



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



**INFORMACIÓN RECIBIDA POR LAS USUARIAS EN EL  
TRANSCURSO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL  
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL EN  
OCTUBRE DE 2005**

**AUTORES:**

Br. Aguiar, Rocío  
Br. Curbelo, Karina  
Br. Guzmán, Alicia  
Br. Pirez, Adrián  
Br. Rodríguez, Ana

**TUTORES:**

Lic. Enf. Correa, Ana

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

**Montevideo, 2005**

## Resumen

El presente estudio es una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo univariado, que pretende reflejar qué información se brinda sobre procedimientos, posiciones en el periodo dilatante y expulsivo y, el derecho a estar acompañada, a puérperas que son asistidas durante el trabajo de parto en la maternidad del centro hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y quiénes le aportan la referida información. Surgiendo esto del área problema Humanización en la Atención del Parto enfoque desarrollado principalmente por la OMS.

Dicho estudio fue realizado en el período del 19 al 28 de octubre del 2005 tomando una muestra por conveniencia, siendo un total de 110 puérperas en las salas 2 y 6 de la maternidad del mencionado centro, a las cuales se les realizó una encuesta mediante la utilización de una entrevista estructurada previamente elaborada; debiendo la usuaria haber cursado su trabajo de parto en el CHPR, habiendo terminado en parto vaginal.

La conclusión a resaltar es que, si bien se les brinda información, no es con un enfoque de atención humanizada del parto. Referente a quiénes brindan mayoritariamente la información, se destacan las Parteras.

---

## Índice

1. Introducción.....	3
2. Área Problema.....	4
3. Objetivos.....	4
4. Aspectos Metodológicos.....	5
4.1. Antecedentes y Significancia del Problema.....	5
4.2. Marco Conceptual.....	8
4.3. Diseño Metodológico.....	20
5. Resultados.....	26
6. Análisis e Interpretación de Resultados.....	36
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	38
8. Referencias y Bibliografía.....	41
9. Anexo.....	44

## **1. Introducción**

El presente informe responde a la investigación realizada por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, en el marco del trabajo final de investigación. El mismo se llevó a cabo en el área de Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) en el período comprendido entre el 19 y el 28 de octubre de 2005.

El área problema surgió a partir de una serie de temas propuestos por la Cátedra Materno Infantil, de los cuales el grupo seleccionó Humanización en la Atención del Parto; en particular, se planteó investigar sobre qué información recibieron las usuarias del CHPR, en el transcurso del trabajo de parto, sobre procedimientos (enema y rasurado), posiciones en el período dilatante y expulsivo, derecho a estar acompañada, y quién se la brindó.

Se consideró particularmente relevante este tema dado que en la actualidad la Humanización en la Atención del Parto constituye una necesidad urgente y evidente, con un objetivo, que todos los profesionales se involucren en el tema.

Se realizó una revisión bibliográfica y se entrevistó a distintos profesionales, de todo lo cual surgió la importancia de que las usuarias deben ser informadas por el equipo de salud, ya que éste es el estímulo que genera el cambio de conductas.

Se recabaron datos y de su posterior análisis se destacan los siguientes puntos:

- A la mayor parte de la población se le brindó información, pero no desde el enfoque de la Atención Humanizada del Parto.
- De todos los profesionales mencionados por las usuarias se destacaron las parteras como las que brindaron mayor información.
- Se observó la poca participación del equipo de enfermería del CHPR en cuanto a brindar información.

## **2. Área problema**

**Área problema:** Humanización en la atención del parto.

### **Definición del problema**

¿Cuál fue la información que recibieron las usuarias durante el transcurso del trabajo de parto por parte del equipo de salud en relación a prácticas y comportamientos acerca de la atención humanizada del parto en CHPR, en el área de Maternidad, en el período comprendido entre el 19 y el 28 de octubre de 2005?

## **3. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar cuál fue la información que recibieron las usuarias en el transcurso del trabajo de parto por parte del equipo de salud.

### **Objetivo específico**

- 1)\_ Caracterizar a la población de estudio.
- 2)\_ Conocer cuál fue la información que recibieron las usuarias en el transcurso del trabajo de parto sobre las variables de estudio: procedimientos (enema y rasurado), posición materna en el período dilatante y expulsivo, derecho de la embarazada a estar acompañada.
- 3)\_ Identificar las fuentes de información.

## **4. Aspectos Metodológicos**

### **4.1 Antecedentes y significancia del problema**

En relación al tema Humanización en la Atención del Parto, se decidió tomar como referencia al Dr. Caldeyro Barcia que básicamente plantea: "... el nacimiento es un hecho fisiológico y no patológico, como tal no debe ser tratado como un acto médico quirúrgico en el que se administran drogas y realizan maniobras rutinarias". *Ref.(1)*

Esto es importante en enfermería profesional ya que una atención humanizada del parto depende del accionar de los enfermeros, entre otros profesionales.

Desde lo académico se inculca al profesional de Enfermería que el principio de su accionar es brindar atención a seres humanos y la misma debe ser desde una perspectiva holística, donde el usuario es el principal protagonista. El rol de Enfermería en obstetricia implicaría, comportamientos, actitudes, habilidades, y un lugar en relación a los demás. Esto no solo está definido por las expectativas que los demás profesionales tengan de Enfermería sino también por las cualidades y competencias demostradas las cuales se basarían principalmente en aspectos psicológicos y socioculturales.

En la actualidad la Humanización del Parto constituye una necesidad urgente y evidente, con el objetivo que todos los profesionales sean estos, Médicos, Licenciados en Enfermería, Parteras, Psicólogos, etc., se involucren en ella, para tratar de no encontrar la disociación que existe hoy en día. Por un lado aquellos que hablan de "Parto Humanizado", y por otro, los que piensan que la Humanización del parto "son sólo acciones médicas eficaces" o que "está relacionado con la actitud de cada profesional".

Este es un largo camino por recorrer pero hay que darle un punto de partida, y es ahí cuando los Licenciados en Enfermería quienes mediante la administración de los cuidados que se les brindan a las "madres" (que es así como el Dr. Caldeyro Barcia las nombraba) "... considerándolas mujeres sanas que tienen a sus hijos, los cuales tienen necesidades fisiológicas y psicológicas, afectivas y sociales que deben ser satisfechas adecuadamente". Enfermería está en un lugar favorable porque mediante la administración de cuidados a estas madres es quien está mas cerca de las mismas, y debería estar mejor preparada para informar sobre los derechos de estas madres para que tengan mayor libertad en su desempeño, porque esta instancia tan

especial del parto y nacimiento es un momento irrepetible en la vida de cada mujer, por tal motivo no se puede seguir hablando de acciones médicas eficaces.

Es necesario cambiar la forma de pensar y dejar de ver el equipo de salud como el centro de atención porque la protagonista es la madre que da a luz, considerando también la participación de la familia la cual brinda apoyo y refuerza vínculos afectivos proporcionándole una fuente de felicidad.

Es importante que las usuarias sean informadas por el equipo de salud, ya que éste es el estímulo que genera el cambio de conductas. Información según el diccionario de la Lengua Española significa: || 7. Comunic. Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada. || .Ref.(2).

El lenguaje que hay que utilizar para informar debe ser claro, comprensible, evitando la terminología complicada, utilizando expresiones fáciles y un lenguaje sencillo con mensajes cortos y repetitivos.

La información en relación a procedimientos a realizar hay que darla previamente a la realización de los mismos. Debe de incluir los datos sobre el procedimiento, explicaciones sobre las sensaciones que se experimentan, de esta manera el individuo puede prever qué pasará y presentará grados más bajos de ansiedad. La información le proporciona seguridad, lo hace participe del proceso en todo momento y contribuye a su estado físico y psicológico.

Desde el punto de vista ético es esencial informar por respeto al principio de autonomía, para que así se consiga tener un papel activo en la toma de decisiones relativas a su persona con la finalidad de sentirse preparado para elegir. Ref.(3)

En nuestro país casi la totalidad de los partos se da en el medio hospitalario, siendo este uno de los motivos que llevó a realizar la investigación en el trabajo de parto.

Debido a la inexperiencia de los investigadores así como a la falta de estudios anteriores a nivel clínico en nuestro país, se decidió la realización de un estudio descriptivo.

Se consideró tener las competencias para realizar el estudio ya que Enfermería interviene en el medio hospitalario en el transcurso del trabajo de parto.

No se encontraron problemas éticos-morales importantes que impidieran el desarrollo de la investigación, por lo que fue factible lograr la participación de los sujetos u objetos necesarios para la misma.

Se contó con los recursos humanos, materiales y económicos suficientes para llevar a cabo la investigación.

El lugar elegido fue el Centro Hospitalario Pereira Rossell (Centro de Maternidad referencia Nacional, centro de formación profesional pre-pos grado) que representa un número cercano al 36% de los partos de Montevideo, siendo un número parcialmente representativo del total de los partos atendidos a nivel público (MSP- Hospital de Clínicas).

Las variables elegidas para describir atención humanizada del parto fueron tomadas a punto de partida de las definiciones y ensayos clínicos del Dr. Caldeyro Barcia y sirvieron de fundamento para la elección:

- Evitar o abolir la iatrogenia del manejo del trabajo de parto evitando las maniobras rutinarias innecesarias. *Ref.(1)* Respecto al rasurado, enema, estudios demuestran que estas prácticas no producen ningún beneficio y son incómodas para las madres. *Ref.(4) y Ref.(5)*.
- Posición de la madre durante el período de dilatación. Determina la duración del tiempo del trabajo de parto, la sensación de bienestar, efectos sobre las contracciones uterinas y la libertad de movimiento. *Ref.(1) y Ref.(6)*.
- Posición de la madre en el período expulsivo; esta posición no debe ser la que mejor le parezca al profesional sino la que mejor resulte a esa madre. *Ref.(1) y Ref.(6)*.
- Derecho de la embarazada a estar acompañada en el transcurso del trabajo de parto y en el momento del parto mismo (Ley 17386). (*Anexo 1 y 2*)

## **4.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL PARTO**

"Para comprender lo que es la humanización en la atención del parto es importante destacar que los comportamientos y prácticas que rodean al nacimiento varían mucho dependiendo de la cultura y por tanto deben considerarse dentro de este marco social". *Ref.(7)*

### **CONTEXTO HISTÓRICO DEL NACIMIENTO A NIVEL MUNDIAL**

"Las mujeres siempre han compartido información y se han ayudado unas a otras en el trance de la maternidad. Hasta fines del siglo XIX tener un hijo era un evento familiar y social, en el cual las mujeres daban a luz en su casa a menudo con ayuda de su partera. La revolución industrial con la emigración hacia las ciudades y los consiguientes problemas sanitarios trajo consigo tasas más altas de mortalidad materna e infantil a causa de la fiebre puerperal, sepsis y diarrea en los niños. Los cambios asociados al predominio masculino en la obstetricia, drogas y medicamentos para el dolor y la infección, el control de la natalidad así como el debilitamiento de los vínculos familiares, a consecuencia de la industrialización hizo que el parto que era considerado ser "cosas de mujeres" y estar bajo el control de la naturaleza, fue llevado al ámbito hospitalario y bajo el control de quién atendía el parto. Al comienzo del siglo XX la mayoría de las mujeres habían aceptado las prácticas obstétricas, centralizadas y rutinizadas sobre las cuales ellas tenían muy poco o ningún control, en la creencia de que el parto sería más seguro para ellas y sus bebés, solo hacia mediados de este siglo las mujeres estimuladas por el movimiento de los derechos del consumidor (movimiento feminista y el aumento de la disponibilidad de las enfermeras certificadas como parteras) comenzaron a cuestionar las rígidas políticas, la medicalización y la rutinización del parto".

Frente a esto distintos autores plantean consideraciones prácticas para cambiar la atención en el nacimiento. *Ref.(8)*

- Michel Odent cuenta su experiencia en una maternidad de Pithiviers, creada por él.

Esta maternidad se convirtió en el centro de la nueva conciencia acerca del nacimiento; para el alumbramiento provee un entorno en el cual la mujer está libre de hacer las cosas a su manera, cualquier cosa

es permitida (si quiere gritar, grita, si prefiere trabajar en la oscuridad, o tener a sus otros hijos con ella, o quiere flotar en una pileta con agua se alienta a hacer todo esto). En Pithiviers, todas las personas presentes en un nacimiento se encuentran allí para servir y animar a la mujer que está dando a luz. Para este autor el nacimiento es instintivo y algo para lo que una mujer no necesita preparación sino que al contrario tiene que "desaprender" lo que su mente consciente ha adquirido. *Ref. (9)*

- Al Dr. Lamaze, en los años 60 se lo conoció por el método psicoprofiláctico que ganó popularidad en los EEUU. Y con este método aparecieron nuevas perspectivas en la preparación del parto al resaltar el aspecto del control mental, el cual combina la relajación muscular controlada con las técnicas de respiración, basándose en el concepto de Pavlov de percepción del dolor y su teoría de los reflejos condicionados. El método se compone de una parte teórica en forma de clases y una serie de ejercicios que debe practicar la embarazada. *Ref. (10)*

### **¿CUÁL ES LA VISIÓN DE LA OMS REFERENTE AL TEMA?**

La OMS plantea una serie de recomendaciones sobre el nacimiento. Para que estas recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

Dichas recomendaciones son:

- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- Se debe animar a las madres y sus familias a practicar el autocuidado en el período perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

- El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.
- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre.
- Tales relaciones pueden ser efectivas cuando se establecen en paralelo.
- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

El 5 de noviembre de 2000, en Fortaleza, Brasil, se llevó a cabo el Primer Encuentro Internacional de Humanización del Parto y Nacimiento basado en las recomendaciones de la OMS.

En el 2002, la declaración de Ciara, Fortaleza, Brasil, sobre Humanización del Parto y Nacimiento.

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

En el 2003, en el foro social de Porto Alegre que se basó en las declaraciones mencionadas anteriormente, se plantea que el parto y el nacimiento son momentos claves para la vida de todas las personas. Esto quiere decir que el parto debe ser un proceso protagonizado por la mujer:

- Con acompañantes elegidos por la misma.
- Con parteras que faciliten y estén al servicio de las necesidades de la mujer.
- En su casa o en maternidades preparadas para respetar el proceso del parto. El parto en casa y la creación de maternidades son mucho más económicos que la utilización del hospital con todos sus recursos técnicos (a veces innecesarios) y donde el poder (y el abuso de éste) lo ejerce el personal de salud sobre las mujeres.

Entonces, básicamente para la OMS, Parto Humanizado es hacer respetar los derechos (basándose en el respeto de los derechos humanos), el rol protagónico de las mujeres que van a parir, brindar información a las

mismas sobre el tipo de atención que recibirán, involucrándolas en sus cuidados y en el proceso de su atención.

Para esto se debe formar y capacitar en forma permanente al personal de la salud, con el fin de humanizar la atención para que respete y dignifique a las mujeres en su calidad de usuarias de los servicios de salud. Esto se puede lograr si hay una investigación interdisciplinaria y multidisciplinaria que incluya la visión de las usuarias como la principal fuente de información, ya que son ellas las que realmente viven esa experiencia. *Ref.(10)*

### **CONTEXTO HISTÓRICO DE LOS NACIMIENTOS EN LA SOCIEDAD URUGUAYA**

En el siglo XIX los partos eran atendidos por cualquier mujer. Según la opinión popular: "cualquiera que haya pasado por este trance puede a ayudar a salir de él"; cuando los partos "no eran naturales", eran atendidos por comadronas.

"A partir del 1800 la sociedad uruguaya convirtió a la salud en un valor supremo, derivando de este un poder opaco, pero absoluto: el del médico y un sometimiento inconfeso pero total, el del paciente. Este saber fue abarcando todos los planos de la cotidianeidad, de esta forma el médico fue monopolizando todos los aspectos referentes a la salud, tanto a nivel del tratamiento de la enfermedad, el lugar donde tratarla, la legislación sobre esta y la formación y competencias del personal auxiliar. Se pasó entonces de una atención del parto por parte de mujeres o parteras empíricas a parteras diplomadas con un papel secundario, subordinado jerárquicamente a la autoridad del médico obstetra.

En 1915 con la fundación de la Casa de la Maternidad, presidida por el doctor Turenne, para la población indigente; enfermería comienza a participar en la atención obstétrica, con la institucionalización de los partos.

Ya en 1930 el proceso de medicalización estaba instalado por el médico que era una figura clave para la familia". *Ref.(11)*

### **HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN URUGUAY**

La expresión de "parto humanizado" fue acuñada por nuestro compatriota el Dr. Caldeyro Barcia en el año 1979, para desarrollar una metodología, donde asocia la tecnología disponible hoy en día a la conducta obstétrica imperante en el mundo occidental antes de la introducción de la mesa obstétrica. Es decir,

rescata los principios fisiológicos del trabajo de parto pero en el entorno asistencial que la medicina moderna puede ofrecer a la parturienta. Dicha metodología fue desarrollada por el Centro Latinoamericano de Perinatología en Montevideo que fue dirigida desde su creación por el Dr. Caldeyro Barcia, que se ha constituido en un centro de referencia mundial.

El Dr. Caldeyro Barcia plantea las bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal- presentado en el Simposio sobre Medicina Perinatal en ocasión del año Internacional del Niño, realizado en Japón en 1979, el cual define los siguientes puntos:

1)\_ Aspectos Psicológicos.

a)\_ Educación, entrenamiento y psicoprofilaxis de la madre y el padre. Estos deben ser educados respecto a los eventos en el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y frente al recién nacido, así como entrenados para la participación activa.

Una apropiada educación y psicoprofilaxis hace desaparecer el temor al parto y aparece sensación de felicidad a la maternidad. La grávida normal no es considerada como paciente, sino como mujer sana que tiene su hijo, con necesidades fisiológicas, psicológicas, afectivas y sociales que deben ser satisfechas. El parto normal no se considera un procedimiento médico-quirúrgico con diagnósticos y maniobras rutinarias. El nacimiento normal es un episodio fisiológico y natural. Los padres deben familiarizarse con los sucesos del nacimiento y las personas encargadas de atenderlo.

b)\_ Participación familiar en el nacimiento. Es necesaria la participación activa e informada de ambos padres. La madre totalmente consciente es la protagonista y el padre debe proveer apoyo emotivo, psicológico y físico; esta participación activa resulta en la participación emocional de este en el hecho, reforzando los vínculos afectivos entre la pareja (y otros familiares elegidos por la madre). La participación del padre contribuye poderosamente en la disminución del dolor y la ansiedad en la parturienta.

2)\_ Evitar o abolir la iatrogenia en el manejo del trabajo de parto.

a)\_ Vigilancia del trabajo de parto sin interferencias innecesarias.

Un miembro del equipo perinatal debe estar presente y mantener una vigilancia estrecha y continua para asegurar buenas condiciones de salud madre e hijo y que el trabajo de parto progrese normalmente. Deben emplearse los métodos más adecuados evitando interferir con el bienestar de la parturienta y el medio ambiente familiar. Si todo progresa satisfactoriamente el equipo

perinatal no debe interferir con la fisiología normal del parto, evitándose medicaciones y maniobras rutinarias innecesarias.

b)\_ Intervención justificada en el trabajo de parto anormal.

El equipo perinatal debe intervenir activamente sólo para prevenir o manejar complicaciones del trabajo de parto. En ese caso se debe administrar la medicación apropiada y realizarse las maniobras indicadas.

3)\_ Posición de la madre en el período de dilatación.

a)\_ Posición vertical y la libertad de movimientos.

La madre deberá elegir la posición en que se sienta más cómoda, teniendo la libertad de cambiarla como quiera hacerlo. La mayoría de las madres prefiere estar sentada, parada o caminando (tronco vertical) y sigue patrones determinados en el momento de la contracción (las que están sentadas se paran, las que caminan se detienen).

b)\_ Influencia de la posición sobre las contracciones uterinas.

En posición vertical las contracciones uterinas tienen mayor intensidad. Estos efectos beneficiosos son más notables antes que la dilatación cervical llegue a 7 u 8 cm.

c)\_ Influencia de la posición materna en la sensación de bienestar durante el período de dilatación. La mayoría de las parturientas se sienten mucho mejor cuando se les permite moverse libremente, adoptando posiciones verticales que cuando están restringidas a la posición horizontal en cama.

d)\_ Influencia de la posición materna sobre la duración del período de dilatación.

La duración del período de dilatación es significativamente menor cuando las madres están todo el tiempo sentadas, paradas o caminando que cuando permanecen en cama (25% menos).

4)\_ Posición de la madre en el período expulsivo.

a)\_ Sentada en la silla obstétrica regulable. La silla puede ser ajustada hasta encontrar la posición más confortable para cada madre. En general el respaldo se coloca formando un ángulo de 15 a 25 grados con respecto al plano horizontal.

b)\_ Bienestar de la madre en el período expulsivo. La posición fisiológica (en la silla obstétrica) más el apoyo emotivo contribuyen a aliviar las molestias y dolor sentidos habitualmente en las pacientes no preparadas y colocadas en posición de litotomía. La sensación de

dolor usual causada por la distensión del canal de parto es bien tolerada, medicación y episiotomía se utilizan en menor cantidad.

5)\_ Esfuerzos de pujos naturales.

Pujos espontáneos: Las madres se instruyeron para realizar esfuerzos de pujo en forma espontánea, cuando ellas tienen la necesidad de hacer fuerza. El número de pujos y el intervalo entre ellos por contracción uterina, así como la duración y fuerza de cada uno de ellos son reguladas por la propia madre. La grávida no recibe instrucciones para hacer esfuerzos duraderos y fuertes. Se intenta que los esfuerzos de pujo sean naturales y tengan el patrón fisiológico.

6)\_ Efecto de los pujos espontáneos sobre la frecuencia cardíaca fetal.

Cada pujo causa una clara caída transitoria de la FCF (Dip de pujo). En los pujos espontáneos tienen una relación 1 a 1 con el pujo que la causa. En los pujos dirigidos los efectos se suman a los de la contracción uterina causando una caída de la FCF de gran amplitud y duración.

7)\_ Tensión de oxígeno y equilibrio ácido-base en la sangre fetal al nacer.

Explicaciones tentativas para el alto valor de PO<sub>2</sub> y el PH así como del bajo valor de PCO<sub>2</sub>:

- La posición recta aumenta la ventilación pulmonar entre zonas bajas del pulmón.
- La posición erecta previene la compresión de la cava inferior y las arterias aorta e ilíacas.
- La corta duración de los pujos espontáneos.
- La respiración materna entre los pujos espontáneos.
- La glotis abierta durante los pujos evita la hipertensión intratorácica y los disturbios circulatorios consecutivos que reducen la perfusión placentaria.
- El no administrar sedantes, analgésicos, no deprime la ventilación pulmonar materna.
- La ausencia de la administración de ocitocina evita las posibles hiperactividad e hipertonia uterina.

8)\_ Falta de influencia de la duración del período expulsivo sobre la condición del feto y del recién nacido.

a)\_ PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, y PH de la sangre fetal al nacer.

No se encontraron diferencias en el PH, PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub> entre el grupo de partos cuyo período expulsivo duró entre 15 a 60 minutos y el grupo que demoró entre 60 y 120 minutos en nacer.

b)\_ Puntaje de Apgar.

No se encontraron diferencias en el puntaje en el grupo cuyo expulsivo duró 15 a 60 minutos con el que demoró de 60 a 120 minutos.

9)\_ Atención humanizada del recién nacido.

a)\_ Comienzo precoz de la unión padre-hijo.

b)\_ Alojamiento conjunto.

c)\_ Promoción del amamantamiento. *Ref.(1)*

### **¿QUÉ INFORMA LA LEY 17.386?**

La misma dispone que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. (*Ver Anexo1*)

### **CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y ACADÉMICAS A NIVEL NACIONAL SOBRE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL PARTO**

- Para el Dr. Pons (Grado 5 de la cátedra ginecotológica C del CHPR) Parto Humanizado es un tema que hace referencia a la actitud de cada profesional en el desempeño clínico.
- El Dr. Medina (Grado 5 de la cátedra ginecotológica B de Hospital de clínicas), no comparte el término Parto Humanizado, y plantea: " ¿La existencia de un Parto Humanizado, implica que hay un parto deshumanizado?... la actuación nuestra (médico) en la asistencia del parto tiende a ser humanizada".Lo define como la asistencia del parto utilizando todas aquellas acciones médicas que han demostrado ser eficaces.
- La Dra. Azambuja (Grado 2 asistente de la cátedra ginecotológica C del CHPR), refiriéndose al Parto Humanizado, tendería a una optimización de la atención, luego de garantizar un parto sano, la Doctora opina que para esto tomaría medidas sobre algunas rutinas innecesarias, las cuales serían: episiotomía, enema, rasurado, etc. Que si bien está

demostrado que no tienen ningún beneficio, salvo casos excepcionales, igualmente se siguen utilizando; otros aspectos serían el derecho de la mujer a estar acompañada durante el transcurso del trabajo de parto y parto y el derecho a la analgesia en el Parto.

Resalta que es un tema no trabajado, que está dentro de los puntos a tratarse en el Congreso de Ginecología (noviembre 2005) como punto de partida de un debate, a pesar de la oposición de algunos colegas.

- La Lic. en Enfermería Mercedes Pérez (Grado 5 de la cátedra Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería) destaca que el origen del tema Humanización surge a raíz del tratamiento del parto como una enfermedad, donde se aplican acciones de rutina considerando más quien lo atiende, que a la usuaria. El parto fue despojado del contexto familiar y se desplazó el centro de la atención, quitándose el protagonismo de la mujer. Frente a este contexto, a iniciativa de algunos profesionales y la necesidad de las usuarias se comienza a cuestionar el tema. En busca de una definición de Parto Humanizado, esta debería incluir aspectos como conocimientos, procedimientos y prácticas, basados en la evidencia científica comprobada. La base para un parto humanizado sería articular la relación y mejorar la calidad del vínculo que se establece con las usuarias, los acompañantes y el equipo de salud. La usuaria debería ser la protagonista de este momento, a la que respetan sus decisiones.

- La Licenciada en Enfermería Marlene Peleteiro (Jefe de Enfermería del piso 16 clínica ginecotocológica B del Hospital de Clínicas). Refiere que en el sector no se está trabajando sobre este tema. Manifiesta que a su vez no se brinda información referente al tema a las usuarias por parte del equipo de salud.

- La Licenciada en enfermería Dinorah Piñeiro (Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital de la Mujer, Centro Hospitalario Pereira Rossell), define como Parto Humanizado: primeramente el protagonismo y para esto refiere que la usuaria se sienta segura, cómoda, confortable, se respete su intimidad y se le proporcione un ambiente tranquilo, respetando al igual sus derechos por ejemplo el de estar acompañada, y en segundo lugar brindarle una asistencia adecuada.

Refiere en su experiencia de veintitrés años en el Hospital, que se han producido cambios en la planta física que han favorecido la condición de la hospitalización de la usuaria.

También refiere en relación a las maniobras invasivas (enemas, rasurados) que han disminuído, en su número.

Uno de los pilares en donde más se ha trabajado es sobre la presencia del acompañante, actualmente en el trabajo de parto las usuarias están acompañadas, en el momento de parto depende de las circunstancias del block de parto, ya que éste cuenta con una capacidad de seis camas, que puede imposibilitar la presencia del acompañante.

- Cabe destacar que a nivel académico, en Facultad de Medicina dicho tema no es abordado en forma curricular, dándose algunas directrices a nivel de residentes y postgrado. En cuanto a Facultad de Enfermería, es tratado en el curso de pregrado y postgrado como ítem dentro del tema trabajo de parto (que se aborda con este enfoque).
- Según las entrevistas, en nuestro país no hay investigaciones realizadas sobre el tema, a las cuales podamos hacer referencia en ninguno de los ámbitos académicos.
- La Directora de la Escuela de Parteras Cecilia Fernández y la Asistente Académico Laura Valli definen qué es Humanización en la Atención del Parto: refiriendo que es "el respeto de los profesionales de salud, con respecto al proceso fisiológico del parto. Este último se entiende como el no intervencionismo de los profesionales que llevan adelante los procesos del parto, que son los responsables de crear un ambiente apropiado, un lugar íntimo con pocos estímulos externos," dejar que su cuerpo marche", para esto no serían los hospitales, sería su casa, su nido donde se sienta contenida.

La humanización no va por la planta física sino por el respeto por los procesos naturales.

Humanizar es que elija dónde y con quién quiere tener a su hijo, que no se le impongan cosas, y para esto es necesario que "esté informada". Manifiesta que a nivel académico se trabaja el tema que se incluye curricularmente desde el año 96 incluyéndola en la materia Preparación para el parto. "No hay investigaciones anteriores sobre el tema y se está empezando a realizar un protocolo prospectivo."

Manifiesta que hay obstáculos en todas las profesiones para llevar a cabo este tema. La medicalización cambió todo, es importante que el equipo esté organizado.

- La partera Gilda Vera es la coordinadora general de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento en Uruguay (RELACAHUPAN), que es una organización social que funciona dentro de la planta física de Planificación Familiar, (sítio. en calle Soca 1539), integrada por parteras, enfermeras, psicólogas, asistentes sociales, nutricionistas, docentes, y madres, que se

encuentran actualmente trabajando acerca del Parto Humanizado. Cada integrante de dicha organización se dedica en su lugar de trabajo a brindar información a las embarazadas para hacer valer sus derechos, y la coordinadora Vera lo realiza en la " Casa de la Mujer de la Unión", que es una asociación civil sin fines de lucro.

- La partera Laura Prietto otra integrante de la RELACAHUPAN, que se encuentra trabajando con partos en la comunidad y a su vez brinda asistencia en el centro coordinado del Cerro, manifiesta que este es un tema relevante donde se debería hacer énfasis en no institucionalizar tanto los partos, propone que estos deberían basarse en distintos autores por ej. M. Odent.

Los videos observados con este enfoque muestran:

En todos los partos se destaca la presencia de uno o más acompañantes que apoyan y asisten el trabajo de parto (caricias, contacto físico, apoyo emocional); respecto a la mujer se destaca la tranquilidad, la actitud participativa en la recepción del recién nacido; referente al trabajo de parto es de significar que no hubo intervencionismo (episiotomía, analgesia, fórceps, etc.), poca actuación de las parteras en todo momento, solo guían a la mujer, con libertad de movimiento y distintas posiciones de parto.

- Para la Psicóloga Denis Deffey que no comparte el término Humanización, destaca lo siguiente: "Me refiero a un pensamiento de Dr. R. Belistky (consultor de la OMS en el área perinatal): él no utiliza la palabra humano como elogio, dado que los humanos también torturan, matan, explotan, etc. El parto siempre es humano porque nosotros somos humanos, por lo tanto me parece un término poco feliz, prefiero la idea de parto natural, o parto en familia, etc. Creo que con el nombre lo que se sugiere es la idea de un plus (como medicina personalizada, por ej., cuando la Medicina siempre debería ser personalizada) y lo que se plantea como parto humanizado es ni más ni menos de lo que debe ser siempre. Creo que con el término se induce también a la idea de que hay dos tipos de partos: el humanizado y el otro (¿llamado cómo?), con lo cual se valida un modelo de atención fría, desconsiderada, etc. Como otra alternativa válida.

Los partos deben ser SIEMPRE atendidos como se plantea en esta propuesta que se llama humanizada.

Otro concepto es que me parece riesgoso enfatizar exclusivamente esta visión de la maternidad que muchas veces llega a ser muy idealizada, si no se atienden a la vez las condiciones de trabajo de las

parteras, especialmente las guardias de 24 y 48 hs. Se las prepara para algo que es humanamente imposible que puedan hacer en esas condiciones y, entonces, se genera una tierra de nadie en cuanto a modelos de cómo actuar y se favorece el maltrato de las pacientes”.

### **4.3 Diseño Metodológico**

#### **Tipo de estudio:**

Investigación cuantitativa  
Descriptiva, Retrospectiva, Corte transversal

#### **Área de estudio:**

Se llevó a cabo en Centro Hospitalario Pereira Rossell en Maternidad, departamento de Montevideo, Uruguay.

#### **Definición y Medición de variables:**

Caracterización de las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.

<b>Variables caracterización</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala</b>
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha del trabajo de parto.	15 – 24 25 – 34 mayor a 35
Situación de Pareja	Cualitativa	Situación de pareja que refiere la entrevistada.	Situación de pareja que refiere la entrevistada .	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión estable
Nivel de instrucción	Cuantitativa	Nivel más alto alcanzado en el sistema educacional.	Nivel más alto alcanzado en el sistema educacional.	Primaria Secundaria Tercaria Analfabeta.
Antecedentes Obstétricos de paridad.	cualitativa	Datos anteriores de paridad	Datos anteriores de la usuaria de paridad hasta el momento actual del trabajo de parto	Nulipara  Múltiparas

**Información Recibida por las Usuarias Durante el Transcurso del Trabajo de Parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell**

---

**Información brindada a las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

<b>Variables Estudio</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala</b>
Información sobre el motivo por el cual se realizó el rasurado.	Cualitativa	Conocimiento que se le brinda a la usuaria sobre el motivo de la realización del rasurado.	Conocer que información se le brinda a las usuarias en el preparto sobre el rasurado	-prevenir infecciones durante el nacimiento. -por rutina del servicio. -no se le informó. -no se realizó
Información sobre el motivo por el cual se realizó Enema Evacuador	Cualitativa	Conocimiento que se le brinda a la usuaria sobre el motivo de la realización del enema evacuador.	Conocer que información se le brinda a la usuaria en el preparto sobre enema evacuador.	-prevenir infecciones durante el nacimiento. -por rutina del servicio. -no se le informó -no se realizó
Información sobre posición materna en el dilatante	Cualitativa	Conocimiento que se le brinda a la usuaria sobre las posiciones en el período dilatante.	Conocer que información se le brinda a la usuaria sobre las distintas posiciones en el período dilatante.	-reposo. -Caminar. -de costado. (Izq., der.) -boca arriba. -adoptar la que le quede más cómoda. -no se le informó.
Información sobre posición materna en el expulsivo	Cualitativa	Conocimiento que se le brinda a la usuaria sobre las posiciones en el período expulsivo.	Conocer que información se le brinda a la usuaria sobre la posición en el período expulsivo.	-boca arriba acostada. -sentada. -cruclillas. -parada.

Información sobre el derecho a estar acompañada en el transcurso del trabajo de parto y parto	Cualitativa	Conocimiento que se le brinda a la usuaria sobre el derecho a estar acompañada en el transcurso del trabajo de parto y parto	Conocer información se le brinda a la usuaria sobre el derecho a estar acompañada en el transcurso del trabajo de parto y parto.	SI NO
Emisores de información	Cualitativa	Integrante del equipo de salud que brinda información a la usuaria, sobre rasurado, enema evacuador, posiciones, derecho al estar acompañada	Integrante del equipo de salud que brinda la información a la usuaria durante el transcurso del trabajo de parto.	-Médicos - Licenciados en Enfermería -Parteras -Auxiliar de - Enfermería -Estudiantes

### Universo y Muestra

- **Universo**

Todas las usuarias que realizaron su Trabajo de Parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el área de Maternidad; que finalizaron en partos vaginales, siendo el número estimado según datos estadísticos del año 2004, un total de 14 partos vaginales diarios en el mes de octubre.

- **Muestra**

Un total de 110 usuarias que realizaron su trabajo de parto en la mencionada área en el periodo comprendido entre el 19 y 28 de octubre de 2005.

- **Unidad de Observación**

- \* Para las variables de la caracterización se midieron en la historia clínica.

\* Para las variables de estudio: información sobre; enema evacuador, rasurado, posición en el dilatante, posición en el expulsivo, derecho a estar acompañada, y emisores de información, se midieron en las usuarias.

• **Muestreo**

Se realizó un muestreo no probabilístico por comodidad durante diez días; siendo el total de la muestra 110 mediciones en el período estipulado .

**Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos**

Para la recopilación de información se tomaron dos tipos de fuentes, las primarias y las secundarias.

Con las primarias se estableció el contacto directo con la usuaria, utilizando como técnicas la encuesta, obteniendo la información a través de una entrevista estructurada.

Con las secundarias se recopilaron los datos mediante la información extraída de las historias clínicas.

Se implementó un formulario elaborado por el grupo, en el cual se registró la información obtenida de ambas fuentes.

**Procedimientos para la recolección de datos**

Para la ejecución de este protocolo en la clínica mencionada se presentó por escrito el período autorizado por el Jefe del Departamento de Enfermería la Licenciada Dinora Piñeiro, estando éste abalado por las tutoras que han guiado el mismo.

El período total que se tomó para la investigación fué de diez (10) días en el mes de octubre para la recolección de datos y seis (6) días para tabulación y análisis, según cronograma de actividades que se presenta a continuación.

En cada visita se entrevistó a las usuarias y se usaron como segunda fuente de información las historias clínicas.

Las entrevistas fueron realizadas por los cinco estudiantes Universitarios de la Facultad de Enfermería, estando todos involucrados en la elaboración del referido protocolo. Se concurrió en forma grupal al mencionado centro Hospitalario en un horario preestablecido por los investigadores ( Turno de 18 a

24hs) en coordinación con la Licenciada en Enfermería supervisora de dicho turno.

**Cronogramas de Actividades**

Actividades	Periodos
Presentación de protocolo a tutoras, discernimiento del mismo	Abril 2004- Octubre 2005
Presentación de período de autorización al Dpto. de Enfermería de Maternidad de CHPR	13/10/2005
Recolección de datos	19/10 al 28/10
Procesamiento y análisis de datos	29/10 al 24/11
Evaluación	25/11/2005
Defensa y evaluación final	Diciembre 2005
Publicación	Diciembre 2005

**Cronograma de Recursos Financieros**

Rubros		Cantidad	Costo unitario (\$U)	Total (\$U)
<b>Salarios:</b>	Investigadores	5	0,00	0,00
<b>Viajes:</b>	Transporte local	Aproximado		2.000,00
<b>Material y equipo:</b>	Impresión de protocolo	10	70,00	700,00
	Impresión de instrumentos	150	1,00	150,00
	Tiempo de computadoras	150 hs	10,00	1500,00
	Gasto de llamadas telefónicas	Aproximado		400,00
	Fotocopias	250	2,00	500,00
	Materiales gravados	Aproximado		150,00
	Impresión de informe final	5	140,00	700,00
			<b>Total:</b>	<b>6.100,00</b>

### **Plan de tabulación y análisis**

#### **• Tabulación**

Con los datos obtenidos se tabuló en cuadros y estos fueron plasmados en gráficos ya que nos permite una visión rápida de la información que a su vez nos llevan a cumplir los objetivos propuestos.

#### **• Análisis**

Las variables analizadas son:

- Información sobre el motivo por el cual se realizó enema evacuador.
- Información sobre el motivo por el cual se realizó rasurado.
- Información sobre posición materna en el dilatante.
- Información sobre posición materna en el expulsivo.
- Información sobre el derecho a estar acompañada en el transcurso del trabajo de parto y parto.
- Emisores de información.

Las mencionadas variables se desglosaron en sus categorías correspondientes, de las que se calculó el porcentaje. Posteriormente se llevaron a gráficos.

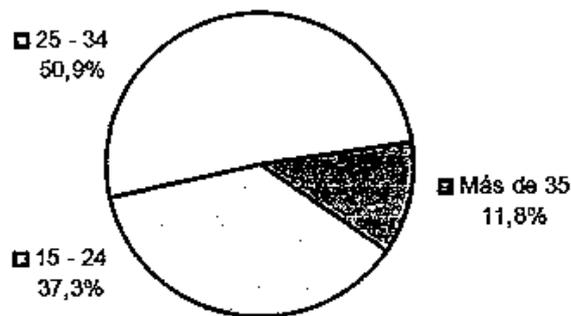
## **5. Resultados**

### **CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN**

#### **Datos personales**

**Variable: Edad (años) de las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
15 - 24	41	37,3%
25 - 34	56	50,9%
Más de 35	13	11,8%
Total:	110	100%



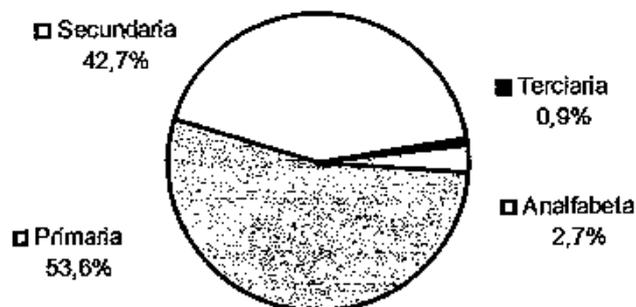
Gráfica 1.  
Variable: Edad (años). Frecuencia relativa porcentual.

**Información Recibida por las Usuarías Durante el Transcurso del Trabajo de Parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell**

---

**Variable: Nivel de Instrucción de las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Área Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

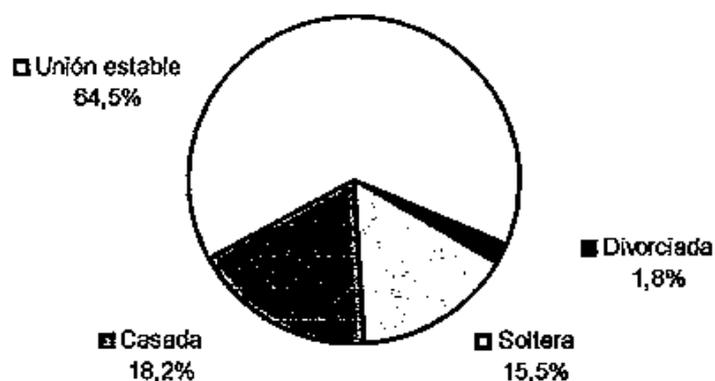
Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
Primaria	59	53,6%
Secundaria	47	42,7%
Terciaria	1	0,9%
Analfabeta	3	2,7%
Total:	110	100,0%



Gráfica 2.  
Variable: Nivel de instrucción. Frecuencia relativa porcentual.

**Variable: Situación actual de pareja de las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
Soltera	17	15,5%
Casada	20	18,2%
Unión estable	71	64,5%
Viuda	0	0,0%
Divorciada	2	1,8%
Total:	110	100,0%



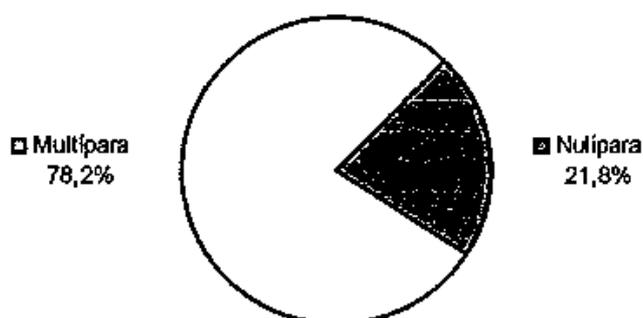
Gráfica 3.  
Variable: Situación actual de pareja. Frecuencia relativa porcentual.

**Información Recibida por las Usuaris Durante el Transcurso del Trabajo de Parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell**

---

**Variable: Antecedentes Obstétricos de paridad de las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
Nulipara	24	21,8%
Multipara	86	78,2%
Total:	110	100,0%



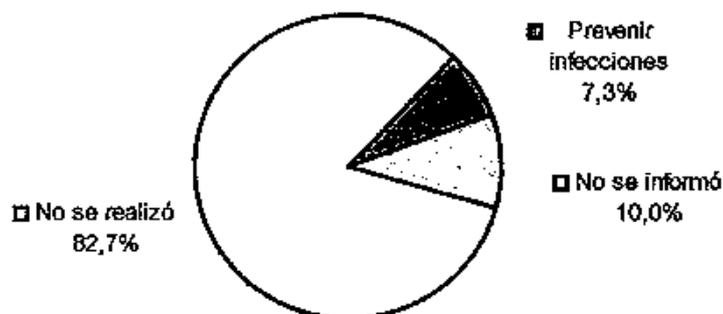
Gráfica 4.  
Variable: Antecedentes obstétricos de paridad. Frecuencia relativa porcentual.

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

### VARIABLES DE ESTUDIO

**Información sobre el motivo por el cual se realizó enema evacuador, brindada a las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rosselli, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

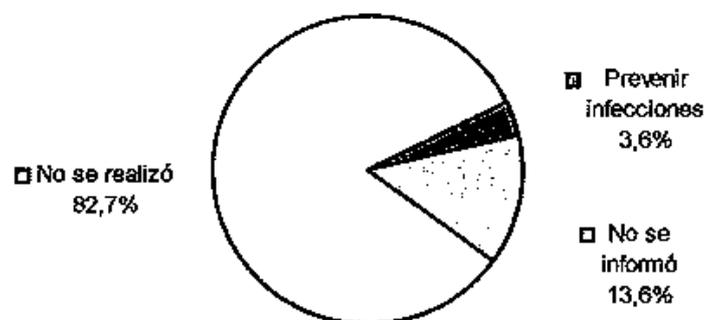
Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
Prevenir infecciones durante el nacimiento	8	7,3%
Por rutina del servicio	0	0,0%
No se le informó	11	10,0%
No se realizó	91	82,7%
Total:	110	100,0%



Gráfica 5.  
Variable: Información sobre el motivo por el cual se le realizó enema evacuador.  
Frecuencia relativa porcentual.

**Información sobre el motivo por el cual se realizó rasurado, brindada a las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

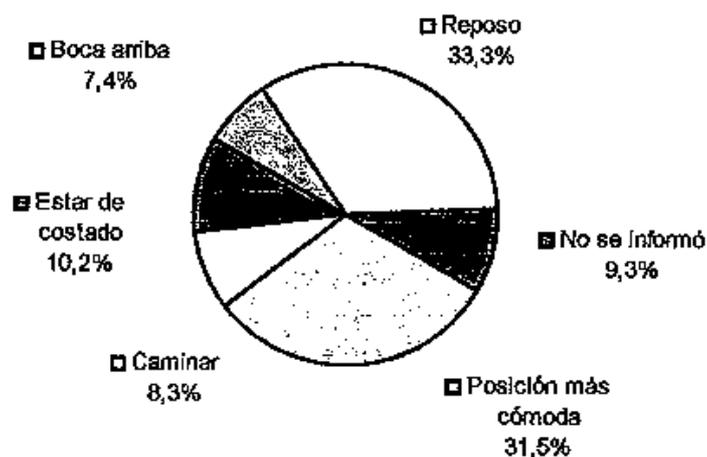
Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
Prevenir infecciones durante el nacimiento	4	3,6%
Por rutina del servicio	0	0,0%
No se le informó	15	13,6%
No se realizó	91	82,7%
Total:	110	100,0%



Gráfica 6.  
Variable: Información sobre el motivo por el cual se le realizó rasurado.  
Frecuencia relativa porcentual.

**Información sobre posiciones maternas en el período dilatante, brindada a las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Área Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

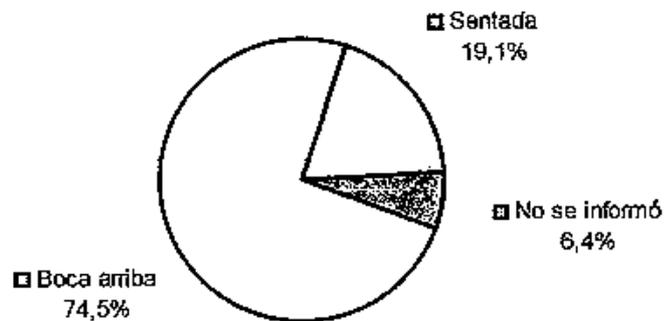
Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
Que permaneciera en reposo	36	33,3%
Que podía caminar	9	8,3%
Que podía estar de costado	11	10,2%
Que podía estar boca arriba	8	7,4%
Que podía adoptar la posición que le quedara más cómoda	34	31,5%
No se le informó	10	9,3%
Total:	108	100,0%



Gráfica 7.  
Variable: Información sobre posiciones maternas en el período dilatante.  
Frecuencia relativa porcentual.

**Información sobre las posiciones maternas en el período expulsivo, brindada a las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Área Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

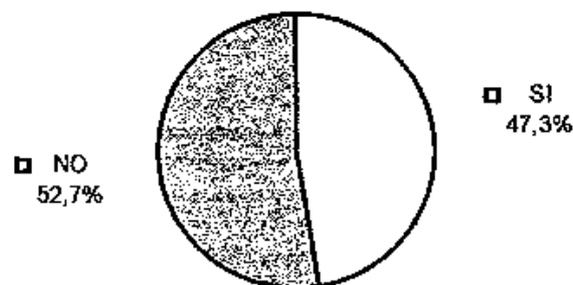
Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
Que permaneciera boca arriba acostada	82	74,5%
Que permaneciera sentada	21	19,1%
Que permaneciera en cuclillas	0	0,0%
Que permaneciera parada	0	0,0%
No se le informó	7	6,4%
Total:	110	100,0%



Gráfica 8.  
Variable: Información sobre posiciones maternas en el período expulsivo.  
Frecuencia relativa porcentual.

**Información sobre el derecho a estar acompañada durante el transcurso del trabajo de parto y parto, Brindada a las de las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
SI	52	47,3%
NO	58	52,7%
Total:	110	100,0%

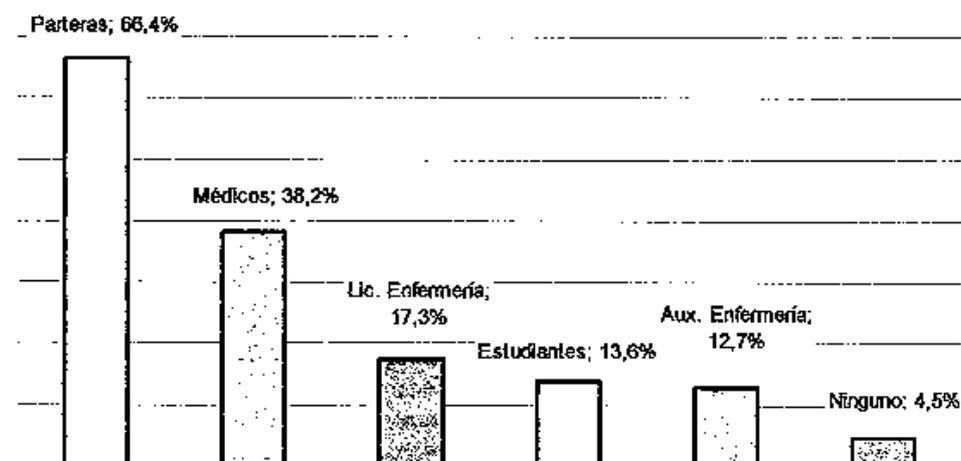


Gráfica 9.

Variable: Información sobre el derecho a estar acompañada durante el transcurso del trabajo de parto y parto. Frecuencia relativa porcentual.

**Emisores de información a las usuarias que realizaron su trabajo de parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el Area Maternidad en el período comprendido entre el 19 al 28 de octubre de 2005.**

Escala	Frecuencias	
	Absoluta	Relativa (%)
Médicos	42	38,2%
Licenciadas en Enfermería	19	17,3%
Auxiliares de Enfermería	14	12,7%
Parteras	73	66,4%
Estudiantes	15	13,6%
Nadie le informó	5	4,5%



Gráfica 10.  
Variable: Emisores de información. Frecuencia relativa porcentual.

## **6. Análisis e interpretación de los datos**

Como punto de partida se hace una breve caracterización de la población de estudio, la cual está integrada por puérperas de las maternidades 2 y 6 del CHPR. De las mismas se puede decir que, en cuanto a las edades, el 51% corresponde al rango comprendido entre 25 y 34 años; y el 37% al rango comprendido entre 15 y 24 años.

En cuanto al nivel de instrucción se pudo apreciar que el 54% de la población cuenta con un nivel de enseñanza primaria, en tanto un 43% posee enseñanza secundaria.

En lo que refiere al estado civil se vio que un 64,5% de la población se encuentra en unión estable siendo esto un hecho positivo ya que del mismo se deduce que este número importante de la población contó con apoyo de su pareja en este momento tan importante de su vida. Por último, como antecedentes obstétricos, se observó que el 78,2% de la población estudiada es múltipara.

Comenzando con el análisis de las variables de estudio se puede decir que en cuanto a las primeras variables que son información sobre el motivo por el cual se le realizó enema y rasurado, es de destacar como algo positivo el hecho de que al 83% de la población no se le realizaran dichos procedimientos. Está demostrado que la realización de éstos en forma rutinaria no tiene ningún beneficio. *Ref.(4) y Ref.(5)*. Referente al restante 17% de la población que si se le realizó enema, se observa que a un 7,3% se le informó sobre el motivo sobre el cual se le realizó; y éste fue prevenir infecciones durante el nacimiento. En cuanto al rasurado se observó que a un 3,6% se le informó, y en este caso el motivo también fue prevenir infecciones durante el nacimiento.

Referente a la variable información sobre las posiciones a adoptar en el período dilatante, se observó que al 91% de la población se le informó (108 usuarias), pero solo a un 31,5% de éstas se le dijo que podían adoptar la posición más cómoda, mientras que, al mayor porcentaje 33,6%, se le informó que debían permanecer en reposo. Este aspecto se ve como algo negativo ya que la posición adoptada determina la duración del tiempo del trabajo de parto, ya que en posición vertical las contracciones tienen mayor intensidad. Además, en la mayoría de los casos las parturientas se sienten mucho mejor cuando se les permite moverse libremente adoptando distintas posiciones que cuando están restringidas a la posición horizontal en cama.

En relación a la variable información sobre las posiciones a adoptar en el período expulsivo se destaca que se le brindó información a un 98% de la

población en estudio, de las cuales a un 78,5% se le indicó que debía permanecer en posición de litotomía y solo a un 19,5% se le informó que podía permanecer sentada, viendo esto como un aspecto negativo ya que es sabido que esta posición contribuye a aliviar el dolor y las molestias en las usuarias.

En cuanto a la variable información sobre el derecho a estar acompañada durante el transcurso del trabajo de parto y parto, se vio que solamente se informó a un 47% de la población. Con esto vemos que si bien se está informando a una buena parte de las usuarias de su derecho a estar acompañada, no se realiza en forma rutinaria como debería ser teniendo en cuenta que la ley n° 17.386 está en vigencia desde el año 2002.

Referente a qué integrantes del equipo de salud brindaron la información, se observó que en el 66,4% de los casos las usuarias señalaron a las parteras como aquellas que les brindaron la información, cabe destacar que cómo este tema (Humanización en la Atención del Parto) es curricular en el curso de pregrado de la escuela de parteras, el mismo es trabajado por las mencionadas en su práctica diaria. Destacamos de esta variable que solo el 30% de las usuarias señaló al equipo (Licenciadas y auxiliares de Enfermería) de enfermería como emisores de información.

## **7. Conclusiones y recomendaciones**

Esta investigación constituye un primer acercamiento a la identificación de la información que poseen las puérperas durante el transcurso del trabajo de parto, en relación a las variables de estudio.

Se vio como un aspecto positivo para la Humanización en la Atención del Parto el hecho de que al 90% de la población de estudio no se le realizaran los procedimientos de enema y rasurado, ya que está demostrado que la práctica rutinaria de estos no tiene ningún beneficio. Además, como refiere el DR Caldeyro Barcia en su libro "Bases Fisiológicas para la Atención Humanizada del Parto", el equipo de salud debe realizar una vigilancia del trabajo de parto sin interferencias innecesarias, evitándose de esta forma procedimientos rutinarios.

En cuanto a qué información se les brindó sobre las posiciones a adoptar en el período dilatante se concluye que es insuficiente el porcentaje de usuarias a las que se les brindó información que estuviera relacionada con la atención humanizada del parto, ya que solo a un 39% se les dijo que podían adoptar la posición que les quedara más cómoda o que podían caminar, siendo estos algunos de los aspectos de la Humanización. Es sabido que es importante que la mujer adopte la posición en la cual se sienta más cómoda, teniendo libertad para cambiarla cuando ella lo desee, ya que en ciertas posiciones como la vertical las contracciones uterinas tienen mayor intensidad. A un número importante de usuarias (33,3%) se les informó que permanecieran en reposo, lo cual se vio como algo negativo ya que es sabido que la duración del período de dilatación es significativamente menor cuando las madres están sentadas, paradas, o caminando, que cuando permanecen en cama.

Similares conclusiones se obtuvieron sobre qué información se les brindó a las usuarias sobre las posiciones a adoptar en el período expulsivo, ya que, solo a un 19% se les dijo que podían permanecer sentadas, y a la mayor parte de la población se le dijo que debía permanecer en posición de litotomía. Con esto se vio que no se está trabajando en profundidad el tema de la humanización, ya que en todo el transcurso del trabajo de parto y parto se debería dejar que la usuaria adopte la posición que mejor le resulte, y no la que mejor le parezca al profesional como ocurre en la mayoría de los casos. De esta manera se quita protagonismo a la mujer y se le quita también la posibilidad de aliviar el dolor y las molestias lo cual podría lograr adoptando una posición fisiológica, como puede ser sentada o en cuclillas.

Con respecto a si se le brindó información sobre el derecho a estar acompañada durante el transcurso del trabajo de parto y parto se vio que es un tema que, si bien se está trabajando, no ha llegado a abarcar a la mayoría de la población. Aunque hay un número importante de usuarias que sí recibió dicha información no se lo puede considerar como algo totalmente positivo ya que se conoce la importancia del estar acompañada. Es sabido que la presencia de una persona relacionada afectivamente con la usuaria establece un vínculo de contención, que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto, lo acorta, hace que se requiera menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y, por lo tanto, nacen niños en mejores condiciones. Por todo esto, todas las mujeres deben estar informadas sobre este derecho, y debe ser el personal de salud quien le brinde dicha información transformándose de esta manera en un complemento de la calidad de atención a brindar.

En cuanto a qué integrante del equipo de salud brindó la información se vio que mayoritariamente se señaló a las parteras. Además se destacó la escasa participación del personal de enfermería en relación a brindarles información a las usuarias, lo cual es contraproducente ya que dicho personal es quien permanece mayor tiempo con las mismas. Mas aún, como no se trata de informar de cualquier manera, sino de evaluar el grado de necesidad y el derecho que la persona tiene de recibir determinada información, elaborando una metodología y una estrategia para proporcionárselo, es de gran importancia el rol de la Licenciada en Enfermería para contribuir a una atención humanizada del parto.

La mujer es receptiva de toda información que se le brinde, pero no se la hace partícipe en el momento del trabajo de parto y parto. Por lo cual hay que cambiar, sobre todo, la forma de pensar y/o actuar del equipo de salud, que continúa opacando el protagonismo de la usuaria.

Es importante la preparación del enfermero/a profesional en el área de la obstetricia. Se necesita, a nivel general, más difusión sobre este enfoque ya que las mujeres no tienen por que saberlo.

Es indispensable la información que se le proporcione a la usuaria, no solamente cuando concurre al centro hospitalario para que le asistan el parto, ya que este no sería el momento más indicado, sino partiendo de que sea informada en un primer nivel de atención, con el objetivo de que conozca sus derechos y pueda asumir su protagonismo.

En cuanto a los objetivos planteados para la investigación se concluye que se cumplieron parcialmente. Se deduce esto por que, en cuanto a las variables de estudio, se produjo un error por parte de los investigadores respecto a las variables: información sobre el motivo por el cual se realizaron

los procedimientos de enema y rasurado. Si bien las variables están correctamente definidas en lo conceptual, se detectó, luego de realizada la recolección y el procesamiento de datos, que la escala de medición no midió lo que se pretendía medir.

En las restantes variables se logró cumplir con los objetivos.

Como aspecto positivo, se logra saber, desde el punto de vista de las usuarias, qué información se le brinda a éstas y quiénes son los emisores de dicha información.

Se concluye también que sería importante que se realizará, a futuro, una investigación con las mismas características pero desde el punto de vista del equipo de salud. Sería relevante que ésto no solo se investigara en un segundo nivel de atención sino que se busque un enfoque desde el primer nivel de atención.

## **8. Referencias y Bibliografía**

### **REFERENCIAS**

1. – Caldeyro-Barcia R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Montevideo: CLAP; 1979. Publicación Científica: 858.
2. – Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa-Calpe; 1995. Información, p.1164.
3. – Almenara PA. Ética y legislación. Barcelona: Masson-Salvat; 1994. p.45-48.
4. – Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/> . [Fecha de acceso: 15 de setiembre de 2005].
5. – Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/> . [Fecha de acceso: 15 de setiembre de 2005].
6. – Tornquist CS. Paradigmas de la humanización en una maternidad de Brasil. Cad. Saúde Pública. [en línea]. 2003 [Fecha de acceso 8 e junio de 2004]; vol.19 (2): p.419-427. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800023&lng=en&nrm=iso)
7. – Klaus M, Kennell J. Comportamiento materno y paterno en el humano. En: Klaus M; Kennell J. Relación madre-hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Buenos Aires: Editorial Médica; 1978. p.47-98.
8. – Liondas S. Parto humanizado visión de un anestesiólogo. En: Archivo de Obstetricia y Ginecología 1999; (37): 208-13.

9. – Odent M. Nacimiento renacido. Buenos Aires: Errepar; 1992.
10. – Reeder SJ, et al. Enfermería materno infantil. 17ª ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2000. p.343-350.
11. – Relacahupan. Caminos para la humanización del parto y el nacimiento. Versión borrador de consulta, abril 2003. Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. (en línea). Disponible en: <http://www.relacahupan.org/caminos01.html> [Fecha de acceso 20 de mayo 2005].
12. – Barrán JP. Medicina y sociedad en el Uruguay del 900. El poder de curar. Montevideo: Banda Oriental; 1994. p.279.

#### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Lowdermilk DL, et al. Enfermería materno infantil. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p.276-277
- Lancet. Tecnología apropiada para el nacimiento. En: Montevideo:Clap;1985; Publicación Científica , 2.
- Gispert C. Diccionario de medicina. 4ª ed. Barcelona: Oceano; 1996.
- Dickason EJ, et al. Enfermería materno infantil. 2ª ed. Madrid: Mosby-Doyma; 2000.
- Videla M, Grieco A. Parir y nacer en el hospital. Buenos Aires: Nueva Visión; 1993.
- Pineda EB, Luz de Alvarado E, Hernández de Canales F. Metodología de la investigación. 2ª ed. Washington: OPS; 1994.
- Eco U. Cómo se hace una tesis. 17ª ed. Barcelona : Gedisa; 1995.
- Svirsky R. Cómo presentar un trabajo científico. Montevideo: Fin de Siglo; 2000.

**Información Recibida por las Usuaris Durante el Transcurso  
del Trabajo de Parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell**

- Comunidad del Sur. Bienvenida Amaranta. [Video]. Montevideo: 1998.  
copia.
- Los cuerpos en el nacimiento. [Video]. Buenos Aires: Rolo: octubre  
1998.

# ANEXOS

---

# ANEXO I

---

**Ley Nº 17.386**

**DISPONESE QUE TODA MUJER DURANTE EL TIEMPO QUE DURA EL TRABAJO DE PARTO, INCLUYENDO EL MOMENTO DEL NACIMIENTO TENDRA DERECHO A ESTAR ACOMPAÑADA DE UNA PERSONA DE SU CONFIANZA O EN SU DEFECTO, A SU LIBRE ELECCION DE UNA ESPECIALMENTE ENTRENADA PARA DARLE APOYO EMOCIONAL**

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

**DECRETAN:**

Artículo 1º.- Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Artículo 2º.- Todo centro asistencial deberá informar en detalle a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1º y estimulará la práctica a que éste hace referencia.

Artículo 3º.- Las disposiciones de la presente ley serán aplicadas por los profesionales, así como por las instituciones asistenciales del área de la salud, sean públicas o privadas.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 15 de agosto de 2001.

GUSTAVO PENADES,  
Presidente.

Horacio D. Catalurda,  
Secretario.

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

Montevideo, 23 de agosto de 2001.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

BATLLE.

ANTONIO MERCADER.

---

# ANEXO II

---

## **DERECHO DE TODA MUJER A ESTAR ACOMPAÑADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO INCLUSO EN EL MOMENTO MISMO DEL NACIMIENTO**

SEÑOR PRESIDENTE (Don Walter Ríasgo).- El Senado pasa a considerar el segundo punto del orden del día: "Proyecto de ley por el que se establece que toda mujer tendrá derecho durante el trabajo de parto y el nacimiento, a estar acompañada de una persona de su confianza o, en su defecto y a su elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional".

(Carp. N° 290/00 - Rep. N° 231/01). « CAMARA DE SENADORES Comisión de Salud Pública »

El objetivo de este proyecto de ley es consagrar un derecho de la mujer y de su niño establecido en el Art. 25 (2) de la Declaración Universal de Derechos Humanos que expresa "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales", que indudablemente redundará en beneficio de la comunidad. La atención médica debe medirse por los mejores resultados en salud y calidad de vida posibles.

Hoy en el mundo existe una corriente que insiste en el uso de evidencias para analizar críticamente las prácticas y eventualmente modificarlas para alcanzar la equidad y la calidad.

Desde hace 30 años (Julio 1970) nuestro país cuenta con un centro de avanzada el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), centro regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) abocado a mejorar la salud materna y perinatal en la región de las Américas.

Su director fundacional el hoy fallecido Dr. Roberto Caldeyro Barcia junto al trabajo de otros destacados científicos logró que este centro -que funciona en el piso 16 del Hospital de Clínicas- tenga relevancia y reconocimiento en el mundo.

El estudio de la Perinatología significa considerar la etapa de la madre embarazada y del corto período de vida que va desde el embarazo hasta el primer mes de vida del niño.

Este período adquiere una relevancia muy importante porque es el de mayor probabilidad de muerte considerando cualquier otro período de la vida, es decir no sólo influye en la sobrevida sino también en la calidad de vida desde el punto de vista físico e intelectual.

Por tanto darle marco legislativo a investigaciones que han concluido en mejores prácticas para la población, tiene en primer término, un efecto sobre nuestro país pero también sobre toda la región.

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer, "el nivel de fecundidad, medido a través de la Tasa Global de Fecundidad, indicaba que a principios de siglo se estaba en presencia de un país con elevada fecundidad ya que su valor era de 6 hijos por mujer. En término de 50 años se reduce a la mitad, manteniendo un período de estabilización en torno a 3 hijos por mujer entre los años 1950 y 1975. A partir de entonces comienza a declinar situándose, en el quinquenio 1995-2000, en 2, 4 hijos por mujer. En este sentido el país escapa al padrón histórico de evolución de la fecundidad que han seguido los países de la región, a excepción de Argentina, y se aproxima más al observado en los países industrializados".

La realidad más común en el Uruguay de hoy es que la mujer durante el parto esté separada de su familia.

Existen estudios que avalan mejores resultados cuando la misma está acompañada por amigos, familiares o personas especialmente entrenadas para dar apoyo emocional. (Kreirise y col., 1989; Chalmers, 1989)

De acuerdo a un informe publicado en el Boletín "Salud Perinatal" del CLAP, estudios realizados por Hodnett demuestran que el apoyo emocional durante el trabajo de parto produce efectos beneficiosos tanto en las madres como en sus hijos. (Hodnett, 2000; Langer 1998).

El resultado del mismo indica que la presencia continua, junto a la madre, de una persona entrenada para dar apoyo emocional, redujo la necesidad de analgésicos en un 21%, la incidencia de cesárea en un 23%, y la depresión del recién nacido a los 5 minutos en un 50%.

Según el Dr. José M. Belizán actual director del CLAP, varias investigaciones prueban que la compañía durante el trabajo de parto y parto representa beneficios muy grandes, tanto biológicos como psicológicos: las mujeres acompañadas tienen menos cesáreas, menos medicación, menos episiotomías, se comprueba luego una mejor lactancia y una mejor relación madre-hijo.

No obstante la demostración de que estar acompañada durante el trabajo de parto es una instancia apoyada en el sentido común y un derecho de la mujer, este beneficio es negado sistemáticamente en muchas instituciones aduciendo que son reglas para mejorar el funcionamiento.

En realidad, esta situación tampoco es atribuible a problemas económicos. Si la debemos entender como una actitud frente a una mejor calidad de atención.

Esta orientación adquiere mayor trascendencia si tenemos en cuenta que en nuestro país la fecundidad adolescente registró un aumento muy significativo. En 1985, cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años se producían 62 nacimientos, cifra que ascendió a 76 para el período mayo 95- mayo 96, datos extraídos del INE VII Censo de población total del País. Se suma a esto el hecho de que en Uruguay el 40% de los niños y niñas nace en hogares con necesidades básicas insatisfechas. (Datos extraídos del libro "Informe de lo realizado en el período 1995-1999, por el Departamento Materno Infantil de Ministerio de Salud Pública").

Según surge de la Publicación Mujer y Fecundidad en el Uruguay, editada por el Centro Latinoamericano de Demografía, fondo de Población de las Naciones Unidas, OPS y MSP - 1994, en cuanto a cobertura de salud en las mujeres jóvenes de 15 a 19 años, se establece que en este rango etario es donde se manifiesta el porcentaje mayor de carencia de derechos vigentes de asistencia médica (15.6%).

Por otra parte, cuando se dispone de la misma, ésta se brinda mayoritariamente por el sector público (53.1%). La situación descrita demuestra la problemática específica de la atención de la salud de la mujer adolescente.

Una buena atención en especial para las madres adolescentes y de baja condición económica, educativa y social dejará una experiencia que posiblemente logre que éstas jóvenes adhieran con mayor facilidad a los programas posteriores del cuidado de su salud y de la de su niño.

Hoy nos preocupa comenzar a legislar sobre formas de cuidado beneficiosas en el apoyo emocional y psico-social durante el parto.

Las conclusiones son por tanto que, dados los claros beneficios de apoyo emocional durante el parto, se deben extremar los esfuerzos para que éste se realice en todas las mujeres no sólo por alguien cercano a ella sino por personal entrenado a tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindándole confort y estímulo.

Esto va a contribuir a reforzar el Plan Nacional de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva para el período 2000-2003 del Ministerio de Salud Pública.

Marina Arismendi, Alberto Cid, Alberto Couriel, Eleuterio Fernández Huidobro, Reinaldo Gargano, Felipe Goiriena, José Korzeniak, José Mujica, Rodolfo Nin Novoa, Manuel Núñez, Albérico Segovia, Mónica Xavier. Senadores.

N° 2966 - 8 DE AGOSTO DE 2001

44ª SESION ORDINARIA - C.RR.

**Trabajo de parto y nacimiento. (Se establece el derecho de toda mujer a ser acompañada por una persona de su confianza u otra especialmente entrenada para darle apoyo emocional).**

Antecedentes: Repartido N° 609, de junio de 2001, y Anexo I, de julio de 2001.

Carpeta N° 1254 de 2001.

Comisión Especial de Género y Equidad.

**INFORME**

Señores Representantes:

Vuestra Comisión Especial de género y equidad habiendo considerado el proyecto, trabajo de parto y nacimiento elevado por la Cámara de Senadores, recomienda por unanimidad de sus miembros la aprobación del mismo.

El objetivo central de este proyecto es otorgar a la mujer el derecho a estar acompañada durante el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento.

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25: "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales" que indudablemente redundará en beneficio de la comunidad. Es desde ese espíritu que el proyecto en cuestión consagra el derecho de la mujer a estar acompañada en una etapa crucial de su vida y la de su hijo o hija. En tanto derecho de la mujer, esta opción no puede quedar librada a la discrecionalidad de las instituciones médicas, sean éstas públicas o privadas.

El proyecto pone el acento en la importancia del apoyo emocional para la mujer y su hijo o hija en el momento del parto. Existe una tendencia, obviamente basada en factores de profundo arraigo cultural, a subestimar el lugar de los afectos en instancias como estas y, por el contrario, a sobrevalorar el aporte técnico. Sin embargo, lo más justo y necesario es un adecuado balance entre ambas dimensiones además del reconocimiento de su estrecha relación dialéctica.

De acuerdo a un informe publicado por el Boletín "Salud Perinatal" del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), estudios realizados por Hodnett demuestran que el apoyo emocional durante el trabajo de parto produce efectos beneficiosos tanto en las madres como en sus hijos (Hodnett, 2000; Langer, 1998). El resultado del mismo indica que la presencia continua, junto a la madre, de una persona entrenada para dar apoyo emocional, redujo la necesidad de analgésicos en un 21%, la incidencia de la cesárea en un 23% y la depresión respiratoria del recién nacido evaluada a los 5 minutos en un 50%.

Destacamos, además, que la continencia emocional de la madre es un soporte fundamental para el establecimiento del vínculo fundante madre-hijo que determinará, sin lugar a dudas, todo el mundo posterior de relaciones que ese niño/niña establezca.

Atender esta realidad en el Uruguay de hoy, tiene además una connotación especial. De los aproximadamente cincuenta y seis mil nacimientos que se dan en el Uruguay en el año, el 17% corresponden a madres adolescentes. Si consideramos la realidad en el Hospital Pereira Rosseti, en él se atienden ocho mil partos al año, nace un niño por hora, cada cuatro nacimientos uno será hijo de una madre adolescente.

Estas jóvenes en general llegan solas, lograr por todas las formas posibles que la experiencia sea lo más contenida posible desde el punto de vista afectivo, seguramente permita mejor predisposición a adherir a los planes de prevención de ellas y de sus hijos.

Cada día las personas vamos comprendiendo mejor la importancia crucial que el período perinatal tiene en nuestras vidas. Todo lo que somos, física e intelectualmente, en el presente, está fuertemente determinado por ese período, de lo que se desprende que todo cuidado tendiente a la mejora de la calidad y condiciones de vida es poco.

Por las razones expuestas, la Comisión Especial de género y equidad entiende, por unanimidad de sus miembros, que la aprobación de este proyecto constituirá un innegable avance para nuestro país.

Sala de la Comisión, 12 de julio de 2001.

DAISY TOURNE, Miembro Informante, BEATRIZ ARGIMON, RAQUEL BARREIRO, MARIELA DEMARCO, MARGARITA PERCOVICH, YEAN-NETH PUÑALES BRUN, GLENDA RONDAN

---

# ANEXO III

---

## **ENEMAS EN EL TRABAJO DE PARTO**

**Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB**

### **RESUMEN**

#### ***Antecedentes***

El uso de enemas durante el trabajo de parto frecuentemente depende de las preferencias del médico responsable de la atención de partos así como de los recursos disponibles.

#### ***Objetivos***

El objetivo de esta revisión es determinar los efectos de los enemas utilizados durante la primera fase del trabajo de parto en: las tasas de infecciones maternas y neonatales; la duración del trabajo de parto; la dehiscencia de la episiorragia; el dolor perineal; la frecuencia de contaminación fecal y los costos de la atención sanitaria

#### ***Estrategia de búsqueda***

Se utilizó el registro de ensayos clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Pregnancy and Childbirth Group), el registro Cochrane de ensayos clínicos, la base de resúmenes de revisiones de efectividad, Medline y la lista de referencias de los artículos identificados.

#### ***Criterios de selección***

Ensayos aleatorios en los que se utilizaran enemas durante la primera fase del trabajo de parto y evaluaran desenlaces de morbilidad neonatal, morbilidad puerperal o mortalidad.

#### ***Recopilación y análisis de datos***

Los estudios seleccionados fueron evaluados por tres revisores de forma independiente.

#### ***Resultados principales***

Dos estudios con 685 mujeres fueron incluidos. Estos no evidenciaron diferencias en las tasas de infección puerperal (OR 0.61, IC 95% 0.36 - 1.04) o neonatal.

#### ***Conclusiones de los autores***

la evidencia encontrada es insuficiente para aconsejar el uso rutinario de enemas durante la primera fase del trabajo de parto.

# **RASURADO PERINEAL SISTEMÁTICO EN EL INGRESO A LA SALA DE PARTOS**

**Basevi V, Lavender T**

## **RESUMEN**

### *Antecedentes*

El rasurado pubiano o perineal es un procedimiento que se realiza antes del nacimiento para reducir el riesgo de infección, en caso de ocurrir un desgarro perineal espontáneo o si se realiza una episiotomía.

### *Objetivos*

Evaluar los efectos del rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos en los resultados maternos y neonatales, según las mejores pruebas disponibles.

### *Estrategia de búsqueda*

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (noviembre de 2003).

### *Criterios de selección*

Todos los ensayos controlados (incluido los cuasialeatorios) que comparan el rasurado perineal versus ningún rasurado perineal.

### *Recopilación y análisis de datos*

Se evaluaron la calidad metodológica y la adecuación para la inclusión de los ensayos sometidos a consideración, sin tener en cuenta los resultados.

### *Resultados principales*

Sólo dos ensayos cumplieron con los criterios predefinidos. En el ensayo anterior, se asignaron 389 mujeres de manera alternativa para recibir preparación de la piel y rasurado perineal (control) o recorte del vello vulvar solamente (experimental). En el segundo ensayo, que incluyó a 150 participantes, el rasurado perineal se comparó con el recorte de vello largo para los procedimientos solamente. El resultado primario para ambos ensayos fue la morbilidad febril materna. No se encontraron diferencias (odds-ratio combinado (OR) 1,26; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,75 a 2,12).

En el ensayo más pequeño, menos cantidad de mujeres que no se habían rasurado presentaron colonización bacteriana gramnegativa, en comparación con las mujeres que se habían rasurado (OR 0,43; IC del 95%: 0,20 a 0,92).

### ***Conclusiones de los autores***

**Existen pruebas insuficientes para recomendar el rasurado perineal para mujeres en el ingreso a la sala de partos.**

### **RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS**

**No existen pruebas del beneficio del rasurado perineal sistemático en el parto.**

En ocasiones, el rasurado pubiano o perineal (afeitar el área alrededor de la vagina) se hace antes del parto con la creencia de que puede disminuir el riesgo de infección y facilitar la sutura, en caso de ser necesaria. Sin embargo, los rasguños del rasurado pueden causar infección y el rasurado puede generar incomodidad y malestar posteriormente, cuando vuelve a crecer el vello. La revisión no halló pruebas en los ensayos de cualquier beneficio del rasurado sistemático en el trabajo de parto.

## **PARADIGMAS DE LA HUMANIZACIÓN EN UNA MATERNIDAD DE BRASIL**

### **Resumen**

**La Maternidad del Hospital Universitario de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**

procura seguir las recomendaciones de la OMS en sentido de la humanización de la asistencia del parto, entre ellas: el incentivo al parto vaginal, al alojamiento materno, al alojamiento conjunto, en presencia de acompañantes en la reducción del excesivo intervencionismo tecnológico del proceso del parto. En este artículo son analizadas las diferencias relativas al público que ellas acude: mujeres de clase media y de grupos populares. El análisis busca observar las diferencias entre estas usuarias que no tengan la opción de escoger un acompañante, experiencias de dolor y de amamantamiento.

---

# ANEXO IV

---

**NACIMIENTOS SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MADRE**

ANO	TOTAL	MONTEVIDEO	RESTO PAIS
1993	55.953	21.158	34.734
1994	55.990	21.105	34.883
1995	56.695	21.753	34.911
1996	58.862	23.325	35.510
1997	58.032	21.931	36.070
1998	54.760	20.562	34.175
1999	54.004	20.042	33.927
2000	52.720	19.740	32.962
2001	51.959	19.722	32.222
2002	51.897	19.719	32.261
2003	50.528	19.128	31.387

### NACIMIENTOS OCURRIDOS Y REGISTRADOS POR CENTRO ASISTENCIAL

AÑO	Total	MSP y Hospital de Clínicas	Mutualistas, Sanatorios y Asignaciones Familiares	Otros lugares de ocurrencia (1)	Otros lugares de ocurrencia <sup>2</sup>
1983	53.405	22.141	27.742	3.522	6,59
1986	54.080	21.188	28.525	4.367	8,08
1987	53.368	19.500	31.462	2.406	4,51
1988	55.798	19.333	33.083	3.382	6,08
1989	55.324	20.252	32.884	2.188	3,95
1990	56.013	20.255	33.186	2.572	4,59
1991	54.754	21.824	31.729	1.201	2,19
1992	54.190	21.388	30.384	2.418	4,46
1993	55.953	22.815	30.706	2.432	4,35
1994	55.990	23.420	30.044	2.526	4,51
1995	56.695	23.984	30.331	2.380	4,20
1996	58.882	26.135	30.373	2.354	4,00
1997	58.032	25.557	30.241	2.234	3,85
1998	54.760	23.456	29.216	2.088	3,81
1999	54.004	23.438	28.804	1.962	3,63
2000	52.720	23.522	26.870	2.328	4,41
2001	51.959	24.162	25.623	2.174	4,18

Fuente: Ministerio de Salud Pública, División Estadística

(1) Hospitales Policial y Militar, Domicilio etc.

**Datos Maternidad del Hospital Pereira Rossell.**

Enero 1 – Diciembre 31/2004.

Total nacimientos registrados: 7900

Edad: Rango 12 – 46 años. Promedio 25,23 años.

Vía del parto:

**Vía del parto**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Esponáneo	5693	72,1	72,1	72,1
	Forceps	389	4,9	4,9	77,0
	Cesarea	1793	22,7	22,7	99,7
	Otros	25	,3	,3	100,0
	Total	7900	100,0	100,0	

En la segunda columna se ve el porcentaje de cada tipo de vía de nacimiento:

Parto espontáneo 72.1% (es decir 5693 partos en 7900 nacimientos totales)

Fórceps: 4.9%

Cesáreas: 22.7%

Otros (espátulas, vaccumm): 0.3%

Episiotomía:

**Episiotomía**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	5066	64,1	67,2	67,2
	Si	2468	31,2	32,8	100,0
	Total	7534	95,4	100,0	
Missing	System	366	4,6		
Total		7900	100,0		

El total de episiotomía para el año 2004 fue de 32.8%. Este porcentaje es en el total de nacimientos (incluidos las cesáreas que no se les hace episiotomía).

La siguiente tabla es la presencia de episiotomía en función de la vía del parto.

**Via del parto \* Episiotomia Crosstabulation**

			Episiotomia		Total
			No	Si	
Via del parto	Espontaneo	Count	3312	2089	5401
		% within Via del parto	61,3%	38,7%	100,0%
	Forceps	Count	10	360	370
		% within Via del parto	2,7%	97,3%	100,0%
	Cesarea	Count	1738	1	1739
		% within Via del parto	99,9%	,1%	100,0%
	Otros	Count	6	18	24
		% within Via del parto	25,0%	75,0%	100,0%
Total	Count	5066	2468	7534	
	% within Via del parto	67,2%	32,8%	100,0%	

Acá se ve que en los partos espontáneos (5401), el 38.7% tienen episiotomía.

Numero de nacimientos por mes del año (última columna).

También está discriminado el numero de partos vaginales, fórceps y cesárea por mes.

**Mes del parto \* Via del parto Crosstabulation**

			Via del parto				Total
			Espontaneo	Forceps	Cesarea	Otros	
Mes del parto	Enero	Count	478	47	118	4	647
		% within Mes del parto	73,9%	7,3%	18,2%	,6%	100,0%
	Febrero	Count	446	26	134	2	608
		% within Mes del parto	73,4%	4,3%	22,0%	,3%	100,0%
	Marzo	Count	476	26	139	6	647
		% within Mes del parto	73,6%	4,0%	21,5%	,9%	100,0%
	Abril	Count	458	27	157	1	643
		% within Mes del parto	71,2%	4,2%	24,4%	,2%	100,0%
	Mayo	Count	486	32	184	2	714
		% within Mes del parto	69,5%	4,5%	25,8%	,3%	100,0%
	Junio	Count	519	23	161	0	703
		% within Mes del parto	73,8%	3,3%	22,9%	,0%	100,0%
	Julio	Count	444	32	159	3	638
		% within Mes del parto	69,6%	5,0%	24,9%	,5%	100,0%
	Agosto	Count	457	34	151	1	643
		% within Mes del parto	71,1%	5,3%	23,5%	,2%	100,0%
	Septiembre	Count	495	32	139	2	668
		% within Mes del parto	74,1%	4,8%	20,8%	,3%	100,0%
	Octubre	Count	502	44	142	1	689
		% within Mes del parto	72,9%	6,4%	20,6%	,1%	100,0%
	Noviembre	Count	464	24	147	2	637
		% within Mes del parto	72,8%	3,8%	23,1%	,3%	100,0%
	Diciembre	Count	458	42	162	1	663
		% within Mes del parto	69,1%	6,3%	24,4%	,2%	100,0%
Total	Count	5693	369	1793	25	7900	
	% within Mes del parto	72,1%	4,9%	22,7%	,3%	100,0%	

#### Datos del año 2000

Total de partos:	1.070		
Total de partos vaginales:	853	Porcentaje de partos vaginales:	79,7
Total de partos por cesárea:	217	Porcentaje de partos por cesárea:	20,3

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Partos Vaginales	77	52	69	59	79	81	68	61	72	79	81	75
Partos por cesárea	19	22	16	12	15	17	15	17	23	16	21	24
% Vaginales sobre total	7,2	4,9	6,4	5,5	7,4	7,6	6,4	5,7	6,7	7,4	7,6	7,0
% Cesáreas sobre total	1,8	2,1	1,5	1,1	1,4	1,6	1,4	1,6	2,1	1,5	2,0	2,2

#### Datos del año 2001

Total de partos:	1.209		
Total de partos vaginales:	933	Porcentaje de partos vaginales:	77,2
Total de partos por cesárea:	276	Porcentaje de partos por cesárea:	22,8

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Partos Vaginales	86	61	80	82	82	73	68	79	97	91	81	73
Partos por cesárea	16	23	18	29	25	27	33	24	18	17	19	27
% Vaginales sobre total	7,1	5,0	6,6	6,8	6,8	6,0	5,6	6,5	8,0	7,5	5,0	6,0
% Cesáreas sobre total	1,3	1,9	1,5	2,4	2,1	2,2	2,7	2,0	1,5	1,4	1,6	2,2

#### Datos del año 2002

Total de partos:	906		
Total de partos vaginales:	674	Porcentaje de partos vaginales:	74,4
Total de partos por cesárea:	232	Porcentaje de partos por cesárea:	25,6

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Partos Vaginales	84	85	75	67	56	63	45	40	35	41	41	42
Partos por cesárea	26	19	27	23	27	20	13	10	17	16	15	19
% Vaginales sobre total	9,3	9,4	8,3	7,4	6,2	7,0	5,0	4,4	3,9	4,5	4,5	4,6
% Cesáreas sobre total	2,9	2,1	3,0	2,5	3,0	2,2	1,4	1,1	1,9	1,8	1,7	2,1

#### Datos del año 2003

Total de partos:	934		
Total de partos vaginales:	713	Porcentaje de partos vaginales:	76,3
Total de partos por cesárea:	221	Porcentaje de partos por cesárea:	23,7

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Partos Vaginales	53	59	58	69	44	61	61	59	84	81	40	64
Partos por cesárea	14	13	21	17	17	17	17	23	15	26	28	15
% Vaginales sobre total	5,7	6,3	6,2	7,4	4,7	6,5	6,5	6,3	9,0	6,5	4,3	6,5
% Cesáreas sobre total	1,5	1,4	2,2	1,8	1,8	1,8	1,8	2,5	1,6	2,8	2,8	1,6

**Datos del año 2004**

Total de partos: 1.077  
Total de partos vaginales: 825      Porcentaje de partos vaginales: 76,6  
Total de partos por cesárea: 252      Porcentaje de partos por cesárea: 23,4

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Partos Vaginales	98	67	84	86	86	57	53	56	73	61	43	61
Partos por cesárea	24	14	23	21	19	15	24	28	24	27	12	20
% Vaginales sobre total	9,1	6,2	7,8	8,0	8,0	5,3	4,9	5,2	6,8	5,7	4,0	5,7
% Cesáreas sobre total	2,2	1,3	2,1	1,9	1,8	1,4	2,2	2,7	2,2	2,5	1,1	1,9

---

# ANEXO V

---



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MONTEVIDEO

Montevideo, 13 de octubre de 2005.

*Centro Hospitalario Pereira Rossel  
Hospital de la Mujer.  
Jefe del Departamento de Enfermería  
Lic. en Enf. Dinora Piñeiro.*

Presente

Los estudiantes de Licenciatura en Enfermería, en etapa de elaboración del trabajo de investigación final que se denomina "Humanización en la atención del parto", correspondiente a la Cátedra de Materno-Infantil de la Facultad de Enfermería, ante usted se presentan y solicitan:

Siempre y cuando lo estime pertinente, se autorice a los suscritos realizar entrevistas a las púerperas del Área de Maternidad con el fin de estudiar ¿Cuál fue la información que recibieron las usuarias durante el transcurso de trabajo de parto por parte del equipo de salud en relación a: procedimientos(Enema, Rasurado), posición materna en el período dilatante y expulsivo, derecho de la embarazada a estar acompañada, en el Centro Hospitalario Pereira Rossel en el Área de Maternidad en el período comprendido del 17 al 26 de octubre del corriente año? con los siguientes objetivos:

**Objetivo general:**

Determinar cuál fue la información que recibieron las púerperas en el transcurso del trabajo de parto por parte del equipo de salud.

**Objetivo específico:**

- 1)\_ Caracterizar a la población de estudio.
- 2)\_ Conocer cuál fue la información que recibieron las púerperas en el transcurso del trabajo de parto sobre las variables de estudio; procedimientos, posición materna en el período dilatante y expulsivo, derecho de la embarazada a estar acompañada.
- 3)\_ Identificar quiénes de los integrantes del equipo de salud les brindó la información.

La información recabada será utilizada para dicha investigación

La fecha para realizar las entrevistas se coordinará con posterioridad a su autorización en caso de ser afirmativo.-

Para su mejor ilustración se adjunta a la presente el instrumento que se utilizará para la recolección de datos.

Sin más que agregar

Saludan a usted atentamente:

*Tutora:*

\_\_\_\_\_  
Lic. en Enfermería  
Ana Correa

*Estudiantes:*

\_\_\_\_\_  
Rocío Aguiar

\_\_\_\_\_  
Karina Curbelo

\_\_\_\_\_  
Alicia Guzmán

\_\_\_\_\_  
Adrián Pírez

\_\_\_\_\_  
Ana Rodríguez

---

# ANEXO VI

---

## Instrumento

Tema: *Humanización en la Atención del Parto*

Fecha: ___/___/___	Número de formulario: _____	
Lugar: _____	Sala: _____	Cama: _____

### Datos personales:

**Edad (años):** 15 – 24   
25 – 34   
Mayor a 35

**Nivel de Instrucción:** Primaria  Secundaria   
Terciaria  Ninguno

**Situación de pareja:** Soltera  Casada   
Unión estable  Viuda   
Divorciada

**Antecedentes Obstétricos de paridad:** Nulipara  Multipara

**¿Qué información se le brindó sobre el motivo por el cual se realizaron los siguientes procedimientos: enema evacuador y rasurado?**

- Rasurado:**
- Prevenir infecciones durante el nacimiento.
  - Por rutina del servicio.
  - No se le informó.
  - No se realizó

- Enema**
- Prevenir infecciones en el momento del nacimiento.
  - Por rutina del servicio.
  - No se le informó.
  - No se realizó

**¿Qué información le brindaron sobre las posiciones a adoptar en el período de dilatación?**

- Que permaneciera en reposo.
- Que podía caminar.
- Que podía estar de costado (izq. der.)
- Que podía estar boca arriba.
- Que podía adoptar la posición que le quedara más cómoda.
- No se le informó.

**¿Qué información le brindaron sobre las posiciones a adoptar en el período expulsivo?**

- Que permaneciera boca arriba acostada.
- Que permaneciera sentada.
- Que permaneciera en cuclillas.
- Que permaneciera parada.
- No se le informó.

**¿Recibió usted información sobre el derecho a estar acompañada durante el transcurso del trabajo de parto?**

SI  NO

**¿Quiénes fueron los que brindaron información?**

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Médicos: <input type="checkbox"/>     | Lic en enf: <input type="checkbox"/> |
| Aux de enf: <input type="checkbox"/>  | Parteras: <input type="checkbox"/>   |
| Estudiantes: <input type="checkbox"/> |                                      |

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_