere a la utilización de analgesia, esta no se utilizó en ningún caso.

En cuanto a lo que representa a la percepción de la vivencia del trabajo de parto de las madres que si concurren a clases de educación prenatal estas refirieron en un 50% que fue buena y un 50% que fue regular; mientras que las que no concurren refirieron en un 57% (17) que la vivencia fue mala, un 40% (12) regular y un 3% (1) fue buena.

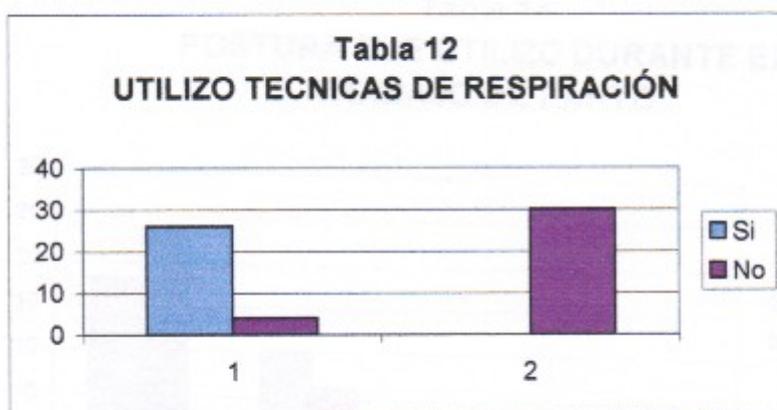


En lo que respecta a la percepción de dolor en el momento del parto los resultados de las madres que concurrieron a clases de parto indicaron que un 68% (20) sintió dolor moderado, un 23% (7) tuvo dolor leve, un 6% (2) refirió dolor intenso y 3% solamente 1 madre refirió que sintió dolor muy intenso. De las que no asistieron los datos indican que un 40% (12) tuvo dolor intenso, un 33% (10) dolor moderado y un 27% (8) sintió dolor muy intenso.



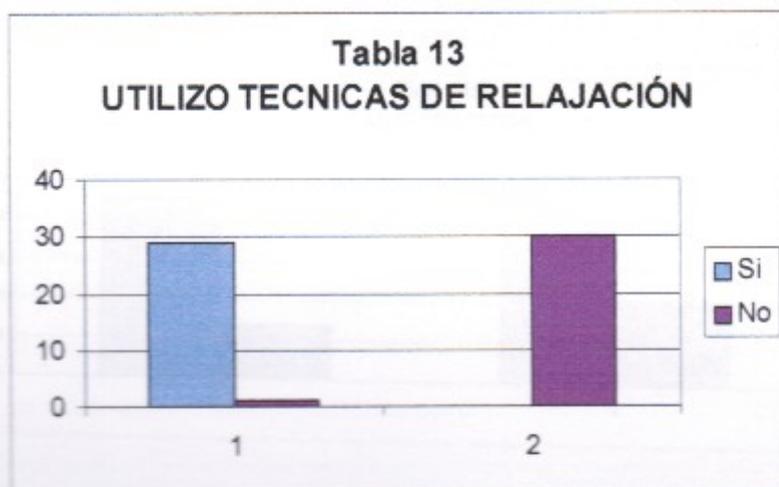
Con respecto a las técnicas utilizadas la de respiración fue de elección en un 86%(26) de los casos, manifestando que esta fue efectiva en un 77 % (23) de las mismas. El grupo que no utilizo esta técnica fue un 14%(4).

Del grupo que no concurrieron a clases de parto manifestaron que ninguna utilizo dichas técnicas.

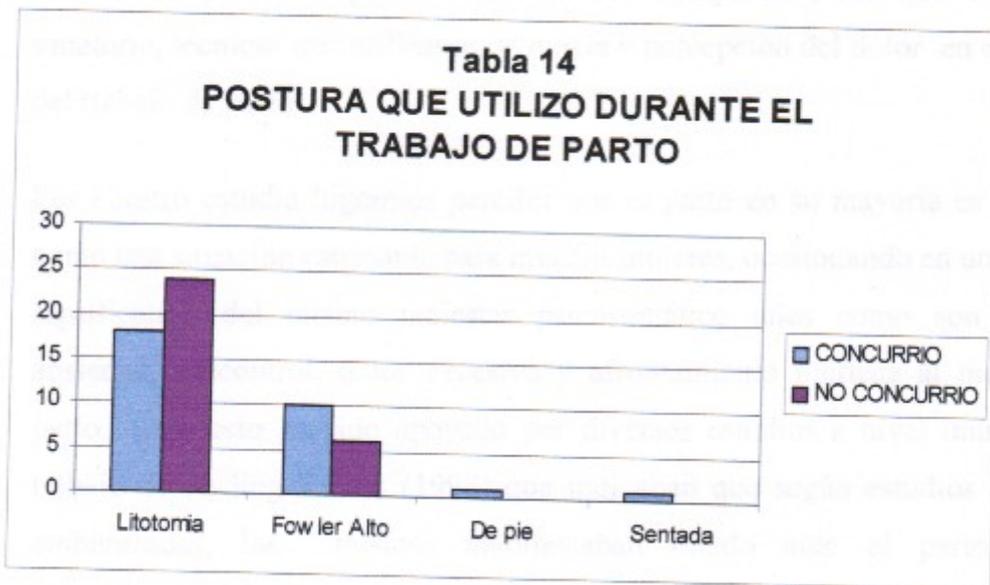


En cuanto a la técnica de relajación, las madres que recibieron educación prenatal en un 97% (29) refiere que la utilizó, y en un 84% (25) refirió que esta fue efectiva y un 16% (5) refirió que no lo fue.

Del grupo que no concurrieron a clases de parto manifestaron que ninguna utilizo dichas técnicas.

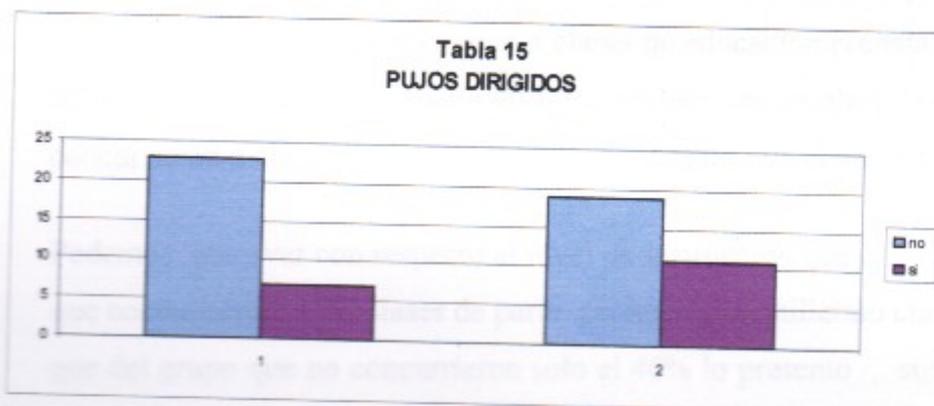


En lo que respecta a las posturas utilizadas al momento del trabajo de parto el 60%(18) utilizó la posición de litotomía, y un 34% (10) utilizó la posición de fowler alto. Utilizaron la posición vertical de pie y sentada un 3% (1) respectivamente. Del grupo de las que no recibieron educación se pudo observar que el 80% (24) utilizó la postura de litotomía, y el 20% (6) utilizó fowler alto.



En lo referente al tipo de pujo las madres que concurren a las clases en un 77% (23) presentaron pujos espontáneos y 23% (7) tuvo pujos dirigidos.

De las mamás que no concurren en un 37% (11) refirió que tuvo pujos dirigidos y un 63% (19) pujos espontáneos.



Conclusión:

Mediante el estudio se pudo observar que la educación prenatal brindada a las madres que concurren a las clases marco una diferencia con las madres que no recibieron dicha educación, en determinados aspectos como ser: Las horas de internación previa al parto, momento del trabajo de parto que concurren al sanatorio, técnicas que utilizaron, vivencia y percepción del dolor en el momento del trabajo de parto.

Por nuestro estudio logramos percibir que el parto en su mayoría es vivenciado como una situación estresante para muchas mujeres, ocasionando en un porcentaje significativo del mismo malestar psicosomático tales como son el miedo, ansiedad, descontrol, dolor excesivo y afrontamiento ineficaz al momento del parto. Todo esto ha sido apoyado por diversos estudios a nivel mundial como trabajo de Ryding y Cols (1998) que indicaban que según estudios de mujeres embarazadas, las mismas manifestaban miedo ante el parto, ansiedad generalizada, incrementando el riesgo de sufrir una cesárea.

Al utilizar las variables de percepción de dolor y vivencia del trabajo de parto se puede decir que las madres que si concurren a clases de parto tuvieron un afrontamiento eficaz al momento del mismo viéndose reflejado en que un 68% de las madres refirieron que presentaron dolor moderado mientras que las que no concurren el 40% manifestó que tuvo dolor intenso. Con respecto a la vivencia del parto las mamás que asistieron a clases de educación prenatal refirieron en un 50% que este fue bueno y un 50% fue regular, en cambio, las madres que no concurren a clases de parto en el 57% manifestó que el mismo fue malo.

Podemos observar con respecto al nivel de instrucción que el 74% de las usuarias que concurren a las clases de parto presentan, bachillerato completo, mientras que del grupo que no concurren solo el 46% lo presenta, sumándose a esta variable el hecho que en su totalidad la primera población desempeñaban tareas remuneradas no siendo así en el segundo grupo en el cual el 73% si desempeñaban tareas fuera del hogar mientras que el 27% estaban desocupadas

,esto demuestra que cuanto mayor es el nivel de instrucción ,y aun asi desarrollando tareas remuneradas esto no se manifiestan como impedimento al momento de la receptividad para con la información brindada .

Por todo lo anteriormente señalado destacamos que las madres que no concurren a clases de educación prenatal en un 37% de los casos tuvieron entre 12 o mas horas de internación previa al parto mientras que las que concurren en un 68% tuvieron de 3 a 5 horas de internación, volviéndose a demostrar que el afrontamiento es diferente, entre una mujer que recibió una adecuada educación prenatal y aquella que no. También se reflejo en la cantidad de horas de hospitalización en los grupos de estudio, ya que se ha demostrado que la ansiedad excesiva conduce a alteraciones de la contractilidad y de la dilatación cervical, causando una prolongación del parto.

Con respecto a las técnicas de respiración utilizadas por las madres que recibieron educación, el 86% refiere que la uso y el 77% manifestó que fue efectiva. Con respecto a la técnica de relajación, el 97% de las usuarias refiere que las utilizo y el 84% de los casos fue efectivo.

En cambio en las madres que no recibieron educación prenatal en un 100% refirieron que no utilizaron ninguna de las técnicas. Una vez más se vio reflejada la importancia de recibir una adecuada información previa al nacimiento.

Creemos importante destacar que nuestros objetivos fueron cumplidos.

Los resultados a los que se arribo pueden ser punto de partida para otras investigaciones. El estudio llevado a cabo permitirá favorecer esta área, si es tomado en cuenta, para un futuro programa de educación prenatal, dentro del programa de planificación familiar.

Considerando los objetivos planteados para este estudio podemos decir que en la población estudiada existe una diferencia que se evidencia en el comportamiento

pre e intra trabajo de parto beneficiando a las mujeres que recibieron educación prenatal.

Teniendo en cuenta lo aceptado y aprobado en julio 2007 por la cámara de senadores se estableció entre otros que el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios rectores y éticos que se establecen en los artículos discutidos en tal reunión

El Gobierno entendió como prioridad fundamental implementar el Programa de Atención a la Niñez y a la Mujer como primer gran paso hacia la Reforma del Sistema Nacional de Salud por entender que éstos son los sectores en donde la pobreza se manifiesta con más crudeza en el Uruguay.

Para lograr ese objetivo, el Ministerio de Salud Pública apunta a incentivar a todos los profesionales de la salud que a través los distintos equipos en cada maternidad del país, cumplan con las normas y protocolos a la hora de desplegar los programas de atención a la mujer, sus familias y sus hijos, de manera tal que atiendan a los pacientes cumpliendo con sus derechos y a través de esa labor puedan en el futuro ser distinguidos con el Premio denominado Juan José Crottogini.

Esta distinción recuerda al médico cuya trayectoria dejó una huella permanente en la medicina nacional y quién fuera el pionero en incorporar al Uruguay la realización del Papanicolaou, el parto sin dolor y la importancia clave de la lactancia en la relación madre e hijo.

En este marco, el MSP pretende incentivar el uso del Sistema Informático Perinatal (donde se reúne toda la información de la mujer, incluyendo si su

embarazo fue deseado o no), que hasta el momento sólo es usado en el 50% de los casos. Este sistema es fundamental para construir un panorama completo sobre los recién nacidos, la situación socioeconómica de sus padres y su entorno familiar en todo el país.

Por todo esto consideramos importante la función de la licenciada en enfermería al momento de llevar a adelante los programas de salud ,específicamente en el área materno infantil trabajando en estrecha coordinación con el resto del equipo interdisciplinario , ya que esta demostrado que teóricamente el 80% de los problemas deberían ser resueltos en el primer nivel de atención .

Sumado a esto podemos decir que la licenciada es un profesional capacitado en la diferentes areas de salud,dotada de herramientas y conocimientos necesarios para tomar decisiones , desarrollar su rol de docencia, asistencia e investigación , ayudando así a cada mujer a pasar por las diferentes etapas (embarazo , trabajo de parto y el nacimiento) de forma óptimas haciendo participe a todo el equipo .

También podemos agregar que la licenciada en enfermería posee el criterio y el conocimiento necesario en el desarrollo de los cuidados que la maternidad requiere ,estableciendo con las personas y las familias una relación de confianza y entendimiento, reconociendo las necesidades y problemas .

Sugerencia:

- **Implementando las nuevas políticas de gobierno con respecto a la salud en un tiempo podríamos esperar cambios en los datos obtenidos ?**

Bibliografía:

Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud.
HERNÁNDEZ ,FERNÁNDEZ ,BAPTISTA, . Washington D.C, Serie Paltex,
1994.Ed McGraw- Hill Interamericana .2º Edición

Como hacer una tesis. SABINO, C., Bs. As, Argentina Ed Hvmni,.

Pautas Terapéuticas en Obstetricia. ARENA, J; BERRO, P; PEREIRA, J.
Uruguay –Montevideo .Oficina del Libro, Noviembre 1999.

Obstetricia. SCHWARCZ, R. L., Bs. As, Argentina. El Ateneo, 1986, 4º Edición

www.giadelmundo.org.uy 2007

www.msp.org.uy 2007

www.convencion.urg.uy. ¿quienes somos? Mayo 2003

Analia zabala Mayo 2007 .www.paula.com.uy . Madres veteranas .

Anexo II Entrevista Telefónica

EDAD	Menor de 20 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 años
------	---

SITUACIÓN PAREJA



¿Cómo se conoce?	Conoce No conoce
------------------	---------------------

ENTREVISTA DEL

CONCURRENCIA A LAS

ACT. DE EDUC. PRENATAL	Si No
------------------------	----------

PRESENCIA DE ACOMPANANTE DURANTE EL PARTO	Paro Famila Otro
---	------------------------

Anexo 1: Entrevista Telefónica

EDAD	30 a 34 años	
	35 a 39 años	
	40 a 44 años	
	45 a 49 años	
	50 y más	
SITUACIÓN PAREJA	Casada	
	Unión Estable	
	Soltera	
	Otros	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	
	Incompleta	
	Completa	
	SECUNDARIA	
	Incompleta	
	Completa	
	TERCIARIA	
	Incompleta	
	Completa	
	OTROS	
	Incompleta	
	Completa	
LUGAR DE RESIDENCIA	Montevideo	
	Interior	
SITUACIÓN LABORAL	Ocupado	
	Desocupado	
EMBARAZO DESEADO	Si	
	No	
CONCURRENCIA A LAS ACT. DE EDUC. PRENATAL	Asistió a clases	
	No asistió a clases	
PRESENCIA DE ACOMPañANTE DURANTE EL PARTO	Pareja	
	Familia	
	Otros	

EN QUE MOMENTO DEL TRABAJO	Pérdida del tapón mucoso	
DE PARTO CONCURRIÓ AL SANATORIO	Rotura de membranas	
	Contracciones espaciadas 3-5 contracciones c/ 10 min.	
HORA DE INTERNACIÓN PREVIO AL PARTO	Menos o Igual a 2 horas	
	3 a 5 horas	
	6 a 8 horas	
	9 a 11 horas	
	12 o más horas	
UTILIZACIÓN DE ANALGESIA	Se utilizó	
	No utilizó	
PERCEPCIÓN DE LA VIVENCIA DEL TRAB. DE PARTO	Bueno	
	Regular	
	Maló	
PERCEPCIÓN DEL DOLOR	0-1 Sin Dolor	
	2-3 Dolor Leve	
	4-5 Dolor Moderado	
	6-7 Dolor Intenso	
	8-9 Dolor Muy Intenso	
	10 Peor Dolor Posible	
UTILIZÓ TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	Si	
	No	
FUE EFECTIVA	Si	
	No	
UTILIZÓ TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	Si	
	No	
FUE EFECTIVA	Si	
	No	
POSTURA QUE UTILIZÓ DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	HORIZONTAL	
	Litotomía	
	Supina	
	Latéral	
	Fowler Alto	

	VERTICAL	
	De pie	
	Sentada	
	Cuchillas	
PUJOS DIRIGIDOS DURANTE EL TRAB. DE PARTO	SI	
	NO	

Anexo 2: Planilla con datos

		ASISTIERON		NO ASISTIERON		
VARIABLES	RANGOS	FA	FR%	FA	FR%	
Edad	30 a 34 años	11	36%	23	77%	
	35 a 39 años	9	30%	5	17%	
	40 a 44 años	10	34%	2	6%	
	45 a 49 años	0	0%	0	0%	
	50 y más	0	0%	0	0%	
	Total	30	100%	30	100%	
Situación de Pareja	Casada	15	50%	14	46%	
	Unión Estable	4	14%	4	13%	
	Soltera	11	36%	12	41%	
	Otros	0	0%	0	0%	
	Total	30	100%	30	100%	
Nivel de Instrucción	PRIMARIA					
	Incompleta	0	0%	0	0%	
	Completa	0	0%	3	10%	
	SECUNDARIA					
	Incompleta	2	6%	11	37%	
	Completa	8	27%	9	30%	
	TERCIARIA					
	Incompleta	4	14%	1	3%	
	Completa	13	43%	4	14%	
	OTROS					
	Incompleta	0	0%	0	0%	
	Completa	3	10%	2	7%	
	Total	30	100%	30	100%	
	Lugar de Residencia	Montevideo	27	90%	26	87%
		Interior	3	10%	4	13%
Total		30	100%	30	100%	
Situación Laboral	Ocupado	30	100%	22	73%	
	Desocupado	0	0	8	27%	
	Trabajo Ocasional	0	0	0	0%	
	Total	30	100%	30	100%	
Embarazo Deseado	Si	29	97%	27	90%	
	No	1	3%	3	10%	

	Total	30	100%	30	100%
Concurrencia a las actividades de Educación Prenatal					
	Asistió a clases	30	100%	0	0%
	No asistió a clases	0	0%	30	100%
	Total	30	100%	30	100%
Presencia de Acompañante					
	Pareja	21	70%	27	90%
	Flía. Directa	8	27%	2	7%
	Otros	1	3%	1	3%
	Total	30	100%	30	100%
En que momento del trabajo de parto concurre al sanatorio					
	Pérdida del tapón mucoso	6	20%	3	10%
	Rotura de membranas	12	40%	3	10%
	Contracciones espaciadas	12	40%	24	80%
	3-5 contracciones c/ 10 min.	0	0%	0	0%
	Total	30	100%	30	100%
Hora de Internación previo al parto					
	Menos o Igual a 2 horas	5	16%	1	3%
	3 a 5 horas	20	68%	2	7%
	6 a 8 horas	5	16%	6	20%
	9 a 11 horas	0	0%	10	33%
	12 o más horas	0	0%	11	37%
	Total	30	100%	30	100%
Utilización de Analgesia					
	Se utilizó	0	0%	0	0%
	No se utilizó	30	100%	30	100%
	Total	30	100%	30	100%
Percepción del trabajo de parto					
	Bueno	15	50%	1	3%
	Regular	15	50%	12	40%
	Malo	0	0%	17	57%
	Total	30	100%	30	100%
Percepción del dolor					
	0-1 Sin Dolor	0	0%	0	0%
	2-3 Dolor Leve	7	23%	0	0%
	4-5 Dolor Moderado	20	68%	10	33%
	6-7 Dolor Intenso	2	6%	12	40%
	8-9 Dolor Muy Intenso	1	3%	8	27%
	10 Peor Dolor Posible	0	0%	0	0%
	Total	30	100%	30	100%
Utilizó técnicas de respiración durante el trabajo de parto					
	Si	26	86%	0	0%
	No	4	14%	30	100%
	Total	30	100%	30	100%

Fue efectiva	Si	23	77%	0	0%
	No	7	23%	30	100%
	Total	30	100%	30	100%
Utilizó técnicas de relajación durante el trabajo de parto	Si	29	97%	0	0%
	No	1	3%	30	100%
	Total	30	100%	30	100%
Fue efectiva	Si	25	84%	0	0%
	No	5	16%	30	100%
	Total	30	100%	30	100%
Postura que utilizó durante el trabajo de parto	HORIZONTAL				
	Litotomía	18	60%	24	80%
	Supina	0	0%	0	0%
	Lateral	0	0%	0	0%
	Fowler Alto	10	34%	6	20%
	VERTICAL				
	De pie	1	3%	0	0%
	Sentada	1	3%	0	0%
	Cuclillas	0	0%	0	0%
	Total	30	100%	30	100%
Pujos dirigidos	no	23	77%	19	63%
	si	7	23%	11	37%
	Total	30	100%	30	100%

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2006					2007							
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elección Del Tema	----->												
Revisión Bibliografica	---->	---->	---->	---->	---->	---->	---->	---->	---->	---->	---->		
Diseno Metodológico	-->	---->	---->	---->	---->								
Ejecución							---->	---->					
Análisis De Información									---->	---->	---->	---->	
Conclusión Y Evaluación												---->	
Devolución												---->	---->