

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Percepción de la intensidad del dolor según el tipo de analgesia escogida, nivel de satisfacción con el parto y el nacimiento, número de gestas y edad de las mujeres que asisten a una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el periodo de marzo a mayo 2023.

Por: Ibáñez, Vanesa Soledad
Director: Lic. Silva, M. Belén
Co- director: Lic. Juárez, Mairén
Docente Asesor: Lic. Nores, Rosana

Rosario, mayo de 2022

RESUMEN

Durante el trabajo de parto, el modelo de atención centrado en la atención de la mujer de manera integral, siendo la protagonista de todas las decisiones que se tomen pudiendo ser acompañada de la persona que ella escoja, y acompañada por el personal de salud obstetra y enfermera de manera respetuosa en cuanto a los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados.

El presente proyecto se desarrollará con el objetivo de identificar qué relación existe entre la percepción de la intensidad del dolor, el tipo de analgesia escogida y el nivel de satisfacción durante el parto y nacimiento según número de gestas y edad de las mujeres que asisten a una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el periodo de marzo a julio 2023.

Se realizará un estudio cuantitativo no experimental, descriptivo, transversal, y prospectivo, para el cual se seleccionará una muestra no probabilística por cuota considerando de 100 pacientes, considerando el tipo de analgesia seleccionada.

La unidad de análisis estará conformada por cada una de las mujeres internadas desde el comienzo del trabajo de parto vaginal que sin complicaciones tanto, pero como posparto.

Se recolectarán los datos mediante un cuestionario autoadministrado el cual mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo; una escala numérica del Dolor para medir la percepción en la intensidad del dolor que consta de 0 a 10 (Firman, 2018).

Palabras claves: **TRABAJO DE PARTO, SATISFACCIÓN DURANTE EL PARTO Y NACIMIENTO, NÚMERO DE GESTAS, TIPO DE ANALGESIA, EDAD.**

ÍNDICE GENERAL

Resumen y Palabras Clave	2
Índice General	3
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	4
Planteamiento del problema en estudio	8
Hipótesis y objetivos	9
Marco Teórico	10
Material y Métodos	31
Tipo de estudio o diseño	
Sitio o contexto de la investigación	32
Población y muestra	34
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	35
Personal a cargo de la recolección de datos	43
Plan de análisis	44
Plan de trabajo y cronograma	47
Referencias bibliográficas	48
Anexos	52
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	53
II. Instrumento de recolección de datos	55
III. Resultados del estudio exploratorio	61
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	65

INTRODUCCIÓN

El parto humanizado es aquel que se enmarca en el cumplimiento de los derechos humanos se trata de un proceso fisiológico en el que la mujer debe ser considerada como persona sana, respetando los tiempos biológicos, psicológicos, culturales, autonomía, voluntad y necesidades. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina, Ley n 25.929, 2004).

En este sentido, el parto humanizado incorpora a los servicios de maternidad el trato respetuoso y digno para las mujeres y sus bebés, transformando la información en un instrumento que permite a la mujer tomar decisiones acerca de su maternidad, permitiéndoles escoger las mejores opciones tanto para ella como para su bebé. (Marcias-Ingriago et al., 2018).

En relación al proceso de parto la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece tres periodos: el periodo de dilatación, el periodo expulsivo y el alumbramiento.

El periodo de dilatación se subdivide en dos fases: la fase latente que se determina por contracciones uterinas dolorosas, además de una progresión más lenta de la dilatación del cuello uterino de hasta 5 cm; y la fase activa que se determina por contracciones uterinas dolorosas y regulares, con una progresión más rápida de la dilatación del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total, 10 cm.

Mientras que el periodo expulsivo abarca el tiempo que transcurre entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé. En esta fase la gestante tiene un deseo involuntario de empujar a causa de las contracciones uterinas expulsivas y la duración de este periodo varía de una mujer a otra.

El alumbramiento, que corresponde al último periodo, abarca el tiempo que transcurre desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta y sus membranas.

Durante este proceso el dolor se experimenta un conjunto de interacciones complejas donde el cuerpo de la mujer responde ante los estímulos dolorosos generados por las contracciones uterinas generando la liberación de la hormona oxitocina, encargada de estimular la contractilidad uterina.

Durante el periodo expulsivo, el dolor se caracteriza por ser un dolor somático severo y mejor localizado, debido a la compresión de la cabeza fetal sobre las estructuras pélvicas.

Como respuesta a estos estímulos dolorosos, se estimula la liberación de endorfinas que tienen un papel de analgesia natural que favorece el bienestar y la satisfacción materna.

En otras palabras, se comprende por dolor, a una experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, en conexión con alguna alteración física y/o condicionante afectiva, social y culturales; las características del dolor varían a medida que avanza el trabajo de parto. Por ello la atención analgésica no farmacológica se presenta como una alternativa a este proyecto de des medicalización del proceso de parto y estos mecanismos, denominadas métodos no farmacológicos, tienen la capacidad de elevar la tolerancia al dolor y ofrecer el mayor confort posible a la mujer. (Funes et al., 2021).

Al respecto en Chile se realizó un trabajo de investigación sobre percepción del dolor durante el trabajo de parto a través de un estudio documental acerca de las características fisiológicas, factores modificadores, variables psicológicas y presentaciones clínicas del dolor, provocado por las contracciones uterinas en la fase activa del trabajo de parto de mujeres que cursaban un embarazo de término.

La metodología de estudio partió de la utilización de la base de datos PubMed entre los meses de enero y marzo de 2019 a través de una revisión sistemática. De un total de 183 artículos fueron excluidos aquellos que no presentaban información relevante para la comprensión de este proceso, determinando una muestra de 54 artículos.

La síntesis de la revisión se agrupó de acuerdo a la fisiología del dolor, para comprender el proceso normal de las vías del dolor, como resultado en la fisiología del dolor en el trabajo de parto factores como la edad, la paridad y el número de semanas de embarazo han sido responsables de la variabilidad en la intensidad del dolor en un 15,9% de los casos; el dolor experimentado puede ser catalogado según su localización, ya sea de tipo visceral o somático.

En cuanto a la percepción del dolor durante el trabajo de parto los factores que se tuvieron en cuenta al valorar el dolor de cada paciente, fueron los culturales, psicológicos, biodemográficos, genéticos y/o bioquímicos.

Concluyendo en que la experiencia del dolor durante el trabajo de parto es una vivencia única y personal, donde la evaluación del dolor es compleja, y es importante apoyar el desarrollo de estrategias que permitan aliviarlo de manera efectiva,

favoreciendo a la mejor experiencia de la maternidad y evitar complicaciones secundarias maternas y fetales. (Cortés et al., 2020).

De la misma manera en Panamá se publicó un artículo sobre las implicaciones de enfermería en la analgesia durante el trabajo de parto, Los autores sostienen que la enfermera crea un vínculo con la gestante basado en los conocimientos que la disciplina posee para proporcionar un bienestar físico y emocional, confort y poder descubrir cualquier complicación, en el trabajo de parto, así como también el poder ofrecer alternativas a las pacientes para el manejo del dolor. Este estudio se centró en las implicaciones de enfermería en la analgesia durante el trabajo de presentando como conclusión que el trabajo de parto es calificado como muy doloroso, existiendo varios métodos que pueden aliviar el dolor durante esta etapa en la mujer suele encontrarse asustada, con temor a lo desconocido y que especula que el parto no lo podrá soportar; la enfermera brinda cuidados oportunos y proporcionando una atención integral ya que se ha demostrado que una mujer informada y preparada afrontará mejor este proceso natural. (Barrios, 2022).

Por otra parte, en Brasil se realizó un estudio sobre la práctica de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el trabajo de parto, se ejecutó un estudio transversal, con abordaje cuantitativo con un análisis descriptivo; la población estuvo integrada por 586 mujeres que se encontraban atravesando la etapa de puerperio, la recolección de datos ocurrió entre febrero y septiembre de 2016, a través de los registros médicos, la atención prenatal y un cuestionario estructurado aplicado 12 horas después del parto, incluyó preguntas sobre qué métodos no farmacológicos conocían y utilizaban durante el trabajo de parto, donde obtenían información/orientación, motivación de uso, satisfacción y beneficios, obteniendo los siguientes resultados en cuanto a los métodos no farmacológicos más conocidos por las mujeres fueron el baño 83,1% y la deambulación 81,4%; el 55,5% recibió orientación/información sobre los métodos y el más aceptado fue el baño (66,6%).

La razón más informada fue la disminución de la intensidad/alivio del dolor (71,8%); el 89,4 % considero que la práctica de este método les apporto beneficios; hasta el 79,9 %, el grado de satisfacción fue mayor o igual a siete. Concluyendo en que el uso de métodos no farmacológicos es una práctica eficiente para el alivio del dolor de parto.

Los autores concluyen en la importancia de fortalecer e informar a las mujeres embarazadas sobre las habilidades disponibles para el alivio del dolor durante el trabajo

de parto para que puedan, en este momento y junto con los profesionales de la salud, elegir el mejor método. (Mielke et al., 2019).

Así mismo en España, Canarias se realizó una investigación sobre satisfacción percibida por las mujeres durante el parto y se elaboró un estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico. Se estudió un total 257 mujeres cuyo parto tuvo lugar en noviembre de 2018 en el HUMIC reclutadas mediante muestreo no probabilístico de tipo consecutivo. Se utilizó el cuestionario Childbirth Experience Questionnaire en su versión española (CEQ-E) (cuestionario con 4 dominios: capacidad propia, apoyo profesional, seguridad percibida y participación).

En una primera fase se realizó un análisis descriptivo y en una segunda, un análisis inferencial para explorar la asociación entre diferentes variables. La puntuación total con el CEQ-E fue de 3,24 (DE 0,37 puntos); no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación final del CEQ-E entre las mujeres con parto espontáneo frente a inducciones-estimulaciones ($p = 0,563$) ni entre mujeres primíparas frente a multíparas ($p = 0,060$). Las mujeres cuyo parto había sido menor o igual a 12 h ($p = 0,024$), sin traumatismo perineal ($p = 0,021$) y aquellas a las que no se les ha realizado episiotomía ($p = 0,002$) obtuvieron mejor puntuación final en el CEQ-E. El parto instrumental (fórceps) frente al parto eutócico se asocia a puntuaciones menores respecto a la puntuación final en el CEQ-E ($p \leq 0,001$). Concluyendo así en que el parto instrumental parece relacionarse a menor satisfacción percibida. Aspectos como el miedo y el cansancio en el parto pueden influir negativamente en la satisfacción. Estas apariencias son susceptibles de mejora mediante el establecimiento de estrategias que ayuden a mayor bienestar y minimicen el miedo de las mujeres embarazadas en su parto. (González de la Torre et al., 2021)

Por otra parte, las docentes de enfermería de la Universidad de la Granada, en España, realizaron un trabajo documental con el objetivo de identificar la satisfacción global de las mujeres durante la atención al parto y analizar los factores que en ella influyen. La misma se llevó a cabo con revisión de estudios publicados desde 2007 hasta la actualidad en las bases de datos Pubmed, Scopus y Cuiden Plus. Los resultados arrojaron que la satisfacción global respecto a la experiencia de parto en general positiva. Esto se debe a que la satisfacción materna se incrementa cuando la madre finalmente ve a su hijo sano y las experiencias negativas se minimizan; el 82% de las mujeres tuvo una experiencia positiva del parto. Concluyendo que la satisfacción global de las mujeres gestantes con la atención recibida durante el parto fue elevada en la mayoría de los

estudios revisados. Los factores que más influyeron en la satisfacción de las mujeres con el parto son: el acompañamiento materno por parte de la pareja o familiar, el apoyo de los profesionales sanitarios, recibir información detallada y comprensible con el proceso que le ayude a tomar decisiones, así como que se cumplan las expectativas de las madres respecto a su idea de parto y, sobre todo, en relación al alivio del dolor. (Fortis Sánchez et al., 2018).

Luego de exponer los antecedentes más relevantes sobre la temática de este proyecto se plantea cómo propósito del mismo obtener datos que informen sobre la percepción de la intensidad del dolor en relación al tipo de analgesia escogida y el nivel de satisfacción durante el parto y nacimiento según número de gestas y edad de las mujeres; los resultados obtenidos se presentarán a las autoridades correspondientes de la institución con el fin de identificar aquellos aspectos que hayan sido valorados por las mujeres cómo negativos y al mismo tiempo fortalecer aquellos en los que se haya producido una valoración positiva.

Para ello se propondrán espacios de reflexión interdisciplinaria de manera tal que se promueva a mejorar la calidad de atención de esta población favoreciendo a que las mujeres que se internen para dar a luz experimenten de forma positiva este importante momento en la vida de la madre y del niño.

Problema

¿Qué relación existe entre la percepción de la intensidad del dolor, el tipo de analgesia escogida y el nivel de satisfacción con el parto y nacimiento según número de gestas y edad de las mujeres que asisten a una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el periodo de marzo a mayo 2023?

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre la percepción de la intensidad del dolor, el tipo de analgesia escogida y el nivel de satisfacción con el parto y nacimiento según número de gestas y edad de las mujeres que asisten a una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el periodo de marzo a mayo 2023.

Hipótesis

Las mujeres con antecedentes de más de una gesta que escojan el tipo de analgesia no farmacológica percibirán menor intensidad del dolor en el proceso de parto y un mayor nivel de satisfacción tanto en el parto como en el nacimiento que las que escogen el tipo de analgesia farmacológica independientemente de la edad.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a la muestra según edad y número de gestas.
- Identificar el tipo de analgesia utilizada durante el proceso de parto.
- Determinar el nivel de satisfacción durante el parto durante el periodo de dilatación, expulsión y nacimiento
- Describir el nivel de satisfacción durante el periodo expulsivo en relación a los cuidados de enfermería, obstetra, apoyo y confort por parte del acompañante y la toma de decisiones.
- Describir el nivel de satisfacción durante el periodo de dilatación en relación con los cuidados de enfermería, obstetra, apoyo y confort por parte del acompañante y la toma de decisión.
- Describir el nivel de satisfacción en el nacimiento en relación a los cuidados de enfermería, apoyo y confort por parte del acompañante y la toma de decisión.
- Describir el nivel de satisfacción en el proceso de parto de acuerdo con la edad.
- Identificar la percepción de la intensidad del dolor durante el proceso de parto en el periodo de dilatación y expulsión.
- Analizar la relación entre el número de gestas y la percepción de la intensidad del dolor.

MARCO TEORICO

El surgimiento de movimientos orientados a la humanización en la asistencia al parto tuvo comienzo a partir de los '80 los cuales cuestionaron la excesiva intervención médica y los efectos adversos de su aplicación se presentaban.

Este modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento, se ha caracterizado por una creciente medicalización y sobrevaloración de la tecnología sobre todo en los países en crecimiento.

Algunos autores plantean críticas a este modelo estableciendo recomendaciones en las que se sobresalía el grado de respetar en el curso normal de dichos procesos, limitando las intervenciones a casos respaldados por la evidencia científica, y respetando el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, sensible a sus necesidades y expectativas.

Además, este análisis pretendía disminuir el intervencionismo médico, favoreciendo así el protagonismo y la satisfacción de las mujeres y sus parejas potenciando que los futuros padres participen activamente en todo el proceso. A través de un proceso enfocado a la atención a un parto normal con mínima intervención (parto natural) de las gestantes de bajo riesgo, incluyendo la humanización, de los nacimientos, incluyendo inducciones, cesáreas programadas o partos instrumentales.

Es así que el Parto Humanizado involucra que el nacimiento de un bebé debe ser una experiencia positiva para toda la familia. El parto tiene que ser tratado como un evento natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y sólo se interviene cuando el equipo de salud así lo disponga por situaciones que así lo demanden. (OMS, 2018)

De tal forma es un modelo que procura tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la mujer viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones dignas, donde la mujer sea la protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir.

Desde esta perspectiva el parto se debe brindar bajo la noción general del nacimiento como un proceso fisiológico al que sólo debe interponerse para corregir desviaciones de la normalidad, y para el cual la participación de los profesionales

sanitarios debe centrarse en acompañar, facilitando además un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

En este sentido, es fundamental tomar en cuenta uno de los enfoques actuales acerca del parto humanizado, el cual se fundamenta en el respeto de las decisiones, preferencias y expectativas de las mujeres. Es decir, pretende, por ejemplo, evitar posturas intervencionistas y a la vez posiciona a la parturienta como protagonista de su parto.

La proposición de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas; demanda cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, y trata de recuperar la idea de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo, personal y disfrutable.

De esta forma, también se ofrece a las personas que lleguen a este mundo una bienvenida en un entorno saludable; la propuesta de parto humanizado se basa en tres ideas fundamentales.

La primera es que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y capacitado, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico.

La segunda es que las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera.

Por último, la tercera idea se basa en la experiencia del parto la cual debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, a los bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad. (Borges Damas et al., 2018)

De esta forma que la atención humanizada del parto alcanza el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de particularidades con el fin de condescender la vivencia satisfactoria del trabajo del parto y el parto, imposibilitando en ella generar sentimientos de pérdida de la autonomía, soledad incompreensión, y percepción de peligro durante su trabajo de parto o al momento de este. En este proceso se llevan a cabo diferentes alternativas como maniobras, posiciones, implementación de

música en el parto, e inclusive la adaptación de las salas para el trabajo de parto brindando comodidad a la gestante.

En este sentido la habilidad de atención humanizada del parto implica que se emplee el conocimiento técnico- científico logrado en el proceso de formación de los profesionales de la salud para este momento para poder así propiciar el respeto y comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia asegurando así la autonomía de la gestante.

Cuando se habla de autonomía no se trata solo de dejar que la gestante tome decisiones por sí misma sobre los procedimientos a realizar sino de brindar una información clara y oportuna dando a conocer los riesgos y beneficios del trabajo de parto que haya elegido, dejando en ella el interés y la satisfacción de ser partícipe de esta decisión y proceso. Es sustancial que la participación de obstetras, enfermeras, neonatólogos y anestesiólogos sea reducir las dificultades en la comunicación e importancia del acompañamiento, el liderazgo, el trabajo en equipo, la resolución de conflictos, y las capacitaciones a sus grupos de trabajo en competencias no técnicas con el objetivo de proporcionar atención segura y prevenir desenlaces adversos del binomio madre-hijo. (Vargas & Maryor, 2018)

Por tal motivo, en Argentina, el derecho a un parto respetado se reconoció en 2004 mediante una ley pionera en América Latina, inscripta como Ley Número 25.929 donde se estable que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán ofrecer obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio así como los Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Esta ley asegura la aplicación tanto al ámbito público como privado de atención de salud del país, obligando tanto a las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga a brindar las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas por medio del Programa Médico Obligatorio.

Además, contempla los derechos de toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, en recibir información acerca de las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos para que puedan elegir libremente entre las diferentes alternativas; ser tratadas con respeto, y de modo individual y personalizado que les garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales; ser considerada, en su

situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto; parto natural, respetando los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

Del mismo modo asegura el derecho a la gestante de ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales; no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética; estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto; tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales; ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar; recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña; ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Dentro de la misma ley también se contemplan los derechos de todo recién nacido, que son; ser tratado en forma respetuosa y digna; su correcta identificación; no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética; la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de ella: que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Otra garantía que brinda esta ley a los progenitores de la persona recién nacida en situación de riesgo son los derechos a recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento; tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia; prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética; que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida

desfavorablemente en su salud; recibir asesoramiento e información sobre los cuidados específicos. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina, Ley n 25.929, 2004)

De esta forma las políticas de salud que se crearon para hacer cumplir la ley, son por ejemplo el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural, que constituye un paradigma de atención perinatal.

La conformación de este modelo no se dio de manera planificada o anticipatoria, sino que la maternidad incorporó progresivamente otras intervenciones a un conjunto de experiencias innovadoras.

Por consiguiente, en los últimos años se comenzó a estructurar un marco teórico, con objetivo de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. Por ello la MSCF proyecta la decisión del Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994.

En el año 2007 se publicó la Guía para transmutar maternidades tradicionales en MSCF, en la que se informa el marco legal internacional y argentino que sustenta este modelo.

A finales del año 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) transformó El modelo de Maternidad Centrada en la Familia de manera de convertir a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y establece como prioridad la seguridad de la atención; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna. (UNICEF, 2012)

Del mismo modo, la OMS transmitió un conjunto de recomendaciones sobre cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Contienen definiciones sobre la duración del periodo dilatante y el periodo expulsivo, y se proporciona orientación sobre el uso de intervenciones durante el trabajo de parto, y en qué momento realizarlas para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y sus bebés.

Estas recomendaciones se basan en el principio de que el personal de salud puede dar apoyo a las mujeres para alcanzar los mejores resultados físicos, emocionales

y psicológicos que desean para ellas, sus bebés y sus familias, utilizando prácticas efectivas durante el trabajo de parto y el parto, y evitando aquellas inefectivas y potencialmente perjudiciales.

Las sugerencias que aporta la OMS sobre los cuidados durante el parto especifican ciertas destrezas basadas en la evidencia que deben implementarse durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato, y desaconsejan otras prácticas ineficaces que deben evitarse.

Además aconsejan sobre la atención durante el trabajo de parto y el parto: atención respetuosa de la maternidad, comunicación efectiva, acompañamiento durante el trabajo de parto y continuidad de la atención; el periodo dilatante definición de las fases latente y activa del mismo, duración y progreso del periodo dilatante, política de ingreso en la sala de trabajo de parto, pelvimetría clínica en el ingreso, evaluación de rutina del bienestar fetal al ingreso, cardiotocografía continua, auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, alivio del dolor, líquidos y alimentos por vía oral, movilidad y posición materna durante el trabajo de parto, manejo activo del trabajo de parto.

En relación al periodo expulsivo establece su definición y duración del periodo, posición materna durante el parto (con y sin analgesia epidural), métodos para pujar, técnicas para prevenir el traumatismo perineal, episiotomía y presión del fondo uterino.

Mientras que en relación al alumbramiento determina procedimientos uterotónicos profilácticos, pinzamiento tardío del cordón umbilical, tracción controlada del cordón y masaje uterino.

En lo que respecta a la atención del recién nacido se debe proceder al contacto piel con piel, lactancia materna, vitamina K como profilaxis de la enfermedad hemorrágica, y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido.

Sobre la atención de la mujer tras el nacimiento se determina la evaluación del tono uterino, evaluación materna de rutina después del parto y alta después del parto vaginal sin complicaciones.

Para facilitar la implementación efectiva revisó y modificó el formato de la planilla de partograma que se encontraba previamente. Además, la Guía de cuidados durante el trabajo de parto ha sido diseñada para ayudar al personal de salud a monitorear el bienestar de las mujeres y los bebés durante el trabajo de parto mediante evaluaciones periódicas que detecten desviaciones de la normalidad.

El objetivo de esta herramienta es estimular la toma de decisiones compartidas por el personal de salud y las mujeres, y promover la atención centrada en la mujer. Los

cuidados durante el trabajo de parto pretende ser un recurso que garantice atención de calidad basada en la evidencia, con especial énfasis en la seguridad, evitar intervenciones innecesarias y ofrecer cuidados de apoyo. (OMS, 2018)

Así el parto es un suceso natural y sorprendente en la vida de la mujer, pues es la etapa de cúspide del embarazo y la marca del inicio de una nueva vida, lo que le atribuye toda la importancia a nivel universal, pero a la vez puede ser el evento más doloroso que experimenta e implica una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba su feminidad y competencias personales, limitando sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología. La OMS destaca la importancia de mejorar las experiencias de las mujeres durante la gestación y el parto, por medio de una atención digna y respetuosa y el derecho a no sufrir violencia o discriminación, lo cual afecta la confianza de las mujeres y las desmotiva frente a la atención en salud.

Entonces desde la segunda mitad del siglo XX, la ayuda a la gestación y al nacimiento ha resignado un proceso de medicalización y tecnificación, produciendo opiniones encontradas; algunos la han estimado como signos positivos del progreso médico, otros han hecho responsabilizado de la deshumanización de las atenciones a las embarazadas. Como respuesta a este fenómeno, comenzó un proceso de cambio en el modelo de atención sanitaria al nacimiento, que pone énfasis al concepto de humanización asociado a la atención sanitaria en el trabajo de parto. (Ayala Jerez & Rojas Santiesteban, 2018)

Por las razones antes mencionadas se puede concluir en que hablar de humanización se delimita como un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la auto transformación, a la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, así como también con otras personas en el futuro y con las generaciones pasadas.

Para humanizar la atención al parto es necesario «empoderar» a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado. (Biurrun Garrido et al., 2018)

A fin de transmutar la atención y lograr que el parto sea una experiencia satisfactoria, la OMS, promueve pautas que modifiquen prácticas clínicas injustificables, y para ello recomienda la atención respetuosa de la maternidad, comunicación asertiva,

acompañamiento de personas significativas para la mujer y atención por personal capacitado disfrute del trabajo. (OMS, 2018)

Por consiguiente, debido a que la enfermería tiene un papel importante en este proceso, porque se encarga de brindar los cuidados necesarios de forma integral, que ayudaran a lograr que la gestante se adapte al entorno y al trabajo de parto, también prepara psicológicamente y emocionalmente a la parturienta con información clara y concisa, sobre todo lo referente a su parto.

El cuidado integral se debe convertir en lo primordial para enfermería en salas de parto, de tal forma que en su actuar puedan de identificar las necesidades de las gestantes y sus familias, y así, cuidar respetando el género, la cultura, el contexto social y, mediante la empatía, convertirse en una persona significativa para la paciente y la familia que anhelan la llegada de un nuevo integrante.

En este sentido es que se destaca la importancia de que el personal de enfermería posea las herramientas necesarias que le permitan desarrollar su labor con autonomía, empoderamiento y seguridad, aplicando sus conocimientos técnicos científicos que permitan ser parte del equipo multiprofesional, que brinda cuidados con conocimiento, calidez, eficacia, eficiencia y pertinencia.

Es por eso que, en la formación como personal de salud, hemos estudiado la teoría que planteo Watson, que ofrece los cimientos del modelo humanizado en la atención de los usuarios. Su teoría es imperativa, la de integrar el cuidado humanizado de enfermería en las diferentes esferas de la ocupación del enfermero, gestión, asistencial, formación, docencia, investigación.

El cuidado transpersonal, es una proporción singular, ya que aporta a la destreza del personal de enfermería la calidad humana, en otras palabras, es una clase especial de cuidado humano que se somete al compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana. Del mismo modo la conceptualización del cuidado, arte esencial de enfermería. Así el cuidado humanizado exterioriza una conducta iluminadora y el soporte de la práctica por su aprovechamiento en elaborar una conciencia de cuidados, y una creación de una relación terapéutica fuerte y sostenible; por lo que el cuidado representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

La OMS se encuentra en armonía con esta teoría y ha motivado la promulgación de la política de un aprendizaje integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en la indagación, en el resguardo de los derechos de los individuos, a partir

del lema: *Trato humanizado a la persona sana y enferma* esta institución pone énfasis en la Humanización y define a la misma como un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encaminada hacia el cambio y concentración de un espíritu esencial de la vida.

Por todo ello el cuidado humanizado se transmuta en una filosofía de vida perseverante en la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional para dirigir al sostenimiento, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente. De tal conformación que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral para la protección de la dignidad y la conservación de la vida, por medio de un cuidado humanizado en los pacientes y para mejorar su calidad de vida. (Febre. N Gómez Mondaca et al., 2018)

Del mismo modo, el inicio del parto simboliza la cúspide de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino. Estos son consecuencia de las señales endocrinas y paracrinas que emanan tanto de la madre como del feto. De forma que el parto es una vivencia única y emocionante y a la vez un conjunto de procesos complejos que culminan con el nacimiento de un nuevo ser vivo.

Se podrá manifestar diversas formas de inicio y progresión del parto; parto provocado, parto inducido, parto vaginal, parto normal; la OMS define el parto normal como aquel que iniciación de forma espontáneo de bajo riesgo desde su principio manteniéndose hasta el alumbramiento y en el que el niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Mientras que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante todo el embarazo que comienza de forma espontánea entre las 37 a 42 semanas de gestación y que después una de una evolución fisiológica de la dilatación y el parto termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. (Sociedad Española de Ginecología y Obstericia, 2021)

Sobre estos conceptos la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) delimita el parto como proceso fisiológico único, en el que la mujer finaliza su gestación a término y en el que suponen factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones y culmina con el nacimiento, no contiene más intervención que el apoyo integral y respetuoso del propio. (Borges Damas et al., 2018)

Sin embargo, para poder vislumbrar el proceso del parto, se deberá conocer cuáles son las etapas. Siendo la primera fase del parto es la Dilatación, y a su vez se divide en fase latente (desde el inicio de las contracciones hasta los 5 cm de dilatación) y la fase activa o tardía (desde los 5 cm de dilatación hasta los 10 cm acompañados de una dinámica de parto constante y regular).

La duración de la fase activa del parto es voluble entre todas las mujeres y depende de la paridad, su progreso no es necesariamente lineal. En gestantes primíparas (siendo primípara la mujer que está en su primer embarazo y parto) el promedio de duración de esta fase de parto es de unas 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. Sin embargo, en las madres multíparas (siendo estas aquellas que hayan tenido más de un embarazo y parto), el promedio de duración es de 5 horas y en la mayoría de los casos dura menos de 12 horas. Las intervenciones de enfermería frecuentes en esta fase del parto pueden incluir atención una a una, movilización y adopción de diferentes posiciones.

En relación a la segunda fase del parto, la cual se denomina como Expulsiva la cual representa el momento del parto que transcurre desde que se produce la dilatación completa (10 cms) hasta el momento en que se produce el nacimiento del feto. A su vez hace referencia al periodo expulsivo pasivo (cuando no existen contracciones involuntarias a pesar de la dilatación completa del cuello uterino) y el periodo expulsivo activo (cuando se observa la cabeza del feto pasando el canal del parto o la madre tiene pujos efectivos en presencia de contracciones involuntarias). En este momento es aconsejable que la mujer adopte la posición que le sea más cómoda siempre que las condiciones lo permitan.

Por último, la tercera fase del parto o Alumbramiento, se refiere a la salida de la placenta del útero materno después de la salida del bebé. La duración de esta etapa no debe superar los 30 minutos en un alumbramiento con manejo activo de la placenta y los 60 minutos en un alumbramiento espontáneo. (Fernández Godoy, 2018)

En lo que refiere al origen del dolor se distingue en cada una de las tres etapas del parto en donde la primera fase, el dolor está producido por la distensión e isquemia de la musculatura del útero durante las contracciones y la dilatación cervical, y es transferido a través de las fibras nerviosas T10-L1. Se refiere de un dolor vago y dificultoso de localizar, que puede ser referente a región lumbosacra, pared abdominal, crestas ilíacas, muslos o glúteos. Pasando a la segunda fase, el dolor es puesto a que la distensión de las fibras vaginales, periné y suelo pélvico; es transferido por los nervios

puerperales y entra en la vía espinal a través de S2-S4. En contraste al dolor visceral, es un dolor localizado en el área donde los nociceptores son estimulados. Finalizando con la tercera fase, el dolor es resultado de la estimulación de las fibras vaginales debido a la presión producida por el alumbramiento. (Cuartero Funes et al., 2021)

En pocas palabras para poder describir una de las variables de este estudio la cual hace referencia a la percepción en la intensidad del dolor, se define al dolor como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”*. (Vidal Fuentes, 2020, pág. 232)

Asimismo, dentro del trabajo de parto, uno de los factores que influyen en cuanto al dolor que experimentan las mujeres durante este proceso son multifactorial, psicosociales hasta fisiológicos

En cuanto a la intensidad del dolor varía enormemente de unas gestantes a otra y depende también de la etapa en el trabajo de parto en el que se encuentre. El dolor es uno de los aspectos clave del proceso del parto y una de las mayores preocupaciones para las gestantes a la hora de enfrentarse a él. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2021)

Para darse cuenta la preocupación y temor que experimentan las mujeres frente al proceso de parto, requiere especificar el concepto de dolor, ya que se asocia a una experiencia negativa. Se puede explicar al dolor, como *“una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”*. (Vidal Fuentes, 2020, pág. 232)

En efecto, el dolor tiene distintas categorizaciones, el dolor del parto es según su duración, agudo ya que es limitado en el tiempo y según su origen, no patogénico, es el único dolor que no representa una patología. Ya que, distintos factores son los que causan el dolor en el trabajo de parto, este mismo está influenciado por diferentes factores como una vivencia multidimensional, que abarca procesos psicoafectivos (cognitivo, conductual y emocional), sociales, culturales, económicos y espirituales.

El IASP (International Association for the Study of Pain) lo delimita como una experiencia sensorial y emocional e incómodo, asociadas o no a un daño real o potencial de estructuras somáticas, viscerales o nerviosas.

De la misma manera con el objetivo de que el dolor agudo tiene particularidades propias y mecanismos fisiológicos particulares que lo diferencian claramente de otros tipos de dolor como es el *Dolor en el Trabajo de Parto* que es considerado uno de los acontecimientos más importantes, significativos, intensos y dolorosos en la vida de la

mujer. Es manifiesto que para la generalidad de las mujeres el trabajo de parto es causa de un dolor severo.

Es así que el dolor de parto es ocasionado por las contracciones de los músculos y la presión sobre el cuello uterino. Por eso se puede sentir como un cólico intenso en el abdomen, la ingle y la espalda, y también como una sensación de malestar general.

Algunas mujeres también experimentan dolor en los costados o en los muslos. Otras causas del dolor durante el trabajo de parto incluyen la presión que ejerce la cabeza del bebé sobre la vejiga y los intestinos, y el estiramiento del canal de parto y la vagina. Siendo así el dolor durante el trabajo de parto es diferente para cada mujer, varía mucho de una mujer a otra, e incluso de un embarazo a otro. Por eso a menudo, no es solo el dolor en cada contracción lo que las mujeres consideran duro, sino el hecho de que las contracciones son constantes y, conforme el trabajo de parto avanza, hay cada vez menos tiempo entre una contracción y otra para relajarse. (Reyes Londoño et al., 2019)

La percepción del dolor en el trabajo de parto es subjetiva y voluble, y está intervenido o transformado por múltiples factores, por las experiencias pasadas vividas o transmitidas entre generaciones, en el entorno sociocultural y las expectativas individuales ante este evento, componentes psicológicos (por ejemplo la ansiedad, depresión y afrontamiento frente al dolor), clínicos (como son los embarazos de alto riesgo) y genéticos que inclinan a experimentar una percepción diferente en cuanto a su severidad y a los efectos fisiopatológicas que tiene el dolor sobre la madre y el feto consecuencias fisiológicas que se debe prestar atención son aumento transitorio de la frecuencia respiratoria, disminución de las reservas de oxígeno, pudiendo producir una hipoxemia transitoria, estimulación del sistema nervioso simpático, que crea la liberación de catecolaminas la cual puede provocar un aumento de la resistencia vascular sistémica y debido a esto una disminución de la perfusión uterina, alterando la unidad feto-placentaria, acrecentamiento del riesgo de aspiración pulmonar, ansiedad, provocada por el dolor que conlleva a un aumento de la gastrina, que disminuye la motilidad intestinal y acrecienta el riesgo de aspiración pulmonar asociada a la acción de la progesterona y relaxina sobre el músculo liso, estrés, que es cuantificable a través de los niveles de cortisol plasmáticos. (Cortés et al., 2020)

En lo que respecta a los factores más renombrados y que se relacionan con la experiencia del dolor del parto es la paridad. Está comprobado que las mujeres múltiparas que han presentado más de dos embarazos previos insinúan una intensidad

de dolor menor a las mujeres primíparas no han cursado embarazos previos. Este hecho se expone por dos motivos, el primero es que fisiológicamente las mujeres con partos previos tienen una dilatación cervical y descenso por el canal vaginal más rápido que una mujer primípara; el segundo es que tener una experiencia previa modifica la percepción del dolor en el consecuente parto.

En tal este sentido, existen estudios que concluyeron en que las mujeres con un parto previo tienen un umbral del dolor más alto que aquellas que no han parido y entre ellos, en un estudio se observó que la mujer nulípara experimentaba de 8 a 10 puntos más de dolor que una mujer múltipara. En oposición, no solo la experiencia previa de un parto modifica la percepción del dolor, también existe un estudio que relaciona una menor sensación del dolor en aquellas mujeres que han tenido dolor intenso en otros aspectos de su vida a parte del parto.

Otro componente importante relacionado al dolor es la posición adoptada por la mujer en el parto. En los países occidentales, donde las mujeres tradicionalmente asisten a los centros hospitalarios a dar a luz, la posición más frecuente es la litotomía modificada (mujer en decúbito supino con las piernas en unos estribos) con una inclinación de 45 grados. Esta posición es la más accesible para una buena monitorización fetal, así como la comodidad para realizar las maniobras durante el parto, ya sea normal o parto instrumentado. Se observa que en posición decúbito supino no son las que tienen los mejores resultados perinatales; opuestamente las posturas laterales o verticales las mujeres expresaban menor dolor durante el expulsivo, reduce el tiempo de parto y las episiotomías riesgos como desgarro de primero y segundo grado del periné, mayor sangrado.

Los beneficios naturales que obtiene una mujer en posición vertical, son efectos respiratorios, mecánicos y de la gravedad, musculares, disminución de los riesgos de compresión de la aorta, eficiencia de la combinación matriz, disminución del trabajo del parto, menos dolor agudo en el expulsivo y postparto. (Antepara Crespo, 2018)

Mientras que el control del dolor contribuye directamente en el grado de satisfacción y bienestar de las gestantes. A causa de la relación entre un mal control del dolor con la insatisfacción que genera este hecho a las mujeres, los procedimientos bajo analgesia (farmacológica o no farmacológica) o anestesia obstétrica suelen brindar mayor bienestar y son valorados más positivamente. No obstante, hay que tener en cuenta que la experiencia del dolor y sus manifestaciones van ser diferentes para cada mujer, pues es un proceso fisiológico sobre el cual impacta en el conjunto de

experiencias, cultura y sociedad de la gestante, y han de ser tenidos en cuenta por parte del personal sanitario durante su valoración. (López-Mirones et al., 2017)

Al respecto para reseñar al dolor innegablemente se necesita tener las herramientas para el alivio, es por ello que se debe tener en cuenta los métodos de analgesia farmacológicas y no farmacológicas.

Asimismo, los métodos farmacológicos brindan mayor eficiencia a la vez que efectos adversos en tanto que los métodos no farmacológicos son no invasivos y se creen seguros para la mujer y el bebé aun cuando son más inexplorados por la población en estudio. De modo que las mujeres deben percibir la libertad de poder elegir el método a emplear, así como comprender la variedad de recursos de los que disponga en el lugar donde decida efectuar su parto.

Con relación al método farmacológico más utilizado es la analgesia epidural que trata eficientemente el dolor provocado por el parto, pero es el que más efectos adversos bloquea el sistema nervioso de la mujer embarazada el cual sobrelleva una punción de anestesia local en la zona donde va a efectuar el bloqueo. Por ello, el efecto de la anestesia se obtendrá en el término de los 10 o 20 minutos de su administración. De modo que el bloqueo de los impulsos nerviosos tiene distintos resultados dependiendo de la medicación que se administre y de su concentración por lo que los fármacos en inferior concentración bloquean selectivamente el estímulo doloroso, conserva la función motora y anestésicos; en dosis más altas producen un bloqueo completo tanto sensorial como motor por lo que el movimiento queda limitado, por tal motivo resultaría dificultoso en el momento de realizar pujos por parte de la paciente. Es por ello que uno de los posibles efectos adverso es la hipotensión, otro que puede presentar son escalofríos, fiebre, temblores y depresión respiratoria y cardiovascular.

En consideración a este tipo de analgesia solo la puede realizar un médico anestesista con una técnica estéril, se coloca por un catéter colocado en el espacio epidural, el catéter de analgesia epidural resulta eficiente y accesible para aumentar continuamente la dosis de medicación analgésica que se necesite.

Por ende, para la utilización de la analgesia farmacológica se necesita una evaluación preoperatoria como a cualquier paciente que se somete a alguna intervención anestésica. Por este motivo hay que conocer la evaluación, diagnóstico y plano obstétrico, antecedentes mórbidos, examen físico y eventualmente pruebas de laboratorio. Es por ello que es necesario el consentimiento informado de la paciente.

Con respecto al equipamiento se debe contar con un equipo de monitoreo de signos vitales y cardiorrespiratorio, lo que incluye un acceso periférico de la paciente, al mismo tiempo se requiere fuente de oxígeno, elementos para manejo de vía aérea y ventilación a presión positiva y drogas de soporte hemodinámico.

Además, es necesario monitoreo de LCF (latidos cardiacos fetales) y de dinámica uterina. En cuanto a la posición, puede realizarse en decúbito lateral o en posición sentada. (Sánchez Gorozabel-, 2022)

No obstante, preexisten diferentes métodos para la mejoría del dolor, sean estos farmacológicos o no, es primordial dar un encuadre humanizado a la atención del parto donde se cumplan las predilecciones respecto a la libre elección de la técnica analgésica que desee recibir, pero es fundamental es ofrecer una conveniente información a la gestante y a su compañero. Coexisten distintos métodos no invasivos, y no farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser aprovechados a lo largo del proceso de parto, es efectivo el soporte brindado por el acompañante mediante la realización de masajes en la zona lumbar. Por tal motivo estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias que proponen hacer frente al dolor mediante el uso de técnicas de respiración, relajación y e implementación de distractores, alejando la atención del dolor.

Dentro de los métodos no farmacológicos están los cambios frecuentes de posición y los masajes en la espalda en la zona lumbosacra pueden logran ser efectivos en la reducción del dolor en el trabajo de parto y también en la mejora de la experiencia emocional durante el parto. Asimismo, estimula la liberación de endorfinas y aumenta el rendimiento de serotonina para inhibir la transmisión de los impulsos nerviosos al cerebro. (Santamaria Mantilla et al., 2020)

Otro método no farmacológico es la esferodinamia, o terapias de balón que se define como el movimiento en una esfera. Por lo tanto, es una técnica que radica en el trabajo del cuerpo utilizando una pelota grande de vinilo para ayudar a la reducción del dolor de la pelvis en el parto y para distender los músculos extensores de la espalda. Igualmente, provoca un aumento de la capacidad respiratoria y una sensación de relajación. Por consiguiente, el movimiento libre de la pelvis en el transcurso del parto, facilita el movimiento y rotación del recién nacido por el canal del parto.

Entre los usos favorecidos de la pelota de parto, es la dilatación, amplían diámetros pélvicos, proporcionan un elemento de distracción a la mujer y mejoran la recuperación del suelo pélvico postparto. Se logran distintas posturas para utilizar la

pelota y se adaptaran a la forma física de la mujer y del bienestar que tenga en cada una de ellas. A cerca de los efectos adversos y las contraindicaciones para la madre o el feto no se han encontrado restricciones y limitaciones. (Sanabria Martínez et al., 2022)

Siguiendo con los métodos de analgesia no farmacológicas, la libertad de movimiento, posición lateral, la deambulación y las posiciones verticales esta última ayuda no solo a reducir el dolor que siente la mujer en el parto, y hace que las contracciones uterinas sean más efectivas sino también a mejorar el paso del feto por el canal de parto, la oxigenación fetal y disminuyen la incidencia de partos instrumentados, reduce el riesgo de trauma perineal, así como efectos adversos sobre la madre y el recién nacido.

Por consiguiente, se encuentra como método de analgesia no farmacológica la termoterapia se hayan varias posibilidades como el uso de compresas de agua caliente/fría que radica en aplicar compresas en las partes del cuerpo que la mujer este de acuerdo según el dolor (espalda, cara, cuello, pecho, etc.) durante las contracciones. Las compresas de agua fría son más positivas y han demostrado una reducción del dolor, hinchazón y hematoma y un alivio de los espasmos musculares.

Otro método que puede emplearse es el hielo, su aplicación permite al organismo liberar endorfinas que bloquean el estímulo doloroso ayudando a aliviar el dolor. Se coloca por una duración de 10 minutos en la parte baja de abdomen y espalda logra calmar el dolor durante 30 minutos, de modo que pasado este tiempo habría que retomar la a aplicación. La crioterapia, que emplea agua fría, consigue un alivio del dolor durante todo el proceso.

Estas terapias no son invasivas, carece de efectos adversos para la madre o el feto y ayuda a calmar el dolor en el trabajo de parto. (Guerrero González & Martín Martín, 2021)

Además, como otro método de analgesia no farmacológica esta la inmersión en agua se basa en llenar una bañera a temperatura corporal durante el trabajo de parto provoca un inmediato alivio del dolor de las contracciones y facilitó la relajación y la movilidad de la madre. Encontraron también una progresión de la dilatación, lo que se ha atribuido a una mejor liberación de oxitocina al disminuir la ansiedad y el estrés como consecuencia de la inmersión en agua caliente.

Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la utilización de agua caliente durante la dilatación induce a la mujer relajación, reduce la ansiedad, estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina, acorta

la dilatación y aumenta la satisfacción y la sensación de control. En tanto a la forma de uso, la FAME recomienda que la temperatura del agua no debe superar los 37°C y no se aconseja la inmersión durante más de 2 horas. La inmersión debe producirse cuando la mujer se encuentre con una dilatación de al menos 5 cm, ya que la inmersión en una fase temprana del parto puede inducir a partos prolongados y al uso de analgesia epidural y oxitocina. La rotura de membranas no contraindica el uso del agua. El calor local adecuado por el agua permite una distribución del flujo sanguíneo por el organismo llevando a la mujer a sentirse más relajada y calmada. En el agua el cuerpo de la mujer flota y esto accede a relajarse, soportar el peso del abdomen o adoptar posturas como las cuclillas. Esta técnica favorece a disminuir la percepción del dolor (al disminuir la secreción de cortisol y beta-endorfinas y aumentar la de noradrenalina). (González García et al., 2018)

Por otra parte, está la variable que se desarrollan en este proyecto de investigación es la satisfacción durante el parto y el nacimiento, se puede generalizar con sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario recibido. La satisfacción percibida está relacionada con varias dimensiones, como el personal de salud (obstetras y enfermeras), el periodo de dilatación, el bebé recién nacido, el acompañante y el confort. La satisfacción de las pacientes es un indicador de resultados, si bien su medida no es una tarea fácil, en una etapa tan especial en la vida de la mujer como es el parto y el puerperio, conocer la satisfacción con la atención recibida es un aspecto primordial y a la vez, puede ayudar a servir como uno de los indicadores de calidad asistencial.

Son distintos los factores que tienen vínculo con la satisfacción de las mujeres durante el parto y el nacimiento de su hijo. Internamente los componentes imperiosos están las expectativas de las embarazadas, el apoyo del profesional sanitario, así como la calidad y calidez de la atención y la participación de la mujer en la toma de decisiones con respecto a su cuidado.

La culminación de las expectativas previas y la percepción de control a lo largo del parto son esenciales y a esto se une el apoyo de los profesionales, ya sea físico, emocional, informativo o dinamizador de la participación de la mujer.

Mientras que, durante el proceso de parto, el sentimiento de control de las mujeres es muy importante y va a estar coordinado con un aumento en la satisfacción, aunque puede ser percibido de manera diferente, dependiendo de aspectos como el propio cuerpo, el dolor o el lugar donde ocurre el nacimiento. Los profesionales de la salud

deberán prestar atención a las expectativas de la madre, además de la sensación de poder de su parto y la satisfacción con esta vivencia.

Dado que las perspectivas previas y la discrepancia con la experiencia vivida pueden afectar a la apreciación que la mujer realice del parto, al igual que ocurre con el dolor y su manejo. Es por ello, que la percepción del control durante el parto es fundamental para que la mujer se sienta plenamente partícipe en el proceso y experimente sentimientos positivos ante la experiencia, y se muestra como uno de los factores pronosticador importantes del grado de satisfacción. Inmediato a ello, el apoyo de los profesionales sanitarios, ya sea físico, emocional, informativo o dinamizador de la participación de las mujeres, constituye otro de los determinantes fundamentales de la satisfacción. (Mas-Ponsa et al., 2011)

En cuanto a la satisfacción del paciente se delimita como la adecuación de sus expectativas con la impresión final del servicio sanitario recibido, es un indicador de resultado de la calidad de los servicios y de la atención que recibe el paciente.

La satisfacción interpretada por las mujeres gestantes con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo está concerniente con un elevado número de factores, tales como las posibilidades personales de las mujeres, el alivio del dolor, el apoyo recibido tanto por los familiares como por los profesionales sanitarios, la calidad de la relación con estos últimos, así como el cumplimiento de las expectativas de las madres. (Fortis Sánchez et al., 2018)

Dentro de los factores de la satisfacción durante el parto y el nacimiento se encuentra la relación con los profesionales que la atienden durante el proceso del trabajo de parto tanto los obstetras como las enfermeras. En esta relación coexisten dos puntos de vista en este aspecto; aquellas mujeres que delegan todas las decisiones en el equipo que las está atendiendo, confiando en las decisiones que tomen, considerando que ellos son los profesionales, y aquellas mujeres que desean formar parte activa en el proceso de parto, tomar las decisiones de forma conjunta con los profesionales de la salud y que se respeten los deseos y de la paciente.

Para poder entablar este tipo de relación se necesitan profesionales flexibles y sensibles a las necesidades de la mujer, comprendiendo el contexto en que se encuentra y apoyando sus decisiones de manera tal que contribuya a mejorar la experiencia del parto. (Silva et al., 2020)

Por estos motivos los profesionales de la salud deben basarse en los derechos y necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales de la mujer, su bebé y su familia,

utilizando las recomendaciones de la OMS de manera tal que estos profesionales alcancen realmente una atención intercultural. Siempre se debe brindar a la mujer autonomía y libertad, en una atmósfera de amor, respeto y seguridad ofreciendo así un parto como un hecho fisiológico, trascendente, íntimo y personal. Con el objeto de generar un vínculo personalizado con la paciente y su acompañante, respetar sus elecciones. (Borges Damas et al., 2018)

Otro suceso importante para validar una experiencia de parto positiva es el contacto precoz madre-hijo tras el parto, ya que beneficia el vínculo afectivo lo que incrementa la satisfacción materna, reduciendo la ansiedad y mejorando los sentimientos de aceptación del nuevo rol.

Por esa razón se define al Contacto Piel a Piel (COPAP) y es igualmente, conocido como Método Madre Canguro (MMC), es definido como el contacto piel a piel entre la madre y el bebé de forma precoz, prolongada y acompañada de la lactancia materna, para que la mamá como el bebé disfruten de sus ventajas.

Por tales motivos, el COPAP inmediato, consiste en colocar al Recién Nacido (RN) desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después cubierto por una toalla, la misma temperatura corporal de la madre brinda calor y termo regula la temperatura del bebé. Esta técnica posibilita la iniciación y duración de la lactancia materna, y mejora el período de transformación fisiológica ya que contribuye a afianzar las funciones cardiorrespiratorias, metabólicas y de regulación de la temperatura del RN. Igualmente ayuda a la colonización del RN con la flora materna en favor de su flora intestinal y disminuye la incidencia de la depresión en la madre, entre muchos otros aspectos. (Jenik et al., 2020)

En consecuencia, el COPAP aumenta la conducta materna de apego contiguo al parto crea una cascada de hormonas relacionadas a crear el olvido del dolor del parto y los sentimientos de afecto; endorfinas, estrógeno y progesterona, prolactina, vasopresina, oxitocina. Ésta última ayuda la contracción uterina, la reducción del estrés (induce la relajación), el incremento de la eyección de calostro, el reconocimiento facial, la atracción y la conducta materna de apego. (Soto Conti, 2018)

Se recomienda el COPAP durante estas 2 horas, que pertenece al puerperio inmediato, que es un momento emotivo, sensible, único de encuentro, de reconocimiento, en el que contacto precoz, piel con piel tiene efectos positivos tanto en el corto como en el largo plazo.

Por consiguiente, la madre experimenta una descarga de oxitocina que no solo ayuda la bajada de leche, sino que causa placer y relajación, favoreciendo el bienestar materno y el vínculo con su bebe. (OMS, 2018)

Con respecto a, lo que corresponde al puerperio inmediato; la comunicación puede afectar el grado de satisfacción ya que las pacientes se sienten más contenidas al ser escuchadas y recibir un ambiente de confianza y sinceridad. Las madres necesitan asistencia en el puerperio y la comunicación se convierte en un medio útil para percibir y dar respuesta a sus necesidades. En esta etapa, los conocimientos adquiridos en el entorno hospitalario, tanto para el autocuidado como en relación al cuidado del niño, ya que inicia una etapa vital para la mujer, a la que se debe adaptar de manera saludable y progresiva.

Por tal motivo, las educaciones sanitarias por medio de la comunicación, son imprescindibles para lograr esta adaptación ya que en este periodo ocurren cambios muy importantes a nivel psicológico en la mujer y que van a influir en su adaptación al papel de madre. (García-Torres et al., 2019)

Con relación al acompañamiento de la embarazada, el cual significa en primera instancia el sostén es la persona elegida por la gestante con las cuales ella se encuentre cómoda durante todo el proceso de internación. Este es importante para brindar apoyo físico y emocional a la madre brinda un efecto analgésico, disminuye la percepción de dolor, el miedo e incrementa el nivel de satisfacción de las mujeres embarazadas. De forma que la llegada del nuevo ser, se la espera con ansias, acompañando a la madre durante el proceso de parto y haciéndola sentir querida y a gusto, brindando una armonía al binomio madre - hijo. (Borges Damas et al., 2018)

Otra forma de acompañante de predilección de la gestante, son las DOULAS se han distinguido por ser mujeres capacitadas para dar acompañamiento, apoyo físico, emocional y orientación durante el proceso de parto y nacimiento. Su ocupación es suministrar una preparación adecuada para el parto, técnicas y estrategias que la guíen y le brinden apoyo emocional, así como construir una relación de trabajo en equipo con el personal de enfermería, de modo que se promueva la comunicación entre la paciente y los profesionales de la salud.

El vocablo doula designaba en la Grecia antigua a la esclava que ayudaba a la señora a parir. Es la que permite apoyar a la mujer embarazada con ejercicios y medidas de confort para fortalecer la confianza en sí misma durante todo el proceso de parto y favorecen la fisiología del parto, brindando sensación de seguridad y bienestar, ya que

muchas embarazadas tienen miedo a la sala de un hospital o a los doctores. (Abdala, 2021)

Es por ello que la figura de una persona de confianza o de la pareja es importante en el nivel de satisfacción, ya que presume un apoyo de tranquilidad y seguridad durante todo el proceso de parto. El acompañamiento de una persona de elección durante el parto se asocia con el incremento de la satisfacción materna. El acompañante puede pedir más información e implicarse en la toma de decisiones junto con la gestante. (Fortis Sánchez et al., 2018)

En consideración a poseer una buena experiencia de nacimiento es un objetivo que siente tener el valor de un derecho propio. Asistir a una mujer a tener una experiencia satisfactoria influye en el bienestar de su bebé. Los factores emocionales, sociales y psicológicos contribuyen a la satisfacción de una mujer con su experiencia de nacimiento. Por tal motivo la experiencia de dolor de parto de una mujer no siempre disminuye su satisfacción. Admirablemente, la experiencia del dolor puede coexistir con el empoderamiento y la alegría. El alivio del dolor no elimina los factores que pueden causar sufrimiento a las mujeres en trabajo de parto.

Con respecto a la definición de la experiencia de parto positiva como “aquella que cumpla o supere las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer”. Se centra en la creencia de que una gran parte de las mujeres desean tener un parto fisiológico y participar activamente en la toma de decisiones. (OMS, 2018)

Para obtener una remembranza positiva que acrecienta la sensación de logro, mejore la autoestima y permite una adaptación más rápida a la maternidad. Encontradamente, un nacimiento traumático afecta a la capacidad para amamantar y crear un vínculo adecuado. Este mal recuerdo puede influir en abortos futuros, que la mujer prefiera una cesárea en los siguientes nacimientos o incapacidad para retomar las relaciones sexuales.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio con un abordaje metodológico cuantitativo ya que se manejará la recolección de datos y el análisis de estos con el fin de responder a la pregunta de investigación y comprobar la hipótesis establecida. Se cotejarán los hechos para comprobar la teoría con la práctica. Los instrumentos seleccionados son estandarizados y uniformes y permitirán recoger la información prevista en la formulación del problema para luego someterla a un análisis estadístico-matemático y que sus resultados puedan generalizarse a la muestra.

Será no experimental ya que será llevado a cabo sin manipular intencionadamente las variables independientes, es decir, se observarán tal como se presentan en su contexto natural.

En relación al alcance este estudio será descriptivo ya que se establecerá como es la situación de las variables independientes (tipo de analgesia, edad, número de gestas, percepción en la intensidad del dolor) en función de la variable dependiente (nivel de satisfacción durante el parto y el nacimiento); que se están estudiando en la muestra seleccionada, valorando su presencia o ausencia y la frecuencia con la que ocurre.

Será transversal ya que se realizará una única medición de las variables en estudio, de acuerdo a la recolección de datos será prospectivo ya que se recolectarán datos primarios, es decir, a medida que los hechos vayan sucediendo. (Sampieri et al., 2014)

SITIO Y CONTEXTO

Para la selección del sitio y contexto se aplicó una guía de convalidación de sitio (ver Anexo I) con el fin de indagar si el contexto reunía los criterios de elegibilidad que para este estudio son: que la institución sea pública y que implemente políticas de salud relacionadas al parto respetado y centrada en el cuidado de la familia. Además, que cuente con un número suficiente de partos durante el periodo establecido para la recolección de datos, así como que se lleven a cabo un mayor número de nacimientos por parto vaginal que por cesáreas.

En consideración a los criterios antes mencionados la institución seleccionada es una institución que utiliza métodos farmacológicos y no farmacológicos, el tamaño de la población que concurre es amplio, anualmente hay aproximadamente 1500 nacimientos.

Cuenta con personal de enfermería idóneo, población de usuarias que cumple con los criterios de inclusión exigidos para el estudio y además cuenta con los recursos materiales que facilitan el accionar del equipo de salud y las variables de estudio.

Asimismo, el hospital seleccionado es un efector de salud de dependencia municipal, ubicado en la zona sur de la ciudad de Rosario; es referente al nivel II de complejidad de los distritos sur y sur oeste. Este efector coordina la atención sanitaria junto con los Centros de Atención Primaria de salud de la ciudad. Brinda atención a ciudades de alrededores como Villa gobernador Gálvez a los centros de salud de dependencia municipal.

Además, cuenta con servicio de guardia de adultos, guardia pediátrica sala de clínica médica, sala de maternidad, diagnóstico por imagen, consultorios externos con distintas especialidades.

El contexto seleccionado para el proyecto de investigación es el sector de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (TPR). La distribución de estas áreas se encuentra integrada por admisiones de guardia gineco- obstétrica. Además, el servicio cuenta con 4 habitaciones individuales totalmente equipadas para que la mujer pueda transitar su trabajo de parto, parto y puerperio inmediato. Posee 2 quirófanos que se utilizan para cesáreas y el otro para cirugías programadas ginecológicas y cirugías generales de menor intervención.

También, cuenta con Área de Atención Integral de la Mujer, el mismo presenta servicios de Ginecología y Guardia Toco- ginecológica, comprometidos en garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Además, funciona una consejería en salud sexual y reproductiva para acompañar a las mujeres, sus familias y parejas en las decisiones sobre su vida sexual.

En relación al equipo interdisciplinario, el mismo está conformado por el Área de Ginecología, Trabajo Social, Enfermería y Salud Mental, abogados del hospital, quien acompaña a las personas en la toma de decisiones informadas y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo.

El Hospital además cuenta con un área de alojamiento de madres cuyos hijos están internados en Neonatología.

La selección del lugar se realizó ya que es una de las instituciones de Rosario que ejerce la política de parto respetado y la elección de distintos métodos de analgesia no farmacológica. (Ver Anexo III)

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

La elección del sitio y contexto se llevó a cabo teniendo en cuenta los siguientes principios bioéticos.

Autonomía: se brindará información a la institución sobre el objetivo, propósito del proyecto, se le informará sobre la utilización de 6 colaboradores más el investigador para recabar datos en un tiempo estimado de 1 meses y 15 días, en el horario de 8 a 14hs, teniendo una entrevista personal con los participantes del estudio en el ámbito que la institución nos provea.

Justicia: se selecciona la institución ya que cuenta con las condiciones necesarias para llevar a cabo la investigación.

No maleficencia: los resultados obtenidos se brindarán a la institución con el fin de que ellos hagan uso de ellos como disponga. La información obtenida no perjudicará la institución, por el contrario, se tratará que los resultados le puedan ser de utilidad. En caso que los resultados arrojen resultados negativos no son con intención de estigmatizar la institución, sino que de los resultados sirvan para que puedan replantear acciones.

Beneficencia: que esta investigación no cause un daño a la institución, sino que a través de los resultados le sirvan para reflexionar e intervenir de manera beneficiosa en el caso que los resultados demuestren alguna problemática que deba ser replanteada. Se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estará conformada por todas las pacientes internadas que comiencen con trabajo de parto en una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el lapso de marzo- abril del 2023. En cuanto a los datos aportados por la convalidación de sitio, se consideró que el tamaño de la muestra aproximado será de 100 pacientes, de las cuales se recolectará información en el lapso de un mes y 15 días, ya que la población total anual de pacientes que recibe el efector entre partos y cesáreas es de 1500 pacientes.

Con respecto a la unidad de análisis estará conformada cada una de las mujeres que asisten a la maternidad en trabajo de parto vaginal sin complicaciones posparto

tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, según los datos aportados por el estudio de convalidación de sitio.

La unidad de análisis estará conformada por, cada una de las mujeres internadas desde el comienzo del trabajo de parto vaginal, sin complicaciones posparto. Los criterios de inclusión son mujeres que ingresan en trabajo de parto en el área de TPR en fase activa en trabajo de parto en el periodo de marzo- abril 2023. Los criterios de exclusión son todas aquellas mujeres que ingresan en trabajo de parto con embarazo de alto riesgo, las cesáreas programadas, todas aquellas pacientes que viene a internarse de otro sector (maternidad, clínica), pacientes con plan de parto ya que estas pacientes realizan un formulario refiriendo las pautas del trabajo de parto, las mujeres cuyo hijo han nacido muerto o han muerto antes de nacer, pacientes embarazadas con patologías como preclamsia, diabetes, colestasis, hemorragias posparto, las mujeres que inicien su trabajo de parto y finalicen en cesárea estos criterios de exclusión controlan las amenazas de regresión. Tanto los criterios de inclusión y exclusión controlan la presencia de variables enmascaradas.

Se utilizará un tipo de muestreo por cuota, las cuotas estarán integradas por 50 mujeres que representen a las que utilicen el tipo de analgesia no farmacológica y otra conformada con el mismo número de unidades de análisis que representen a las pacientes que utilicen analgesia farmacológica, de esta manera se controlará la amenaza de selección.

En caso que los pacientes decidan abandonar el estudio, los datos deberán ser recolectados nuevamente para lograr las cuotas necesarias de analgesia farmacológica y no farmacológica, esto se hará para evitar la mortalidad experimental.

Se plantearon criterios de exclusión para controlar para controlar la amenaza de regresión.

Validez externa

Los resultados serán generalizables sólo a la muestra de la población en estudio ya que no se tendrá posibilidades de conocer todos los elementos que conforman la población se recurre a la realización de muestreo no probabilístico, por cuotas esto puede introducir sesgos en los resultados.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- ✓ Variable 1: Tipo de analgesia: (cualitativa independiente, escala de medición nominal, simple)

Definición operacional: Analgesia es la eliminación de la sensación de dolor por medio de procedimientos que se utilizan para aliviar el mismo en el proceso de parto.

Indicadores:

- Farmacológica
- No farmacológica

- ✓ Variable 2: Edad (cuantitativa independiente, escala de medición de razón).

Indicador: Edad según refiera la historia clínica.

- ✓ Variable 3: Número de gestas: (cuantitativa independiente, escala de medición de razón)

Indicador: será el Número de gestas según refiera la historia clínica

- ✓ Variable 4: Percepción en la intensidad del dolor: (cualitativa independiente, escala de medición ordinal).

Definición operacional: La escala numérica del dolor (NRS) es una escala numérica única de 11 puntos ampliamente validada en una miríada de tipos de pacientes. Los datos obtenidos a través de NRS se documentan fácilmente, son intuitivamente interpretables y cumplen con los requisitos reglamentarios para la evaluación y documentación del dolor.

Indicadores: Los puntajes de dolor se interpretan de 0 a 10.

- ✓ Variable 5: Nivel de Satisfacción durante el parto y el nacimiento. (cualitativa, función dependiente compleja, escala de medición ordinal)

Definición: El momento del parto es uno de los más importantes en la vida de una mujer, lo que en él suceda puede marcar futuros comportamientos tanto de manera positiva como negativa. Los factores relacionados con la satisfacción durante el parto y el nacimiento de un hijo se describen como elementos influyentes las expectativas personales de las gestantes, el apoyo y la calidad de la relación con obstetras y enfermeras y la participación de la mujer en la toma de decisiones

- Dimensión n°1: Periodo de dilatación.

- Subdimensión1: Cuidados por parte de la enfermera.
- Indicadores:
 - El interés y el trato personal que le prestó la enfermera en el parto
 - La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades durante el parto
 - La actitud de la enfermera en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)
 - La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera en el parto
 - Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto
 - La ayuda y el apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y la relajación en el parto
 - Los cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto (p. ej. movilidad, etc.)
 - De forma global, la atención que usted recibió durante el parto
 - La ayuda y el apoyo de la enfermera en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)
 - El tiempo que la enfermera pasó con usted durante la dilatación
- Subdimensión 2: Cuidados del obstetra.
- Indicadores:
 - La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)
 - El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto
 - La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto
 - La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto
 - Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto.
 - La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto
 - Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)
 - El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación
 - La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)

- Subdimensión 3: Acompañante y confort
- Indicadores
 - La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación (pareja)
 - Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.) (mujer)
 - Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.) (mujer)
- Subdimensión 4: Toma de decisiones
- Indicadores:
 - Grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación
 - Control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)
 - Capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación.
 - Capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)
- Dimensión 2: Periodo expulsivo.
- Subdimensión 1: Cuidados por parte de la enfermera.
- Indicadores:
 - El interés y el trato personal que le prestó la enfermera en el parto
 - La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades durante el parto
 - La actitud de la enfermera en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)
 - La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera en el parto
 - Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto.
 - La ayuda y el apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y la relajación en el parto.
 - Los cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, etc.)
 - De forma global, la atención que usted recibió durante el parto.
 - La ayuda y el apoyo de la enfermera en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)
 - El tiempo que la enfermera pasó con usted durante la dilatación.

- Subdimensión 2: Cuidados del obstetra.
- Indicadores:
 - La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)
 - El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto.
 - La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto.
 - La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto
 - Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto.
 - La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto
 - Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)
 - El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación
 - La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)
- Subdimensión 3: Acompañante y confort
- Indicadores
 - La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo (pareja)
 - Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.) (mujer)
 - Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.) (mujer)
- Subdimensión 4: Toma de decisiones
- Indicadores:
 - Grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.
 - Control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)
 - Capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación
 - Capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)

- Dimensión n°3: Nacimiento.
- Subdimensión 1: Contacto y estado de salud del bebé
- Indicadores:
 - Tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé
 - Estado de salud de su bebé al nacer
 - Tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé
- Subdimensión 2: Cuidados por parte de enfermería
- Indicadores:
 - El interés y el trato personal que le prestó la enfermera al bebe.
 - La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades en el nacimiento
 - La actitud de la enfermera (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)
 - La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera del recién nacido.
 - Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera para explicar sobre el contacto piel a piel con el recién nacido y o que proporciona esta técnica.
 - La ayuda y el apoyo que recibió de la enfermera con la lactancia.
 - De forma global, la atención que usted recibió para el recién nacido.
- Subdimensión 3: Acompañante y Confort
- Indicadores:
 - La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el nacimiento (pareja)
 - Su grado de confort durante su tiempo de copap (contacto piel a piel con recién nacido)
- Subdimensión 5: Toma de decisiones
- Indicadores
 - Grado de participación en la toma de decisiones durante el nacimiento.
 - Grado de participación en las decisiones en cuanto como se actúa con el recién nacido.
 - Grado de participación en las decisiones de las prácticas de enfermería y medicas que se le realizan a su bebe (rutina de vacunación, peso, mediciones, etc.)
 - Capacidad para afrontar sus emociones durante el nacimiento (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)

Para la variable tipo de analgesia se realizará su medición, mediante la técnica de observación utilizando como instrumento una lista de control sobre analgesias que utilizó la paciente, se marcará con una cruz por sí o por no. Y una columna de observación donde se exprese cualquier eventualidad que se considere de importancia y genere aportes al estudio. (ver Anexo II)

Ventajas de la técnica de observación se van dando de manera natural los acontecimientos, se describen los hechos que ocurren de manera exacta, representa un bajo costo monetario y material para el investigador ya que se usara una lista de control y la impresión de esta no representa un gasto importante.

Desventajas puede existir una falta de dominio de los indicadores a observar, se corre el riesgo de sesgos en la observación, emplearse juicios erróneos al no vincular de manera adecuada los indicadores con la realidad. Para que no se genere esta desventaja se acordará utilizar la lista de control y que se unifique los criterios de observación.

Para la variable nivel de satisfacción durante el parto y nacimiento se utilizará la técnica de encuesta y se aplicará como instrumento un cuestionario ya validado denominado Mackey Satisfaction Rating Scale, desarrollado originalmente en lengua inglesa y se utilizó el método de traducción-retro traducción para obtener una versión adaptada de la escala por Rosa Mas-Ponsa, B y otros, el 16 de septiembre 2011, realizado en España, ciudad de Valencia. (Mas-Ponsa et al., 2011).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que se provee a las mujeres antes del alta hospitalaria. Consta de 34 ítems agrupados en cinco subescalas que hacen referencia a la mujer (9 ítems), la pareja (2 ítems), el recién nacido (3 ítems), matronas (9 ítems) y el obstetra (8 ítems). Mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo. Cada ítem se evalúa con una escala Likert de 5 puntos que oscila desde muy insatisfecha (1), insatisfecha (2), ni satisfactoria ni insatisfactoria (3), satisfactoria, muy satisfactorio (5), con un valor central neutro describir cada una de las opciones y puntuaciones. La puntuación final de la escala se obtiene sumando los valores asignados a cada ítem, de manera que cuanto más alta es la puntuación mayor será la satisfacción. Del mismo modo, pueden obtenerse puntuaciones parciales para cada subescala. (ver Anexo II)

Para la variable edad y número de gestas estos datos complementarán al instrumentó antes mencionado.

Ventaja de la encuesta que proporcionará la información que se desea saber, nos brinda datos objetivos y puntuales que nos interesan estudiar, ya que se realizan a todas las participantes las mismas preguntas de forma clara y precisa donde responde lo que nos interesa saber, menor costo impresión de la encuesta, mayor cobertura de la población, menor riesgo de distorsiones producidas por el investigador, mayor libertad en las respuestas, anonimato y mayor tiempo de reflexión para las respuestas por parte del encuestado.

Desventaja que no se comprenda o este mal formulado lo que se quiere preguntar, lo que produciría la pérdida de algún participante por ello es importante realizar la prueba piloto para evitar confusiones a la hora de responder las mismas, riesgo de elevado porcentaje de formularios incompletos, exclusión de quienes no saben leer y escribir.

En la variable percepción en la intensidad del dolor en el trabajo de parto se utilizará la técnica de encuesta y se aplicará como instrumento un cuestionario administrado con la escala numérica analógica donde la paciente indicará la intensidad del dolor que percibió durante el parto en el periodo de dilatación y expulsión que va desde el 0 sin dolor aun puntaje de 10 siendo el mayor dolor percibido. Escala Numérica del Dolor (NRS) es una escala numérica única de 11 puntos ampliamente validada en una miríada de tipos de pacientes. Los datos obtenidos a través de NRS se documentan fácilmente, son intuitivamente interpretables y cumplen con los requisitos reglamentarios para la evaluación y documentación del dolor. Los puntajes son de dolor se interpretan como el 0 sin dolor, del 1 al 3 dolor leve, del 4 al 6 es dolor moderado, del 7 al 10 dolor severo, siendo el 10 el peor dolor posible. (Firman, 2018)

Principios bioéticos

El proyecto se llevará acabo teniendo en cuenta los siguientes principios bioéticos:

Principios de beneficencia y no maleficencia: el investigador será responsable de anteponer ante todo el bienestar físico, mental y psicológico de los participantes se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables. En función a esto se ha determinado excluir a las madres que atravesaron por momentos traumático considero que son situaciones de vulnerabilidad de la mujer.

Respeto de autonomía: se asegurará la autodeterminación de los sujetos de estudio por medio de la información completa clara y precisa en función al estudio en cuanto al proyecto explicando el objetivo del trabajo y propósito de la participación a través de un Consentimiento Informado (Anexo II) donde se le describirá con detalle la naturaleza del estudio, el derecho a rehusarse a participar o retirarse en el momento que lo desee, a no responder a preguntas que considere invade su privacidad sin que ello conlleve a alguna amenaza. Se preservará la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. (Ver anexo II)

Principio de justicia: el investigador debe tratar a los participantes de forma justa y preservando su intimidad, este principio prohíbe poner en riesgo a un grupo de personas para beneficiar a otros.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN:

El investigador y las colaboradoras serán los encargados de la recolección de datos. El instrumento es auto administrado, el tiempo previsto que llevará responder este instrumento será alrededor de 30 a 40 minutos. La encuesta se realizará en el turno de la mañana, en el horario de 8/14 hs. Se realizará a las pacientes con próxima alta hospitalaria. Las mismas se realizarán en la oficina pautada por la institución.

En cuanto a la recolección de los datos para la lista de control, los tipos de analgesia que utilizan las pacientes en las salas de parto, en el cual se utilizarán 6 colaboradores; los mismos realizarán jornadas de 8 horas, cada uno cubriendo 1 sala de partos y otro cubriendo los francos.

Se realizará además una jornada de capacitación para los colaboradores de 2 horas con el fin de unificación de criterios en los cuales se tratarán temas de cómo se deberá abordar los distritos instrumentos utilizados en el proyecto como la lista de control y la encuesta se controla la amenaza de adiestramiento a los colaboradores controlando la amenaza a la instrumentación.

PLAN DE ANÁLISIS

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos de las variables seleccionadas y sus dimensiones teniendo en cuenta la agrupación provista por cada instrumento. El proceso de tabulación de los mismos se codificará mediante la utilización de un software estadístico EPI-7. El tipo de análisis comenzará como univariado ya que se describirá el comportamiento de cada variable por sí sola, tipo

de analgesia, edad, número de gestas, percepción en la intensidad del dolor, nivel de satisfacción durante el parto y el nacimiento. En bivariado se hará la relación de dos variables número de gestas y tipo de analgesia, percepción del dolor y nivel de satisfacción y número de gestas, tipo de analgesia y edad y por último como multivariado se ejecutará la descripción entre las variables, en función a los objetivos e hipótesis.

Para facilitar la lectura y la comprensión, los datos se presentarán en tablas, se aplicará la estadística descriptiva para el análisis de los mismos, dentro de las herramientas que este tipo otorga, se utilizarán porcentajes que serán representados en gráficos circulares según se considere oportuno.

Para la aplicación de estos procedimientos, las herramientas que se utilizarán son de la rama descriptiva, lo que hace referencia al ordenamiento o clasificación de los valores observados en una variable de acuerdo con su magnitud numérica, es decir la frecuencia, herramienta que también nos permite confeccionar tablas y gráficos según la información que presente.

Para la variable tipo de analgesia con escala de medición nominal. Se codificará de la siguiente manera

- a) (1) analgesia farmacológica.
- b) (0) no farmacológica.

Esta codificación, se toma como símbolo y no como valor. Para esta variable se representará en gráfico circular para mostrar la distribución de las frecuencias y porcentajes.

Para la variable compleja nivel de satisfacción durante el parto y nacimiento, se utilizará una escala de medición, que determinará la satisfacción de las pacientes en el trabajo de parto al que se le asignará una codificación que va desde 1 punto para muy insatisfactorio, 2 puntos insatisfactorio, 3 puntos ni satisfactorio ni insatisfactorio, 4 satisfactorio, 5 muy satisfactorio.

Mediante esta escala se crearán índices de la siguiente manera:

- 36 a 96 puntos poco satisfactorio
- 97 a 157 puntos satisfactorio
- 158 a 180 muy satisfactorio.

Índices por dimensión

La dimensión 1, ginecóloga cuenta con 9 indicadores de los cuales surgirán como puntuación mínima 9 puntos y como máxima 45 puntos.

- De 9 a 14 puntos será poco satisfactorio.
- De 15 a 31 puntos será satisfactorio.
- De 31 a 45 muy satisfactorio.

La dimensión 2, Matronas cuenta con 12 indicadores, de los cuales su puntuación mínima va a ser de 12 puntos y como máximo 60 puntos.

- De 12 a 20 puntos poco satisfactorio
- De 21 a 40 puntos satisfactorio
- De 41 a 60 puntos muy satisfactorio.

La dimensión 3, Dilatación, cuenta con 4 indicadores siendo la puntuación mínima de 4 puntos y máxima 20 puntos.

- De 4 a 7 puntos es poco satisfactorio.
- De 7 a 13 puntos es satisfactorio.
- De 14 a 20 puntos es muy satisfactorio.

La dimensión 4, Expulsivo, cuenta con 4 indicadores siendo su puntuación mínima de 4 puntos y máxima 20 puntos.

- De 4 a 7 puntos es poco satisfactorio.
- De 7 a 13 puntos es satisfactorio.
- De 14 a 20 puntos es muy satisfactorio.

La dimensión 5, Recién Nacido, cuenta con 3 indicadores su puntuación mínima va a ser de 3 puntos y como máximo 15 puntos.

- De 3 a 6 puntos será poco satisfactorio.
- De 7 a 11 puntos será satisfactorio.
- De 12 a 15 puntos será muy satisfactorio.

La dimensión 6 Acompañante y Confort, cuenta con 4 indicadores, con una puntuación mínima de 4 puntos y máxima de 20 puntos.

- De 4 a 10 puntos, poco satisfactorio.
- De 11 a 15 puntos, satisfactorio.
- De 16 a 20 puntos, muy satisfactorio.

Para la variable Percepción en la intensidad del dolor en el trabajo de parto de tipo cualitativo, simple independiente, se utilizará una escala de medición ordinal, dicha variable consta se codificará de la siguiente manera con 1 indicador que es el valor expresado por la paciente, se codificara (0) sin dolor, (10) el dolor severo. Se utilizará de la estadística descriptiva a las de medidas de frecuencia, donde se

describe y sintetizan ver singular y plural los datos con escala ordinal donde identifica, clasifican y categorizan los datos, de la siguiente manera (Firman, 2018):

Los puntajes de dolor se interpretan como:

- 0 = sin dolor
- 1-3 = dolor leve
- 4-6 = dolor moderado
- 7-10 = dolor severo

Se utilizará el grafico circular para mostrar la distribución de las frecuencia y porcentajes.

Para la variable número de gestas con una escala de medición de razón, se utilizará las medidas de tendencia central, y los datos presentados se agruparán y calificarán de la siguiente manera:

Primíparas: solo tuvo un hijo

Secundíparas: ha tendió dos partos

Multíparas: ha tenido 3 o más partos.

Se utilizará como grafico el histograma de frecuencias.

Se utilizará histograma de frecuencia para representar esta variable.

Para la variable edad, escala de medición de razón, se utilizará las medidas de tendencia central, y los datos presentados se obtendrá la información de la historia clínica.

Indicador: Será la edad en años expresada por la paciente.

Se utilizará el grafico de histograma de frecuencias para representar esta variable.

PLAN DE TRABAJO

Actividades año 2022	marzo		abril				mayo
	Primera quincena	Segunda quincena	Primera semana	Segunda semana	Tercera semana	Cuarta semana	Primera semana
Recolección de datos en sitio.							
Procedimiento y tabulación de datos.							
Análisis de los datos.							
Informa final.							
Entrega de informe final.							

Bibliografía

- Antepara Crespo, D. (2018). *Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7183585>
- Silva, A., Pantoja, F., Millón, Y., Hidalgo, V., Stojanova, J., Arancibia, M., . . . Campos, M. (2020). *Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y violencia obstétrica en Chile*. https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Arancibia-4/publication/347464661_Percepcion_de_actores_involucrados_acerca_del_parto_humanizado_y_la_violencia_obstetrica_en_Chile_una_revision_panoramica/links/5fdce45645851553a0cde721/Percepcion-de-actores-i
- Vargas, J., & Maryor, L. (2018). *Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica*.
<https://repository.udca.edu.co/handle/11158/926>
- Abdala, L. (2021). *Parto y espiritualidad*.
<http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/575>
- Ayala Jerez, L. F., & Rojas Santiesteban, M. (2018). *Percepción de la puerpera sobre la atención del parto humanizado*.
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10610/1/2018_Percepci%C3%B3n_Puerpera_Atenci%C3%B3n.pdf
- Barrios, I. (2022). *Las enfermeras de Hoy*.
<http://revistas.anep.org.pa/index.php/edh/article/view/36/17>.
- Biurrun Garrido, A., Perelló Íñiguez, C., & Vidal Tegedor, B. (2018). *El principialismo bioético en la humanización de la asistencia al parto*.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/8845/8940>
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., & Pérez, A. (2018). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v44n3/gin02318.pdf#:~:text=Se%20denomina%20parto%20respetado%20o%20parto%20humanizado%20a,luz%20y%20se%20respetan%20sus%20tiempos%20fisiol%C3%B3gicos%20personales>.
- Cortés, F., Merino, W., & Bustos, K. (2020). *Percepción del dolor durante el trabajo. Una revisión de los factores involucrados*. [revistachilenadeanestesia.cl](http://www.revistachilenadeanestesia.cl):
<http://www.revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n05-05.pdf>

- Cuartero Funes, M., Jumilla Burugorría, A., Ventura Tazueco, E., & Ondiviela Garcés, P. (21 de 09 de 2021). *Alivio del dolor en el parto*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/alivio-del-dolor-en-el-parto-revision-bibliografica/>
- Febre. N Gómez Mondaca, K., Celis Méndez, P., Morales Badilla, V., Parada Soto, P., Ivanovic, P., & Canales, M. (mayo- junio de 2018). *Revista Médica Clínica los Condes*. Calidad en Enfermería: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-calidad-en-enfermeria-su-gestion-S0716864018300567>
- Fernández Godoy, J. (2018). *Preparación al parto*. <https://preparacionalparto.net/index.php/el-dolor-del-parto#:~:text=El%20dolor%20del%20parto%20est%C3%A1%20pues%20%20profundamente%20integrado,del%20parto%20repercute%20sobre%20la%20intensidad%20del%20dolor.>
- Firman, G. (23 de mayo de 2018). *Medical Criteria*. <https://medicalcriteria.com/web/es/pain-scale/>
- Fortis Sánchez, A., Fortis Sánchez, C., & Cano Pozo, M. (2018). Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Revista Matronas*, vol 6. <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/134/satisfaccion-de-las-mujeres-con-la-atencion-al-parto/>
- Funes, M., Burrugoria, A., Tazueco, E., Garcés, P., & Buila, R. D. (Septiembre de 2021). *Alivio del dolor en el parto. Revisión Bibliografica*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/alivio-del-dolor-en-el-parto-revision-bibliografica/>
- García-Torres, O., Félix-Ortega, A., & Álvarez-Villaseñor, A. (2019). *Percepción del parto humanizado en pacientes en periodo de puerperio*. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457768136007/>
- González de la Torre, H., Miñarro Jiménez, S., Palma Arjona, I., Jeppesen Gutierrez, J., Berenguer Pérez, M., & Verdú Soriano, J. (21 de Febrero de 2021). *Biblioteca Virtual en Salud BVS*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-202287>
- González García, R., Márquez Carrasco, Á., & Domínguez, S. (junio de 2018). *Alternativas no farmacológicas a la analgesia*. <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/14%20324alternativas%20no%20farmacologicas.pdf>

- Guerrero González, C., & Martín Martín, R. (20 de 04 de 2021). *Técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor en el parto*. Biblioteca las casas: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e13131/e13131>
- Jenik, A., Rocca Rivarola, M., Grad, E., Machado Read, E., & Rossatoe, N. (junio de 2020). *Recomendación para disminuir el riesgo de colapso súbito e inesperado posnatal*. Sociedad Argentina de Pediatría: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a41s.pdf>
- López-Mirones, M., Alonso-Salcines, A., Terán-Muñoz, O., García-González, C., Laurieta-Saiz, I., & González-Maestro, M. (2017). *Satisfacción materna en el área de parto según la escala de Mackey*. <http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2136.pdf#:~:text=dolor%2C%20y%20por%20tanto%2C%20a%20una%20menor%20satisfacci%C3%B3n,un%20menor%20tiempo%20de%20la%20duraci%C3%B3n%20del%20parto11>.
- Marcias-Ingriago, M., Haro-Alvarado, J., Piloso-Gomez, F., Galarza-Soledispa, G., Molina, M., Qhispe-, . . . Triviño, B. (2018). *Dominio de las ciencias*. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/815>
- Mas-Ponsa, R., Barona-V, Carreguí-Vilarc, C., & Ibáñez-Gil, N. (septiembre de 2011). *Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto*:. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv26n3/original7.pdf
- Mielke, K., Gouveia, H., & Gonçalves, A. (enero/ abril de 2019). *La práctica de los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor del parto*. avances en enfermería: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100047
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina, Ley n 25.929. (17 de Septiembre de 2004). *Parto Humanizado*. www.argentina.gob.ar
- Obstreicia, S. E. (2021). *semana del parto respetado, recopilacion de bibilografica*. <https://www.uv.es/jjsanton/Parto/08SEGOasistenciaparto.pdf>
- OMS. (Febrero de 2018). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344325/9789240028531-spa.pdf>
- Reyes Londoño, L., Olmos Botero, J., Gaitan González, D., & Salazar, A. (2019). *Cambios en el dolor durante el trabajo de parto*. <https://www.redalyc.org/journal/559/55964256010/55964256010.pdf>

- Sampieri, R. H., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2014). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill.
- Sanabria Martínez, E., Ortiz Serrano, M., Chávez Barrios, N., Paggi Gordon, G., Ventura Cornejo, F., & García, Z. (2022). *Terapia de balón para manejo del dolor y sus efectos en el parto*. <https://camjol.info/index.php/alerta/article/view/11223>
- Sánchez Gorozabel-, Y. P. (2022). *Analgesia Epidural Para el Trabajo de Parto*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8548184>
- Santamaria Mantilla , A., Guerrero Padilla, L., Baron, M., Di Lorenzo Garcia Scherer, G., Mohamad Isa, C., Domínguez Ley, L., . . . Pinheiro da Costa, B. (09 de 2020). *Nuevas perspectivas analgesia no farmacologica en el trabajo de parto*. <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/17615/2/>
- Soto Conti, C. (2018). *Primeras horas de vida una ventana de oro*. https://sarda.org.ar/images/2018/2018-3_4.Articulo_especial.pdf
- UNICEF. (Junio de 2012). *Maternidad Centrada en la Familia*. <https://www.unicef.org/argentina/informes/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-mscf-con-enfoque-intercultural>
- Vidal Fuentes, J. (2020). El Subcomité de Taxonomía de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor). *RESED*, pág. 232. Revista de la Sociedad Española del Dolor: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v27n4/1134-8046-dolor-27-04-00232.pdf#:~:text=La%20definici%C3%B3n%20de%20la%20IASP%20que%20dice%20%E2%80%9CEI,identificar%2C%20por%20tanto%2C%20los%20diferentes%20tipos%20de%20dolor.>

Anexos

Anexo I

Guía de convalidación de sitio

A fin de conocer si el lugar escogido presenta todas las características que se consideraban necesarias de acuerdo al problema, hipótesis y objetivos y población de estudio se formularon una serie de preguntas que constituyeron la Guía de convalidación de sitio y se incluyen en el presente apartado junto a la fundamentación de cada una de ellas.

En primer lugar, se considera indispensable que las autoridades a cargo del hospital en el que se realizará el trabajo de campo correspondiente a la presente investigación entreguen por escrito la autorización para llevar adelante dicha actividad, a fin de permitir el libre acceso al servicio de TPR.

Consta de preguntas las cuales realizará el propio investigador al supervisor de la institución en estudio

Solicitar autorización a la institución para realizar el proyecto de investigación.

✓ ¿La institución tiene en cuenta las políticas de parto respetado y la maternidad centrada en la familia?

✓ ¿La institución cuenta con estadísticas sobre los partos que se realizan mensualmente?

✓ ¿En qué horarios se podría acceder para la realización de recolección de datos?

✓ ¿La institución cuenta con elementos para los tipos de analgesia?

✓ ¿Ofrecen analgesia farmacológica a las pacientes que la requieren?

✓ ¿Qué tipo de analgesia farmacológica ofrecen?

✓ ¿Qué tipo de elementos no farmacológicos ofrecen?

✓ ¿El personal médico/ enfermero está capacitado sobre analgesia no farmacológica?

✓ ¿La paciente puede estar acompañada durante el trabajo de parto y parto?

✓ ¿Hay estadísticas sobre qué tipos de analgesia se utilizan más?

✓ ¿Se le explica a la paciente cuando ingresa sobre los métodos no farmacológicos que puede utilizar para disminuir el dolor?

✓ ¿Cuántas camas posee el servicio de TPR?

✓ ¿La institución permite para el siguiente trabajo sacar datos de las historias clínicas de las mujeres en trabajo de parto, edad nro de gestas?

Anexo II

Instrumento de recolección de datos acerca de la satisfacción de las madres durante las distintas etapas del parto.

A continuación, se la invita a valorar su experiencia en relación al parto, valorando cada ítem con 5 para muy satisfactorio; 4 Satisfactorio; 3 Ni satisfactorio ni insatisfactorio; 2 Insatisfactorio y 1 para Muy insatisfactorio.

Edad.....Número de gesta.....

Durante el periodo de Dilatación Ud. cómo valora el cuidado recibido por enfermería	5	4	3	2	1
El interés y el trato personal que le prestó la enfermera en el parto.					
La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades durante el parto.					
La actitud de la enfermera en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.).					
La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera en el parto.					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto.					
La ayuda y el apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y la relajación en el parto.					
Los cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto (p. ej. movilidad, etc.).					
De forma global, la atención que usted recibió durante el parto.					
La ayuda y el apoyo de la enfermera en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.).					
El tiempo que la enfermera pasó con usted durante la dilatación.					
Durante el periodo de Dilatación Ud. cómo valora el cuidado recibido por la o el obstetra	5	4	3	2	1
La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto.					
La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto.					
La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto.					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto.					
La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto.					
Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.).					
El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación.					
La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)					
Durante el periodo de Dilatación Ud. cómo valora el cuidado recibido por su Acompañante					
La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación (pareja).					

	5	4	3	2	1
Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.) (mujer).					
Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.) (mujer).					
Subdimensión					
Durante la etapa de dilatación cómo valora las decisiones que Ud tomó	5	4	3	2	1
Grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.					
Control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)					
Capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación.					
Capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					
Durante el periodo expulsivo cómo valora el cuidado brindado por enfermería	5	4	3	2	1
El interés y el trato personal que le prestó la enfermera en el parto.					
La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades durante el parto.					
La actitud de la enfermera en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera en el parto.					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto.					
La ayuda y el apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y la relajación en el parto.					
Los cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, etc.) De forma global, la atención que usted recibió durante el parto.					
La ayuda y el apoyo de la enfermera en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)					
El tiempo que la enfermera pasó con usted durante la dilatación.					
Cómo valora los cuidados brindados por el o la del obstetra	5	4	3	2	1
La actitud del/de la ginecólogo/a en el parto (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
El interés y el trato personal que le prestó el/la ginecólogo/a en el parto.					
La información y explicaciones que le proporcionó el/la ginecólogo/a en el parto.					
La sensibilidad del/de la ginecólogo/a ante sus necesidades durante el parto.					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/de la ginecólogo/a durante el parto.					
La ayuda y el apoyo que recibió del/de la ginecólogo/a con las respiraciones y la relajación en el parto.					
Los cuidados físicos que recibió del/de la ginecólogo/a durante el parto (p. ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)					
El tiempo que el/la ginecólogo/a pasó con usted durante la dilatación.					
La ayuda y el apoyo del/de la ginecólogo/a en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (p. ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, inyección de agua, etc.)					

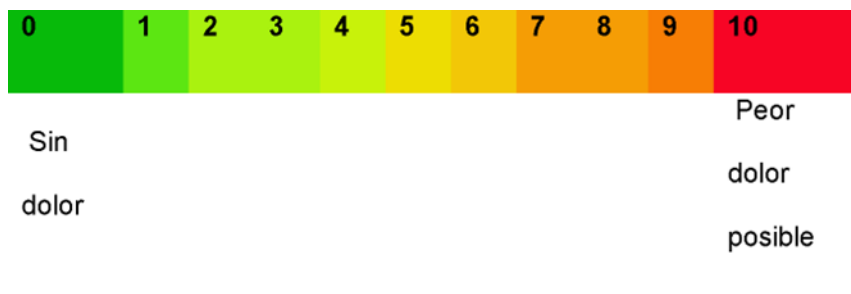
Cómo valora el cuidado brindado por su Acompañante	5	4	3	2	1
La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo (pareja)					
Su grado de confort durante la dilatación (p. ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, mecedora, etc.) (mujer)					
Su grado de confort durante el expulsivo (p. ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.) (mujer)					
Durante la etapa de expulsión cómo valora la oportunidad de tomar que tuvo de tomar decisiones					
Grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.					
Control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (p. ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)					
Capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación.					
Capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					
Cómo valora el momento de Contacto y estado de salud del bebé					
Tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé					
Estado de salud de su bebé al nacer					
Tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé.					
Cómo valora el cuidado brindado por enfermería durante el momento en que realizó el primer contacto con su bebé	5	4	3	2	1
El interés y el trato personal que le prestó la enfermera al bebe.					
La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades en el nacimiento.					
La actitud de la enfermera (p. ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera del recién nacido.					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera para explicar sobre el contacto piel a piel con el recién nacido y o que proporciona esta técnica.					
La ayuda y el apoyo que recibió de la enfermera con la lactancia.					
De forma global, la atención que usted recibió para el recién nacido.					
Cómo valora el cuidado brindado por su acompañante durante el momento en que realizó el primer contacto con su bebé	5	4	3	2	1
La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el nacimiento (pareja)					
Su grado de confort durante su tiempo de copap (contacto piel a piel con recién nacido)					
Durante la etapa del primer contacto con su bebé cómo valora la oportunidad de tomar que tuvo de tomar decisiones	5	4	3	2	1
Grado de participación en la toma de decisiones durante el nacimiento.					
Grado de participación en las decisiones en cuanto como se actúa con el recién nacido.					
Grado de participación en las decisiones de las prácticas de enfermería y médicas que se le realizan a su bebe (rutina de vacunación, peso, mediciones, etc.)					
Capacidad para afrontar sus emociones durante el nacimiento (p. ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					

Variable: Tipo de analgesia

Se explicará a la paciente los distintos tipos de analgesia que marque cual utilizó y se tildará por sí o no, si las utilizó. Y en la columna de observación se expresará cualquier eventualidad que se considere de importancia y aporte al estudio.

Tipo de analgesia	si	n o	observación
Analgesia farmacológica epidural			
Analgesia no farmacológica (baño de inmersión, telas, esferodinamia, masajes, deambular, banquito de parto)			

Variable: Percepción en la intensidad del dolor
Escala Numérica del Dolor (NRS) (Firman, 2018)



Los puntajes de dolor se interpretan como:

- 0 = sin dolor
- 1-3 = dolor leve
- 4-6 = dolor moderado
- 7-10 = dolor severo

Consentimiento informado.

La presente investigación es conducida por Ibáñez, Vanesa Soledad DNI 31263824, celular 0341- 6830593. Estudiante De la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. El objetivo de este estudio es identificar la relación que existe entre Tipo de Analgesia, Número de Paras y la Satisfacción con el parto y el nacimiento, según la Edad en el trabajo de parto en una maternidad pública de Rosario en el periodo de marzo a mayo 2023 y conocer algunas características acerca de cómo vivenció la experiencia del parto.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas tales como intensidad del dolor en relación al tipo de analgesia utilizado, así como también conocer que tan satisfecha encuentra con esta experiencia. Además, se solicitará que tenga a bien informar acerca de su edad y si es madre primeriza o cuantos hijos. Esto tomará aproximadamente 30 a 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación el propósito del mismo es obtener datos que informen sobre la percepción de la intensidad del dolor en relación al tipo de analgesia escogida y el nivel de satisfacción durante el parto y nacimiento según número de gestas y edad de las mujeres; los resultados obtenidos se presentarán a las autoridades correspondientes de la institución con el fin de identificar aquellos aspectos que hayan sido valorados por las mujeres cómo negativos y al mismo tiempo fortalecer aquellos en los que se haya producido una valoración positiva. Sus respuestas al cuestionario y la entrevista serán codificadas usando número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, usted tiene el derecho de hacerlo saber al investigador y no responder.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ibáñez Vanesa, DNI31263824, celular 0341-6830593. He sido informada de que el objetivo de este estudio es establecer la relación que existe entre la percepción de la intensidad del dolor, el tipo de analgesia escogida y el nivel de satisfacción durante el parto según

número de gestas y edad de las mujeres que asisten a una maternidad pública de la ciudad de Rosario en el periodo de marzo a julio 2023

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una encuesta lo cual me tomará aproximadamente 30 a 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento, me será entregada.

Nombre y apellido

Firma del participante

Fecha

Nombre y apellido del investigador

Firma del investigador

Fecha

Anexo III

Justificación de sitio

La institución dio el consentimiento para realizar el presente proyecto de investigación dando autorización para la recolección de datos, el hospital cuenta con las políticas de salud de parto respetado, presenta oficinas donde se realizaran las entrevistas a las pacientes, cuenta con un sector de guardia ginecológica y cuatro salas de parto y parto que están equipadas con lo necesario para la utilización de métodos de analgesia no farmacológica como pelotas para esfera dinámica, bañera para baños de inmersión, banquito para partos verticales y nos refieren que también se utiliza la analgesia farmacológica, en este caso la analgesia epidural, en caso de ser requerida. Se permite la deambulación libre dentro de la habitación y el acompañamiento continuo en trabajo de parto.

El personal médico de obstetricia como de enfermería se encuentran capacitados y le explican a la mujer que ingresa a parir todas las normas de la institución ya que pueden estar acompañadas de la persona que ellas deseen y los métodos de analgesias para que puedan decidir libremente.

La institución permite que se tomen datos de las historias clínicas, desde edad de las pacientes, el número de paros, o los datos que se puedan obtener del mismo. De igual manera la institución ofrece los datos estadísticos que se necesiten EJ. La población estimada, para ser utilizada en el proyecto.

En cuanto a la validez interna que puede afectar este trabajo las amenazas que pueden identificarse son las siguientes

Selección: esta amenaza no afecta mi población ya que no debe ser homogénea, preciso distintas edades de las participantes, otros números de gestas, que utilicen diferentes métodos de analgesia.

Mortalidad del experimento: esta amenaza es difícil de controlar ya que la cantidad de muestra tomada puede no ser suficiente debido a que los participantes que firmaron el consentimiento informado se reusen a contestar la encuesta y decidan abandonar el experimento en cualquiera de sus etapas.

Regresión: mi población de investigación no se verá afectada ya que no se toman pacientes que hayan sufrido complicación en el parto o nacimiento ya que esto podría afectar mi investigación. Ejemplo no se toman pacientes que fallece su bebe.

Presencia de variable enmascarada: esto no sería una amenaza ya que no presentó un grupo homogéneo y establezco minuciosamente los criterios de inclusión y exclusión en las unidades de análisis.



-----Quien suscribe, Profesora, Esp. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que 'bañez Vanesa. es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería.....

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 04 de julio de 2022.

Rosana Nores
Rosana Nores
Lic. en Enfermería
M.A.E. 3274
Rosana Nores

Santa Fe 3100 Rosario 52000ktr Tel. 3414804558 Fax 3414804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Sra. Profesora Esp. Nores Rosana

A cargo de la titularidad de la

Actividad Taller de Investigación.

S _____ / _____ D:

Me dirijo a UD. a fin de informarle que he aceptado ser la/él
Director de la Tesina de IBAÑEZ
VANESA
.....

A tal efecto adjunto a la presente un Currículo Vital Abreviado,

Cabe señalar que he acompañado cada una de las etapas del proceso de la elaboración del Proyecto, que el mismo reúne los contenidos y los requisitos de forma y estilo planteados por la Cátedra. Así mismo doy fe que todo lo planteado y presentado en este proyecto corresponde a la autoría intelectual del/la estudiante respetando las normas de citación, sin presencia de plagio.

Sin otro particular, me dirijo a Ud. con atenta consideración.

Ma. Belén Silva
Lic. en Enfermería
Mat. 5507
.....


DNI: 33865617

Anexo IV

Prueba piloto

La aplicación de dicha prueba fue realizadas a 8 pacientes que se hallaban internadas en una maternidad pública con diferentes características, se les comenta que se les realizará una serie de preguntas con el objetivo de probar un cuestionario para aplicar a futuro en una investigación.

Las pacientes que participaron en la encuesta realizaron una lectura minuciosa de las consignas y solo se modificó un ítem del instrumento de satisfacción en el cual se reemplazó la palabra matrona por enfermera y la palabra ginecóloga por obstetra, luego de eso fue respondida sin dificultad, el tiempo estimado para realizar los instrumentos fue de 30 a 40 minutos.

En cuanto a la lista de control, se pudo ejecutar sin dificultad con la técnica de observación, a través de los colaboradores que se asignaron a cada sala de parto, con un promedio de 8 horas cada parto.