



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO INFANTIL**

INFORMACIÓN QUE RECIBEN LAS MUJERES SOBRE ATENCIÓN HUMANIZADA DURANTE EL PROCESO DEL PARTO

Autores:

Allison Camacho Rolan
Silvina Echeverria Fagúndez
Daiana Ferreira Ramirez
Cecilia Pastorin Duarte
Dayana Piedrabuena Amaro

Tutor:

Prof. Adj. Lic. Enf. Alicia Pérez

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

Montevideo, 2016

HOJA DE APROBACION

AUTORES: Camacho Rolan, Allison.
Echeverria Fagúndez, Silvina.
Ferreira Ramirez, Daiana.
Pastorin Duarte, Cecilia.
Piebrabuena Amaro, Dayana.

Información que reciben las mujeres sobre atención humanizada durante el proceso del parto.

Tesis de grado Licenciatura en Enfermería, alcanzando el título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

INSTITUCIÓN QUE LO CONCEDE: Universidad de la República, Facultad de Enfermería

FECHA DE APROBACIÓN:

CONFORMACIÓN DEL TRIBUNAL CON SU RESPECTIVA TITULACIÓN:

FIRMA DEL TUTOR: _____

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar nuestros agradecimientos van dirigidos nuestra tutora, Prof. Adj. Licenciada en Enfermería (Lic. Enf) Alicia Pérez por su orientación, esfuerzo y dedicación, que junto a su conocimiento y su paciencia nos han sido fundamentales en este largo camino que hemos recorrido junto a ella.

Agradecer también a las autoridades de la Red de Atención Primaria (RAP), a la Sra. directora Doctora (Dra.) Gabriela Medina y a la Lic. Enf Jimena Flores por permitirnos realizar nuestra investigación en el lugar seleccionado y su apoyo incondicional y respeto frente a nuestro trabajo. Nos compete agradecer también a las autoridades del Centro de Salud del Cerro, a su sub. Directora, obstetra Cristina Guevara, a la adjunta a dirección Lic. Enf. Rosana Rodríguez y cada uno de los integrantes del equipo de salud del área de pediatría que nos recibieron amablemente y nos ofrecieron su experiencia y conocimiento del servicio.

Por ultimo pero no menos importante, cálidos agradecimientos a cada una de nuestras familias y amigos por el apoyo incondicional en todo el proceso, por los mensajes de aliento en momentos difíciles para que saliéramos adelante siempre pensando en nuestro bienestar.

A cada uno de ellos muchas gracias.

INDICE

Lista de abreviaturas y siglas	Pág 5
Resumen.....	Pág 6
Introducción.....	Pág 7
Objetivos.....	Pág 9
Antecedentes.....	Pág 11
Justificación.....	Pág 14
Metodología.....	Pág 15
Diseño.....	Pág 15
Universo y muestra	Pág 15
Criterios de inclusión y exclusión.....	Pág 16
Variables de caracterización.....	Pág. 17
Técnicas e instrumentos.....	Pág. 18
Consideraciones éticas.....	Pág. 19
Presentación de resultados	Pág. 20
Tablas y gráficos de resultados de la investigación.....	Pág. 27
Análisis de datos.....	Pág. 52
Conclusión.....	Pág. 54
Sugerencias.....	Pág. 55
Bibliografía.....	Pág. 56
Anexos.....	Pág. 61

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS:

ACOFAEN – Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

AMM – Asociación médica mundial

Adj. – Adjunta

APS – Atención primaria en Salud

ASSE – Administración de los Servicios Sanitarios del Estado

CHPR – Centro Hospitalario Pereira Rosell

CLAP/SMR – Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva

CP – Carné Perinatal

DECS – Descriptores en Ciencias de la Salud

Dr. – Doctor

Dra.- Doctora

FA – Frecuencia absoluta

FONASA- Fondo Nacional de Salud

FR – Frecuencia Relativa

Lic. Enf. – Licenciada en Enfermería

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

Prof. – Profesora

RAP – Red de Atención Primaria

Sra. – Señora

SERENAR – Seguimiento del recién nacido de alto riesgo

RESUMEN

La presente es una investigación cuantitativa, de diseño descriptivo de corte transversal. El objetivo fue conocer cuál es la información que recibieron las mujeres por parte del equipo sanitario en relación al parto humanizado, en relación a 5 variables específicas: trato humanizado, manejo del dolor, posición materna en periodo dilatante y expulsivo y acompañamiento materno. Se utilizó como herramienta un cuestionario de elaboración propia con preguntas cerradas con respuestas basadas en la escala de Likert.

La población en estudio correspondió a mujeres, mayores de 18 años, que concurren al control pediátrico de su recién nacido hasta el mes de vida, en el Servicio de pediatría del Centro de Salud del Cerro perteneciente a la RAP de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) desde el 15 al 22 de enero de 2016.

Concluimos que nuestro sistema de salud se encuentra en un proceso de transición favorable en lo que respecta a la humanización de la atención en el proceso del nacimiento. Consideramos que se está direccionando la atención para alcanzar un nivel totalmente humanizado y poniendo a la mujer en el rol protagónico haciendo de ésta un sujeto de derecho.

Palabras claves: *Parto humanizado, Enfermería, derechos reproductivos*

INTRODUCCIÓN:

Desde que el proceso del parto comenzó a realizarse en instituciones hospitalarias con el fin de disminuir la morbilidad materno infantil en el siglo XX, el mismo comienza a vivirse como una enfermedad, la mujer comienza a perder el protagonismo, ya que éste se transforma en un acto médico y la mujer comienza a adaptarse a las reglas institucionales.

Luego que la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela la declaración “El nacimiento no es una enfermedad” en 1985 ¹, se inicia un proceso de transformación del modelo de atención a la mujer a la hora del nacimiento, comenzando con las bases de lo que hoy conocemos como parto humanizado o atención humanizada para el nacimiento.

La OMS propone la humanización de la atención con el fin de promover el parto y el nacimiento saludable y la prevención de la mortalidad materna y perinatal, con intervenciones cuidadosas, evitando excesos en el uso de los recursos tecnológicos disponibles.

A nivel regional en Belo Horizonte, Brasil el Hospital “Sofía Feldman” es pionero en atención humanizada desde hace varios años, siendo los primeros en la región en abocar los cambios de humanización de la atención pre y post natal.

En Uruguay se destaca el hospital regional del Departamento de Rocha “Humberto Domínguez” siendo el Dr. F. Martínez Rodríguez el pionero en la temática, quien

¹ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: declaración de fortaleza, tecnología apropiada para el parto. [Internet]. 1985. p.1. Disponible en: <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf> [consulta: 2 ago 2015].

comenzó con un plan piloto de atención humanizada a todas las embarazos que reciben asistencia para su parto en dicho hospital desde el año 2014.

En el Hospital regional de Young en el Departamento de Paysandú, también se realizaron grandes cambios en la infraestructura integrando a las instalaciones del mismo, salas de nacer para la aplicación de técnicas relacionadas a la atención humanizada en el parto.

De la misma manera sucede en el hospital de referencia neonatal, centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) donde a partir del año 2009 se puso en marcha la reforma de la maternidad donde se apunta a la construcción de seis salas de nacer que brinden más dignificación al acto del nacimiento como puntapié inicial para comenzar a brindar una atención más humanizada y sumándose a la estraga que viene en la región de nuestro país en cuanto a la humanización de la atención en el proceso del nacimiento. A nivel legislativo Uruguay cuenta con la ley N° 17.386 ² de acompañamiento materno, y la ley N° 18.426 de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. ³ Además, posee comparativamente en la región, una muy buena posición en términos de cobertura y accesibilidad al sistema de salud así como de indicadores de morbimortalidad materno e infantil. La captación temprana del embarazo, la cantidad y frecuencia de los controles,

2- Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Ley 17.386 de 30 de agosto de 2001. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor> [consulta: 2 oct 2015].

3- Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Ley 18.426 de 10 de diciembre de 2008. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor> [consulta: 5 oct 2015].

así como la asistencia de personal sanitario especializado en el parto, repercuten directamente en la disminución de los riesgos relacionados con la gestación, el parto y el puerperio.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer cuál fue la información que recibieron las mujeres de parte del equipo sanitario en relación al parto humanizado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Caracterizar la población objetivo.

Conocer la información que recibieron las mujeres de parte del equipo sanitario en relación a: manejo del dolor, posición materna en período dilatante y expulsivo, acompañamiento materno, y trato humanizado.

ANTECEDENTES:

Se realizó una revisión bibliográfica de un conjunto de estudios relacionados a la temática elegida en buscadores como Lilacs, Scielo, Timbó, entre otros; así como también se indagó en el archivo de tesis de la biblioteca de la Universidad de la República; los hallazgos de las revisiones realizadas se describen a continuación:

Lic. Enf Saavedra D. tesis de licenciatura, (2013) realizó en Colombia el estudio: “Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo”. Los resultados evidenciaron una percepción del cuidado recibido en su mayoría favorable (75%). En relación a la deferencia respetuosa, el 81% de las madres calificó los comportamientos del cuidado como favorables.⁴

Dra. Quintana M, y col. (2013) realizó en Uruguay el estudio “Satisfacción y calidad en analgesia del parto”, con el objetivo de medir la satisfacción de 151 gestantes asociada a la analgesia del parto. Se concluye que la satisfacción materna está fuertemente determinada por la efectividad de la técnica, dependiendo también de otros factores como el apoyo percibido durante el trabajo de parto y experiencias previas.⁵

Dr. Castellanos C. y col (2012) desarrollaron un estudio en Venezuela, titulado: “Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias”. Estos hallazgos concluyeron en que

⁴ - Saavedra Infante DE. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo [tesis de maestría] [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

⁵- Quintana MV. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. Anest Analg Reanim (Uruguay) [Internet] 2013; 26(2): 6-6. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732013000200006&script=sci_arttext&tlng=en [consulta: 5 oct 2015].

existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.⁶

Dr. Arnau J. (2012) publicó una tesis en España, titulada: “Estudio exploratorio de la Humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la región de Murcia”. Dentro de los métodos de erradicación del dolor, la analgesia epidural es elegida por la mayoría de mujeres, las cuales refieren que es la única forma de cambiar las percepciones preconcebidas del parto asegurándose una experiencia gratificante del mismo.⁷

Lic. Obst Callata Y. y Zegarra S. (2011) publicaron en Lima la tesis “Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011”, donde incluyeron a 322 puérperas de parto vaginal. Se encontró que los factores que limitan a la usuaria la atención de su parto con acompañante fueron la carencia de información el 38,5% acerca del tema. El 14,6% no hubieran deseado estar acompañadas en su parto, mientras que el 68,3% no obtuvo información sobre el parto con acompañante.⁸

⁶ Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet] 2013; 73(3): 171-80. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004 [consulta: 5 oct 2015].

7- Arnau Sánchez J. Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del área I de salud de la región de Murcia [tesis de doctorado] [Internet]. 2012. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/37001/1/TJAS.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

8- Vela Coral GP. Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015 [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela_cg.pdf [consulta: 5 oct 2015].

Lic. Enf Orozco G. y Lic. Peña A. (2010) realizaron un estudio en México, titulado: “Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto”. En relación a las escalas aplicadas, la de comunicación obtuvo puntuaciones más bajas, así la mayoría del personal de salud se presentó con ellas; sin embargo, el 42,7% expresó que se les explicó poco o nada en qué consistía el trabajo de parto, el 60% manifestó que se le explicaron los procedimientos propios de la atención que iban a recibir. Asimismo, el 70% de las pacientes refirió que el personal de salud le ayudó a controlar sus emociones y fue tolerante con ellas. La mayoría de las mujeres expresó que el personal de salud mostró respeto durante el trabajo de parto y respetó sus derechos; por último, en el estudio la mayoría de pacientes expresaron que se sintieron satisfechas con la atención recibida.⁹

Lic. Enf González J. y Lic. Enf Quintero D. (2009) elaboraron una investigación en Colombia, titulada: “Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención”, los resultados evidenciaron que el 73% de las mujeres atendidas en el servicio de hospitalización siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de salud, el 11% casi siempre percibieron un cuidado humanizado, el 12% algunas veces percibió cuidado humanizado y el 4% nunca percibió un cuidado humanizado.¹⁰

9- Alfonso Orozco G, Peña Alvarado A. Apoyo emocional de las enfermeras a las mujeres en trabajo de parto [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/326/1/AlfonsoOrozcoPenaAlvarado.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

10- González Burgos JT, Quintero Martínez DC. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención [tesis] [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

JUSTIFICACIÓN:

Enfocamos nuestra investigación a dicha temática por la importancia que ha tomado el tema de la humanización de la atención pre y post natal tanto a nivel nacional como regional, dado el cambio de rol que ha tenido la mujer siendo considerada plena de derechos, recuperando su protagonismo en un hecho tan importante en su vida y donde además la legislación también respalda dichos cambios.

Siendo el nacimiento de un hijo una etapa en la vida de la mujer única e irrepetible, consideramos que la misma debe darse en condiciones de respeto hacia ella, el recién nacido y la familia.

Humanizar la asistencia al nacer implica cambios en las actitudes y rutinas actuales con el fin de hacer de este momento lo menos medicalizado posible, siendo la mujer protagonista de su parto, fomentando las relaciones humanizadas, tomando en cuenta el apego inmediato madre/hijo como pilar primordial de la atención y poder hacer del nacimiento un hecho familiar, incorporando acciones que le permitan ejercer sus derechos y elegir cómo y con quien desean vivir ese momento siempre y cuando las circunstancias lo permitan.

Si bien se ha avanzado en la incorporación de este nuevo modelo de atención a la mujer, hoy en día la práctica de una atención humanizada permanece lejos de la realidad del trabajo, principalmente debido a las rígidas reglas, las rutinas institucionales y espacio físico inadecuado de las salas de pre parto y parto tanto en Uruguay como en la región.

METODOLOGÍA.

DISEÑO METODOLÓGICO

Investigación cuantitativa no experimental de corte transversal, de diseño descriptivo en una población de mujeres que concurrieron al control de su recién nacido (hasta el mes de vida) en el Servicio de pediatría del Centro de salud del Cerro de lunes a viernes de 8 a 16 y 30hs, en las fechas estipuladas desde el 15 de enero hasta el 22 de enero de 2016.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo para dicha investigación fueron 32 mujeres que corresponden al 40% de los controles de recién nacidos por mes que llegan al centro de salud del cerro desde las maternidades de Montevideo.

La muestra para dicha investigación comprendió 21 mujeres que son parte del universo seleccionado y además cumplen los requisitos de los criterios de inclusión y exclusión que se seleccionaron para dicha investigación científica.

El tipo de muestreo fue no probabilístico según criterio, donde se seleccionó a mujeres que concurrieron al control de su recién nacido (hasta el mes de vida) de lunes a viernes de 8 a 16 y 30hs en la consulta pediátrica en el Centro de salud del Cerro del 15 de enero hasta el 22 de enero de 2016 que se obtuvo la muestra deseada.

CRITERIO DE INCLUSION.

Mujeres mayores de 18 años

Mujeres que concurren al control pediátrico de su recién nacido (hasta el mes de vida)

Mujeres que acepte participar en el estudio.

CRITERIO DE EXCLUSION.

Mujeres menores de 18 años.

Mujeres que hayan realizado previamente el cuestionario.

Mujeres con alteración del estado de conciencia.

Mujeres que no hayan sido institucionalizadas durante el período de pre parto.

Mujeres cuyo parto haya terminado en cesárea.

VARIABLES DE CARACTERIZACION

- Edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Ocupación
- Número de controles prenatales
- Realización de preparación del parto

VARIABLES ESPECÍFICAS

- Trato humanizado
- Manejo del dolor.
- Posición materna en periodo dilatante y expulsivo.
- Acompañamiento materno.

Luego de realizada la recolección de datos se utilizó para su procesamiento el programa Microsoft Office 2010 en el cual realizaremos las tablas y graficas pertinentes.

Para el análisis de variables se utilizó frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual.

TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Se utilizó como herramienta un cuestionario de elaboración propia basado en la escala de Likert de diseño descriptivo para su construcción con preguntas cerradas

Dicho cuestionario contó con un total de 16 ítems que abarcan las diferentes variables de estudio seleccionadas para dicha investigación. Se midió las mismas a través de los siguientes rangos: nunca, algunas veces, casi siempre y siempre a los cuales se les asignó una ponderación arbitraria, numérica de 1. 2. 3 y 4 respectivamente, por cual el cuestionario tuvo un puntaje teórico total de 16 puntos como mínimo y 64 como máximo.

Para el análisis del mismo se procedió a la agrupación de las preguntas que correspondían a cada variable y luego se realizó el análisis individual con la sumatoria de los puntos de cada respuesta obtenida para cada variable.

Para dar calificación a los mismos se creó una escala en la cual si el puntaje obtenido es menor o igual al valor de la media se considera desfavorable, mientras que si este es mayor o igual al valor de la Media se considera como favorable

La media individual para cada variable correspondió al valor intermedio entre en puntaje máximo y mínimo que se podía obtener.

Para la obtención de los datos el investigador fue quien realizó las preguntas delimitadas en el cuestionario, en forma presencial.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación estuvo sujeto al reglamento de la Ley Orgánica de Salud Pública, tomando en consideración el decreto N° 379/008 de investigación en Seres Humanos, que tiene como finalidad la protección integral de los mismos, sujetos de una investigación, tomando en cuenta que la participación de cada sujeto en la investigación científica será voluntaria y sin presiones.

*“La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables”.*¹¹

Dicha declaración se basa en diferentes principios, los cuales apuntan a velar siempre por la salud y el bienestar del paciente, además de preservar siempre sus derechos. Hace referencia a la realización de investigaciones seguras, efectivas y eficaces.

En primer lugar los integrantes de nuestro equipo se presentaron con la posible encuestada indicando nombre y apellido, institución a la cual pertenecemos, la finalidad de la investigación y que los resultados de la misma podrán ser publicados con fines académicos.

En segunda instancia se le preguntó a la mujer si deseaba participar de la investigación, haciéndoles saber que la entrevista era anónima y que podían abandonar la misma en cualquier momento, se les entrego un consentimiento informado donde podían leer las pautas de la misma. En caso de que accediera a participar, se precedió a la realización de las preguntas. (VER ANEXO 2: CARTAS Y CONSENTIMIENTOS)

11: [38 Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/) [Internet]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/> [Consulta: 10 oct 2015].

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Variables sociodemográficas

Edad

El 43% de la población se encuentra dentro del rango de 18 a 23 años, el 38% de 24 a 29 años y el 19% restante de 30 a 35 años.

Estado civil

En cuanto al estado civil, el 57% de las mujeres encuestadas son solteras, el 38% tiene como estado civil unión libre y solo el 5% de las mujeres son casadas.

Nivel de instrucción

El 76% de la población encuestadas cursó secundaria incompleta, el 10% presenta como nivel de instrucción primaria incompleta, y otro 10 % primaria completa, y solo el 4% de la población presenta estudios terciarios.

Ocupación

El 71% de las mujeres encuestadas son amas de casa, el 14% se encuentra empleada, el 10% actualmente está desempleada y el 5% son trabajadoras independientes.

Antecedentes obstétricos

El 48% de las mujeres encuestadas cursaron su primera gesta, el 38% son usuarias con múltiples gestas y el 14% restante tienen como antecedentes al menos 2 gestas.

En cuanto a la paridad, el 48% de la población, experimentó su primer parto, el 33% de la población ya tuvo más de 3 partos, el 14% de la población cursó al menos dos partos y el 5% experimentó más de 4 partos.

En lo que respecta a los controles del embarazo, el 90% de la población fueron embarazos bien controlados, mientras que el 10% restante tuvo un inadecuado control del embarazo.

Se observó que el 90% de la población estudiada no realiza preparación para el parto, y solo el 10% la realiza pero de forma incompleta.

Variables específicas

Tabla 1: Trato humanizado

Preguntas	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1 ¿Los profesionales que asistieron su pre parto y parto se presentaron con usted identificándose con su nombre y profesión?	3	14	2	10	4	19	12	57
2 ¿Existió comunicación adecuada durante el trabajo de parto y parto entre los profesionales y usted.?	2	10	2	10	3	14	14	66
3 ¿Los profesionales que atendieron su pre parto y parto la llamaron por su nombre?	3	14	2	10	5	24	11	52
4 ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron los procedimientos que le iban a realizar?	1	5	2	10	1	5	17	81
5 ¿Los profesionales que atendieron su parto respetaron su intimidad en todo momento?	3	14	1	5	1	5	16	76
6 ¿Los profesionales que atendieron su parto le pidieron permiso antes	1	19	2	10	3	14	12	57

de examinarla?								
7 ¿Los profesionales que le atendieron su parto fueron amables y respetuosos con Ud.?	0	0	2	10	3	14	16	76
16 Al momento del nacimiento, ¿le permitieron el contacto piel a piel con su hijo?	2	10	2	10	0	0	17	80

En la tabla 1 observamos que en gran parte de los casos (57%) los profesionales que atendieron a las mujeres en el período de pre parto y parto, se presentaron con nombre y profesión ante ellas, de igual modo ocurrió con la comunicación entre los profesionales y las usuarias ya que el 66% de los casos manifestaron que la misma siempre fue adecuada.

Un 52% de las usuarias encuestadas refirió que siempre fue llamada por su nombre.

Un gran porcentaje (81%) expresó que le fueron explicados los procedimientos antes de ser realizados.

El 76% de las usuarias considera que fue respetada su intimidad en todo momento mientras que un 57% refiere que siempre le pidieron permiso antes de examinarlas.

El contacto piel a piel se dio, según las usuarias, en un 80% de los casos.

Las usuarias consideran que los profesionales fueron en su mayoría (76%) amables y respetuosos con las mismas durante el proceso del parto.

Tabla 2: Alivio del dolor

Preguntas	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
10 ¿Cuándo usted sentía dolor en el trabajo de parto, los profesionales que le atendieron le ofrecieron técnicas no invasivas para aliviar el dolor (cambios de posición, uso de pelota de Pilates, caminar, masajes)?	17	81	4	19	0	0	0	0
11 ¿Cuando usted sentía dolor en el trabajo de parto, los profesionales que le atendieron le ofrecieron técnicas invasivas para aliviar el dolor (técnicas farmacológicas)?	11	52	2	10	0	0	8	38
12 ¿Las alternativas ofrecidas por los profesionales le permitieron aliviar el dolor de parto?	11	52	2	10	0	0	8	38

En la tabla 2 observamos que en cuanto a las técnicas no invasivas para el alivio del dolor en gran parte de los casos (81%) nunca fueron ofrecidas, y en lo que respecta a las técnicas invasivas en un 52% nunca fueron ofrecidas a las usuarias. En los casos en los que fueron utilizadas técnicas para aliviar el dolor, un 52% refiere que no fueron efectivas.

Tabla 3: Acompañamiento

Preguntas	Nunca		Alguna veces		Casi siempre		Siempre	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
8 ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que usted podía decidir tener un acompañante al momento durante el trabajo de parto y parto?	3	14	2	10	2	10	14	66
9 ¿Los profesionales que atendieron su parto le permitieron tener un acompañante durante el periodo de pre parto y parto.?	1	5	0	0	3	14	17	81

En la tabla 3 observamos que un 66% de las mujeres fueron informadas sobre su derecho de permanecer acompañadas durante el trabajo de parto y parto.

Al 81% de las encuestadas le permitieron tener un acompañante durante el proceso del parto.

Tabla 4: Posición materna

Preguntas	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
1 ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que Ud. Podría escoger la posición para parir?	19	90	0	0	0	0	2	10
14 ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron las distintas posiciones que usted podía adoptar en el parto?	18	86	1	5	0	0	2	10
15 ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que podía elegir distintas posiciones para realizar el trabajo de parto?	18	85	2	10	0	0	1	5

En la tabla 4 vemos que gran parte (85%), de las encuestadas manifiestan que nunca le informaron que podía elegir las diferentes posiciones en el trabajo de parto, lo mismo ocurre en cuanto a la posición en el momento del parto con un 90%.

Según el 86% de las mujeres nunca se le explicaron las diferentes posiciones que podían adoptar en el momento del parto.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN ESCALA DE LIKERT:

VARIABLES	PUNTAJE MÍNIMO	Media	PUNTAJE MÁXIMO	Resultado obtenido	Calificación
Trato humanizado	168	420	672	565	Favorable.
Alivio del dolor	63	157	252	119	Desfavorable.
Acompañamiento materno	42	105	168	147	Favorable.
Posición materna en periodo dilatante y expulsivo	63	157	252	81	Desfavorable.

Considerando la escala de Likert, se puede decir que la respuesta de las mujeres en cuanto a las variables trato humanizado por parte del equipo de salud y acompañamiento materno es favorable ya que las respuestas superan la media destinada para esta variable.

Se puede decir que la respuesta de las mujeres en cuanto a la variable alivio del dolor y Posición materna es desfavorable ya que las respuestas no superan la media destinada para dicha variable.

(Ver anexo 3: Análisis de variables específicas según escala de Likert.)

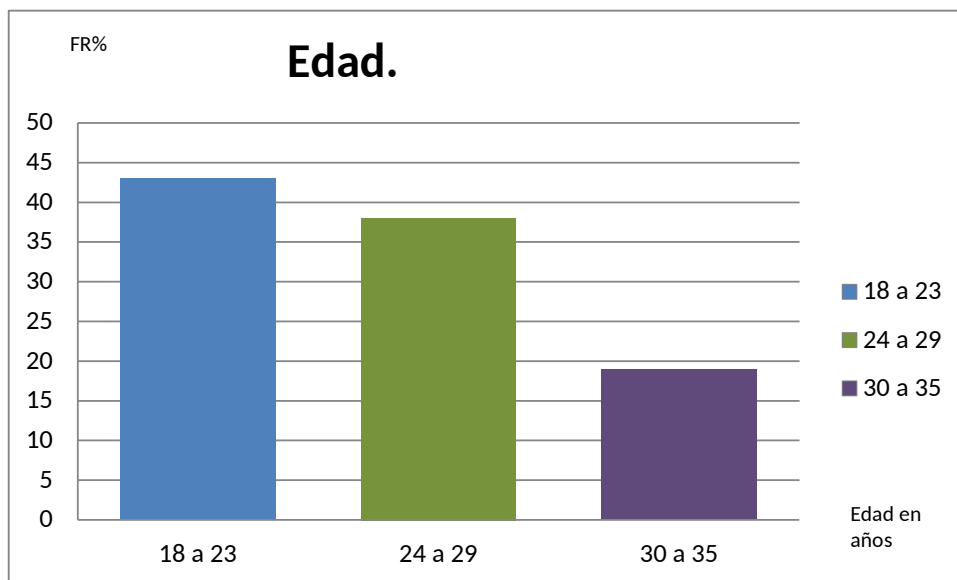
TABLAS Y GRAFICAS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

TABLA 1: Edad de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 del 2016. Montevideo Uruguay.

EDAD	FA	FR %
18 a 23	9	43
24 a 29	8	38
30 a 35	4	19
36 a 41	0	0
Más de 41	0	0
TOTAL	21	100

GRÁFICO 1: Edad de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 del 2016. Montevideo Uruguay.

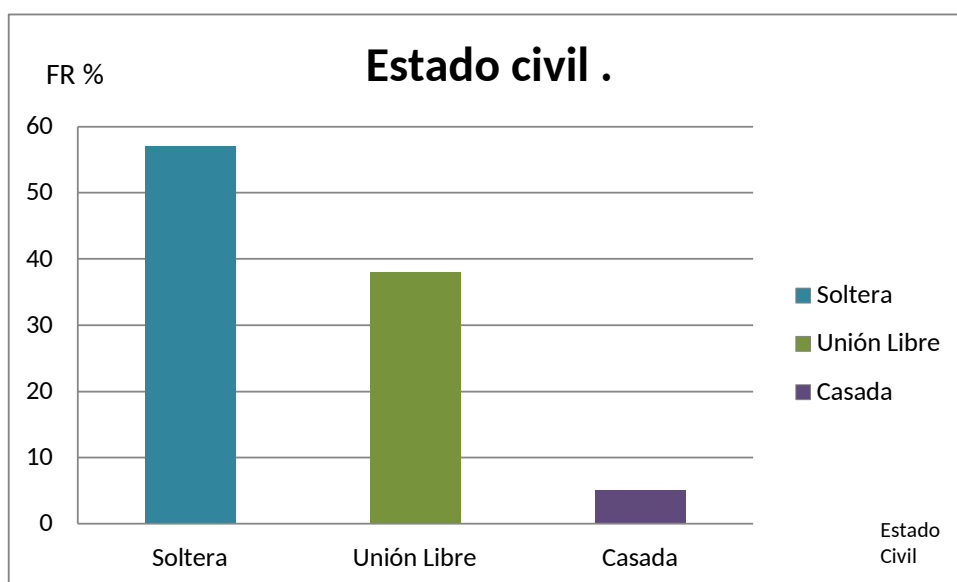


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 2: Estado civil de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

ESTADO CIVIL	FA	FR%
Soltera	12	57
Unión Libre	8	38
Casada	1	5
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
TOTAL	21	100

GRÁFICO 2: Estado civil de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

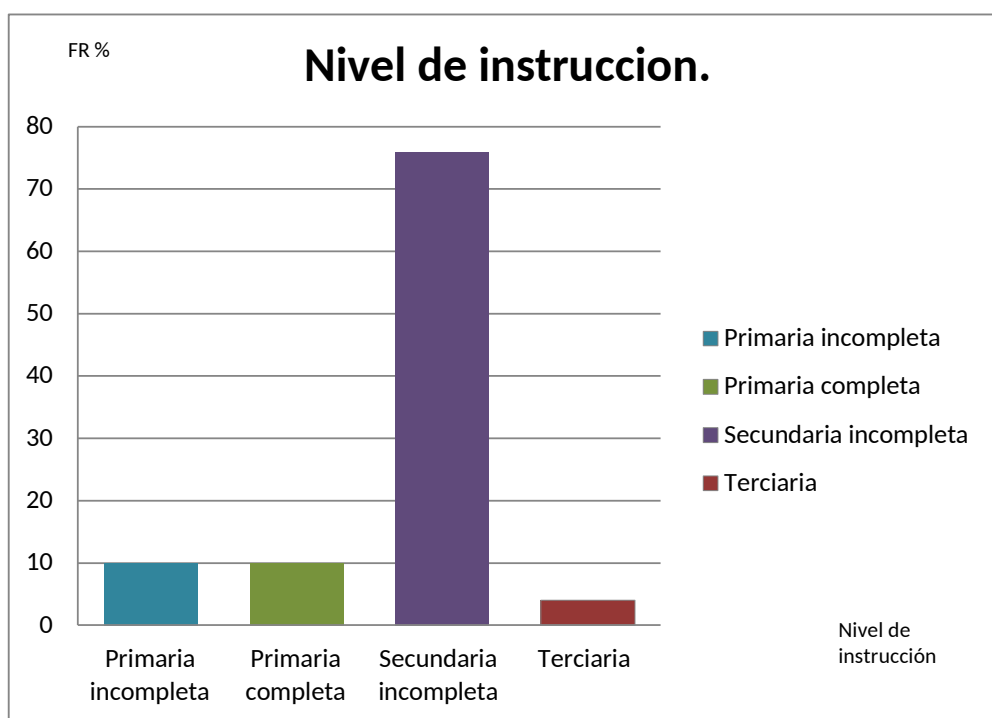


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 3: Nivel de instrucción de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Primaria incompleta	2	10
Primaria completa	2	10
Secundaria incompleta	16	76
Secundaria completa	0	0
Terciaria	1	4
TOTAL	21	100

GRÁFICO 3: Nivel de instrucción de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 4: Número de gestas de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22 /1 de 2016. Montevideo Uruguay.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	FA	FR%
Primigesta	10	48
Secundigesta	3	14
Multigesta	8	38
TOTAL	21	100

GRÁFICO 4: Número de gestas de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22 /1 de 2016. Montevideo Uruguay.

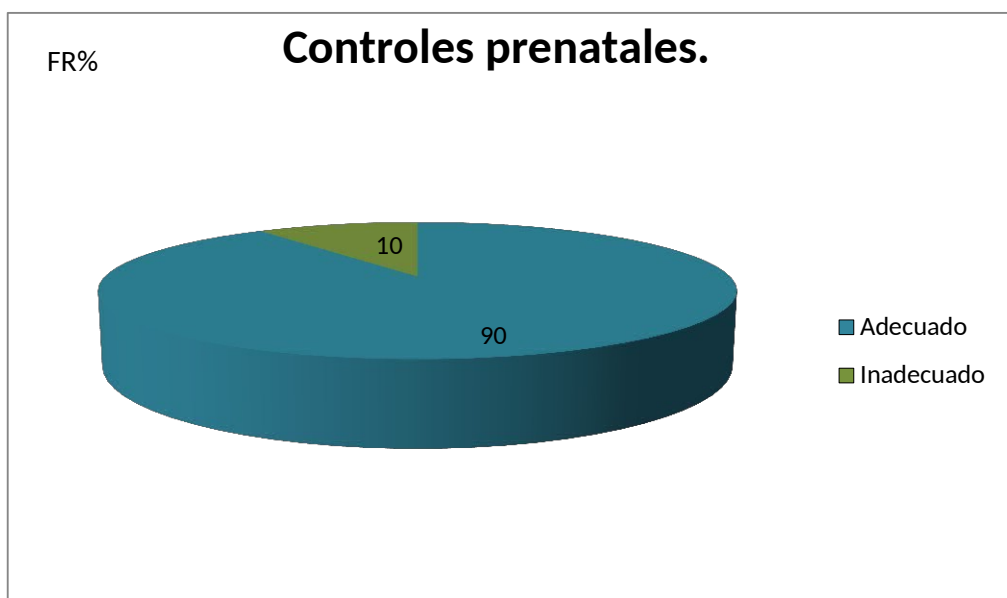


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 5: Número de controles prenatales de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

N° DE CONTROLES	FA	FR%
Adecuado	19	90
Inadecuado	2	10
TOTAL	21	100

GRÁFICO 5: Número de controles prenatales de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 6: Preparación para el parto de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

PREPARACIÓN PARA EL PARTO	FA	FR%
Completa	0	0
Incompleta	2	10
No realiza preparación	19	90
TOTAL	21	100

GRÁFICO 6: Preparación para el parto de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

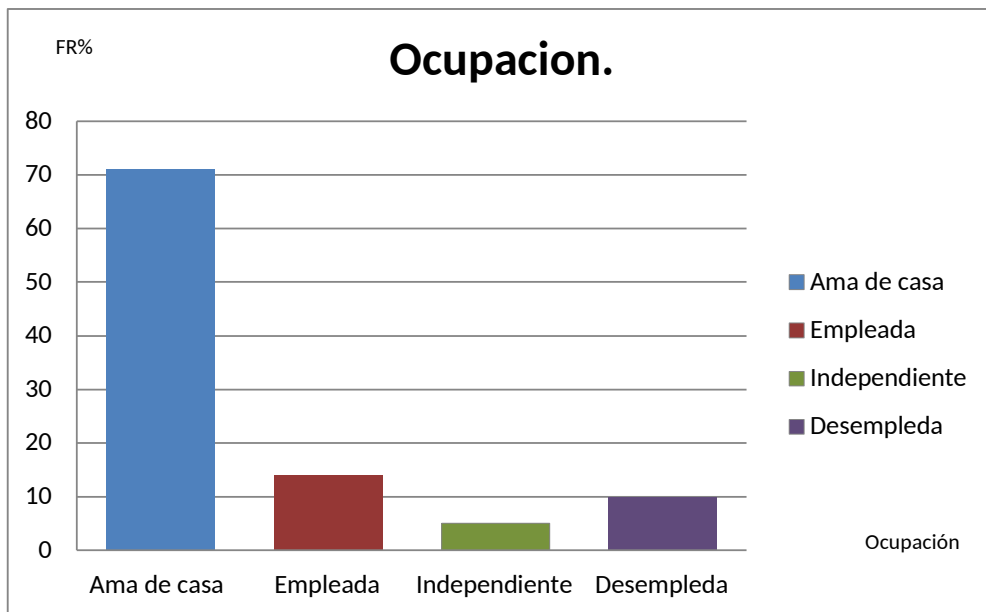


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 7: ocupación de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

OCUPACIÓN	FA	FR%
Ama de casa	15	71
Empleada	3	14
Independiente	1	5
Desempleada	2	10
TOTAL	21	100

GRÁFICO 7: ocupación de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

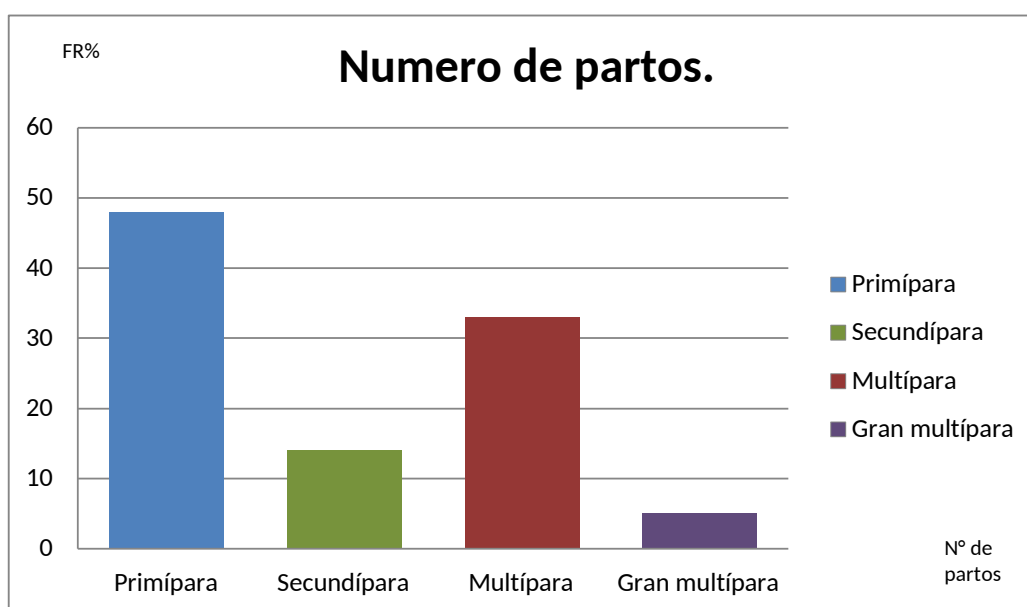


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 8: Número de partos de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

NÚMERO DE PARTOS	FA	FR%
Primípara	10	48
Secundípara	3	14
Multípara	7	33
Gran multípara	1	5
TOTAL	21	100

GRÁFICO 8: Número de partos de las usuarias encuestadas en el centro de salud del Cerro en el periodo del 15/1 al 22/1 de 2016. Montevideo Uruguay.

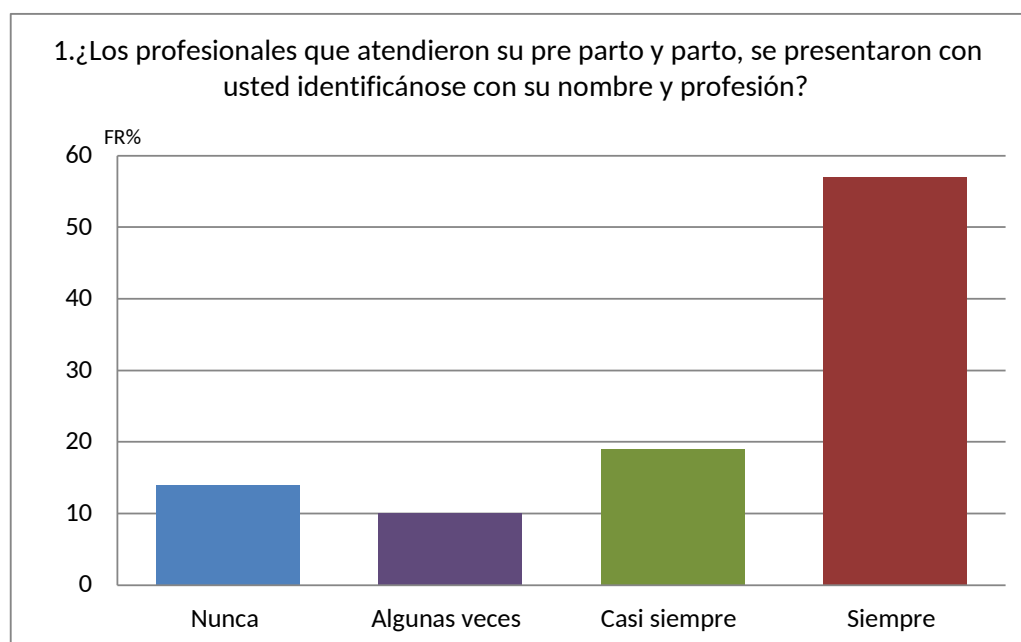


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

VARIABLES ESPECÍFICAS.

1. ¿Los profesionales que atendieron su pre parto y parto, se presentaron con usted identificándose con su nombre y profesión?

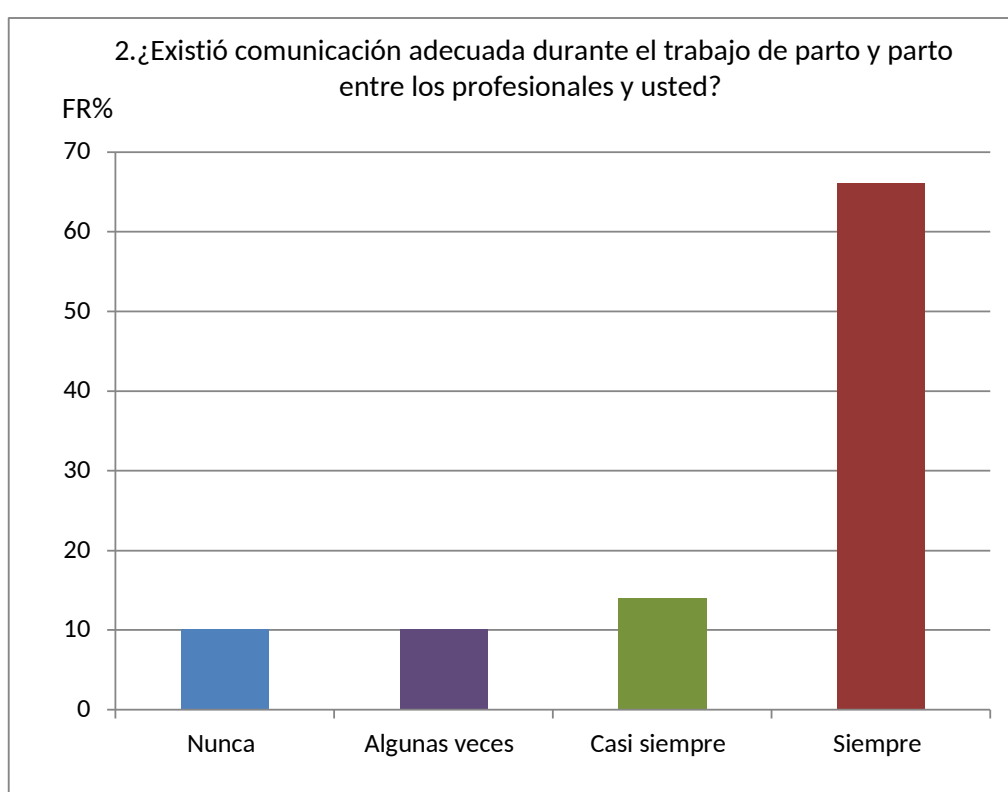
1	FA	FR%
Nunca	3	14
Algunas veces	2	10
Casi siempre	4	19
Siempre	12	57
TOTAL	21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

2. ¿Existió comunicación adecuada durante el trabajo de parto y parto entre los profesionales y usted?

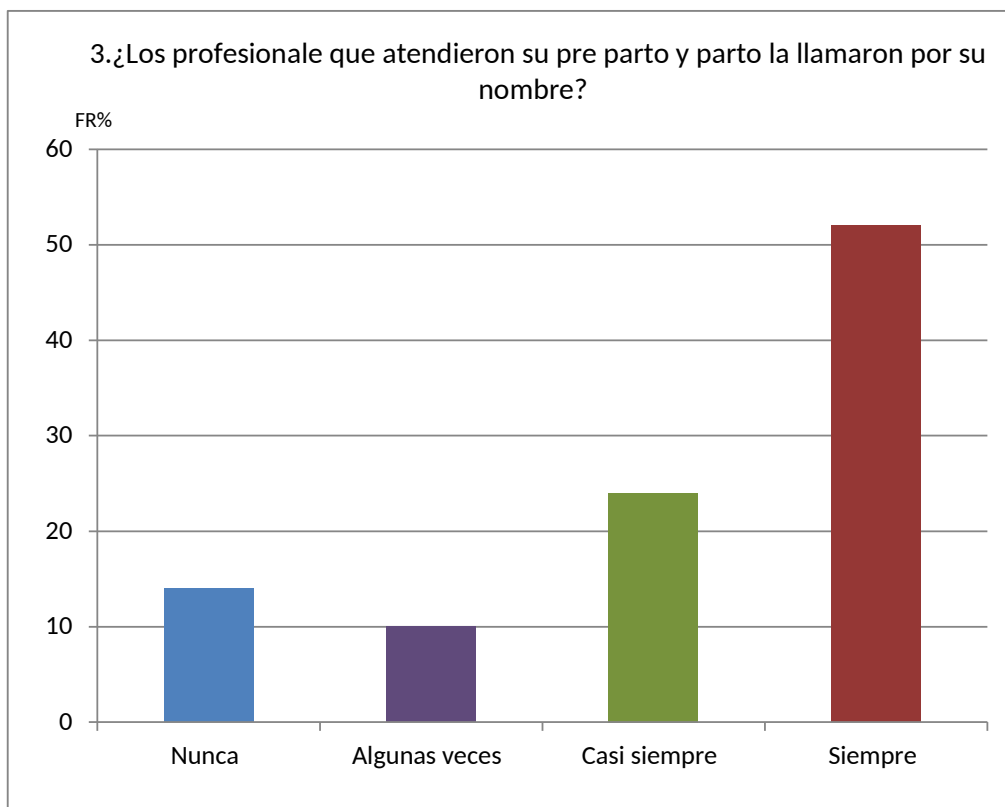
	2	FA	FR%
Nunca		2	10
Algunas veces		2	10
Casi siempre		3	14
Siempre		14	66
TOTAL		21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

3.¿Los profesionales que atendieron su pre parto y parto la llamaron por su nombre?

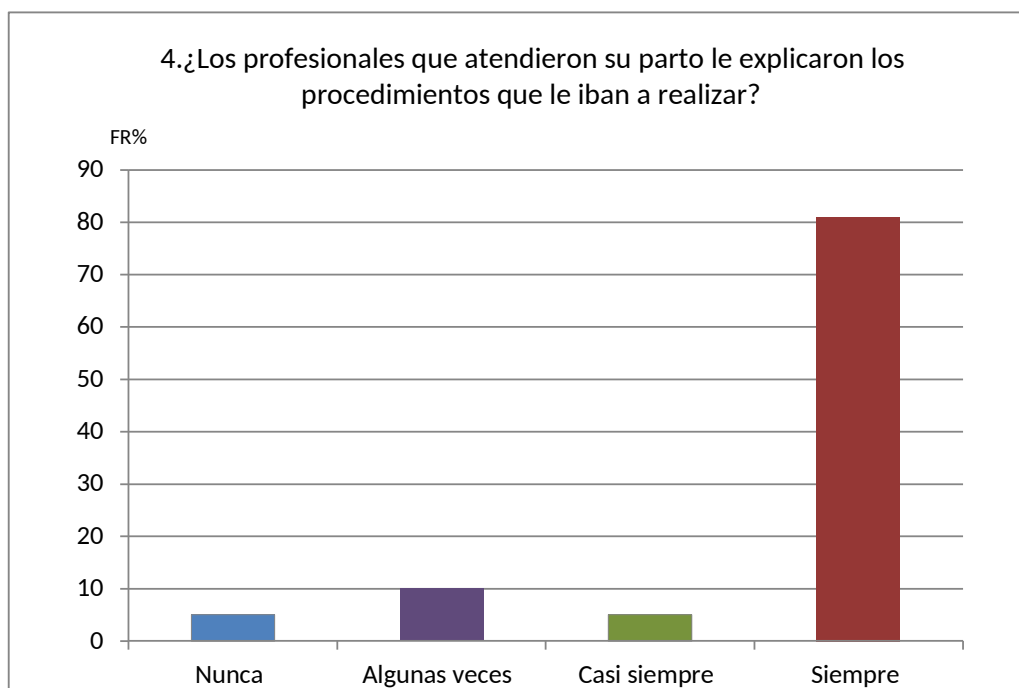
	3	FA	FR%
Nunca		3	14
Algunas veces		2	10
Casi siempre		5	24
Siempre		11	52
TOTAL		21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

4. ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron los procedimientos que le iban a realizar?

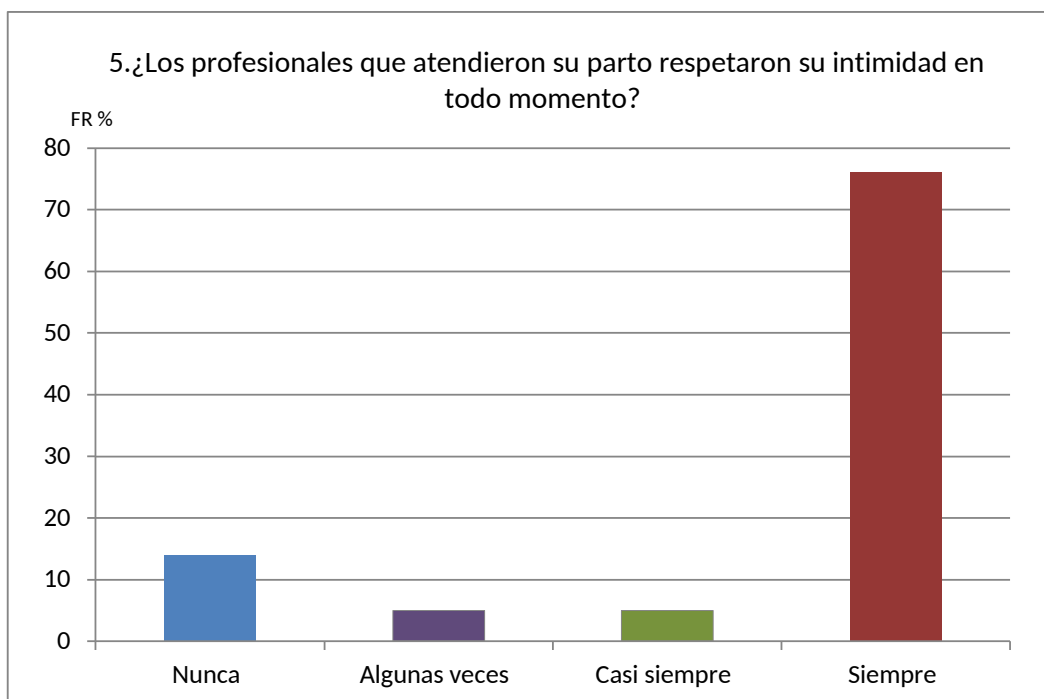
4	FA	FR%
Nunca	1	5
Algunas veces	2	10
Casi siempre	1	5
Siempre	17	81
TOTAL	21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

5. ¿Los profesionales que atendieron su parto respetaron su intimidad en todo momento?

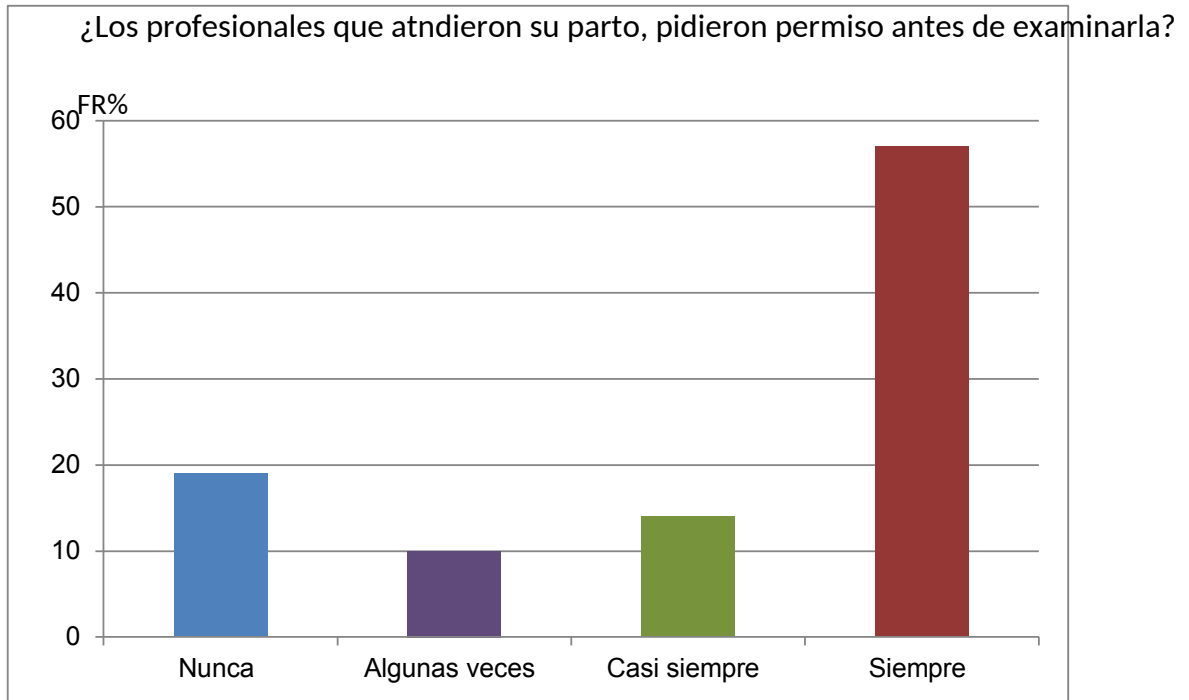
	5	FA	FR%
Nunca		3	14
Algunas veces		1	5
Casi siempre		1	5
Siempre		16	76
TOTAL		21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

6. ¿Los profesionales que atendieron su parto, pidieron permiso antes de examinarla?

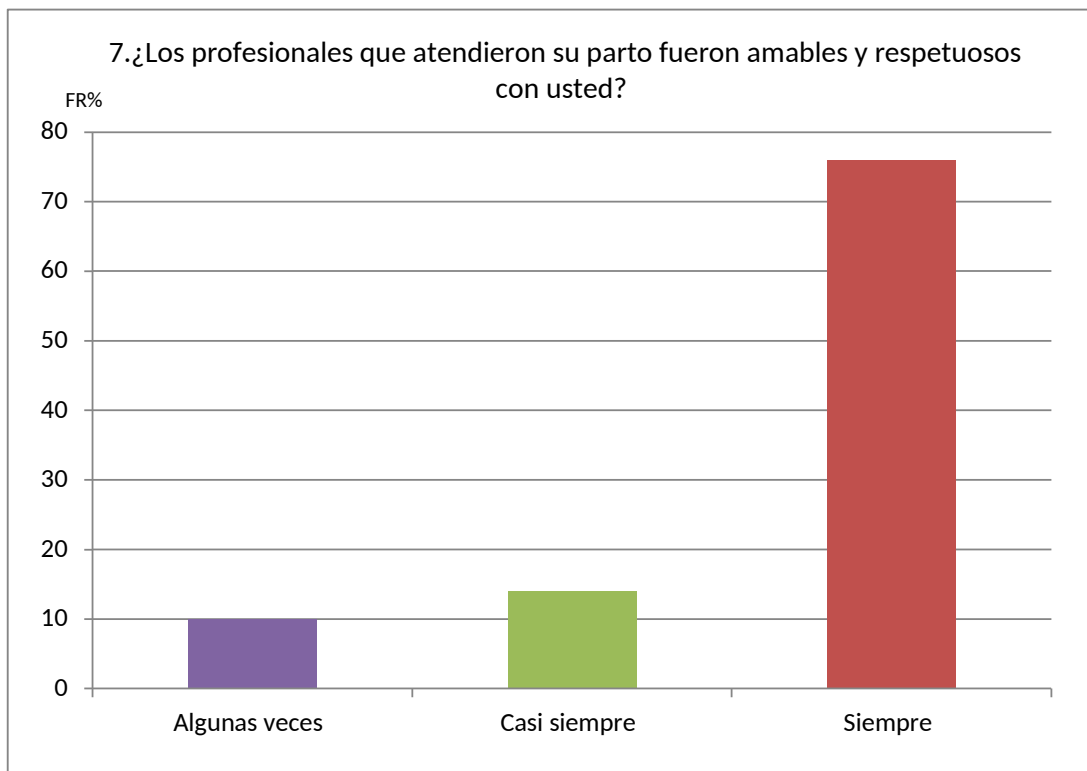
	6	FA	FR%
Nunca		4	19
Algunas veces		2	10
Casi siempre		3	14
Siempre		12	57
TOTAL		21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

7. ¿Los profesionales que atendieron su parto fueron amables y respetuosos con usted?

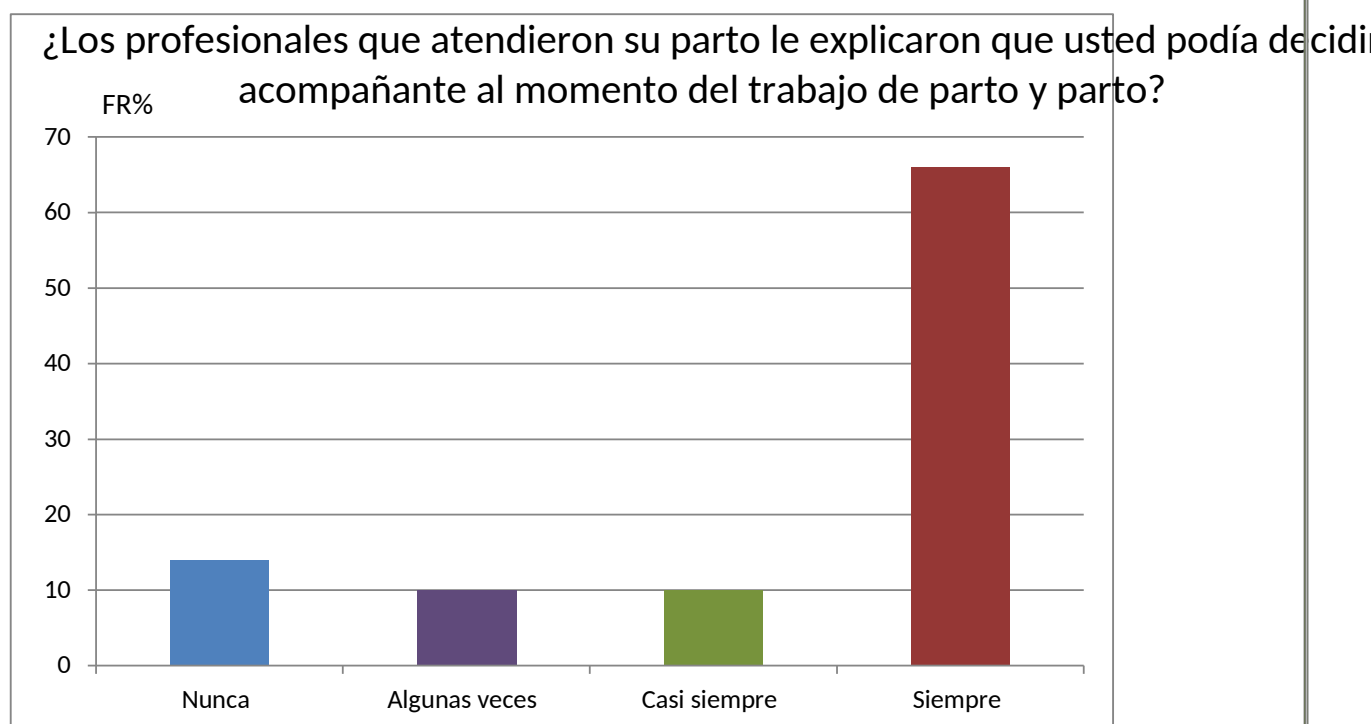
7	FA	FR%
Nunca	0	0
Algunas veces	2	10
Casi siempre	3	14
Siempre	16	76
TOTAL	21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

8. ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que usted podía decidir tener un acompañante al momento del trabajo de parto y parto?

	8	FA	FR%
Nunca		3	14
Algunas veces		2	10
Casi siempre		2	10
Siempre		14	66
TOTAL		21	100

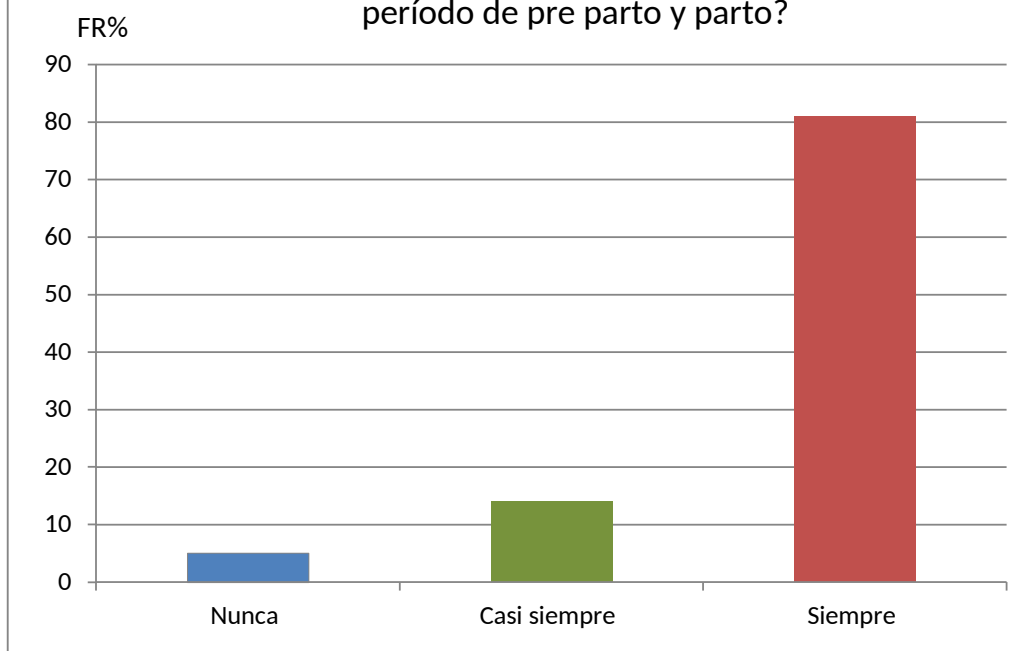


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

9. ¿Los profesionales que atendieron su parto le permitieron tener un acompañante durante el período de pre parto y parto?

	9	FA	FR%
Nunca		1	5
Algunas veces		0	0
Casi siempre		3	14
Siempre		17	81
TOTAL		21	100

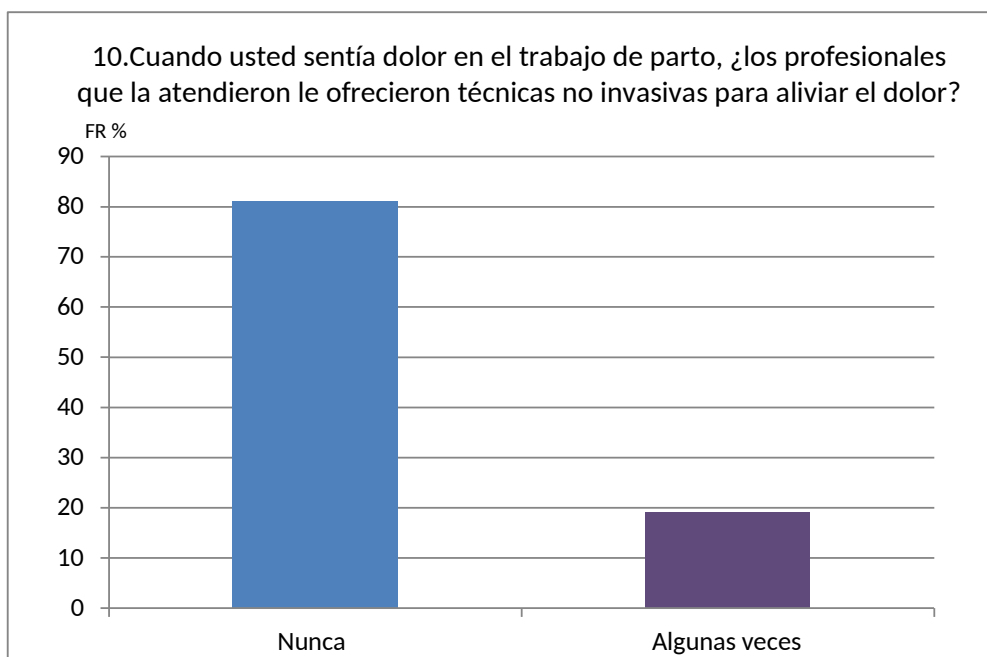
¿Los profesionales que atendieron su parto le permitieron tener un acompañante durante el período de pre parto y parto?



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

10 ¿Cuando usted sentía dolor en el trabajo de parto, ¿los profesionales que la atendieron le ofrecieron técnicas no invasivas para aliviar el dolor?

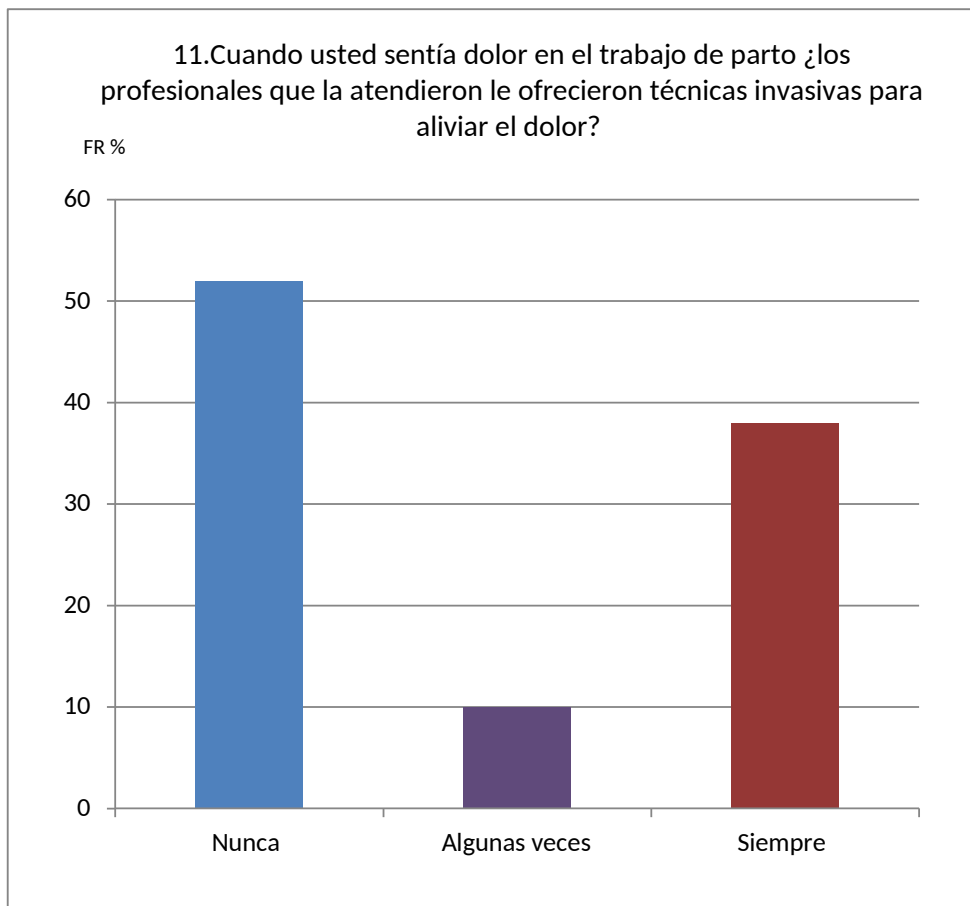
10	FA	FR%
Nunca	17	81
Algunas veces	4	19
Casi siempre	0	0
Siempre	0	0
TOTAL	21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

11. Cuando usted sentía dolor en el trabajo de parto ¿los profesionales que la atendieron le ofrecieron técnicas invasivas para aliviar el dolor?

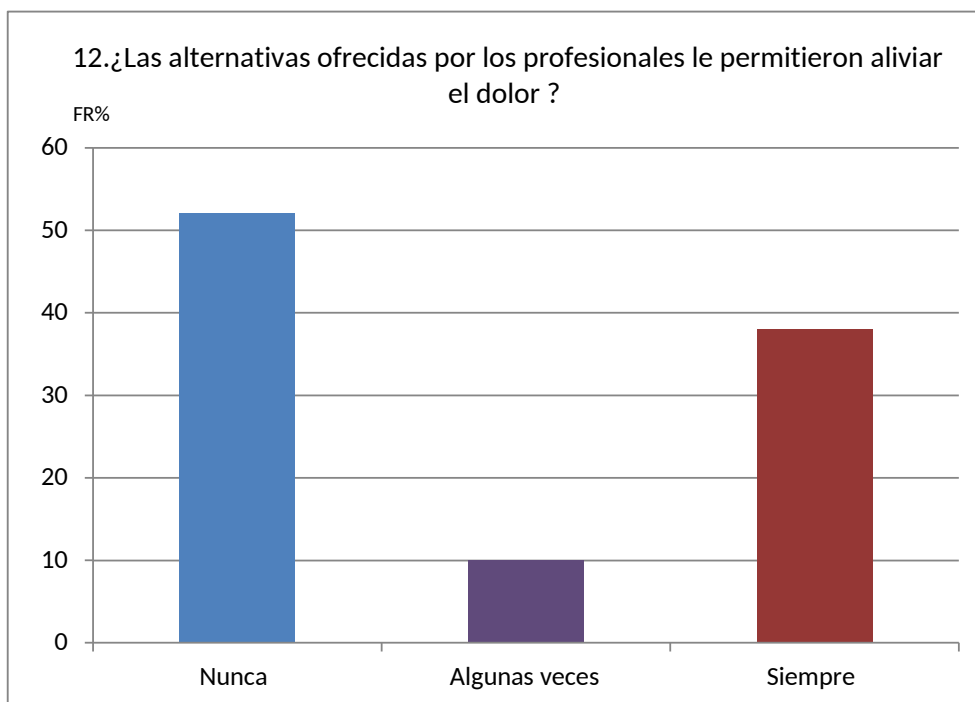
11	FA	FR%
Nunca	11	52
Algunas veces	2	10
Casi siempre	0	0
Siempre	8	38
TOTAL	21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

12.¿Las alternativas ofrecidas por los profesionales le permitieron aliviar el dolor ?

12	FA	FR%
Nunca	11	52
Algunas veces	2	10
Casi siempre	0	0
Siempre	8	38
TOTAL	21	100

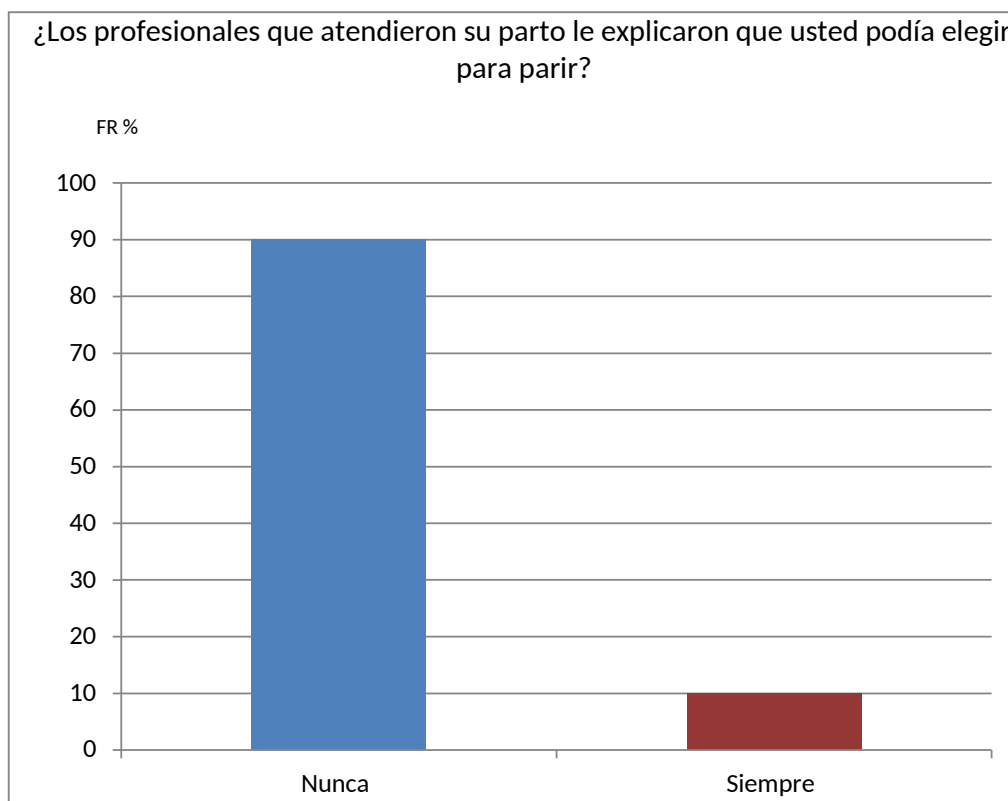


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

13. ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que usted podía elegir la posición para parir?

13	FA	FR%
Nunca	19	90
Algunas veces	0	0
Casi siempre	0	0
Siempre	2	10
TOTAL	21	100

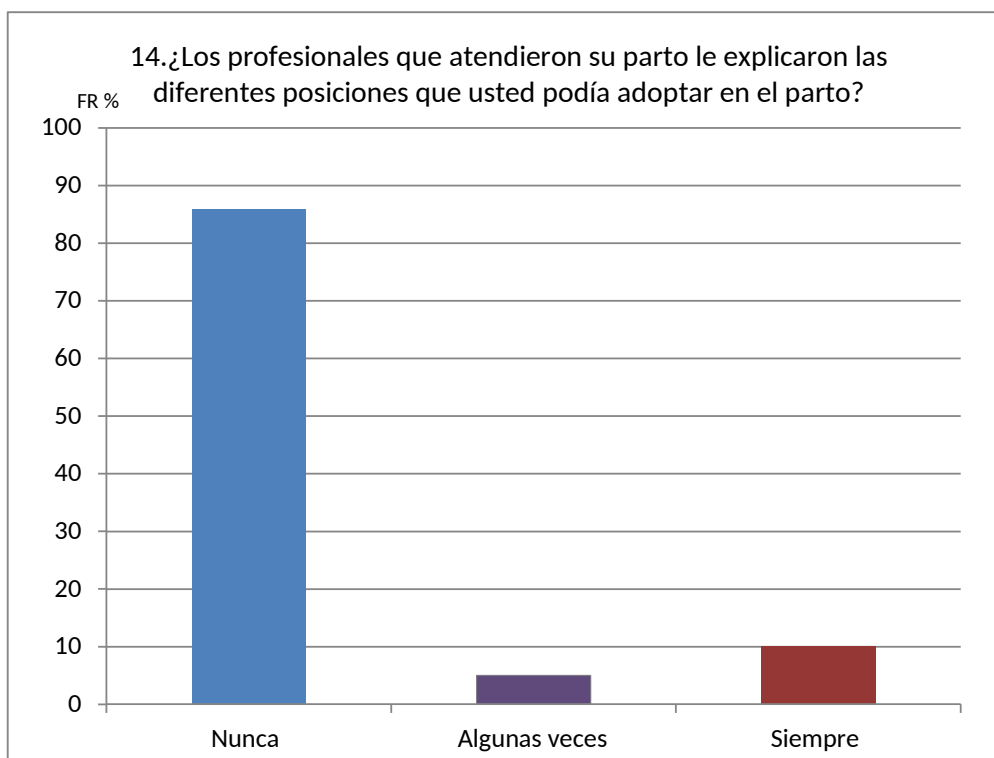
¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que usted podía elegir la posición para parir?



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

14. ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron las diferentes posiciones que usted podía adoptar en el parto?

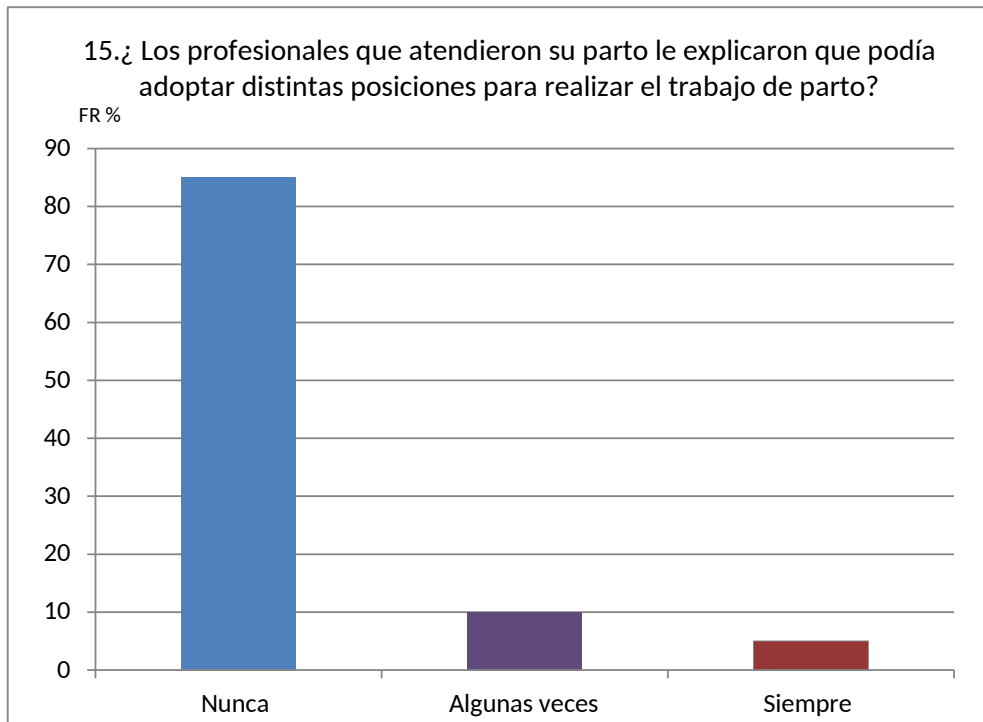
14	FA	FR%
Nunca	18	86
Algunas veces	1	5
Casi siempre	0	0
Siempre	2	10
TOTAL	21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

15. ¿Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que podía adoptar distintas posiciones para realizar el trabajo de parto?

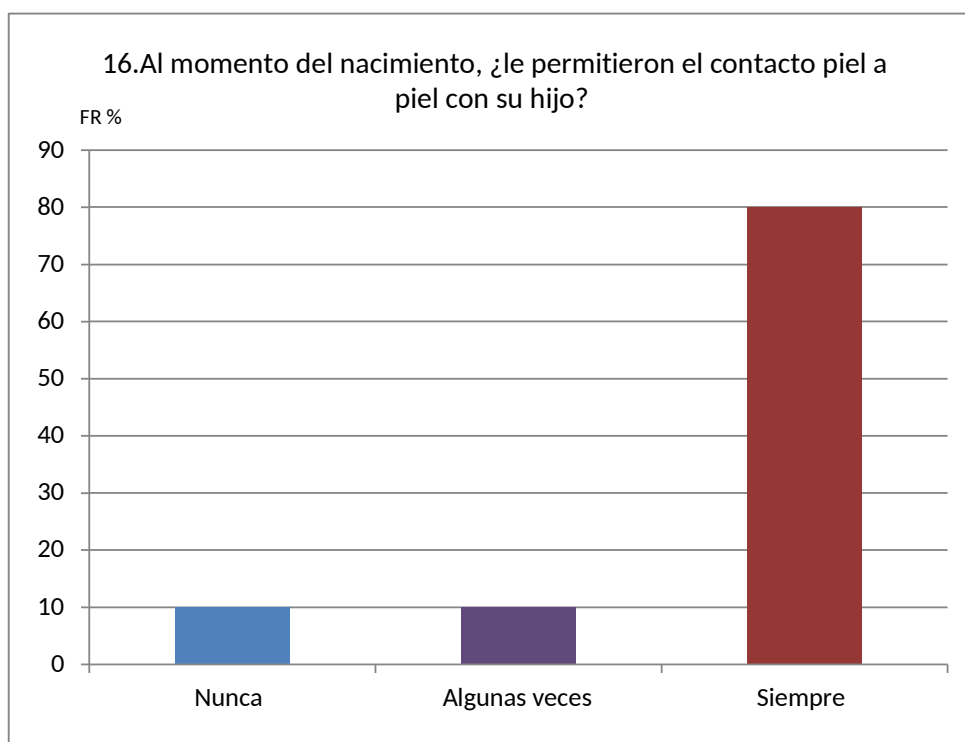
15	FA	FR%
Nunca	18	85
Algunas veces	2	10
Casi siempre	0	0
Siempre	1	5
TOTAL	21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

16- Al momento del nacimiento, ¿le permitieron el contacto piel a piel con su hijo?

16	FA	FR%
Nunca	2	10
Algunas veces	2	10
Casi siempre	0	0
Siempre	17	80
TOTAL	21	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

ANALISIS DE DATOS.

En base a los datos obtenidos de la investigación realizada podemos decir que gran parte de la población encuestada son menores de 23 años, solteras, con un nivel de instrucción incompleto a nivel secundario, de las cuales un amplio porcentaje no percibe ingresos económicos a través de un empleo, determinando así un grupo de factores de riesgo que pueden afectar el normal desarrollo del embarazo, de todas formas se encontró que casi el total de la población controló su embarazo de manera adecuada, lo cual es satisfactorio dado que la captación de los embarazos tempranamente disminuye factores de riesgo o complicaciones tanto para la mujer como para el niño.

A pesar de que el mayor porcentaje de encuestadas fueron primigesta, la gran mayoría de las mujeres no realizó las clases de preparación para el parto, destacando que el escaso número que si las realizó, no lo hizo de forma completa, lo que implica que las mujeres lleguen al momento del parto solamente con las herramientas e información que se les pudo brindar en las consultas pre natales.

En cuanto a la prestación de una atención humanizada en el proceso del nacimiento podemos decir que las mujeres percibieron un trato amable, cordial y respetuoso por parte de los profesionales de la salud que la atendieron, quienes mantuvieron una comunicación adecuada con la misma, explicándole y solicitándole permiso para los procedimientos que se le iban a realizar y conservando su intimidad en la mayoría de los casos.

Esto demuestra un compromiso por parte de los integrantes del equipo de salud, en promover y mantener aspectos básicos y fundamentales que hacen a la adecuada atención.

Si bien estos datos determinan una lectura favorable de la atención brindada, encontramos factores que forman parte de la atención humanizada que aún no se han desarrollado de manera completa, ya que las mujeres refirieron que no se les informó ni ofrecieron técnicas no invasivas para alivio del dolor, así como también manifestaron no haber recibido información por parte del equipo de salud de la existencia de diferentes posiciones para el transcurso del pre parto y parto, ni la posibilidad de adoptar las que ellas consideraran favorable.

Desde un punto de vista humanizado, la mujer no recibe información sobre las distintas alternativas y técnicas aplicables para el parto, perdiendo de esta manera el rol protagónico en el proceso, ya que es ella quien tiene el derecho de decidir cómo parir siempre que no se presenten complicaciones que afecten el normal curso del parto.

En lo que respecta al acompañamiento materno se observó que a pesar de existir una legislación vigente en nuestro país, no todas las mujeres permanecieron acompañadas durante el proceso, a pesar que un porcentaje significativo sí manifestó haber estado acompañada.

En lo que respecta al contacto piel a piel luego del nacimiento, las mujeres encuestadas refirieron que les fue permitido ese primer contacto con el recién nacido, siendo esto una práctica positiva para el binomio.

En reglas generales y luego de la aplicación de la escala de Likert se pudo observar que la respuesta de las mujeres ante las variables humanización y acompañamiento materno es favorable, obteniendo información acerca de las mismas según su percepción y desfavorable ante las variables alivio del dolor y posición materna en periodo dilatante y expulsivo.

CONCLUSIÓN.

Se dieron las condiciones favorables para la realización de dicha investigación, teniendo un buen relacionamiento a nivel grupal y buena receptividad por parte de los integrantes del equipo del Centro de Salud del Cerro y de las mujeres encuestadas.

Se logró caracterizar la población, y conocer cuál es la información que se les brindó en el proceso del nacimiento.

En conclusión de las variables escogidas para la investigación se destacan como favorables los aspectos que hacen al trato humanizado, ya que las mujeres consideran que pudieron identificar al profesional que las trataba estableciendo una adecuada comunicación con el mismo basada en el respeto y la amabilidad, en conocimiento de los procedimientos y técnicas que se le realizaron bajo su consentimiento.

Como desfavorable encontramos la no utilización de técnicas alternativas como primera medida para aliviar el dolor, y la ausencia de información que tienen las mujeres en lo que respecta a las diferentes posiciones que pueden adoptar en el proceso de parto, haciendo esto una limitación de la autonomía de la mujer y que el rol protagónico lo tenga el profesional que atiende el parto decidiendo cómo se desarrolla el proceso.

Si bien la ley de acompañamiento número 17.386 está vigente en nuestro país desde ya varios años, se pudo observar que no fue aplicada en la totalidad de las mujeres, mas haya que un porcentaje significativo refirieron permanecer acompañadas durante todo el proceso.

En síntesis podemos decir que se muestra una óptica humanizada de atención por parte de los profesionales de salud según la opinión de las mujeres quienes percibieron que factores básicos que hacen a la atención humanizada son brindados por parte de los profesionales. Se está direccionando la atención para alcanzar un nivel totalmente humanizado pero aún existen aspectos que no se cumplen o todavía se encuentran en proceso de transición y en caso de lograrse, al finalizar el mismo va a permitir devolverle a la mujer el lugar protagónico de su parto, el cual nunca debió perder, y hacer del nacimiento un proceso familiar y único para cada una de ellas y su familia.

SUGERENCIAS.

Por parte de nuestro equipo, sugerimos que se continúe investigando el tema Humanización del Parto, ya que día a día se van implementando nuevas técnicas y propuestas de trabajo, lo que hace una modificación constante en el accionar diario de los profesionales de salud, dando así la posibilidad de continuar evaluando como se encuentra nuestro sistema en relación al tema.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: declaración de fortaleza, tecnología apropiada para el parto. [Internet]. 1985. p.1. Disponible en : <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf> [consulta: 2 ago 2015].
- 2- Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Ley 17.386 de 30 de agosto de 2001. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor> [consulta: 2 oct 2015].
- 3- Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Ley 18.426 de 10 de diciembre de 2008. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor> [consulta: 5 oct 2015].
- 4- Saavedra Infante DE. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo [tesis de maestría] [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf> [consulta: 5 oct 2015].
- 5- Quintana MV. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. Anest Analg Reanim (Uruguay) [Internet] 2013; 26(2): 6-6. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732013000200006&script=sci_arttext&tIng=en [consuta: 5 oct 2015].
- 6- Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet] 2013; 73(3): 171-80. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004 [consulta: 5 oct 2015].
- 7- Arnau Sánchez J. Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del área I de salud de la región de Murcia [tesis de doctorado] [Internet]. 2012. Disponible en:

<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/37001/1/TJAS.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

8- Vela Coral GP. Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015 [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela_cq.pdf [consulta: 5 oct 2015].

9- Alfonso Orozco G, Peña Alvarado A. Apoyo emocional de las enfermeras a las mujeres en trabajo de parto [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/326/1/AlfonsoOrozcoPenaAlvarado.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

10- González Burgos JT, Quintero Martínez DC. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención [tesis] [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

11- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int (Uruguay) [Internet] 2011; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext [consulta: 5 oct 2015].

12- García Salabarría J. Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública Cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet] 2006; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100014&script=sci_arttext [consulta: 5 oct 2015].

13- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: declaración de fortaleza, tecnología apropiada para el parto. Loc. Cit. p.1.

14- Zabalegui Yáñez A. El rol del profesional en enfermería. Aquichán (Colombia) [Internet] 2003; 3(1):16-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es [consulta: 12 oct 2015].

15- Ibid.

16- Ibid.

- 17 - Corral Ibarra R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. Rev U.D.C.A Divulg Cient (Colombia) [Internet] 2008; 11(1):47-56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-42262008000100007&script=sci_arttext [consulta: 10 oct 2015].
- 18- Dispone que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Ley 17.386 de 30 de agosto de 2001. Uruguay. Loc. Cit.
- 19- Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Ley 18.426 de 10 de agosto de 2008. Uruguay. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf [consulta: 3 oct 2015].
- 20- Verde ME, Varela L, Episcopo C, García R , Briozzo L , Impallomeni I, et al. Embarazo sin control: análisis epidemiológico. Rev Méd Urug [Internet] 2012; 28(2):100-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902012000200003&script=sci_arttext [consulta: 9 oct 2015].
- 21- Fescina RH, De Mucio B, Días Rosello JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iclap31053.pdf> [consulta: 9 oct 2015].
- 22- Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico 2014. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37281/Anuario2014.pdf/021afc83-e6c9-43c9-8a7e-302f7a5eed6> [consulta: 9 oct 2015].
- 23- Real Academia Española [Internet]. 2015. Humanizar. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KnbmlsL> [consulta: 9 oct 2015].

- 24- Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm (Brasil) [Internet] 2007; 20(4): 499-503. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019 [consulta: 9 oct 2015].
- 25- Ibid.
- 26- Peplau EH. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.
- 27- Universidad de la República (Uruguay). Hospital de Clínicas. División Enfermería. Manual de procedimientos, protocolos e instructivos generales de enfermería. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.enfermeria.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=70 [consulta: 10 oct 2015].
- 28- Ibid.
- 29- Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S: dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet] 2005; 28(3): 33-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006 [consulta: 6 dic 2015].
- 30- Martínez J, Delgado M. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2013; 78(4): 293-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400008 [consulta: 11 oct 2015].
- 31- Zafra Pedone J, Calvache España J. Analgesia epidural para el trabajo de parto. Iatreia (Colombia) [Internet] 2008; 21(4): 355-63. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932008000400001&script=sci_arttext [consulta: 11 oct 2015].
- 32- Langer A. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. [Internet]. 2007. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/Alcom2/es/ [consulta: 6 dic 2015].

- 33- Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno-filial. *Matronas Prof* [Internet] 2014; 15(4): 1-6. Disponible en : <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/18343/173/beneficios-del-acompanamiento-a-la-mujer-por-parte-de-su-pareja-durante-el-embarazo-el-parto-y-el-puterperio-en-relacion> [Consulta: 6 dic 2015].
- 34- Cassella A, Gómez VG, Domingo J. Maidana R. Puerperio normal. *Rev Posgrado Cátedra Vía Medicina* [Internet] 2000; (100): 2-6. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puterperio_normal.htm [consulta: 6 dic 2015].

ANEXOS



ANEXO 1 PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN



**Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra materno infantil**



Información que reciben las mujeres sobre atención humanizada durante el proceso del parto.

Tesis de grado Licenciatura en Enfermería

Autores

Camacho Rolan, Allison
Echeverria Fagúndez, Silvina
Ferreira Ramirez, Daiana
Pastorin Duarte, Cecilia
Piebrabuena Amaro, Dayana

Tutor:

Prof. Adj. L.E. Alicia Pérez

**Montevideo – Uruguay
2015**

INTRODUCCIÓN:

Desde que el proceso del parto comenzó a realizarse en instituciones hospitalarias con el fin de disminuir la morbilidad materno infantil en el siglo XX, el mismo comienza a vivirse como una enfermedad, la mujer comienza a perder el protagonismo, ya que éste se transforma en un acto médico y la mujer comienza a adaptarse a las reglas institucionales.

Luego que la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela la declaración “El nacimiento no es una enfermedad” en 1985 ¹, se inicia un proceso de transformación del modelo de atención a la mujer a la hora del nacimiento, comenzando con las bases de lo que hoy conocemos como parto humanizado o atención humanizada para el nacimiento.

La OMS propone la humanización de la atención con el fin de promover el parto y el nacimiento saludable y la prevención de la mortalidad materna y perinatal, con intervenciones cuidadosas, evitando excesos en el uso de los recursos tecnológicos disponibles.

A nivel regional en Belo Horizonte, Brasil el Hospital “Sofía Feldman” es pionero en atención humanizada desde hace varios años, siendo los primeros en la región en abocar los cambios de humanización de la atención pre y post natal.

En Uruguay se destaca el hospital regional del Departamento de Rocha “Humberto Domínguez” siendo el Dr. F. Martínez Rodríguez el pionero en la temática, quien comenzó con un plan piloto de atención humanizada a todas las embarazos que reciben asistencia para su parto en dicho hospital desde el año 2014.

1- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: declaración de fortaleza, tecnología apropiada para el parto. [Internet]. 1985. p.1. Disponible en : <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf> [consulta: 2 ago 2015].

En el Hospital regional de Young en el Departamento de Paysandú, también se realizaron grandes cambios en la infraestructura integrando a las instalaciones del mismo, salas de nacer para la aplicación de técnicas relacionadas a la atención humanizada en el parto.

De la misma manera sucede en el hospital de referencia neonatal, centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) donde a partir del año 2009 se puso en marcha la reforma de la maternidad donde se apunta a la construcción de 6 salas de nacer que brinden más dignificación al acto del nacimiento como puntapié inicial para comenzar a brindar una atención más humanizada y sumándose a la estraga que viene en la región de nuestro país en cuanto a la humanización de la atención en el proceso del nacimiento. A nivel legislativo Uruguay cuenta con la ley N° 17.386 ² de acompañamiento materno, y la ley N° 18.426 de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. ³ Además, posee comparativamente en la región, una muy buena posición en términos de cobertura y accesibilidad al sistema de salud así como de indicadores de morbimortalidad materno e infantil. La captación temprana del embarazo, la cantidad y frecuencia de los controles, así como la asistencia de personal sanitario especializado en el parto, repercuten directamente en la disminución de los riesgos relacionados con la gestación, el parto y el puerperio.

2- Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Ley 17.386 de 30 de agosto de 2001. Uruguay. Disponible en:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor> [consulta: 2 oct 2015].

3- Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Ley 18.426 de 10 de diciembre de 2008. Uruguay. Disponible en:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor> [consulta: 5 oct 2015].

ANTECEDENTES:

Se realizó una revisión bibliográfica de un conjunto de estudios relacionados a la temática elegida en buscadores como Lilacs, Scielo, Timbó, entre otros; así como también se indagó en el archivo de tesis de la biblioteca de la Universidad de la República; los hallazgos de las revisiones realizadas se describen a continuación:

Lic. Enf Saavedra D. tesis de licenciatura, (2013) realizó en Colombia el estudio: “Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo”. Los resultados evidenciaron una percepción del cuidado recibido en su mayoría favorable (75%). En relación a la deferencia respetuosa, el 81% de las madres calificó los comportamientos del cuidado como favorables.⁴

Dra. Quintana M, y col. (2013) realizó en Uruguay es estudio “Satisfacción y calidad en analgesia del parto”, con el objetivo de medir la satisfacción de 151 gestantes asociada a la analgesia del parto. Se concluye que la satisfacción materna está fuertemente determinada por la efectividad de la técnica, dependiendo también de otros factores como el apoyo percibido durante el trabajo de parto y experiencias previas.⁵

Dr. Castellanos C. y col (2012) desarrollaron un estudio en Venezuela, titulado: “Violencia Obstétrica: percepción de las usuarias”. Estos hallazgos concluyeron en que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.⁶

4- Saavedra Infante DE. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo [tesis de maestría] [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

5- Quintana MV. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. Anest Analg Reanim (Uruguay) [Internet] 2013; 26(2): 6-6. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732013000200006&script=sci_arttext&lng=en [consulta: 5 oct 2015].

6- Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet] 2013; 73(3): 171-80. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004 [consulta: 5 oct 2015].

Dr. Arnau J. (2012) publicó una tesis en España, titulada: “Estudio exploratorio de la Humanización en la atención perinatal de la mujer del Área I de Salud de la región de Murcia”. Dentro de los métodos de erradicación del dolor, la analgesia epidural es elegida por la mayoría de mujeres, las cuales refieren que es la única forma de cambiar las percepciones preconcebidas del parto asegurándose una experiencia gratificante del mismo.⁷

Lic. Obst Callata Y. y Zegarra S. (2011) publicaron en Lima la tesis “Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011”, donde incluyeron a 322 púerperas de parto vaginal. Se encontró que los factores que limitan a la usuaria la atención de su parto con acompañante fueron la carencia de información el 38,5% acerca del tema. El 14,6% no hubieran deseado estar acompañadas en su parto, mientras que el 68,3% no obtuvo información sobre el parto con acompañante.⁸

7- Arnau Sánchez J. Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del área I de salud de la región de Murcia [tesis de doctorado] [Internet]. 2012. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/37001/1/TJAS.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

8- Vela Coral GP. Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015 [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela_cg.pdf [consulta: 5 oct 2015].

Lic. Enf Orozco G. y Lic. Peña A. (2010) realizaron un estudio en México, titulado: “Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto”. En relación a las escalas aplicadas, la de comunicación obtuvo puntuaciones más bajas, así la mayoría del personal de salud se presentó con ellas; sin embargo, el 42,7% expresó que se les explicó poco o nada en qué consistía el trabajo de parto, el 60% manifestó que se le explicaron los procedimientos propios de la atención que iban a recibir. Asimismo, el 70% de las pacientes refirió que el personal de salud le ayudó a controlar sus emociones y fue tolerante con ellas. La mayoría de las mujeres expresó que el personal de salud mostró respeto durante el trabajo de parto y respetó sus derechos; por último, en el estudio la mayoría de pacientes expresaron que se sintieron satisfechas con la atención recibida.⁹

Lic. Enf González J. y Lic. Enf Quintero D. (2009) elaboraron una investigación en Colombia, titulada: “Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización de Urgencias de Ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención”, los resultados evidenciaron que el 73% de las mujeres atendidas en el servicio de hospitalización siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de salud, el 11% casi siempre percibieron un cuidado humanizado, el 12% algunas veces percibió cuidado Humanizado y el 4% nunca percibió un cuidado humanizado. ¹⁰

9- Alfonso Orozco G, Peña Alvarado A. Apoyo emocional de las enfermeras a las mujeres en trabajo de parto [tesis] [Internet].

2010. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/326/1/AlfonsoOrozcoPenaAlvarado.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

10- González Burgos JT, Quintero Martínez DC. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención [tesis] [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf> [consulta: 5 oct 2015]

JUSTIFICACIÓN:

Enfocamos nuestra investigación a dicha temática por la importancia que ha tomado el tema de la humanización de la atención pre y post natal tanto a nivel nacional como regional, dado el cambio de rol que ha tenido la mujer siendo considerada plena de derechos, recuperando su protagonismo en un hecho tan importante en su vida y donde además la legislación también respalda dichos cambios.

Siendo el nacimiento de un hijo una etapa en la vida de la mujer única e irrepetible, consideramos que la misma debe darse en condiciones de respeto hacia ella, el recién nacido y la familia.

Humanizar la asistencia al nacer implica cambios en las actitudes y rutinas actuales con el fin de hacer de este momento lo menos medicalizado posible, siendo la mujer protagonista de su parto, fomentando las relaciones humanizadas, tomando en cuenta el apego inmediato madre/hijo como pilar primordial de la atención y poder hacer del nacimiento un hecho familiar, incorporando acciones que le permitan ejercer sus derechos y elegir cómo y con quien desean vivir ese momento siempre y cuando las circunstancias lo permitan.

Si bien se ha avanzado en la incorporación de este nuevo modelo de atención a la mujer, hoy en día la práctica de una atención humanizada permanece lejos de la realidad del trabajo, principalmente debido a las rígidas reglas, las rutinas institucionales y espacio físico inadecuado de las salas de pre parto y parto tanto en Uruguay como en la región.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer cuál fue la información que recibieron las mujeres de parte del equipo sanitario en relación al parto humanizado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Caracterizar la población objetivo.

Conocer la información que recibieron las mujeres de parte del equipo sanitario en relación a: manejo del dolor, posición materna en período dilatante, posición materna en periodo expulsivo, acompañamiento materno, y trato humanizado.

MARCO REFERENCIAL

Frente a la no respuesta ante la solicitud de la autorización para realizar la investigación en la maternidad de referencia de ASSE, desarrollaremos nuestra investigación en el Centro de Salud del Cerro, perteneciente a la RAP de ASSE, ubicado en la calle Carlos Ma. Ramírez 1744 entre Chile y Grecia, ya que el mismo representa una de las coberturas más significativas de Montevideo. En dicho centro además de las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, se incorporan actividades de promoción de salud en las organizaciones de la comunidad y las policlínicas que desde ahí se coordinan las mismas.

Cabe destacar que en esta policlínica se atienden mujeres las cuales tuvieron su parto en instituciones de salud pública y que viven en la zona de cobertura de dicha policlínica.

Se extrajo de información brindada por el servicio que del total de nacimientos que se producen en las maternidades de ASSE de Montevideo por mes se verifica que 80 son de la zona de influencia de dicho centro de salud al año 2015 y según los datos que registra el programa Aduana del centro, el 40% de los niños de la zona son controlados en el Centro de Salud del Cerro, el control de los niños restantes se produce en las policlínicas antes mencionadas que se encuentran dentro de la zona de influencia.

En el Centro de Salud Cerro se puede acceder a la atención de distintos especialistas. Gestiona en coordinación con el Programa APEX un Espacio Adolescente. Este centro también cuenta con un equipo de Servicio Social. Es uno de los tres centros que gestiona el programa SERENAR y además también cuenta con servicio de Emergencias de puerta abierta que se encuentra disponible las 24 hs.

Las zonas geográficas comprendidas son los centros comunales zonales 14,17 y 18, siendo este el centro referencial para 220 mil habitantes de la zona oeste de Montevideo, incluyendo barrios como Paso Molino, Barra de Santa Lucía, Pajas Blancas, Paso de la Arena, Santa Catalina, Nuevo Paris, Santiago Vázquez, La Teja, Pueblo Victoria, Capurro y zonas suburbanas de Montevideo Pueden acceder los usuarios de ASSE y los de FONASA que decidieron atenderse en Salud Pública. El centro de salud se encuentra en la calle Carlos María Ramírez 1744 entre Chile y Grecia.

De este centro dependen las siguientes policlínicas: 19de Abril, 3 Ombues, Club Cap-Polonio, La Tierrita, Bauza, Dra. Kemay, Inve 18, Montserrat, Covicenova, Maracaná Sur, La Boyada, El Tobogán, Nuevo Amanecer, Santa Catalina, Pajas Blancas, Maracaná Norte, Las Torres, Jardines De Las Torres, Las Flores, Villa Sarandi, Espartaco, Gori , Santiago Vázquez, Los Bulevares, Aldeas Infantiles.

MARCO TEÓRICO.

Para iniciar una base teórica como fundamento de nuestra investigación comenzaremos definiendo *“niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población”*¹¹. Se puede decir entonces que es una manera de optimizar recursos, se pueden dividir en 3 niveles atención y cada uno cuenta con un nivel de complejidad diferente:

Primer nivel el cual es el primer contacto con la población. En él se resuelven situaciones que afectan a las necesidades básicas de la salud del individuo y de la comunidad además de realizarse actividades de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud. Este nivel posee una amplia cobertura y resuelve un 85 % de los problemas prevalentes.

La promoción en salud hace referencia a la estrategia utilizada por los centros de primer nivel para brindar a la población las herramientas necesarias para fomentar la autonomía para la gestión de su propia salud mientras tanto la prevención está dirigida al control y manejo de las enfermedades, haciendo énfasis en los factores potenciales de riesgo.

El primer nivel cuenta con un amplio equipo de salud, capacitado en sus diferentes áreas con el fin de brindarle a la comunidad la satisfacción de sus necesidades básicas de salud, evitando la enfermedad y siendo la primera barrera de filtración del segundo nivel de complejidad de atención

Ya en el segundo nivel de atención están los hospitales y centros de salud donde se resuelven situaciones que no pudieron ser resueltas en el primer nivel, de manera ambulatoria o en la internación. Abarca una amplia gamas de especialidades con profesionales formados cada uno en su disciplina competente y trabajando ya sea en equipos inter o multidisciplinarios para restaurar el proceso de salud enfermedad satisfaciendo la demanda de cada uno de los usuarios que cursa el proceso de enfermedad.

Entre el primer y el segundo nivel de atención se deberían resolver hasta el 95% de los problemas de salud existentes en la población. El 5% restante corresponde a aquellas

11- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int (Uruguay) [Internet] 2011; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext [consulta: 5 oct 2015].

patologías que requieren de un nivel más complejo de atención siendo este el tercer nivel, donde los profesionales que ahí se desempeñan están equipados y especializados para resolver situaciones de poca prevalencia y poseen una amplia cobertura.

En el primer nivel de atención se desarrollará el concepto de Atención Primaria en Salud (APS), que no es más que *“Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”*. Alma Ata año 1978.¹²

Esta estrategia surge con el fin de superar los modelos biomédicos existentes, los cuales se centran solo en la enfermedad y requerían de la utilización de recursos y centros de salud produciendo un alto costo. La misma propone ambientes saludables, fomenta la participación social, y el trabajo con y en la comunidad además de establecer estilos de vida en la misma a través de la promoción y prevención.

No es lo mismo APS que primer nivel de atención ya que la estrategia planteada por APS se puede aplicar en cualquiera de los niveles de atención, pero si la misma se aplica mucho al trabajar con la comunidad, donde el individuo se encuentra sano y el objetivo primordial es la prevención y la promoción de la salud como base fundamental para mantener el equilibrio del proceso de salud enfermedad.

Para introducirnos en la temática elegida a trabajar en esta investigación comenzaremos a desarrollar los inicios de lo que hoy denominamos parto humanizado o nacimiento humanizado

En el año 1985 la oficina regional europea de la OMS, la OPS y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos,

12- García Salabarría J. Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública Cubana. Rev Cubana Salud Pública Internet] 2006; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100014&script=sci_arttext [consulta: 5 oct 2015].

economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones.

La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo: 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. 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 evidencia científica 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 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 cardíaca 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 un 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.¹³

La Humanización de la atención en sus múltiples versiones, expresa un cambio en la comprensión del nacimiento como una experiencia humana única, un cambio en cuanto a diferentes aspectos como lo son el sufrimiento de la mujer, ya que anteriormente la atención de la salud regida por la iglesia católica describe al sufrimiento durante el parto como un plan divino, un castigo por el pecado original. El parto humanizado pretende contemplar las opiniones, necesidades, emociones tanto de las mujeres como de su familia en el proceso del embarazo, parto y puerperio, haciendo valer la dignidad humana, donde las mujeres sean protagonistas de su parto y tengan el poder de decidir sobre donde, como y con quien parir.

Para que todas estas recomendaciones sean aplicables a todas partes del mundo, es fundamental que desde el equipo se comience con la iniciativa de humanizar la atención que se brinda en cada nacimiento y para ello es necesario que cada integrante del equipo conozca el rol que cumple y las funciones que debe desempeñar a lo largo del proceso del nacimiento para así poder brindarle a la mujer el papel fundamental que merece haciéndose dueña de las decisiones en su parto y viviendo la experiencia junto a quien lo desea y como lo desea.

El ser humano se encuentra constantemente en contacto con su entorno y con otras personas, actúa basándose en su experiencia, manifiesta su capacidad de funcionar de manera efectiva y la de adaptarse a la vida.

Cada individuo posee su propia realidad, la cual está basada en su experiencia. Cada uno interpreta de una manera diferente y le da un significado, el cual está relacionado a las experiencias vividas.

*Para Maslow “Cada persona tiene una jerarquía de necesidades que debe ser satisfecha, y el poder para cambiar el mundo de acuerdo con sus intereses”.*¹⁴

13- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: declaración de fortaleza, tecnología apropiada para el parto. Loc. Cit. p.1]

14- Zabalegui Yárnoz A. El rol del profesional en enfermería. Aquichán (Colombia) [Internet] 2003; 3(1):16-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es [consulta: 12 oct 2015].

Los factores del entorno que influyen a los seres humanos se pueden clasificar en los del entorno físico, los patrones culturales y los patrones sociales.

El entorno físico hace referencia a las variables físicas, químicas y biológicas que se encuentran en constante interacción con la salud humana. Un entorno óptimo no solo proporciona los factores necesarios para un adecuado desarrollo físico y mental, sino que también es favorable para la satisfacción de las necesidades básicas

Dentro de los patrones culturales encontramos la religión, la constitución de la familia y la organización de la misma, los hábitos, el concepto de lo que es saludable y lo que no. Por último, dentro de los factores sociales se encuentran los patrones de relacionamiento, el nivel de educación, el status socioeconómico. Estos factores inciden de manera directa en la accesibilidad de las personas al cuidado de la salud y en la toma de decisiones.

Desde la profesión que nos compete, la enfermería se define como una disciplina humanista, entiende al ser humano como ser único y en constante interacción con el entorno, donde es la propia persona la que elige, se auto determina y es un ser activo.

“El Consejo Internacional de Enfermería, como la más antigua organización profesional internacional, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.”¹⁵

Tanto licenciados como auxiliares de enfermería son el nexo conector entre los distintos profesionales de la salud, el paciente y su familia. Incluye a la familia y al propio individuo, en participación directa, ya que entiende que el hombre es el propio gestor de su salud. La Licenciada en enfermería se anticipa a situaciones adversas, y previene aquellas potencialmente negativas para la salud.

15- Ibid.

Florence Nightingale (enfermera inglesa, pionera de la enfermería moderna) insistió no solo en los conocimientos científicos, sino que también en el comportamiento ético de la enfermería. Surge como profesión en el siglo XIX.

A mediados del siglo XXI se vuelve fundamental que la enfermería abarque el ámbito de la investigación para ser considerada una profesión conjuntamente con los demás integrantes del equipo de salud.

Se puede definir la enfermería como una disciplina científica basada en la experiencia y la observación. *“El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces”*¹⁶

En lo que respecta al rol que cumple el/a L.E en el parto humanizado, podemos decir que durante el proceso de parto la madre y la familia experimentan una serie de cambios y procesos no solo físicos, también emocionales influenciados por aspectos sociales, culturales, el apoyo familiar entre otros, por ende es de vital importancia la presencia de dichos profesionales ya que están capacitados para evaluar de manera satisfactoria estos procesos e incidir de manera favorable sobre los mismos, ya que el cuidado humanizado del profesional de enfermería va más allá de la realización de procedimientos; se considera a las madres como seres únicos e irrepetibles, las cuales llevan consigo una carga emocional, cultural, familiar, por lo tanto enfermería permanece alerta a las distintas necesidades que puede presentar la mujer en la etapa del parto. El L.E tiene la capacidad de reflexionar sobre la vulnerabilidad por la que atraviesa la mujer en el momento del parto, considera todas esas necesidades importantes y actúa sobre ellas, elabora acciones y estrategias de manera individual, y planifica actividades que apunten a la educación, contención, acompañamiento, con el fin de lograr la disminución de factores que afecten el curso normal del parto.

16- *Ibid.*

“ACOFAEN (1998) afirma que el profesional de enfermería desarrolla su trabajo dentro de una relación privilegiada Enfermera - Paciente (familia, grupo), ofrece continuidad, brinda confianza e intimidad y conoce las necesidades de la persona, tanto aquellas derivadas del estado de salud o enfermedad como de otras situaciones de angustia y de preocupación que alteran su bienestar.”¹⁷

Una atención humanizada de enfermería implica identificar a los padres y al recién nacido como los principales protagonistas, tomando en cuenta todos los aspectos brindando una atención holística.

Así mismo el profesional de enfermería conoce y respeta las decisiones de la mujer y la pareja, sobre todo la forma en la que ellos deciden vivir este momento tan especial como es el parto. Esto implica la preservación de la intimidad, así como la adopción de diferentes posiciones durante el periodo de dilatación y de alumbramiento.

El Licenciado en enfermería debe respetar y fomentar los derechos legales que posee la mujer en el momento del parto para ello el estado Uruguayo cuenta con la Ley 17.386 “Ley de acompañamiento” en la cual se manifiesta: *“Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, parto, incluyéndose el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo psicoemocional”*¹⁸

Esta ley ampara a la madre en la decisión de quien será que la acompañe en el proceso de pre parto y parto. No necesariamente tiene que ser su pareja quien la acompañe en este proceso. Si por el contrario la madre llega sola al centro hospitalario, éste deberá brindarle un profesional capacitado el cual la acompañe y apoye durante este proceso.

17 - Corral Ibarra R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. Rev U.D.C.A Divulg Cient (Colombia) [Internet] 2008; 11(1):47-56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-42262008000100007&script=sci_arttext [consulta: 10 oct 2015].

18- Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Ley 17.386 de 30 de agosto de 2001. Uruguay. Loc. Cit.

También Uruguay cuenta con la Ley 18. 426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” en la cual uno de los objetivos específicos es: “*promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados*”¹⁹

Para poder llegar al momento del parto en óptimas condiciones tanto la mamá con el bebe, es fundamental una atención prenatal oportuna que no solo reduce la morbi-mortalidad materna, sino que también permite detectar precozmente factores de riesgo tanto maternos como fetales que van a ayudar a que a la hora del desarrollo del nacimiento no surjan complicaciones y la mujer pueda ser participe en sus decisiones a la hora de parir.

Es de suma importancia la consulta preconcepcional con el fin de identificar y actuar sobre diferentes factores de riesgo previo a la concepción. Se entiende por consulta preconcepcional al conjunto de acciones que se realizan previo a la concepción, de manera programada con distintos integrantes del equipo de salud, con el fin de identificar, así como también actuar sobre factores de riesgo (siempre que sea posible), teniendo en cuenta múltiples factores como son la edad materna, consanguinidad, etnia, antecedentes reproductivos, enfermedades maternas y paternas, estilo de vida, hábitos nocivos, con el fin de modificar, corregir o disminuir las consecuencias negativas que pueden surgir con el propósito de lograr un embarazo saludable.

Para considerar un control prenatal efectivo, el mismo debe ser precoz (la primer consulta debe realizarse antes de que culmine el primer trimestre de embarazo), periódicos (según los riesgos maternos o fetales estos pueden variar, pero no se realizan menos de 6 consultas en un embarazo sin complicaciones) y completos(además de los exámenes rutinarios, el especialista en salud debe realizar acciones de promoción y prevención en salud, así como también orientar a la madre en todo lo relacionado al parto, puerperio lactancia, etc.)

19-	Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Ley 18.426 de 10 de agosto de 2008. Uruguay. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf [consulta: 3 oct 2015].
-----	---

*“El Ministerio de Salud Pública cuenta con el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, el cual contiene Normas de Atención a la Mujer Embarazada, cuyo objetivo es atender integralmente el proceso al que se enfrentan las mujeres durante el embarazo y así mejorar los resultados en su salud y del producto de la gestación”.*²⁰

Dichas normas se basan en lo expresado por la Organización mundial de la Salud (2001).

Para realizar una correcta ejecución de las acciones planificadas, así como también un adecuado registro de los datos relevantes, se utiliza además de la historia clínica, el carné perinatal del CLAP (centro Latinoamericano de Perinatología).

*“El Carné Perinatal (CP) del CLAP/SMR es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar siempre en poder de la embarazada, quien lo utilizara para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal”.*²¹

Este carné comienza a utilizarse en la primera consulta de la gestante con el especialista, el cual obtiene una serie de datos relevantes, los cuales registra en este instrumento durante el transcurso del embarazo.

En Uruguay el 99,5% de los partos se realizan con personal especializado, la política de salud hace énfasis en la captación temprana y en el aumento del número de controles de los embarazos.

La evolución de la captación en el primer trimestre del embarazo ha sido positiva, registrándose un aumento sostenido de los controles desde 1990, alcanzando para el año 2011 la cifra de 56,38%. En los últimos 5 años, la captación en el segundo trimestre de embarazo se encuentra promediamente en el 35 % y en el último trimestre en el 7%.

20- Verde ME, Varela L, Episcopo C, García R, Briozzo L, Impallomeni I, et al. Embarazo sin control: análisis epidemiológico. Rev Méd Urug [Internet] 2012; 28(2):100-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902012000200003&script=sci_arttext [consulta: 9 oct 2015].

21- Fescina RH, De Mucio B, Días Rosello JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iclap31053.pdf> [consulta: 9 oct 2015].

En relación a la cantidad de controles prenatales, las cifras se han mantenido estables en el período 2005/2011, superando el 80% las embarazadas que cursan más de seis controles. Uruguay ha registrado un bajo porcentaje de muertes maternas. La evolución de la tasa de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos muestra oscilaciones importantes, propias del bajo número de casos anuales registrados, a la vez que evidencia una tendencia descendente, interrumpida en el quinquenio 2000/2004 y el trienio 2007/2009 aunque se constata un aumento de la misma en el periodo 2011-2013. En 2011 0,9 % por cada 10.000 nacimientos vivos, 2012 1,0 % por cada 10.000 nacimientos vivos y en 2013 1,6 % por cada 10.000 nacimientos vivos.

La tasa de mortalidad infantil viene en disminución en el periodo 2011-2013 aunque su registro más bajo se realizó en el año 2010.

Sin embargo se constata en paralelo el crecimiento en la frecuencia de diversas prácticas en el campo obstétrico consideradas ineficientes o dañinas para las mujeres y los/as bebés. Por ejemplo, mientras la OMS (1985) afirma que en promedio las maternidades deberían tener entre un 10 % y un 15% de cesáreas, en el total de partos del Uruguay en el 2008 se registró un promedio nacional del 34,44%.²²

Dentro de nuestro marco teórico trabajaremos también en la definición de las variables específicas de nuestra investigación con el fin de brindarle al lector conceptos que se desarrollan en dicho trabajo.

El término “Humanizar” actualmente ha tomado cierto enfoque filosófico, la real academia española lo define dicho término como “*Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo*”²³

22- Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico 2014. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37281/Anuario2014.pdf/021afc83-e6c9-43c9-8a7e-302f7a5eed6> [consulta: 9 oct 2015].

23- Real Academia Española [Internet]. 2015. Humanizar. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KnbmIsL> [consulta: 9 oct 2015].

“El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto-curación.”

24

La humanización es un proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano, desde el punto de vista biológico, antropológico, espiritual, racional y social.

“Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada en el individuo, a través de un vínculo.”²⁵

El cuidado enfermero es a lo largo de la historia definido por diferentes personalidades:

Para Virginia Henderson el cuidado está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales

Según Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como *“aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia,* enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.”²⁶

24- Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm (Brasil) [Internet] 2007; 20(4): 499-503. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019 [consulta: 9 oct 2015].

25- Ibid.

26- Peplau EH. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.

“Aspectos que favorecen la relación humana enfermera-paciente:

Brindar atención de enfermería individualizada considerando valores, creencias, sentimientos, como ser único indivisible que vive y responde ante la enfermedad según sus experiencias, conocimientos y modo de vida.

Ser consciente y sensible a la salud emocional y mental del paciente, además de su salud física. Ser receptivo de las necesidades y percepciones que tiene el paciente de las mismas. Humanizar el cuidado promueve en el paciente la adhesión a tratamientos y cuidados, ser sensible a vulnerabilidad del paciente, ante su situación de salud permitiendo que el paciente se sienta singular e importante durante la prestación del cuidado.”²⁷

“Para alcanzar un vínculo humanizado:

Es necesario identificar siempre al paciente con su nombre y presentarnos con nombre, apellido y cargo, proteger la privacidad e información brindada, mantener una actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el paciente, estando presente, atender los llamados, escuchar sus angustias y necesidades.

Proveer protección, confort y apoyo libre de amenazas a la integridad del paciente, ser benevolente; querer siempre el bien del paciente y su familia. Beneficiar; poniendo el máximo empeño en atender al paciente en todos sus aspectos y hacer cuanto pueda para mejorar su salud de la forma que considere más adecuada.

El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humanos y sus derechos y hacer de su práctica diaria un medio para la visibilidad de dicha actitud mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos que alimenten un cuidado de calidad y sensibilidad humana que le reporte crecimiento como persona y profesional generando un impacto transformador en el sistema de salud.”²⁸

27- Universidad de la República (Uruguay). Hospital de Clínicas. División Enfermería. Manual de procedimientos, protocolos e instructivos generales de enfermería. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.enfermeria.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=70 [consulta: 10 oct 2015].

28- Ibid.

En cuanto a la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino en el parto existen dos grupos de efectos comprometidos en provocar las contracciones responsables del parto. El primero de ellos se refiere a los cambios hormonales que estimulan la excitabilidad de la musculatura uterina, mientras que el segundo hace referencia a los cambios mecánicos progresivos. El estrógeno tiende a aumentar la contractilidad del útero ya que se produce un incremento del número de uniones intercelulares comunicantes entre las células adyacentes de la musculatura lisa del útero. La oxitocina también estimula la contracción uterina. Por otra parte el útero es estimulado por el cortisol secretado por las glándulas suprarrenales del feto. En cuanto a los factores mecánicos, el estiramiento de la musculatura lisa uterina aumenta fácilmente su contractilidad, sumado a los movimientos del feto que provocan una distensión intermitente colaboran con las contracciones del músculo liso. En lo referido a la mecánica del parto, las contracciones que se producen en el mismo comienzan en la porción alta del fondo del útero y se extienden hacia abajo, hasta alcanzar el cuerpo uterino. Además la contracción es mayor en la parte alta y en el cuerpo pero débil en el segmento inferior del útero próximo al cuello, por lo que cada contracción dirige el feto en dirección a este. Las contracciones de la musculatura uterina y abdominal en conjunto, originan una fuerza de expulsión del feto dirigida hacia abajo. El período de dilatación se extiende desde el comienzo del trabajo de parto hasta la dilatación completa. La duración del período dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan; también tienen más probabilidades de recibir menos analgesia epidural. Debido a que no se encontró ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical, los profesionales de la salud y los centros de atención de la salud pueden alentar a las mujeres en trabajo de parto a adoptar posiciones en las que se sientan más cómodas. Cada vez más mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, tienen el parto en centros de atención de la salud, habitualmente en cama en posiciones en decúbito. La posición de la mujer durante el trabajo de parto tiene una impronta cultural importante: en sociedades que no están influenciadas por la cultura occidental, las mujeres avanzan en el período dilatante en una posición vertical y cambian a otras posiciones según la necesidad.

El período expulsivo se extiende desde la finalización de la dilatación hasta la expulsión del feto por el canal vaginal. Según las recomendaciones del Centro Latinoamericano de

Perinatología, debe evitarse que la parturienta adopte en este período la posición de litotomía y la ginecológica convencional. En cambio se recomiendan adoptar posiciones verticales o laterales, ya que las mismas están asociadas con una reducción de la duración del período expulsivo, una disminución en el número de las episiotomías y en las manifestaciones de dolor de alta intensidad en dicho período. Se debe alentar a la mujer a que adopte la posición que prefiera, con el fin de lograr un mayor bienestar y reducir la influencia del equipo de salud sobre las propias creencias y la autonomía de cada una, con el objetivo de la disminución del dolor y el lograr confort deseado “*La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial*”²⁹ Existen diferentes clasificaciones para el dolor, entre ellas según su intensidad, localización, origen. Según su duración encontramos el dolor agudo, el cual es de corta duración y el componente psicológico es escaso. Puede ser producido por heridas, enfermedades de la piel. Por otro lado el dolor crónico que es aquel que permanece en el tiempo, y presenta un componente psicológico, además de efectos fisiológicos y conductuales sobre el paciente. Según la patogenia tenemos el dolor neuropático, somático y psicogénico. El dolor neuropático surge de un estímulo directo del sistema nervioso central o de las vías periféricas produciendo síntomas focales o generalizados. El dolor somático es aquel que es localizado y puede ser descrito con facilidad por el paciente. El psicogénico hace referencia a que si bien el dolor puede existir, éste va acompañado de un componente psicológico. Interviene el entorno psico-social del individuo. Al hablar de intensidad podemos decir que el dolor se clasifica en leve (aquel que no le impide al individuo continuar con su actividades), el moderado (interfiere en las actividades y requiere de analgésicos) y el severo (impide el descanso, el paciente requiere de analgesia potente).

29- Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S: dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.) [Internet]* 2005; 28(3): 33-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006 [consulta: 6 dic 2015].

El dolor experimentado por una mujer en el trabajo de parto es una experiencia única, subjetiva, la cual está influenciada por diferentes factores, entre ellos los físicos, psicológicos, culturales, etc.

Antiguamente se creía que el dolor cumplía un rol biológico fundamental y que no debía ser aliviado. Luego, mediante diferentes investigaciones se llegó a la conclusión que si bien el dolor era parte del proceso, la persistencia de éste causaba estrés y efectos negativos en la madre y el bebé.

*“El dolor experimentado por las mujeres durante el parto es producido por las contracciones uterinas, la dilatación del cuello del útero y al final de la primera etapa y durante la segunda, por la dilatación de la vagina y del piso pelviano para acomodar al feto”*³⁰

Durante el parto se producen diferentes cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, así como también modificaciones emocionales. Dichas alteraciones se pueden modificar o disminuir con un correcto manejo del dolor, dependiendo del estado físico y mental de la madre, enfermedades asociadas, el tipo de parto y su evolución, el estado fetal entre otros. Actualmente existe una amplitud mayor de conocimientos y distintos métodos para aliviar el dolor. Estos métodos los podemos clasificar en farmacológicos y no farmacológicos. Dentro de los métodos farmacológicos, en nuestro país se destaca el uso de la analgesia epidural o raquídea.

*“Entre las ventajas de la analgesia obstétrica epidural se incluyen: alivio del dolor y disminución de la ansiedad, aumento en un 35% del flujo sanguíneo uterino y del flujo al espacio intervelloso placentario, disminución de la hiperventilación, regularización del trabajo de parto, mayor estabilidad hemodinámica y menor bloqueo motor; además permite reforzar y prolongar el tiempo de bloqueo. Por otra parte, se ha demostrado que no produce depresión neonatal o trastornos en la adaptación a la vida extrauterina y que permite a la madre estar despierta y participar activamente en el trabajo de parto”*³¹

30- Martínez J, Delgado M. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2013; 78(4): 293-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400008 [consulta: 11 oct 2015].

31- Zafra Pedone J, Calvache España J. Analgesia epidural para el trabajo de parto. Iatreia (Colombia) [Internet] 2008; 21(4): 355-63. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932008000400001&script=sci_arttext [consulta: 11 oct 2015].

Todo acto invasivo tiene sus riesgos. En este caso se ha evidenciado que la monitorización fetal post analgésica muestra una variación en la frecuencia cardiaca del feto, hipotensión materna, además de complicaciones como prurito local, dolor lumbar (ambas en el sitio de incisión), náuseas y vómitos, cefaleas entre otros. Dentro de las técnicas no farmacológicas se encuentran la homeopatía, la utilización de música, aromaterapia, acupuntura, masajes. Si bien muchos de ellos son cada vez más utilizados y no por las mujeres que no desean recibir analgesia farmacológica, algunos de estos métodos carecen de evidencia científica. Hay estudios científicos que evidencian que la relajación y la utilización de acupuntura redujeron el uso de fórceps. Si hablamos de Acompañamiento Materno podemos decir que; *“Las parturientas que reciben apoyo personalizado permanente tienen menos probabilidades de recibir analgesia o anestesia regional, de tener un parto vaginal instrumentado o una cesárea. Los efectos positivos del apoyo son más contundentes en mujeres que no cuentan con otra fuente de apoyo y donde la anestesia epidural y el monitoreo electrónico fetal no son una práctica de rutina.”*³² Según Schaefer y los estudios de Lazarus y Folkman, el apoyo continuo y personalizado a la mujer consta de cuatro elementos básicos como ser el Apoyo informativo, Informando y aconsejando a la mujer y la pareja con terminología comprensible; el apoyo físico o tangible que se trata de ofrecer todas las medidas que pueden ayudar a la mujer a mejorar su bienestar y su comodidad; el apoyo emocional que es la asistencia continuada presencial en el parto, manteniendo una actitud empática en todo momento y la representación que se basa en ayudar a la mujer a expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás.³³

Desde que el proceso del parto comenzó a realizarse en instituciones Hospitalarias, con el fin de disminuir la morbi- mortalidad materno infantil, en el siglo XX, el mismo comenzó a vivirse como una enfermedad, la mujer comenzó a perder el protagonismo, ya que el mismo se transformó en un acto médico y la misma comenzó a tener que adaptarse a las nuevas reglas institucionales.

32- Langer A. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. [Internet]. 2007. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/Alcom2/es/ [consulta: 6 dic 2015].

33- Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno-filial. *Matronas Prof* [Internet] 2014; 15(4): 1-6. Disponible en : <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/18343/173/beneficios-del-acompanamiento-a-la-mujer-por-parte-de-su-pareja-durante-el-embarazo-el-parto-y-el-puerperio-en-relacion-> [Consulta: 6 dic 2015].

Otras opciones de acompañamiento Tanto en Uruguay bajo el nombre de doula como en otros países del mundo como Matronas desde ya varios años existen dichas figuras quienes se encargan del cuidado de la salud de la madre durante parto, brindándole un acompañamiento continuo a ella y su familia aportando a la gestante un apoyo emocional que incluye sentimientos de afecto, estima, tranquilidad, elogio, confianza y seguridad que indirectamente le hace sentirse acompañada por alguien cercano que le ayuda a comunicar sus deseos y miedos. Es trabajo del personal de salud garantizar que la mujer viva la experiencia del parto de manera cálida y amena, haciendo este acto lo menos medicalizado posible sintiéndose acompañada por quien ella desee para poder desarrollar el proceso del parto con la mayor naturalidad posible sin necesidad de medidas farmacológicas para alivio del dolor injustificadas y fomentando el apego madre hijo desde el inicio para que el paso extrauterino del niño también sea lo menos traumático posible y la experiencia del parto sea vivida por la mujer de manera única e irrepetible generando un lindo recuerdo del nacimiento de su hijo. Es fundamental que la madre se sienta acompañada no solo en lo que es el proceso del nacimiento, sino desde los inicios del embarazo y hasta luego del nacimiento en la etapa que se denomina puerperio, que *“Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento (T. de parto) hasta 45-60 días del pos parto.”*³⁴. Cada cultura es única e interpreta los acontecimientos de la vida de una manera diferente, entre ellos se encuentra el momento de la maternidad el cual se ve directamente influenciado por las creencias, mitos y tabúes.

En el puerperio se pueden identificar tres etapas claramente definidas, el puerperio inmediato se considera a las primeras 24 hs post parto, el puerperio mediato abarca del 2do al 10 día y el alejado que se extiende hasta el día N° 45.

34- Cassella A, Gómez VG, Domingo J, Maidana R. Puerperio normal. Rev Posgrado Cátedra Vía Medicina [Internet] 2000; (100): 2-6. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm [consulta: 6 dic 2015].

Durante estos días se producen diferentes cambios a nivel físico y psíquico en la mujer. Según el desenlace de estos cambios se puede hablar de un puerperio fisiológico o de un puerperio patológico (en el cual los cambios no se realizan de la manera esperada).

Dentro de los problemas posibles del puerperio se encuentran las hemorragias, infección puerperal, embolia pulmonar, mastitis, infecciones del tracto uterino, depresión puerperal y complicaciones psíquicas. Dichas complicaciones se pueden presentar en cualquiera de las etapas mencionadas anteriormente.

Un puerperio fisiológico es aquel en el que se elimina el exceso de agua de los tejidos desencadenando en una disminución del peso ganado en el embarazo, la frecuencia cardíaca retoma su ritmo normal, la glándulas endocrinas vuelven a su funcionamiento normal, estabilizando los niveles hormonales en sangre, el abdomen retoma su forma habitual descomprimiendo el diafragma y repercutiendo de manera favorable en el sistema respiratorio, se incrementa la capacidad de la vejiga y los riñones retoman su funcionamiento habitual.

DISEÑO METODOLÓGICO

Investigación cuantitativa no experimental de corte transversal, de diseño descriptivo en una población de mujeres que concurrirán al control de su recién nacido (hasta el mes de vida) en el Servicio de pediatría del Centro de salud del Cerro de lunes a viernes de 8 a 16 y 30hs, en las fechas estipuladas desde el 15 de enero hasta obtener la muestra deseada.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo para dicha investigación será el 40% de los controles de recién nacidos por mes que llegan al centro de salud del cerro desde las maternidades de Montevideo.

La muestra para dicha investigación comprenderá el 50% de las mujeres que sean parte del universo seleccionado y además cumplan los requisitos de los criterios de inclusión y exclusión que se seleccionaron para dicha investigación científica.

El tipo de muestreo será no probabilístico según criterio, donde se seleccionara a mujeres que concurren al control de su recién nacido de lunes a viernes de 8 a 16 y 30hs en la consulta pediátrica en el Centro de salud del Cerro del 15 hasta el 22 de enero de 2016.

CRITERIO DE INCLUSION.

Mujeres mayores de 18 años

Mujeres que concurran al control pediátrico de su recién nacido.

Mujeres que acepte participar en el estudio.

CRITERIO DE EXCLUSION.

Mujeres menores de 18 años.

Mujeres que hayan realizado previamente el cuestionario.

Mujeres con alteración del estado de conciencia.

Mujeres que no hayan sido institucionalizadas durante el período de pre parto.

Mujeres cuyo parto haya terminado en cesárea.

VARIABLES DE CARACTERIZACION

- Edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Ocupación
- Antecedentes obstétricos
- Número de controles prenatales
- Realización de preparación del parto

VARIABLES ESPECÍFICAS

- Trato humanizado
- Manejo del dolor.
- Posición materna en periodo dilatante y expulsivo.
- Acompañamiento materno.

(VER ANEXO 1: definición operacional de variables.)

TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Se utilizará como herramienta un cuestionario de elaboración propia basado en la escala de Likert de diseño descriptivo para su construcción con preguntas cerradas

Dicho cuestionario contará con un total de 16 ítems que abarcan las diferentes variables de estudio seleccionadas para dicha investigación. Se medirán las mismas a través de los siguientes rangos: nunca, algunas veces, casi siempre y siempre a los cuales se les asignará una ponderación arbitraria, numérica de 1. 2. 3 y 4 respectivamente, por cual el cuestionario tendrá un puntaje teórico total de 16 puntos como mínimo y 64 como máximo.

Para el análisis del mismo se procederá a la agrupación de las preguntas que correspondan a cada variable y su posterior análisis individual con la sumatoria de los puntos de cada respuesta obtenida para cada variable.

Para dar calificación a los mismos se creará una escala en la cual si el punta je obtenido es menor o igual al valor de la media se considerara como desfavorable, mientras que si este es mayor o igual al valor de la Medía se considerara como favorable

Para la obtención de los datos el investigador será quien realice las preguntas delimitadas en el cuestionario, en forma presencial.

(VER ANEXO 2: cuestionario de recolección de datos.)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación estará sujeto al reglamento de la Ley Orgánica de Salud Pública, tomando en consideración el decreto N° 379/008 de investigación en Seres Humanos, que tiene como finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, tomando en cuenta que la participación de cada sujeto en la investigación científica será voluntaria y sin presiones.

“La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables”³⁵

Dicha declaración se basa en diferentes principios, los cuales apuntan a velar siempre por la salud y el bienestar del paciente, además de preservar siempre sus derechos. Hace referencia a la realización de investigaciones seguras, efectivas y eficaces.

En primer lugar los integrantes de nuestro equipo se presentarán con la posible encuestada indicando nombre y apellido, institución a la cual pertenecemos, la finalidad de la investigación y que los resultados de la misma podrán ser publicados con fines académicos.

En segunda instancia se le preguntará a la mujer si desea participar de la investigación, haciéndoles saber que la entrevista es anónima y que pueden abandonar la misma en cualquier momento, se les entregara un consentimiento informado donde podrán leer las pautas de la misma. En caso de que acceda a participar, se precederá a la realización de las preguntas.

Ver anexo 3: Formulario de consentimiento informado.

PLAN DE ANÁLISIS

Luego de realizada la recolección de datos, estos serán ingresados en el programa Microsoft Excel, versión 2010 para la cuantificación de las mismas y realizar las tablas y graficas correspondientes a cada variable.

Para el análisis de variables utilizaremos frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE GANTT,

Cronograma de Gantt						
	15-Ene-15	15-Oct-15	26-Dic-15	Enero 2016	Febrero 2016	Marzo 2016
Revisión bibliográfica	→	→				
Elaboración del protocolo		→	→			
Aprobación del protocolo			→			
Recolección de datos				→		
Procesamiento de datos					→	
Análisis de datos Y conclusiones					→	
Entrega de investigación científica						→
Solicitud de tribunal de defensa para TFI						→

REF BIBLIOGRÁFICAS

- 2- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: declaración de fortaleza, tecnología apropiada para el parto. [Internet]. 1985. p.1. Disponible en : <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf> [consulta: 2 ago 2015].
- 2- Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Ley 17.386 de 30 de agosto de 2001. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor> [consulta: 2 oct 2015].
- 3- Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Ley 18.426 de 10 de diciembre de 2008. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor> [consulta: 5 oct 2015].
- 4- Saavedra Infante DE. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo [tesis de maestría] [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf> [consulta: 5 oct 2015].
- 5- Quintana MV. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. Anest Analg Reanim (Uruguay) [Internet] 2013; 26(2): 6-6. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732013000200006&script=sci_arttext&tlnq=en [consulta: 5 oct 2015].
- 6- Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet] 2013; 73(3): 171-80. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004 [consulta: 5 oct 2015].
- 7- Arnau Sánchez J. Estudio exploratorio de la humanización en la atención

perinatal de la mujer del área I de salud de la región de Murcia [tesis de doctorado] [Internet]. 2012. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/37001/1/TJAS.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

8- Vela Coral GP. Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015 [tesis] [Internet]. 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela_cg.pdf [consulta: 5 oct 2015].

9- Alfonso Orozco G, Peña Alvarado A. Apoyo emocional de las enfermeras a las mujeres en trabajo de parto [tesis] [Internet]. 2010. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/326/1/AlfonsoOrozcoPenaAlvarado.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

10- González Burgos JT, Quintero Martínez DC. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención [tesis] [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf> [consulta: 5 oct 2015].

11- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int (Uruguay) [Internet] 2011; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext [consulta: 5 oct 2015].

12- García Salabarría J. Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública Cubana. Rev Cubana Salud Pública Internet] 2006; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100014&script=sci_arttext [consulta: 5 oct 2015].

13- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: declaración de fortaleza, tecnología apropiada para el parto. Loc. Cit. p.1.

14- Zabalegui Yáñez A. El rol del profesional en enfermería. Aquichán (Colombia) [Internet] 2003; 3(1):16-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es [consulta: 12 oct 2015].

- 15- Ibid.
16- Ibid.

17 - Corral Ibarra R. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. Rev U.D.C.A Divulg Cient (Colombia) [Internet] 2008; 11(1):47-56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-42262008000100007&script=sci_arttext [consulta: 10 oct 2015].

18- Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Ley 17.386 de 30 de agosto de 2001. Uruguay. Loc. Cit.

19- Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Ley 18.426 de 10 de agosto de 2008. Uruguay. Disponible en: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf [consulta: 3 oct 2015].

20- Verde ME, Varela L, Episcopo C, García R , Briozzo L , Impallomeni I, et al. Embarazo sin control: análisis epidemiológico. Rev Méd Urug [Internet] 2012; 28(2):100-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902012000200003&script=sci_arttext [consulta: 9 oct 2015].

21- Fescina RH, De Mucio B, Días Rosello JL, Martínez G, Serruya S. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iclap31053.pdf> [consulta: 9 oct 2015].

22- Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico 2014. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37281/Anuario2014.pdf/021afc83-e6c9-43c9-8a7e-302f7a5eed6> [consulta: 9 oct 2015].

23- Real Academia Española [Internet]. 2015. Humanizar. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KnbmlsL> [consulta: 9 oct 2015].

- 24- Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm (Brasil) [Internet] 2007; 20(4): 499-503. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019 [consulta: 9 oct 2015].
- 25- Ibid.
- 26- Peplau EH. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.
- 27- Universidad de la República (Uruguay). Hospital de Clínicas. División Enfermería. Manual de procedimientos, protocolos e instructivos generales de enfermería. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.enfermeria.hc.edu.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=70 [consulta: 10 oct 2015].
- 28- Ibid.
- 29- Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S: dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet] 2005; 28(3): 33-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006 [consulta: 6 dic 2015].
- 30- **Martínez J, Delgado M. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal.** Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2013; 78(4): 293-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400008 [consulta: 11 oct 2015].
- 31- Zafra Pedone J, Calvache España J. Analgesia epidural para el trabajo de parto. Iatreia (Colombia) [Internet] 2008; 21(4): 355-63. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-07932008000400001&script=sci_arttext [consulta: 11 oct 2015].
- 32- Langer A. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. [Internet]. 2007. Disponible en:

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/Alcom2/es/
[consulta: 6 dic 2015].

- 33- Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno-filial. *Matronas Prof* [Internet] 2014; 15(4): 1-6. Disponible en : <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/18343/173/beneficios-del-acompanamiento-a-la-mujer-por-parte-de-su-pareja-durante-el-embarazo-el-parto-y-el-puterperio-en-relacion-> [Consulta: 6 dic 2015].
- 34- Cassella A, Gómez VG, Domingo J, Maidana R. Puerperio normal. *Rev Posgrado Cátedra Vía Medicina* [Internet] 2000; (100): 2-6. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puterperio_normal.htm [consulta: 6 dic 2015].

Anexos

Protocolo

ANEXO 1: DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

Edad

Tipo: Cuantitativa continua.

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona.

Definición operacional: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha en que comienza el trabajo de parto.

Escala:

18 a 23 años

24 a 29 años

30 a 35 años

36 a 41 años

Más de 41 años

Representación: Gráfico de barras vertical

Estado civil

Tipo: cualitativa nominal

Definición conceptual: *“condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto”*.³⁶

Definición operacional: situación de pareja que refiere o manifiesta la entrevistada.

Escala:

-Soltero

-Casado

-Unión libre

36-oxforddictionaries [Internet].2015.Estado.Disponible en:

<http://www.oxforddictionaries.com/es/definicion/espanol/estado>. [Consulta: 8 oct 2015].

-Divorciado

-Viudo

Representación: Gráfico de barras vertical

Nivel de instrucción

Tipo: cualitativa ordinal.

Definición conceptual: “es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema”.³⁷

Definición operacional: grado más alto de educación formal alcanzado por la usuaria al momento de la entrevista.

Escala:

-Primaria completa

-Primaria incompleta

-Secundaria completa

-Secundaria incompleta

-Estudios terciarios

Representación: Gráfico de barras vertical

37). Definiciones y conceptos en Estadísticas de salud. [Internet]. Disponible en:

<http://www.deis.msal.gov.ar/definiciones.htm> [Consulta: 10 oct 2015].

Ocupación

Tipo: cualitativa nominal.

Definición conceptual: tiene origen etimológico en el vocablo latino “ocupatio”, trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Definición operacional: tiempo que dedica la usuaria a determinada actividad sea o no remunerada hasta el momento de la entrevista.

Escala:

-Ama de casa

-Empleado/a

-Trabajadora independiente

- Desempleado/a

Representación: Gráfico de barras vertical

Número de gestas

Tipo: Cuantitativa continua

Definición conceptual: *Gestación: Período que transcurre entre la fecundación en las trompas, y el momento antes del inicio del parto*

Definición operacional: Número de embarazos que ha tenido la mujer hasta el momento de la entrevista

Escala:

-Primigesta

-Secundigesta

-Multigesta

Representación: Gráfico circular

Número de partos

Tipo: Cuantitativa continua

Definición conceptual: *Parto: “Expulsión o extracción del producto de la concepción, después de las veinte semanas de gestación, con un peso mayor de quinientos gramos, mayor de 25 centímetros, independientemente de la sección del cordón y de la expulsión de la placenta”³⁸*

Definición operacional: Número de partos que ha tenido la mujer hasta el momento de la entrevista.

Escala:

- Primípara
- Secundípara
- Multípara
- Gran multípara

Representación: Gráfico barras verticales

Número de controles pre natales

Tipo: Cualitativa, nominal

Definición Conceptual: *“serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza”³⁸*

Definición operacional: Se definirá como embarazo bien controlado si ha tenido como mínimo cinco controles pre natales, y mal controlado en caso de tener menos de cinco.

Escala:

Adecuado

Inadecuado

Representación: Gráfico circular

Asistencia a Clases de parto

Tipo: Cuantitativa, continua

Definición Conceptual: clases de educación que se le brinda la mujer para la preparación de la misma para el proceso del nacimiento.

Definición operacional: número de clases de educación para el parto completas que concurre la mujer.

Escala:

-Completas

-incompletas

-no realiza

Representación: Gráfico circular

Variables específicas:

Uso de técnicas para aliviar el dolor

Tipo: cualitativa nominal

Definición Conceptual: utilización de técnicas farmacológicas o no farmacológicas que ayudan a la mujer a la hora del parto para alivio del dolor.

Definición operacional: la mujer logra calmar el dolor con las medidas ofrecidas por el profesional que atiende su parto

Escala

-Nunca

-Algunas veces

-Casi siempre

-Siempre

Representación: Gráfico de barras vertical

Posición materna en periodo dilatante

Tipo: cualitativa nominal

Definición Conceptual: posiciones alternativas que puede elegir la mujer a la hora del periodo dilatante

Definición operacional: la mujer pudo a la hora del pre parto elegir su posición de confort

Escala

-Nunca

-Algunas veces

-Casi siempre

-Siempre

Representación: gráfico de barras vertical

Posición materna en periodo expulsivo

Tipo: cualitativa nominal

Definición Conceptual: posiciones alternativas que puede elegir la mujer a la hora de parir

Definición operacional: la mujer pudo a la hora del parto elegir su posición de confort para parir

Escala

-Nunca

-Algunas veces

-Casi siempre

-Siempre

Representación: gráfico de barras vertical

Acompañamiento materno

Tipo: cualitativa nominal

Definición Conceptual: *“toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de pre parto y parto, incluyéndose el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo psicoemocional”*³⁹

Definición operacional: la mujer permaneció acompañada durante el trabajo de pre parto y parto.

Escala

-Nunca

-Algunas veces

-Casi siempre

-Siempre

Representación: gráfico de barras vertical

Trato humanizado Tipo: cualitativa nominal

39). Quevedo P. Violencia Obstetrica: Una Manifestacion Oculta de la Desigualdad de Género.

[Internet]. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitaes/4785/tesisquevedo.pdf [Consulta: 9 oct 2015].

Definición Conceptual: “La humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada en el individuo, a través de un vínculo.”⁴⁰

Definición operacional: la mujer considera haber recibido una asistencia humanizada durante su trabajo de parto y parto

Escala

-Nunca

-Algunas veces

-Casi siempre

-Siempre

Representación: gráfico de barras vertical.

40) Manual general de Enfermería Humanización del cuidado [Internet]. Disponible en: http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf [Consulta: 9 oct 2015].

ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA MATERNO INFANTIL**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Es grato dirigirnos a usted para solicitarle su participación en el presente estudio de investigación. Esta encuesta es de carácter anónimo y su finalidad es académica. Agradecemos de antemano su sinceridad y veracidad en los datos brindados.

Nº de encuesta:.....

Fecha:/...../..... Montevideo Uruguay 2016.

I. Características sociodemográficas

A) Edad:

- 18 a 23 años
- 24 a 29 años
- 30 a 35 años
- 36 a 41 años
- Más de 41 años

B) Estado civil:

- Soltero/a ()
- Unión libre ()
- Casado/a ()
- Divorciado/a ()
- Viudo/a ()

C) Nivel de instrucción:

- Primaria incompleta ()

- Primaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Terciaria ()

D). Ocupación:

- Ama de casa ()
- Empleado/a ()
- Trabajadora independiente ()
- Desempleado/a ()

II) Antecedentes obstétricos

A) número de embarazos:

- Primigesta ()
- Secundigesta ()
- Multigesta ()

B) Número de partos

- Primípara ()
- Secundípara ()
- Multípara ()
- Gran multípara ()

D) Número de controles prenatales:

- Adecuado (más de 6)
- Inadecuado (menos de 5)

E) Realizo preparación de parto

- Completas ()
- Incompletas ()
- No realiza ()

III. Atención humanizada:

1) los profesionales que asistieron su pre parto y parto se presentaron con Usted identificándose con su nombre y profesión

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre. ()

2) Existió comunicación adecuada durante el trabajo de parto y parto entre los profesionales y usted.

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre. ()

3) Los profesionales que atendieron su pre parto y parto la llamaron por su nombre

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

4) Los profesionales que atendieron su parto le explicaron los procedimientos que le iban a realizar

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

5) Los profesionales que atendieron su parto respetaron su intimidad en todo momento

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

6) Los profesionales que atendieron su parto le pidieron permiso antes de examinarla

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

7) Los profesionales que le atendieron su parto fueron amables y respetuosos con Ud.

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

8) Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que usted podía decidir tener un acompañante al momento durante el trabajo de parto y parto

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

9) Los profesionales que atendieron su parto le permitieron tener un acompañante durante el periodo de pre parto y parto.

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

10) Cuándo usted sentía dolor en el trabajo de parto, los profesionales que le atendieron le ofrecieron técnicas no invasivas para aliviar el dolor (cambios de posición, uso de pelota de Pilates, caminar, masajes)

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

11) cuando usted sentía dolor en el trabajo de parto, los profesionales que le atendieron le ofrecieron técnicas invasivas para aliviar el dolor (técnicas farmacológicas)

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

12) Las alternativas ofrecidas por los profesionales le permitieron aliviar el dolor de parto

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

13) Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que Ud. Podría escoger la posición para parir

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

14) los profesionales que atendieron su parto le explicaron las distintas posiciones que usted podía adoptar en el parto

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

15) Los profesionales que atendieron su parto le explicaron que podía elegir distintas posiciones para realizar el trabajo de parto

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

16) Al momento del nacimiento, le permitieron el contacto piel a piel con su hijo

Nunca ()

Algunas veces ()

Casi siempre ()

Siempre ()

Gracias por su participación...



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA MATERNO INFANTIL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. ha sido invitada para participar de la investigación “título de nuestra investigación”

El objetivo de este estudio es conocer cuál fue la información que usted recibió por parte de los profesionales del equipo de salud acerca de sus derechos en el proceso del nacimiento en la institución que se desarrolló el mismo.

Los resultados de la misma serán utilizados con fines únicamente académicos, preservando la confidencialidad de los datos. .

Dicha investigación será realizada por cinco bachilleres de la Facultad de Enfermería, quienes buscan obtener el Título de Licenciada en Enfermería, con la presentación de este trabajo de investigación.

Pueden participar de dicho estudio, todas las usuarias mayores de 18 años, en etapa de puerperio inmediato de parto vaginal que tengan su recién nacido vivo, que hayan cursado el proceso del pre parto y parto en una institución de salud y además acepten participar en el estudio.

Se le informará brevemente el contenido de la investigación. Si desea participar en este estudio, se le realizará una encuesta anónima por un tiempo aproximado de 10 minutos.

No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio. Se asegura que los mismos son de carácter anónimo y para fines académicos

No habrá ningún beneficio directo para la participante, sin embargo la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio académico, proporcionando valiosa información para los profesionales de la salud.

Su participación es completamente voluntaria y anónima, asimismo puede abandonar su participación en cualquier momento.



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en la investigación que se le acaba de informar aceptando las condiciones que se le expusieron y teniendo tiempo para leer este documento de forma completa.

Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar su participación en este estudio.

Se me ha explicado acerca del estudio y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria por lo cual ACEPTO participar en la investigación.....

Firma: _____

ANEXO 2: CARTAS Y CONSENTIMIENTOS



Solicitud de autorización para la realización
de trabajo final de investigación de grado.



Montevideo, 28 de diciembre de 2015

Dra. Gabriela Medina

Licenciada. Enf. Jimena Flores

Por la presente nos dirigimos a usted con la finalidad de presentarnos, Siendo un grupo de 5 estudiantes de la Facultad de Enfermería que en este momento nos encontramos desarrollando nuestro trabajo final de investigación con la finalidad de la obtención del título de grado.

El trabajo de investigación denominado "INFORMACIÓN QUE RECIBEN LAS MUJERES SOBRE ATENCIÓN HUMANIZADA DURANTE EL PROCESO DEL PARTO" se está llevando a cabo en la cátedra de Materno- Infantil de dicha facultad, siendo la temática del mismo la humanización de la atención.

Es de nuestro interés realizar esta investigación en el Centro de Salud del Cerro para la cual hemos planificado concurrir a dicho centro, en la consulta ginecológica y tomar muestra de las mujeres en su primer control post parto, solicitando el llenado de un cuestionario de carácter anónimo con el fin de conocer cuál es la información que recibieron las mujeres de parte del equipo sanitario en relación al parto humanizado hasta obtener el número de cuestionarios deseados para la muestra.

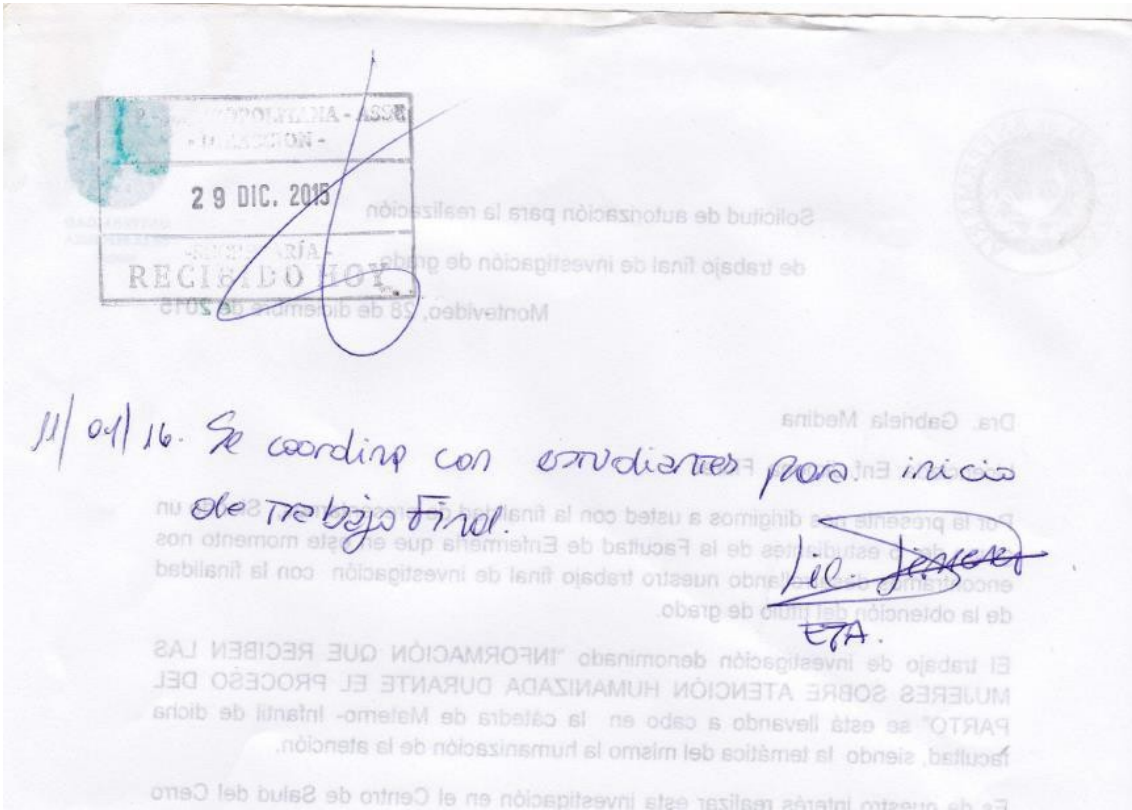
Adjuntamos a esta carta copia del protocolo de la investigación a realizarse previamente aprobado por la Facultad de Enfermería, Tutora Lic. Enf. Alicia Pérez

Agradecemos una respuesta a nuestra solicitud, quedando a la orden ante cualquier consulta.

Saludan atte.

Equipo de tesis de grado de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República

Por Facultad de Enfermería



11/04/16. Se coordina con estudiantes para inicio de trabajos Final.

Lic. J. J. J.
ETA.



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA MATERNO INFANTIL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. ha sido invitada para participar de la investigación “título de nuestra investigación”

El objetivo de este estudio es conocer cuál fue la información que usted recibió por parte de los profesionales del equipo de salud acerca de sus derechos en el proceso del nacimiento en la institución que se desarrolló el mismo.

Los resultados de la misma serán utilizados con fines únicamente académicos, preservando la confidencialidad de los datos. .

Dicha investigación será realizada por cinco bachilleres de la Facultad de Enfermería, quienes buscan obtener el Título de Licenciada en Enfermería, con la presentación de este trabajo de investigación.

Pueden participar de dicho estudio, todas las usuarias mayores de 18 años, en etapa de puerperio inmediato de parto vaginal que tengan su recién nacido vivo, que hayan cursado el proceso del pre parto y parto en una institución de salud y además acepten participar en el estudio.

Se le informará brevemente el contenido de la investigación. Si desea participar en este estudio, se le realizara una encuesta anónima por un tiempo aproximado de 10 minutos.

No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio. Se asegura que los mismos son de carácter anónimo y para fines académicos

No habrá ningún beneficio directo para la participante, sin embargo la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio académico, proporcionando valiosa información para los profesionales de la salud.

Su participación es completamente voluntaria y anónima, asimismo puede abandonar su participación en cualquier momento.



DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en la investigación que se le acaba de informar aceptando las condiciones que se le expusieron y teniendo tiempo para leer este documento de forma completa.

Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar su participación en este estudio.

Se me ha explicado acerca del estudio y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria por lo cual ACEPTO participar en la investigación.....

Firma: _____



Carta de solicitud de conformación de tribunal de defensa para Trabajo Final de Investigación

Montevideo, 10 de Marzo de 2016.

Por medio de la presente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar conformación de Tribunal de Defensa para Trabajo Final de Investigación. El mismo fue desarrollado en la cátedra Materno-Infantil, siendo nuestra tutora la Prof. Adj I. E Alicia Pérez.

El título del estudio es Información que reciben las mujeres sobre atención humanizada durante el proceso del parto.

Somos estudiantes cursantes de la generación 2011, pertenecientes al plan 93'.

Agradecemos una respuesta favorable a nuestra solicitud. Desde ya muchas gracias.

Firma:

Firma:

Firma:

Aclaración:

Aclaración:

Aclaración:

C.I:

C.I:

C.I:

Firma:

Firma:

Aclaración:

Aclaración:

C.I:

C.I:

Anexo 3: Análisis de variables específicas según escala de Likert.

Variable trato humanizado

Nunca: $3+2+3+1+3+1+0+2= 15*1$

Algunas veces: $2+2+2+2+1+2+2+2= 15*2$

Casi siempre: $4+3+5+1+1+3+3+0 = 20*3$

Siempre: $12+14+11+17+16+12+16+17=$

Total =

565 PUNTOS

8 Preguntas \longrightarrow MAXIMO $8*4*21= 672$

MINIMO $8*1*21 = 168$

MEDIA $\frac{MAXIMO + MINIMO}{2} = 420$

2

Variable alivio del dolor

Nunca: $3*1 = 39$

Algunas veces: $8*2 = 16$

Casi siempre: $0*3= 0$

Siempre: $16*4= 64$

Total =

119 PUNTOS

3 Preguntas \longrightarrow MAXIMO= $3*1*21= 63$

MINIMO = $3*4*21 = 252$

MEDIA $\frac{MAXIMO + MINIMO}{2} = 157$

2

Variable acompañamiento materno

Nunca: $4*1 = 4$

Algunas veces: $2*2 = 4$

Casi siempre: $5*3 = 15$

Siempre: $31*4 = 124$



Total =

147 PUNTOS

2 Preguntas \longrightarrow MAXIMO: $2*4*21 = 168$

MINIMO: $2*1*21 = 42$

MEDIA $\frac{\text{MAXIMO} + \text{MINIMO}}{2} = 105$

2

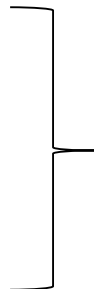
Variable posición materna en periodo dilatante y expulsivo.

Nunca: $55*1 = 55$

Algunas veces: $3*2 = 6$

Casi siempre: $0*3 = 0$

Siempre: $5*4 = 20$



Total =

81 PUNTOS

3 Preguntas \longrightarrow MAXIMO= $3*1*21 = 63$

MINIMO = $3*4*21 = 252$

MEDIA $\frac{\text{MAXIMO} + \text{MINIMO}}{2} = 157$

2