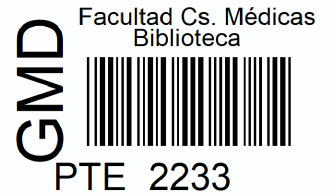


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Tipo de analgesia, número de paros, y la satisfacción global de las mujeres, según la edad en el trabajo de parto respetado en una maternidad Pública de Rosario.

Por: Enf. Juárez, Miren

Director: Lic. Zuliani, Susana

Docente Asesor: Lic. Acosta, Simón

Rosario, 18 de Marzo de 2019.

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

Resumen

El trabajo de parto respetado, es un proceso de cambios constantes donde se va transformado el modelo de atención, el mismo centra la atención de la mujer de manera integral, siendo la protagonista de todas las decisiones que se tomen pudiendo ser acompañada de la personas que ella requiera, haciendo que este proceso se realice de manera respetuosa en cuanto a 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.

El presente proyecto se desarrollará con el objetivo de identificar qué relación existe entre el tipo de analgesia, el número de paras y la satisfacción global de las mujeres, según la edad en el trabajo de parto respetado, en una maternidad pública de Rosario, en el transcurso de marzo a abril del año 2020.

Se realizará un estudio no experimental, descriptivo, transversal, y prospectivo, la población estará conformada por cada una de las madres internadas desde el comienzo del trabajo de parto. Se recolectarán los datos mediante distintos instrumentos, un cuestionario auto administrado y lista de control, efectuando un análisis multivariado, aplicando estadística descriptiva.

Palabras claves: TRABAJO DE PARTO RESPETADO, SATISFACCIÓN GLOBAL, NÚMERO DE PARAS, TIPO DE ANALGESIA.

ÍNDICE GENERAL

Contenido	
Resumen y palabras claves	2
ÍNDICE GENERAL	3
Introducción	4
Estado actual de conocimiento o Estado del arte	
Planeamiento del problema en estudio	
Hipótesis y objetivos.....	7
Marco teórico:	9
Material y Métodos:	28
Tipo de estudio o diseño:	28
Sitio y Contexto de la investigación:	28
Población y muestra.....	29
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	30
Personal a cargo de la recolección de datos:	35
Plan de análisis:	36
Plan de trabajo:	39
Anexos	40
I.Guia de estudio de convalidacion o exploratorio de los sitios.....	42
II. Instrumento de recoleccion de datos.....	43
III.Resultados del estudio explotatorio.....	50
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento.....	51
Bibliografía.....	52

Introducción

El parto respetado encierra la idea de parto humanizado. Se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, donde cada intervención del sistema de salud impacta de manera diferente en la mujer-sujeto que recurre a la ayuda, acompañamiento y cuidado de un equipo profesional. (Ley 25.929, 2004)

La propuesta del parto humanizado ofrece incorporar a los servicios de maternidad el trato respetuoso y digno para las mujeres y sus bebés, y convierte a la información en un instrumento en la toma de decisiones para que la mujer pueda aceptar la responsabilidad sobre su maternidad, seleccionando las mejores opciones para ella y su bebé. El escenario humano del parto ubica a la mujer como la protagonista, con su pareja y su bebé, con una experiencia de dominio y apropiación de su cuerpo, del parir y del nacer. Los intermediarios y acompañantes (otras personas o familiares) solamente son un apoyo. El hombre, compañero y padre, es asimismo un protagonista valioso. Para él es una ocasión de crecimiento como varón, una posibilidad de relacionarse con su compañera de manera profunda y de establecer las bases para una paternidad afectiva, presente y gozosa. Dar a luz es un acontecimiento natural, con leyes duras y precisas; por eso se necesita de apoyo, ayuda y protección, sin que nadie intervenga; es decir, que se respeten los tiempos de la mujer, los factores emocionales y culturales. (Coral, 2015)

Con el fin de comprobar la importancia del parto respetado, en la salud de la mujer embarazada, se investigó sobre la temática.

En cuanto a la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y nacimiento de un hijo es un concepto complejo multidimensional, ya que interfieren distintos aspectos como nuestro entorno, el empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. Es relevante monitorear durante la atención que se presta, como medida indirecta para detectar aspectos a mejorar en los procedimientos que incrementen la calidad de los servicios obstétricos. (Mas-Pons, Barona-Vilara, Carreguí-Vilarc, & Ibáñez-Gil, 2012)

Un aspecto importante a contemplar cuando hablamos de satisfacción global es el dolor. El dolor que experimenta la mujer está influenciado por diferentes factores tanto fisiológicos, psicológicos como emocionales. Dichos factores repercuten en la intensidad en que la mujer percibe, tolera y expresa el dolor de parto. (Perez, 2017)

Cuando nos referimos al dolor indudablemente necesitamos tener las herramientas para el alivio del mismo, es por ello que tenemos en cuenta los métodos de analgesia farmacológicas o no farmacológicas.

Los métodos farmacológicos ofrecen mayor eficiencia a la vez que efectos adversos, en tanto que los métodos no farmacológicos son no invasivos y parecen más seguros para la mujer y el bebé, pero son más desconocidos por la población en estudio. Las mujeres deben experimentar 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. En cuanto a los métodos farmacológicos el más utilizado es la analgesia epidural. Por lo tanto, existen diferentes métodos para la mejoría del dolor, sean estos farmacológicos o no, es fundamental dar un encuadre humanizado a la atención del parto donde se cumplan las preferencias respecto a la libre elección de la técnica analgésica que desee recibir, pero aún más primordial es ofrecer una conveniente información a la gestante y a su compañero. Existen distintos métodos no invasivos, ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser aprovechados a lo largo del proceso de parto, en esta interpretación parece ser efectivo el soporte brindado por el acompañante mediante la realización de masajes en la zona lumbar, estos métodos se usan reiteradas veces en combinación con otras estrategias que incluyen hacer frente al dolor mediante el uso de técnicas de respiración, relajación y técnicas de distracción, alejando la atención del dolor. (Coral, 2015)

En complemento a lo expuesto, en cuanto a la satisfacción global y el tipo de analgesia, tras investigar diferentes autores se encontraron estudios de diferentes países, que se detallan a continuación.

Se realizó en Colombia un estudio sobre los comportamientos de cuidado profesional de enfermería en cuanto a la gestante en trabajo de parto, que evidencia una percepción del cuidado recibido en su mayoría favorable. En relación a la diferencia respetuosa, el 81% de las madres calificó los comportamientos del cuidado como favorable. En cuanto a la asistencia segura, el 57% calificó los comportamientos de cuidado como favorable. En cuanto a la interacción positiva, el 72% de las madres percibió el cuidado como favorable, en esta dimensión la gestante en trabajo de parto y parto percibió tranquilidad, apoyo y acompañamiento. Existió además una deficiencia en el uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto. (Saavedra, 2013)

Elaboraron en Uruguay un estudio, con el objetivo de medir la satisfacción de 151 gestantes asociada a los distintos tipos de analgesia, ya sean farmacológicos o no, en el trabajo de parto. El alivio del dolor fue evaluado según Escala Visual Analógica (EVA) antes y después de realizado el procedimiento, se encontró un EVA entre 8 y 10 antes de la analgesia y de 0 a 2 post procedimiento. Además, el 70,9% estuvieron totalmente calmadas con la analgesia durante parto. Por último, el 97,4% se sintió apoyada por el equipo tratante en todo momento. Se concluye que

la satisfacción materna está fuertemente determinada por la efectividad de la técnica, dependiendo también de otros factores como el apoyo percibido durante el trabajo de parto y experiencias previas. (Quintana, 2013)

En España, un estudio publicado mostró que la humanización del proceso perinatal es un evento que abarca muchas dimensiones, pero para la mayoría de mujeres, la única forma de tener un parto gratificante es eliminando el dolor por completo mediante la analgesia epidural, la relación paternalista se caracterizó de manera evidente en la Unidad de Puerperio por una falta de información, trato distante y despersonalizado tanto a la mujer como a su pareja, lo que provocó en las puérperas sentimientos de soledad, desamparo, resentimiento e incertidumbre. (Arnau, 2012)

Realizaron un estudio en México, sobre el apoyo emocional a las mujeres durante el trabajo de parto. El resultado en cuanto a comunicación obtuvo puntuaciones más que bajas, la mayoría del personal de salud no se presentó con las usuarias; sin embargo, el 42,7% expresó que se les explicó poco o nada en qué consistía el trabajo de parto, el 60% manifestó que se le explicaron los procedimientos propios de la atención que iban a recibir. Asimismo, el 70% de las pacientes refirió que el personal de salud le ayudó a controlar sus emociones y fue tolerante con ellas. La mayoría de las mujeres expresó que el personal de salud mostró respeto durante el trabajo de parto y respetó sus derechos, en cuanto a la satisfacción con la atención recibida, la mayoría se mostró conforme. (Orozco, 2010)

Se elaboró una investigación en Colombia, sobre la percepción del cuidado humanizado en urgencias gineco-obstétricas, la cual evidenció que el 73% de las mujeres atendidas en el servicio de hospitalización siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de salud, el 11% casi siempre percibieron un cuidado humanizado, el 12% algunas veces percibió cuidado humanizado y el 4% nunca percibió un cuidado humanizado. (Gonzalez, 2019)

En Madrid un estudio midió la satisfacción de las pacientes con la analgesia epidural en el trabajo de parto. El 91,3% de las pacientes se mostraron satisfechas con el proceso de analgesia epidural; al entrevistarlas el 93,8% de las mujeres recomendarían la técnica y 94% de ellas volverían a solicitarla en el mismo centro hospitalario. En conclusión, se observó que la intención de volver fue un indicador de satisfacción que superó el 90%. Con estos resultados se observó que el uso de analgesia epidural aumentó considerablemente la percepción de una buena atención de parto, lo que se evidenció por la intención de volver. (Gredilla, 2008)

Actualmente nos encontramos en un profundo proceso de transformación en el modelo de atención al parto, centrándose en ofrecer una atención personalizada e integral a las mujeres, basándose en la evidencia científica y dirigiéndose a mejorar su participación y protagonismo.

La causa que motiva este Proyecto de Investigación, está directamente relacionada con la satisfacción global en el trabajo de parto relacionado con los tipos de analgesia ya sean farmacológicas y no farmacológicas. En consecuencia, se plantea el siguiente problema de investigación

¿Qué relación existe entre el tipo de analgesia, el número de paros y la satisfacción global de las mujeres según la edad, en el trabajo de parto respetado, en una maternidad pública de Rosario, en el transcurso de marzo a abril del año 2020?

Hipótesis:

Las mujeres multíparas, a mayor edad, tendrán mayor satisfacción global con analgesia no farmacológica, durante el trabajo de parto respetado.

Objetivo general:

Identificar la relación que existe entre el tipo de analgesia, el número de paros y la satisfacción global de las mujeres según la edad, en el trabajo de parto respetado, en una maternidad pública de Rosario en el transcurso de marzo a abril del año 2020.

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto.
- Identificar la edad y el número de paros de las mujeres en trabajo de parto
- Describir la satisfacción global de las mujeres durante el trabajo de parto
- Describir la satisfacción en el periodo de dilatación en el trabajo de parto
- Especificar la satisfacción global durante el tiempo que transcurra hasta sostener al recién nacido.
- Describir la satisfacción global de las mujeres en el periodo expulsivo del trabajo de parto.
- Describir la satisfacción global que recibió la mujer en el trabajo de parto en la atención de la enfermera y el /la obstetra.
- Describir la utilidad del uso de hidroterapia.
- Describir el uso de esfero dinamia.
- Describir la satisfacción que le causó a la paciente la utilización de la meso terapia y el parto vertical (banquito).

- Identificar la utilización de la analgesia farmacológica.
- Identificar la satisfacción que obtuvo la paciente al momento del trabajo de parto, en la utilización de los métodos de analgesia en pacientes primíparas y multíparas.

Se realizará este proyecto de investigación con el propósito de obtener datos que informen de la satisfacción global en el trabajo de parto y cuáles son los tipos de analgesia utilizados por las pacientes durante el trabajo de parto, para fomentar el modelo de trabajo que se utiliza en la institución e incentivar el uso de la analgesia no farmacológica en otras instituciones. Los resultados obtenidos se presentarán a las autoridades correspondientes de la institución.

Marco teórico:

El parto humanizado es un patrón, que se inspira de manera explícita y directa en las necesidades, pensamientos y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo primordial que la paciente viva esta experiencia como un momento único y agradable, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres y su pareja para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. El parto se debe brindar bajo la noción general del nacimiento como un proceso fisiológico en el que sólo se debe interponerse para corregir desviaciones de la normalidad, y que los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben acompañar, facilitando además un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. Por eso es fundamental tomar en cuenta también uno de los enfoques actuales acerca del parto humanizado que se fundamenta en el respeto de las decisiones, preferencias y expectativas de las mujeres, en este sentido se busca, por ejemplo, evitar posturas intervencionistas y a la vez establece 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 experiencia del parto 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. (Coral, 2015)

En nuestro país rige la ley número 25.929 donde se establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Dicha 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. Esta ley también 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; 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 especiales del niño o niña. (Ley 25.929, 2004)

Las políticas de salud que se ponen en marcha para hacer cumplir la vigente ley, son por ejemplo el modelo de maternidades seguras y centradas en la familia (MCSF) con enfoque intercultural, que constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años. La construcción de este modelo no se dio de manera planificada o anticipatoria, sino que la maternidad incorporó progresivamente diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras y poco a poco, estas prácticas se fueron articulando como piezas de un proceso complejo y en evolución continua. Recién en los últimos años se comenzó a estructurar un marco teórico, con la finalidad de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. La propuesta de Maternidades Centradas en la Familia (MSCF) está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por la Organización Mundial de la Salud- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS-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 transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, en la que se informa el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MSCF y se detallan propuestas que favorezcan a las maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”. A fines del año 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) modificó El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Presenta un estilo de organización que reconoce 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 bebé 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 (Larguía, 2012).

En el recorrido de nuestra formación como personal de salud, hemos estudiado la teoría que plantea Watson, que nos brinda los cimientos del modelo humanizado en la atención de los usuarios. Según su teoría es imperativo 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 conformación 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”, Algunos autores coinciden que la conceptualización del cuidado, arte esencial de Enfermería, es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, un ser en relación a otro que lo solicita, en una fundamentación ética y filosófica. El cuidado humanizado manifiesta 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentra en sintonía 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 transforma 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. (Guerrero-Ramírez, Meneses-La Riva, & De La Cruz-Ruiz, 2015)

Aplicando estos principios a los servicios de maternidad, esto se traduce en el trato respetuoso y digno para las mujeres y sus bebés, y convierte a la información en un instrumento en la toma de decisiones para que la mujer pueda aceptar la responsabilidad sobre su maternidad, seleccionando las mejores opciones para ella y su bebé. (Coral, 2015)

El parto es un suceso vital de gran importancia en la vida de una mujer, ya que es una experiencia y un momento único y profundo con un gran contenido emocional. La asistencia al parto es un hecho tan añoso como la humanidad, la cual ha sido realizada por distintos profesionales a lo largo de la historia: parteras o comadronas, médicos, etc. a pesar de ellos, en las últimas décadas, esta atención al parto normal se ha visto forzada por una creciente instrumentalización e intervencionismo que ha dificultado que se preste la suficiente atención a la mujer durante este

proceso, lo cual puede contribuir en su bienestar físico y emocional y en su adaptación a la maternidad y al vínculo con su hijo/a. Durante el siglo XX, junto con el avance de la ciencia y las tecnologías sanitarias, las transformaciones sociales y económicas estimularon el desarrollo de un enfoque más tecnológico del proceso de nacimiento. Durante este siglo, se crearon patrones mecanicistas de la salud y de la enfermedad que se fueron implantando en la atención sanitaria, y la asistencia al parto ha permanecido bajo este dominio, iniciándose así una etapa de creciente medicalización.

Sin embargo, a finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó en revisar este modelo porque no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas. Siguiendo estas recomendaciones, se produjo un cambio en la asistencia a la mujer gestante, donde se pretende atender a los factores individuales, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales, valorando la apariencia como el estado emocional, y el sentido de la dignidad y autonomía durante el parto. En esta línea, han surgido impulsos para otorgar mayor libertad a la mujer sobre cómo vivir esta experiencia de manera más satisfactoria para ella, favorecer su participación en decisiones relativas a su atención durante el proceso de parto.

Como consecuencia, es fundamental conocer las necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de parto y puerperio inmediato en el ambiente hospitalario, ya que la satisfacción percibida con la atención durante el parto y el puerperio permite corroborar áreas de mejora en nuestra atención clínica diaria, así como aumentar la vivencia positiva global de este proceso en la vida de las mujeres, sus parejas y sus familias.

En cuanto a la atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales que pueden obtenerse efectos adversos sobre el proceso de parto y el apoyo constante, durante este puede mejorar el proceso normal y reducir la necesidad de intervenciones obstétricas.

En el momento del parto, la OMS explica claramente que muchas de las prácticas que se emplean no son necesarias, inclusive algunas pueden dañar. Las mujeres reclaman una atención en la sala de partos más humanizada, siendo un proceso que en el 90% de los casos se desarrolla de forma normal sin requerir ningún tipo de intervención. (Fernandez Raigada, 2013)

El parto es una experiencia única y emocionante y a la vez un conjunto de procesos complejos que culminan con el nacimiento de un nuevo ser vivo. Se podrá explicar infinidad de formas de inicio y progresión del parto; parto provocado, parto inducido, parto vaginal, parto normal; la OMS

define el parto normal como aquel con comienzo espontáneo de bajo riesgo desde su principio manteniéndose como tal hasta el alumbramiento y en el que el niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) delimita 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. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben desenvolverse de forma fisiológica; por el contrario, se debe pensar en un parto distócico aquel que no cumpla estas condiciones. Entre un 70-80% de los partos son de bajo riesgo al comienzo del parto.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) define 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.

Para poder comprender el proceso del parto, se deberá conocer cuáles son las etapas del mismo, a continuación, se explicará brevemente el proceso.

La primera fase del parto es llamada Dilatación, y a su vez se divide en fase latente (desde el inicio de las contracciones hasta los 4 cm de dilatación) y la fase activa o tardía (desde los 4 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 variable 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. En las madres múltiparas (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.

La segunda fase del parto, llamado Expulsivo es la parte 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 también podemos referirnos a expulsivo pasivo (cuando no existen contracciones involuntarias a pesar de la dilatación completa del cuello uterino) y expulsivo activo (cuando se observa la cabeza del feto atravesando el canal del parto o la madre tiene pujos efectivos en

presencia de contracciones involuntarias). Es recomendable que la mujer adopte la posición que le sea más cómoda siempre que las condiciones lo permitan.

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.

Dentro del trabajo de parto, uno de los factores más relevantes en cuanto a la satisfacción global son los factores que influyen en cuanto al dolor que experimentan las mujeres durante este proceso el cual tiene un origen multifactorial, desde psicosociales hasta fisiológicos. La intensidad del dolor varía enormemente de unas gestantes a otras y depende también de la etapa en el trabajo de parto en el que se sitúe. 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. (Jimenez, 2015)

Para comprender mejor esta preocupación y temor que experimentan las mujeres frente a tan solo pensar en el proceso de parto, necesitamos describir el concepto de dolor, ya que se asocia a una experiencia negativa. Se puede definir al dolor, como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. El dolor tiene distintas clasificaciones, en el tema que nos compete, el dolor del parto es según su duración, agudo ya que es limitado en el tiempo y según su origen, no patológico, es el único dolor que no representa una patología. (Diaz, 2005)

Diferentes factores son los que causan el dolor en el trabajo de parto. El mismo está influenciado por diferentes factores tanto fisiológicos, psicológicos como emocionales. Dichos factores repercuten en la intensidad en que la mujer percibe, tolera y expresa el dolor de parto.

En cuanto a los factores más renombrados relacionados con la experiencia del dolor del parto es la paridad. Está verificado que las mujeres multíparas, es decir, mujeres que han presentado más de dos embarazos previos insinúan una intensidad de dolor menor a las mujeres primíparas, es decir que no han cursado embarazos previos. Este hecho se explica 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 este sentido, existen estudios que concluyeron 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 multípara. Pero,

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 factor importante 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, en oportunidades, es vivida por las mujeres con sentimientos de indefensión y falta de intimidad, pero para los profesionales 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.

En una revisión realizada por la Cochrane se observa que en posición decúbito supino no son las que tienen los mejores resultados perinatales; por el contrario, los resultados fueron que en las posturas laterales o verticales las mujeres expresaban menor dolor durante el expulsivo, además se disminuye el tiempo de parto, disminuían las episiotomías con un aumento de los desgarros de segundo grado y se evidenció una disminución en los patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal. Por ello, las guías de recomendaciones clínicas apoyan a la mujer a que adopte la postura más cómoda para ella en cada momento del parto y se aconseja al profesional que se instruya para atender partos en posiciones diferentes.

Cuando nos referimos al dolor indudablemente necesitamos tener las herramientas para el alivio del mismo, es por ello que tenemos en cuenta los métodos de analgesia farmacológicas y no farmacológicas.

Los métodos farmacológicos ofrecen mayor eficiencia a la vez que efectos adversos en tanto que los métodos no farmacológicos son no invasivos y parecen seguros para la mujer y el bebé aun cuando son más desconocidos por la población en estudio. Las mujeres deben experimentar 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.

En cuanto al método farmacológico más utilizado, la analgesia epidural. La certeza sugiere que este tipo de analgesia gestiona eficazmente el dolor provocado por el parto, pero, es el que más efectos adversos tiene, es una forma de bloquear el sistema nervioso de la mujer embarazada el cual conlleva una punción de anestesia local en la zona donde va a efectuar el bloqueo. El resultado de la anestesia se deberá obtener en el término de los 10 o 20 minutos de su administración. El bloqueo de los impulsos nerviosos tiene distintos efectos dependiendo de la medicación que se administre y de su concentración por lo que los fármacos en inferior concentración bloquean

selectivamente el estímulo doloroso, mientras que se 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, el cual resultaría dificultoso en el momento de realizar pujos por parte de la paciente. El principal posible efecto adverso es la hipotensión, pero presenta otros Ej. escalofríos, fiebre, temblores y depresión respiratoria y cardiovascular. 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 por lo que el catéter de analgesia epidural resulta eficiente y accesible para aumentar continuamente la dosis de medicación analgésica que se necesite. (Perez, 2017)

Se comienza con una evaluación preoperatoria como a cualquier paciente que se somete a alguna intervención anestésica. Por ello hay que conocer la evaluación, diagnóstico y plano obstétrico, antecedentes mórbidos, examen físico y eventualmente pruebas de laboratorio. Es necesario además el consentimiento informado de la paciente. En cuanto al equipamiento se debe contar con un equipo de monitoreo de signos vitales y cardiorrespiratorio, lo que incluye un acceso periférico de la paciente, además se requiere fuente de oxígeno, elementos para manejo de vía aérea y ventilación a presión positiva y drogas de soporte hemodinámico. También 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. En decúbito lateral izquierdo debe permanecer con el eje espinal horizontal y paralelo al eje de la mesa operatoria y en el borde de ésta, con flexión de muslos sobre el abdomen y de la cabeza sobre el tórax. Es la más utilizada en obstetricia ya que evita la compresión Aorta-cava. La posición sentada se usa principalmente en pacientes obesas o cuando el decúbito lateral izquierdo ofrece muchas dificultades; la paciente debe estar con los pies apoyados, cabeza y hombros flexionados hacia el tronco con los brazos abrazando las rodillas. (Chesnut, 1994)

Aunque existen diferentes métodos para la mejoría del dolor, sean estos farmacológicos o no, es fundamental dar un encuadre humanizado a la atención del parto donde se cumplan las preferencias respecto a la libre elección de la técnica analgésica que desee recibir, pero aún más primordial es ofrecer una conveniente información a la gestante y a su compañero. Existen distintos métodos no invasivos, y no farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser aprovechados a lo largo del proceso de parto, en esta interpretación parece ser efectivo el soporte brindado por el acompañante mediante la realización de masajes en la zona lumbar. Estos métodos se usan reiteradas veces en combinación con otras estrategias que incluyen hacer frente al dolor mediante el uso de técnicas de respiración, relajación y e implementación de distractores, alejando la atención del dolor. (Coral, 2015)

Dentro de los métodos no farmacológicos se incluyen los masajes los cuales consisten en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo, además no hace falta que sea un profesional de la salud como la obstetra o enfermera quien lo efectúe, sino que lo puede realizar su pareja o acompañante en el momento del trabajo de parto. El dolor que sufren las mujeres en el parto en la espalda puede mejorar con un masaje en la zona lumbosacra. Para otras mujeres resulta confortable el masaje en el abdomen. Para esta técnica se recomienda la utilización de un aceite o vaselina para reducir la fricción con la piel y se basa en la creación de un estímulo que obstaculiza en la transmisión del dolor al cerebro. Asimismo, estimula la liberación de endorfinas y aumenta el rendimiento de serotonina para inhibir la transmisión de los impulsos nerviosos al cerebro. El masaje colabora a la relajación de la mujer y por tanto disminuye el dolor en el parto que es provocado además por un aumento de la tensión muscular.

Continuando con los métodos de analgesia no farmacológicos podemos mencionar la Esferodinamina, que se define como el movimiento en una esfera y es originario de Estados Unidos. Es una técnica que consiste 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. Además, provoca un aumento de la capacidad respiratoria y una sensación de relajación. Este 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 recomendados de la pelota de parto, favorecen la dilatación, amplían diámetros pélvicos, proporcionan un elemento de distracción a la mujer y mejoran la recuperación del suelo pélvico postparto. se pueden encontrar diferentes 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. La pelota de partos suele medir entre 65 y 75 cm de diámetro y tiene una estructura elástica y resistente para que pueda tolerar el peso de la mujer. En cuanto a los efectos adversos y las contraindicaciones para la madre o el feto no se han encontrado exceptuando restricciones y limitaciones como la necesidad de monitorización estrictamente continua o analgesia epidural ya administrada en el proceso del parto.

Continuando con la línea de los métodos de analgesia no farmacológicas, podemos destacar la deambulación y las posiciones verticales en la fase de dilatación ya que no implican riesgos y disminuyen la incidencia de partos instrumentados, así como efectos adversos sobre la madre y el recién nacido. Se recomienda que las mujeres en fase activa del trabajo de parto, en un parto de bajo riesgo, reconozcan los efectos tanto beneficiosos como adversos de las diferentes posiciones verticales que pueden adaptar y ayudarlas para que tomen la posición que deseen y estén más cómodas. (Jimenez, 2015)

Ponerse de pie o tumbarse de lado izquierdo se asociaba con una mayor fuerza y eficiencia de las contracciones. Cuando se menciona la posición en el trabajo de parto, diferentes estudios han verificado que, durante la fase de dilatación del parto, la posición supina afectaría al flujo sanguíneo del útero. El peso del útero puede provocar compresión aorto-cava y la disminución del flujo sanguíneo puede complicar la calidad de vida del feto. La posición supina, además disminuye la intensidad de las contracciones, y así interfiere en el progreso del parto. A pesar de la prevalencia de la posición supina la mujer podría adoptar muchas otras posiciones, Sin embargo, muchas causas limitan frecuentemente estas opciones, desde el desconocimiento, el diseño de la cama o la presencia de vías intravenosas. Estos factores son insignificantes en la mujer, a la hora de moverse, se puede poner de pie, caminar, sentarse, tomar un baño o ducha para relajarse o adoptar cualquier posición que alternativamente elija.

La solicitud de una mayor libertad durante el parto se ve reflejado en el aumento de las mujeres que aspiran tener un parto sin analgesia y con la mínima participación posible. Este hecho ha estimulado que las instituciones deban tener la obligación de adaptarse, presentando otras opciones de cuidado, como métodos alternativos de alivio del dolor. Por ello, como último indicador en los tipos de analgesia no farmacológica, en el manejo del dolor podemos mencionar la hidroterapia, que es el más utilizado. Durante el parto es un método alternativo para aliviar el dolor, que propone ser beneficioso para las embarazadas. Podemos definir como Hidroterapia, a la inmersión de una mujer embarazada en trabajo de parto, en una bañera con agua caliente (36,5-37 °C) hasta el nivel pectoral. Su utilización se recomienda a partir de 5 cm de dilatación cervical, condición que se ha objetivado ya que un inicio precoz del uso de la hidroterapia podría enlentecer el parto, ya que no se encuentra en el periodo de dilatación en fase activa. (Perez, 2017)

La inmersión en el agua a temperatura corporal ha sido ejecutada con aceptación en muchos procesos de dolor. En el proceso del parto elabora numerosos beneficios, aparte de disminución del dolor, tales como facilitar la relajación y la movilidad de la madre. El parto en el agua es una alternativa al parto tradicional que se ha hecho de público conocimiento en los últimos años. El agua ha sido en consecuencia, una ayuda imprescindible en las gestantes de distintos países y culturas durante el proceso del parto y del nacimiento del nuevo bebé. Tiene propiedades purificadoras, calmantes, estimulantes y sanadoras al igual que les proporciona apoyo y suavidad a la hora de sostener el peso del cuerpo. Permite modificar postura y tomar otras más cómodas. Él bebe desciende y rota por sí solo gracias a que el agua alivia, relaja y maximiza los diámetros pélvicos. (Jimenez, 2015)

Su utilización se está imponiendo en las instituciones de salud, pero la certeza disponible hasta el momento es controvertida, así como las diferencias en cuanto a la opinión entre los profesionales sanitarios; unos defienden su uso por los beneficios hacia la embarazada y otros advierten de los potenciales peligros para el neonato.

Las complicaciones neonatales que pueden presentarse tras la realización de un parto en el agua, son la aspiración de agua, son muy infrecuentes y pueden disminuirse si el uso de la hidroterapia se realiza bajo medidas de seguridad, restringiendo su uso a gestantes de bajo-medio riesgo, con los pertinentes controles de bienestar materno y monitoreo fetal y siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas sobre cómo y bajo qué condiciones realizar un parto en el agua, pero los artículos con casos de complicaciones neonatales tras realizar un parto en el agua existen, y por ello, las asociaciones de pediatras americana y española han publicado la sugerencia de no realizar partos en el agua a no ser que fueran dentro de un estudio de investigación. Uno de estos artículos es el publicado por Simpson en 2013, artículo de revisión en el que se evaluaban los 2 únicos estudios aleatorizados existentes que comparaban la asistencia al parto en el agua y fuera de ella. En este artículo se concluye que los beneficios maternos de realizar un parto en el agua son mínimos y que no existen beneficios para el neonato, y suplica la realización de investigaciones rigurosas.

Según una revisión bibliográfica realizada por Pinetteet, los principales problemas neonatales luego de realizar un parto en el agua son aspiración de agua, hiponatremia, infección y rotura del cordón. En cuanto al resto de las complicaciones, existen investigaciones contradictorias, en el que observaron un menor riesgo de infección y traslado a la UCIN en aquellos niños nacidos en el agua, por lo tanto, en otras investigaciones, se motiva un aumento de los ingresos en la UCIN en los neonatos en agua.

En relación con la aspiración de agua como principal complicación, los profesionales que apoyan el parto en agua, defienden que solo se elaboran tras un sufrimiento por la estimulación neonatal antes de salir del agua, y que, con un adecuado control del bienestar fetal intraparto, respetando los criterios de inclusión y ejecutando las prácticas aconsejadas durante el parto en agua, el peligro de que el neonato realice una aspiración de agua es muy pequeño. Se deberá continuar con esta línea de investigación para poder aportar más evidencia sobre el uso de la hidroterapia durante el parto y sus efectos en la embarazada y el recién nacido. Futuras investigaciones que relacionen el tiempo de uso de hidroterapia y la dilatación provocada durante la inmersión en agua, o investigaciones que pudieran comprender ámbitos nacionales y con asignación aleatoria, podrían obtener resultados significativos.

Con la intención de ampliar la gama donde la gestante pueda, optar diferentes alternativas se diferenciará el concepto de Hidroterapia con el parto en agua. Se comprende como parto en agua, aquel parto en el que se lleva a cabo la salida del neonato dentro de una bañera de partos, mientras que se entiende como trabajo de parto en agua, aquella gestante que utiliza la hidroterapia durante la fase de dilatación y/o expulsivo sin tener que finalizar la salida del neonato dentro del agua.

La embarazada se encuentra sumergida en agua caliente de 36,5-37C hasta nivel pectoral. Dicha inmersión se realiza durante un máximo de 2 horas seguidas, y puede repetirse pasado los 30 minutos. Las gestantes que aspiren a realizar un trabajo de parto en agua o un parto en agua (dilatación, expulsivo o ambos) deben ser informadas con anterioridad de los criterios para poder usar la hidroterapia, así como de los beneficios y posibles efectos secundarios que puede producir la hidroterapia. Los criterios para el uso de la hidroterapia están unificados en las guías de atención al parto en el agua y son las siguientes; Gestación de bajo riesgo, gestación a término (37-42 semanas de gestación), embarazo único con presentación cefálica, índice de masa corporal inferior a 35, registro cardiotocográfico normal previo, no presentar signos de infección activa (fiebre materna T^a 38C).

Durante el trabajo de parto se deben realizar los controles y cuidados habituales del seguimiento del parto, el control de constantes signos vitales maternos y el control del bienestar fetal. Además, se deben seguir controles de limpieza de la bañera y utilizar los filtros recomendados para evitar riesgos de infección cruzada. En definitiva, el uso de hidroterapia es un procedimiento alternativo de alivio del dolor que podría resultar efectivo para aquellas mujeres que desean tener un parto natural, puesto que reduce la percepción del dolor durante el trabajo de parto y en el expulsivo. (Perez, 2017)

Además, podemos nombrar el parto vertical es aquel en el que la gestante se orienta en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se deberá coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Por otra parte, el parto vertical puede aumentar la comodidad de la mujer y su tolerancia al dolor, al disminuir la necesidad de anestesia y analgesia y facilitar el avance del parto. En las posiciones verticales, la intervención del personal de salud en el periodo expulsivo está limitada a la recepción del bebé, a realizar las maniobras necesarias cuando hay un circular de cordón, a detectar complicaciones que presenten en el momento. (Rodríguez Honorio, 2015)

En cuanto a las desventajas de la posición horizontal que se presentan, se encuentran los efectos respiratorios, la posición horizontal de la madre favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el

tórax y reduzca la capacidad pulmonar originando una inadecuada ventilación pulmonar por parte de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal. Efecto Poseiros es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 gramos), útero (1,100 gramos), placenta (600 gramos), líquido amniótico (900 gramos) y flujo sanguíneo útero placentario (650 gramos), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente puede presentar palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia. Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la paciente. Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción en el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen un sin número de efectos muy peligrosos que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdica. Efectos mecánicos: La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, causan que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden reducir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto como sucedería si se tratase de comer o defecar estando en posición horizontal, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como “peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros. Efectos fisiológicos: La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación. Efectos psicológicos: Cuando el parto se realiza con la

parturienta acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño. Se puede mencionar que una desventaja de esta posición es "el aumento en el índice de cesáreas y de sufrimiento fetal, hipoxia de la madre, ineficiencia de las contracciones uterinas y aumento del temor y no colaboración de la madre".

En cuanto a las ventajas de la posición vertical los efectos respiratorios, que se obtuvieron son el peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé. El respirar con una pequeña resistencia, además ayuda a la relajación de la madre que ya no considera una inquietud por que no puede respirar bien.

Además, los efectos mecánicos y de la gravedad, como acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece una mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis. Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura de la vulva, como única salida. El bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso no puede retroceder. La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo. Efectos musculares: Insertos en la articulación pubiana se encuentran los músculos abductores; mismos que tienen la labor de colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir. Cuando la mujer se coloca en una posición vertical durante el parto, a la fuerza de empuje que genera la madre con sus músculos abdominales, se suma la gravedad, con lo que la expulsión fetal se facilita. Además, con la ayuda de un soporte, la

mujer puede variar la inclinación de su cuerpo y corregirla para favorecer el descenso del feto y aliviar el dolor al cambiar el eje del cuerpo. Se ha demostrado una mayor intensidad de las contracciones en las posiciones verticales y laterales, que es aún mayor al alternar de posición durante la labor, sobre todo en la primera etapa. La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto, un mejor equilibrio ácido-base fetal tanto durante el período dilatación como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal, una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia, pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitócina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales. (Quizhpe, 2019)

Otras de las variables que se desarrollan en este proyecto de investigación es la satisfacción global, se puede conceptualizar la satisfacción de las usuarias como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario recibido. La satisfacción percibida está relacionada con varias dimensiones, como el personal de salud, el bebé recién nacido, el acompañante y el confort, el periodo de dilatación. La satisfacción de las pacientes es un señalizador 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 fundamental y a la vez, nos puede ayudar a servir como uno de los indicadores de calidad asistencial. Son varios los factores que tienen vínculo con la satisfacción de las mujeres con la experiencia de parto y el nacimiento de su hijo. Dentro de los componentes más dominantes 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 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. (Mas-Pons, Barona-Vilara, Carreguí-Vilarc, & Ibáñez-Gil, 2012)

Otro acontecimiento muy importante es el contacto precoz madre-hijo tras el parto, pues favorece el vínculo afectivo, aumenta la satisfacción materna, disminuye la ansiedad y mejora los sentimientos de aceptación del nuevo rol.

El contacto piel con piel (COPAP) temprano, 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. (OMS, 1996)

En las dos primeras horas después del nacimiento, llamada la hora sagrada, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo. (OMS, 2004)

Durante esta hora sagrada, que se corresponde 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. La madre experimenta una descarga de oxitócina que no solo favorece la bajada de leche, sino que causa placer y relajación, favoreciendo el bienestar materno y el vínculo con su bebe. (OMS, 2018)

En relación al puerperio propiamente dicho la comunicación puede afectar en el grado de satisfacción ya que las pacientes se sienten más contenidas al ser escuchadas y percibir un ambiente de confianza y sinceridad. Las madres necesitan ayuda 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, adquieren una especial relevancia pues se inicia una etapa vital para la mujer, a la que se debe adaptar de manera saludable y progresiva. Por lo tanto, las educaciones sanitarias por medio de la comunicación, son imprescindibles para lograr esta adaptación ya que en este periodo acontecen cambios muy importantes a nivel psicológico en la mujer y que van a influir en su adaptación al papel de madre. Según otros trabajos, se concluyó que brindar atención personalizada, basada en las necesidades expresadas por las pacientes, daba lugar a una alta satisfacción con los cuidados de enfermería recibidos.

Actualmente continúa el proceso de evolución en cuanto a la atención durante el proceso de parto, centrado en ofrecer una atención integral a las mujeres, basado en la evidencia científica y enfocado a mejorar la participación materna y su protagonismo. Por su parte, las mujeres desean estar informadas y ser escuchadas para así poder participar en la toma de decisiones respecto al nacimiento de su bebé.

Ante esta realidad, es importante conocer el grado de satisfacción materna con la atención hospitalaria recibida durante el proceso de parto y puerperio, ya que se pueden detectar áreas de mejora, por lo tanto, recomendar actuaciones que incrementen el bienestar físico, emocional y el

vínculo madre-hijo, además de fomentar la participación de las gestantes en su proceso de parto. (Fernandez Raigada, 2013)

Un recurso que resulta fundamental, es el acompañamiento de la embarazada, el cual significa en primera instancia el sostén de personas que tienen una formación acerca del parto, como los profesionales de la salud dedicados en esta área, ya que están familiarizados con una gran variedad de métodos de atención hacia las personas. Se brinda sustento emocional a base de elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar el bienestar de la mujer, contacto físico a través de masajes en la espalda de la mujer y tomando sus manos, explicaciones acerca de lo que está ocurriendo en el parto y una perseverante presencia amistosa y amable. Todo este apoyo brindado por estas personas disminuye significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado 24 horas luego de haber dado a luz. Además, presenta efectos positivos en el número de madres que continuarán dando pecho a las 6 semanas del parto. Un acompañante es la persona elegida por la gestante, no solo el personal de salud que se encuentra en el momento, si no quien brinda un apoyo físico, emocional, informativo y representativo. La mujer de parto debe estar acompañada de las personas con las cuales ella se encuentre cómoda durante todo el proceso de internación; su pareja, la mejor amiga o algún familiar. En los países desarrollados las mujeres a menudo se encuentran aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional. En los países en desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de mujeres de bajo riesgo que el apoyo personal y la privacidad son prácticamente imposibles. Los partos domiciliarios en estos países son muchas veces atendidos por personas inexpertas. Bajo estas circunstancias el apoyo a la mujer gestante es deficiente o incluso inexistente, con un número considerable de gestantes dando a luz sin ningún tipo de atención. (Coral, 2015)

Otro tipo de acompañante que puede resultar de la preferencia de la mujer embarazada, son las DOULAS que son mujeres capacitadas para dar acompañamiento, apoyo, y orientación durante el proceso de parto. Su función es proveer a la mujer embarazada 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. (Rodriguez Fernandez, 2016)

Desde mediados del siglo XIX el acompañamiento en el trabajo de parto se convirtió en un hecho excepcional en lugar de habitual. Esto ha repercutido en que disminuyeran la satisfacción de las mujeres con la atención recibida, a pesar de que el acompañamiento continuo por parte de los profesionales es un elemento clave en el proceso de humanización, al crear un ambiente de

seguridad y confianza. Durante años, la asistencia del parto en los hospitales provocó que las mujeres quedaran aisladas del apoyo de sus familiares y amigos. Pero, a partir de las recomendaciones de la OMS se remarca la importancia de facilitar la presencia de un compañero elegido por la usuaria durante la asistencia al nacimiento. Estudios han revelado que el apoyo brindado por parte de la pareja, de una familiar femenino o de una Doula, en su mayoría madres que acompañan a otras madres en el proceso de nacimiento, han mejorado la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto al aumentar contención emocional y disminuir la ansiedad de estas. Algunos países, como Puerto Rico, han creado legislación para crear el acompañamiento de las mujeres tanto en entidades públicas como privadas, contemplando tanto los derechos de la madre como del recién nacido. Entre los derechos de la madre está el de estar acompañada o no durante el trabajo de parto, parto y puerperio. (Goberna, 2017)

Como se ha dicho anteriormente, hay muchos factores respectivos con la satisfacción. Uno de ellos es la información que proporcionan los profesionales a los pacientes. La información dada por los profesionales es muy trascendental por dos motivos. El primero, porque induce a los pacientes a llevar hábitos más saludables, y el segundo, porque interviene en la satisfacción de los mismos. Un componente importante en la satisfacción de la madre es el bienestar de su hijo, y queda demostrado estudio tras estudio que la mejor alimentación para el bebé es la lactancia materna. La leche materna es un alimento natural causado por todos los mamíferos, donde su principal cometido es alimentar al recién nacido. En general, las madres manifiestan sentimientos muy positivos respecto a la lactancia materna y ven cumplidas sus ilusiones la mayoría de las veces, existiendo casos que demuestran que la no lactancia al bebé perjudica en la satisfacción de la gestante. En el momento de amamantamiento se produce la liberación de muchas hormonas, tanto en la madre como en el lactante, siendo beneficioso para ambos. Además, se ha demostrado en otros hallazgos que el recién nacido sano, colocado sobre el pecho de su madre, es capaz de recuperar o mantener la temperatura corporal de manera eficiente, y que en contacto con la piel de su madre se calma y es capaz de iniciar la succión por sus propios medios. El privar de lactancia materna a un recién nacido debería de evitarse a toda costa debido a que, además de todo lo dicho anteriormente sobre la lactancia, se le suma: enorme variedad de factores presentes en la leche humana; rol fundamental de sus ácidos grasos para el desarrollo cerebral; efecto programador sobre el metabolismo y la expresión genética; el efecto protector frente a una serie de dificultades de salud que conforman la mayor parte de la carga de salud del adulto, etc. (Cordero, 2013)

Material y Métodos:

Tipo de estudio:

Se realizará un estudio con un abordaje metodológico cuantitativo no experimental ya que será llevado a cabo sin manipular deliberadamente las variables, descriptivo ya que se pretende determinar cómo es la situación de las variables en estudio, la presencia o ausencia de un fenómeno pudiendo sugerir asociación de variables.

Este estudio será transversal ya que se realizará una única medición de las variables y prospectivo ya que la recolección de los datos será a medida que sucedan los hechos durante el periodo de marzo a abril del 2020.

Sitio y Contexto de la investigación:

Para la selección del lugar donde se llevará a cabo la investigación, se realizó una convalidación de sitio (anexo I), pero no se comparó con otra institución, por tal, se realizó una caracterización del mismo debido a que es la única institución pública de la ciudad de Rosario, donde se trabaja con políticas de salud del parto respetado. Se procedió a solicitar autorización previa para llevar a cabo un estudio exploratorio (ver Anexo III), el cual cuenta con los criterios de elegibilidad donde también se encuentran las variables que se desea investigar, la población y factibilidad de poder realizar la investigación.

El sitio seleccionado para el proyecto de investigación, es una sala de maternidad en una institución pública perteneciente a la municipalidad de Rosario, ubicada en la zona sur, de segundo nivel de complejidad y cuenta con servicio de guardia de adultos, pediátrica, sala de clínica médica, diagnósticos por imágenes, consultorios con distintas especialidades, neonatología y maternidad. En cuanto a la sala de maternidad se encuentra dividida en dos servicios. Trabajo de parto, parto y recuperación (TPR) se divide en 4 habitaciones individuales para poder transitar su trabajo de parto. Una admisión con los consultorios para atender la demanda. Y 2 quirófanos que se utilizan para cesáreas y el otro para cirugías programadas ginecológicas y cirugías generales de menor intervención. Luego, la sala de maternidad cuenta con 24 camas donde se dividen en distintas salas y se internan pacientes que cursan puerperio junto o sin sus bebés y pacientes con patologías ginecológicas.

Además, cuenta con Área de Atención Integral de la Mujer, el mismo cuenta con los servicios de Ginecología y Guardia Tocoginecológica, 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.

El equipo interdisciplinario, conformado por el Área de Ginecología, Trabajo Social, Enfermería y Salud mental del hospital, acompaña a las personas en la toma de decisiones informadas y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva. El dispositivo se enmarca en la política de Salud Integral de la Mujer y los distintos programas de salud sexual y reproductiva que se vienen desarrollando desde hace años en los efectores de salud públicos.

El Hospital cuenta también con un área de alojamiento de madres cuyos hijos están internados en Neonatología, Quirófano para Cirugía General programada y Cirugía Gineco-mamaria.

Población y muestra

La población de estudio estará conformada por todas las pacientes internadas desde el comienzo del trabajo de parto.

La unidad de análisis estará conformada por:

- Cada una de las mujeres internadas desde el comienzo del trabajo de parto vaginal, sin complicaciones postparto.

Criterios de exclusión

- Pacientes con cesáreas.
- Pacientes con plan de parto.
- Las mujeres cuyo hijo han nacido muerto o han muerto antes de nacer.
- Mujeres que no hayan realizado el EGB (hisopado) o con EGB positivo.
- Mujeres que inicien su trabajo de parto y finalicen con una intervención quirúrgica.

Tamaño de la población

La población estará constituida por todas las mujeres internadas desde el comienzo del parto que reúnan los criterios de inclusión/exclusión antes mencionados. Según los datos aportados por el estudio de convalidación de sitio, se estima una población aproximada de 40 mujeres en el periodo del estudio, por tal, no se realizará muestreo ya que la población es factible de ser medida en su totalidad.

Validez externa

Los resultados son generalizables sólo a la población del estudio, ya que el estudio presenta limitaciones tales como la selección de un solo sitio de estudio y la no realización de muestreo probabilístico ya que la población es reducida y esto puede introducir sesgos en los resultados.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Para la variable satisfacción global se utilizará la técnica de encuesta y se aplicará como instrumento un cuestionario ya validado denominado Mackey Satisfaction, desarrollado originalmente en lengua inglesa, que mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo. Se tratará de un cuestionario auto administrado que se provee a la mujer antes del alta hospitalaria, cuenta con 6 dimensiones y 36 indicadores en total, cada ítem se evalúa en una escala Likert que oscila desde muy satisfactorio a muy insatisfactorio, la cual consiste en un conjunto de ítems presentado en formas de afirmaciones o juicios, cada afirmación pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación de los sujetos.

Para la variable Tipo de Analgesia se realizará su medición, mediante la técnica de observación utilizando como instrumento una lista de control sobre las técnicas que utilizó la paciente, de distintos Tipos de Analgesia, se debe marcar con una cruz, por si o no. Y una columna de observaciones donde se expresa cualquier eventualidad que se considere de importancia y genere aportes al estudio. (anexo II)

Para la variable Edad y Número de Paras, este dato se complementará al instrumento nombrado anteriormente denominado Mackey Satisfaction.

Las ventajas que tiene el instrumento de satisfacción global, es que se puede obtener mayor objetividad y una mayor accesibilidad a los sujetos en estudio, este instrumento es apropiado para cuantificar en escalas de actitudes y opiniones.

El uso del cuestionario como instrumento de recolección de datos, presentan las siguientes ventajas: permitirá la recolección de datos objetivos, realizando las mismas preguntas a todos los sujetos, de forma, precisa y eficaz donde el encuestado únicamente tiene que leer una serie de preguntas que luego responderá. El instrumento seleccionado a las variables de interés y permitirá obtener datos que faciliten medir la presencia o ausencia de las mismas.

Las desventajas, corresponden a los sesgos que pueden presentarse en el instrumento como la no interpretación de las preguntas o que estén mal formuladas, las mismos deben estar debidamente calibradas y deben tomarse múltiples muestras para evitar resultados falsos. Este sesgo puede resultar difícil de evitar ya que solo se realiza la aplicación de una prueba piloto.

Para la variable Tipo de Analgesia, la técnica de recolección de datos a utilizar será la observación no participante, debido a que no se tiene relación con los sujetos que serán observados ni se forma parte de la situación en que se dan los fenómenos en estudio.

Esta técnica tiene como ventaja obtener los datos en forma objetiva, aunque como desventaja debemos mencionar que se corre riesgo de modificar la conducta de los sujetos observados.

Se dispone de un instrumento estandarizado o estructurado para medir la variable de manera uniforme. Tal instrumento es una lista de control donde se enumeran en forma de ítems los indicadores que corresponden a la variable dependiente del estudio.

Los instrumentos se aplicarán luego de informar a los sujetos los objetivos del estudio y de obtener el consentimiento informado quedando explícitamente asentada su participación voluntaria en este proyecto de investigación.

Se realizó una prueba piloto, es un control de validez interna correspondiente a los instrumentos a utilizar, este sirve para valorar si las respuestas están expresadas de forma clara, si miden efectivamente lo que quiero medir si no es muy extenso. (anexo IV)

Esta prueba se realiza en otra población con similares características, que no serán parte de la población de estudio y a si se evitara sensibilizar a la misma sesgando nuestros resultados.

Operacionalización de variables:

Variable 1

Tipo de analgesia: (cualitativo, independiente, escala de medición nominal)

Son procedimientos que se van a utilizar para aliviar el dolor en el trabajo de parto.

Dimensión: Analgesia farmacológica: es la utilización de medicación farmacológica, se realiza un método invasivo para el alivio del dolor.

Indicador:

Analgesia epidural: esta técnica ofrecer una mayor y más duradera supresión del dolor, es la introducción de anestesia local en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas.

Dimensión: Analgesia no farmacológica: son procedimientos no invasivos que se van a utilizar en la etapa del trabajo de parto.

Indicadores:

Esfera dinamia: el uso de pelota durante el trabajo de parto: se puede utilizar para adoptar diferentes posiciones. Al dejar libre la zona de la espalda facilita la aplicación de calor y masaje lumbar para el alivio de dolor por parte del acompañante facilitando el alivio entre contracciones.

Baño de inmersión: se utiliza como termoterapia, para disminución del dolor, se utiliza con agua caliente a una temperatura adecuada.

Banquito o parto vertical: es un banquito de madera lo cual la paciente se puede sentar y utilizarlo en el momento del nacimiento.

Masajes: la maso terapia de la región lumbar durante el parto se considera eficaz para la reducción del dolor en la primera etapa. Se pueden realizar también con la pelota frotando la en la zona lumbar.

Deambulación: la deambulación ayuda en el dolor través de la libertad que tiene la paciente para moverse y sentirse libre y poder posicionarse como ella requiera en ese momento.

Variable 2

Edad (cuantitativo independiente, escala de medición de razón).

Indicador: será Edad en años según refiera la historia clínica.

Variable 3

Número de paras: (cuantitativo, independiente, escala de medición de razón)

Indicador: será el Número de Paras según refiera la historia clínica.

Variable compleja: 4

Satisfacción global: (cualitativa dependiente, escala de medición nominal)

Es una variable de la calidad de la atención sanitaria, al expresar su percepción en cuanto a la experiencia en el trabajo de parto.

Dimensión:

Obstetra/ médico especializado que atiende a la paciente en el trabajo de parto.

Indicadores:

La actitud del/ de la ginecóloga/o en el parto (por ejemplo; respeto, amabilidad, escucha, etc.).

El interés y el trato personal que le prestó el/ la ginecóloga/o en el parto.

La información y explicaciones que le proporcionó el ginecólogo/a en el parto.

La sensibilidad del/de la ginecóloga/o ante sus necesidades del parto.

Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del/ de la ginecóloga /o durante el parto.

La ayuda y el apoyo que recibió del / de la ginecóloga/o con las respiraciones y la relajación en el parto.

Los cuidados físicos que recibió del/ de la ginecóloga/ o durante el parto (por ejemplo, movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.).

El tiempo que el ginecólogo/ a paso 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 (por ejemplo. masajes, ducha, etc.).

Dimensión:

Enfermera/personal de salud que se encarga de satisfacer las necesidades de las pacientes en el trabajo de parto.

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.

La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera en el parto.

Los conocimientos, capacidad, y competencia profesional de la enfermera en 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.

De forma global, la atención que recibió usted durante el parto.

La ayuda y el apoyo de la enfermera en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor.

El tiempo que la enfermera pasó con usted durante la dilatación.

Dimensión:

Dilatación: primer periodo del trabajo de parto, los signos del comienzo del trabajo de parto son; contracciones regulares, que pueden ser dolorosas o no. Reblandecimiento y centralización del cuello. Borramiento y/o dilatación del cuello uterino.

Indicadores:

De forma global ¿Cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?

Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.

El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación.

Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante el expulsivo.

La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación.

Dimensión:

Periodo Expulsivo:

Corresponde al momento de la expulsión del niño. Las contracciones uterinas disminuyen la circulación placentaria reducción la oxigenación del feto. Además de las contracciones intensas y frecuentes características de este periodo.

Indicadores:

Su experiencia global del expulsivo.

El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo.

Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo.

La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo.

Dimensión:

Recién nacido

Indicadores:

El tiempo transcurrido hasta que usted contuvo en brazos por primera vez a su bebe.

El estado de salud de su bebé al nacer.

El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé.

Dimensión:

Acompañante y Confort: cuando se refiere al acompañante es la persona que la paciente prefiere estar a su lado en el trabajo de parto y el confort, en lo que refiere al bienestar de la paciente.

Indicadores:

La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación.

La ayuda o el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo.

Su grado de confort de su pareja durante la dilatación.

Su grado de confort durante el periodo expulsivo.

Principios de bioética:

El proyecto se llevará a cabo teniendo en cuenta los siguientes principios éticos:

Beneficencia: La población en estudio no será expuesta a daños físicos ni psicológicos, se evitará infringir daño teniendo en cuenta que los beneficios siempre serán superar los efectos indeseables. Además, se tiene en cuenta la confidencialidad, relacionado con el secreto de los datos en la historia clínica, así como la obligación de brindar información veraz a los pacientes. Los datos obtenidos se mantendrán exclusivamente dentro del contexto académico.

Justicia: Este principio se implementará dando un trato justo a todos los participantes de igual manera para todos. En cuanto a los criterios de la selección de personas el investigador ofrecerá a cada persona las mismas posibilidades de riesgo o beneficio, independientemente de su condición social, étnica o de género.

Respeto a la dignidad humana: Para este principio se utilizará el Consentimiento Informado. (Anexo II). Es un documento que contiene toda la información sobre el proyecto, donde se explica al participante del proyecto los derechos del mismo, que puede rehusarse a participar y abandonarlo en cualquier momento del mismo, los riesgos y beneficios que existen, y que se preservará su intimidad.

Personal a cargo de la recolección de datos:

El propio investigador será el encargado de la recolección de los datos, ya que la población es reducida. 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 7/13 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 utilizaran 6 colaboradores; los mismos realizaran jornadas de 6 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 para la unificación de criterios.

Plan de análisis:

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (tabulación). El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico EPI 7-. Se establecerá un índice para medir cada variable.

Para la variable número de paras con una escala de medición de razón, se utilizará las medidas de tendencia central, y los datos presentados se agruparán en grupos el cual se cualificará de la siguiente manera:

- primípara: solo tuvo un parto.
- secundípara: solo ha tenido dos partos.
- múltipara: ha tenido más de 3 partos o más.

Para la variable tipo de analgesia, se utilizará una lista de control, consta de 7 indicadores de los cuales el primer indicador corresponde al tipo de analgesia farmacológica y los 6 restantes a los tipos de analgesia no farmacológica.

Cada uno de estos ítems tiene dos aspectos a observar, la aplicación del mismo, por lo tanto, las opciones de respuesta a la observación son:

- A) SI (1)
- B) NO (0)

Esta codificación, se toma como un símbolo y no como un valor. Entonces, la escala de medición nominal, quedara de la siguiente manera

- 0. no utilización de Analgesia
- 1. utilización de Analgesia

De 1 a 6 utilización de tipo Analgesia no farmacológica

Para la variable compleja de satisfacción global, 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 van desde 1 punto 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, Obstetra, 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, Enfermera, 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.

El tipo de análisis será multivariado, 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 utilizaran porcentajes que serán representados en gráficos circulares según se considere oportuno.

Plan de trabajo:

Actividades Año 2020	Marzo		Abril				Mayo
	Primera quincena	Segunda quincena	Primer semana	Segunda semana	Tercer semana	Cuarta semana	Primer semana
Recolección de datos en sitio.							
Procesamiento y tabulación de datos.							
Análisis de los datos.							
Informe final.							
Entrega de informe final.							

Anexos

Anexo 1.

Guía de relevamiento de datos

Consta de una serie de preguntas las cuales realizará el investigador al jefe de la institución en estudio.

Solicitar autorización a la institución para realizar el proyecto de investigación

¿La institución nos brindará el espacio físico, para poder realizar las encuestas? Si o no ¿cuál?

¿En qué horario se podría acceder para realizar la recolección de datos?

¿La institución tiene en cuenta la política del parto respetado y la maternidad centrada en la familia?

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

La institución cuenta con los elementos necesarios para utilizar métodos de analgesia no farmacológicos como bañera, pelota inflable adecuada para práctica de esfera dinámica, para poder atender a la paciente en trabajo de parto respetado.

¿Ofrecen analgesia farmacológica a pacientes que lo requieran?

¿El personal se capacitó para trabajar con pacientes que transitan un trabajo de parto respetado?

¿Se permite la deambulación durante el trabajo de parto?

¿Se permite el acompañamiento de la paciente en todo momento?

¿Todo el personal de la institución comprende la política de salud sobre el parto respetado?

¿La institución cuenta con estadísticas sobre los tipos de analgesia elegidos por las mujeres en el trabajo de parto y población estimada?

¿La institución nos permite sacar datos de las historias clínicas de las mujeres en trabajo de parto?

Anexo II.

Instrumentos de recolección de datos.

Variable: satisfacción global

Para la variable de satisfacción global en mujeres en trabajo de parto se realizará, un cuestionario para que las pacientes puedan responder ante la satisfacción encontrada durante el trabajo de parto a partir de las diferentes dimensiones: obstetra, enfermera, dilatación, periodo expulsivo, recién nacido, acompañante y confort.

Edad:

Numero de Paras:

Se codificarán de la siguiente manera:

- Muy satisfactorio -5
- Satisfactorio -4
- Ni satisfactorio ni insatisfactorio -3
- Insatisfactorio -2
- Muy insatisfactorio -1

Dimensión	5	4	3	2	1
La actitud del ginecólogo en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha ,etc.).					
El interés y el trato personal que le prestó la obstetra en el parto.					
La información y explicaciones que le proporcionó la obstetra en el parto.					
La sensibilidad del obstetra ante sus necesidades del parto.					
Los conocimientos, capacidad y competencia de la obstetra durante el, parto.					
La ayuda y el apoyo que recibió con las respiraciones y la relajación.					
Los cuidados físicos que recibió de la obstetra durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.).					
El tiempo que pasó la obstetra con usted durante la dilatación					

La ayuda y el apoyo de la obstetra en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (ej. masajes, ducha, etc.).					
El interés y el trato personal que le prestó la enfermera.					
La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades durante el parto.					
La actitud de la enfermera en el parto.					
La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera en el parto.					
Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera en 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.					
De forma global, la atención que recibió usted durante el parto.					
La ayuda y el apoyo de la enfermera en el uso de los distintos métodos para aliviar el dolor.					
El tiempo que la enfermera que pasó con usted durante la dilatación.					
De forma global, como se siente de satisfecha con la experiencia de nacimiento de su bebé					
Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.					
El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (por ejemplo capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)					
Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación					
La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación					
Su experiencia global de la dilatación.					
La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación.					

Su experiencia global del expulsivo					
El control que tuvo sobre sus actos durante el periodo expulsivo.					
La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo.					
El tiempo transcurrido hasta que usted sostuvo en brazos por primera vez a su bebé.					
El estado de salud de su bebé al nacer.					
El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé.					
La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación.					
La ayuda o el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo.					
Su grado de confort de su pareja durante la dilatación.					

Lista de control

Variable: Tipo de analgesia

Se explicará a la paciente los distintos tipos de analgesia que pudo utilizar, 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 de investigación.

Tipo de analgesia	Si	No	Observaciones
Analgesia farmacológica: Epidural			
Analgesia no farmacológica: Baño de inmersión.			
Esferodinamina			
Masajes			

Banquito o parto vertical.			
Respiraciones			
Deambulaci3n.			

Consentimiento informado para participantes de investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella, como participantes.

La presente investigación es conducida por Juárez Miren, DNI 38289714, celular 0341-156369529. 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 global de las mujeres, según la Edad en el trabajo de parto respetado, en una maternidad pública de Rosario en el transcurso de marzo a abril del año 2020.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. 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. 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.

Desde ya agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Juárez Miren, DNI 38289714, celular 0341-156369529. He sido informada de que el objetivo de este estudio es identificar qué relación existe entre el tipo de analgesia, el número de paras y la satisfacción global de las mujeres, según la edad, en el trabajo de parto respetado, en una maternidad pública de la ciudad de Rosario el transcurso de marzo a abril del año 2020.

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 del participante

Firma del participante

Fecha.

Anexo III

Resultado de estudio de relevamiento de datos.

Es una institución pública perteneciente a la red municipal de la ciudad de Rosario de segundo nivel de complejidad, que cuenta con una política de salud del área de la mujer relacionada al trabajo de parto respetado. Al momento de realizar la entrevista se autoriza a la recolección de datos, cuenta con una planta física para poder ejercer esta política de salud, cuentan con oficinas donde se podrán realizar las entrevistas a las pacientes, las habitaciones que se utilizan para el trabajo de parto se encuentran 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.

Se cuenta con personal capacitado para poder atender a las pacientes que van a tener su trabajo de parto respetado con la menor intervención médica posible y permitiendo 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.



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Juárez Miren Noemí, es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus trabajos prácticos en esta actividad académica.

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

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Juárez Miren Noemí, es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus trabajos prácticos en esta actividad académica.

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

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Anexo IV.

Prueba piloto.

Las aplicaciones de dichas pruebas fueron realizadas a 5 pacientes que se encuentran en una maternidad pública con similares características, se pidió autorización previa, acompañado del consentimiento informado.

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. Las pacientes accedieron al ingreso de los colaboradores respetando los tiempos de las pacientes y sus necesidades.

Bibliografía

- Arnau, J. (2012). *estudio exploratorio de la humanizacion en la atencion perinatal de la mujer del area de salud de la region de Murcia*. Murcia.
- Chesnut, D. (1994). *Obstetric Anesthesia*. Philadelphia: Mosbi.
- Coral, G. (2015). *Percepcion de la paciente sobre la atencion del parto humanizado en el servicio de centro obstetrico del instituto nacional materno infantil*. Lima-Peru.
- Cordero, M. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada. *Nutricion hospitalaria*, 920-926.
- Diaz, F. (2005). Tipos de dolor y Escala terapeutica de la oms. Dolor iatrogenico. *Oncologia Radioterapica*, 139-143.
- Fernandez Raigada, R. (2013). *Satisfaccion materna con el parto y puerperio relacionada con la atencion hospitalaria*. España.
- Goberna, J. (2017). *La humanizacion de la asistencia al parto: Valoracion de la satisfaccion, autonomia y del autocontrol*. Barcelona.
- Gonzalez, j. (2019). *Percepcion del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalizacion de urgencias de ginecoostetricia de una institucion de ll y llI nivel de atencion*. Colombia.
- Gredilla, E. (2008). satisfaccion materna con la calidad de la analgesia epidural para control del trabajo de parto. *Revista española de anestesiologia y reanimacion*, 160-164.
- Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M. E., & De La Cruz-Ruiz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Revista enfermeria herediana*, 133-142.
- Jimenez, R. (2015). *Aplicacion de metodos no farmacologicos en la dilatacion y alivio del parto*. Lima.
- Larguía, M. (2012). *MATERNIDAD segura y centrada en la familia con enfoque intercultural*. Buenos Aires: Dolores Giménez (segunda edicion).
- Ley 25.929, 2. (2004). *Ley 25.929 Parto Respetado*. Buenos Aires: 1era edicion, Ministerios de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

- Mas-Pons, R., Barona-Vilara, C., Carreguí-Vilarc, S., & Ibáñez-Gil, N. (2012). *Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto*. España.
- OMS. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: Departamento de investigaciones y salud reproductiva.
- OMS. (2004). *Metodo madre canguro: Guia Practica*. Ginebra: Departamento de salud reproductiva e investigacion conexas.
- OMS. (15 de Julio de 2018). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/>
- Orozco, G. (2010). *Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto*. Mexico.
- Perez, L. (2017). *Efectividad del uso de la hidroterapia en el trabajo parto*. España.
- Quintana, M. (2013). *Satisfaccion y calidad en la analgesia del parto*. Uruguay.
- Quizhpe, S. (2019). *Factores asociados a la eficacia del parto vertical en pacientes atendidos en Hospital Básico de Saraguro*. Iloja.
- Rodriguez Fernandez, B. (2016). *Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en costa rica*. Costa Rica.
- Rodriguez Honorio, L. (2015). *Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - año 2015*. san Marcos.
- Saavedra, D. (2013). *Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo*. Bogotá.