

¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto de 2019

Are users informed about the options available at the time of birth? Descriptive study held in C.H.P.R. during July-August in 2019

Federico Alfaro¹, Ana Barbier¹, Cecilia Belzarena¹, Lucía Bengochea^{1, 2}, Blanca Cardozo¹, Isabel Posada³

RESUMEN

El parto humanizado implica evitar la sobremedicalización e intervenciones innecesarias y ubicar a la mujer en el centro de la toma de decisiones. Para lograrlo, las usuarias deben estar informadas sobre las decisiones inherentes a este proceso. El objetivo del estudio es saber si las usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell llegan informadas con respecto a ciertas opciones disponibles al momento del trabajo de parto y parto, y contrastar esto con variables sociodemográficas y gineco-obstétricas.

Se realizaron encuestas a 156 usuarias de este centro durante julio y agosto de 2019 en las salas de alojamiento madre-hijo. La mayoría de ellas estaba informada respecto a la posibilidad de elegir acompañante, sin embargo, el 66,7% desconocía los tipos de analgesia disponibles y las posiciones del parto. No se encontró asociación entre la edad, la ascendencia étnico racial, ni el buen control del embarazo en cantidad y la información de las participantes sobre las variables estudiadas. Si se encontró asociación entre bajo nivel educativo y menor información respecto a la posición; y entre asistencia a clases de parto y estar informada respecto al uso de analgesia y la posición. El estar informada sobre las posiciones disminuye significativamente la probabilidad de parir en posición litotómica. Existe carencia de información sobre las opciones disponibles durante el trabajo de parto y parto, y el tenerla se vio vinculada con mejores prácticas.

Palabras clave: parto humanizado, clases de parto, dolor en el parto, analgesia obstétrica, parto vertical, acompañante en el parto.

ABSTRACT

Humanized childbirth care implies avoiding overmedicalization and unnecessary practices plus positioning women at the center of decision-making in the process of labor. To achieve this, it is crucial that women are informed about the decisions they can take during this process. The goal of this study is to understand if women who deliver in Centro Hospitalario Pereira Rossell are informed regarding some options available at the time of birth and making a contrast between this and several sociodemographic and OB-GYN variables.

Women who were in-patients at this center during July and August 2019, and did not meet any exclusion criteria were surveyed, thus including 156 participants. Most women were informed regarding the possibility of choosing someone to accompany them during birth, however, 66,7% did not know about different types of analgesia available or positions for birth. There was no association found between age, ethnic ancestry, nor pregnancies being correctly monitored in regard to information about the variables that were analyzed. There is an association between low educational level and lower information regarding birth position. Going to birthing classes showed an association with being informed about analgesia use and position. Being informed about positions for birth significantly reduced the probability of delivering in the lithotomy position. There is a lack of information regarding options available during labor, and information was seen to be linked with better practices.

Keywords: humanized childbirth, birthing classes, labor pain, analgesia, labor positions, company during labor.

INTRODUCCIÓN

Según Schwarcz et al.⁽¹⁾, el trabajo de parto y parto es el proceso fisiológico por el cual un feto viable (peso mayor o igual a 500g, con 22 semanas de amenorrea cumplidas) sale de los genitales maternos.

A nivel internacional, el tema de parto humanizado está tomando enorme relevancia, como respuesta al fenómeno de sobremedicalización e intervencionismo⁽²⁾.

El parto humanizado busca, según Cáceres-Manrique: "respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad"⁽³⁾. Otro trabajo lo define como "el modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta [...] las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias [...] donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto [...] para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir"⁽⁴⁾.

En 1985 y 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica guías para la atención del parto en las cuales resalta que el parto es un proceso natural, enfatiza la importancia de una comunicación asertiva con la embarazada por parte del personal de salud y de la presencia de un acompañante elegido por la mujer, recomienda evitar ciertas intervenciones rutinarias y recalca la importancia de que la mujer sea la protagonista en todos los aspectos del proceso⁽⁵⁾. Además, denuncia el exceso de intervencionismo: siendo 70-80% de las gestantes de bajo riesgo, debe existir una razón para intervenir en el parto; menciona alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor y diferentes posiciones y sus efectos⁽⁶⁾.

En Uruguay existe un marco legal sobre la humanización del parto. La ley de Salud Sexual y Reproductiva del 2008 manifiesta: "promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las

¹Estudiante de Medicina, Ciclo de Metodología Científica II, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. La contribución en la realización del trabajo fue equivalente a la de los demás estudiantes.

²Departamento de Genética, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

³Docente supervisora, Clínica Ginecocológica B, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados⁽⁷⁾. En base a esta ley, se generaron las Guías en Salud Sexual y Reproductiva incluyendo las "Normas de atención a la Mujer en proceso de Parto y Puerperio"⁽⁸⁾, y la "Humanización del parto institucional y reducción de la tasa de cesáreas"⁽⁹⁾ fue un Objetivo Sanitario Nacional 2015-2020.

En 2018 el Ministerio de Salud (MS) publicó recomendaciones para una atención humanizada del parto "apostando por la promoción de un itinerario asistencial menos intervencionista que evite la tasa de cesáreas innecesarias e inducciones de parto injustificadas y promoció el respeto por los tiempos del proceso fisiológico del nacimiento"⁽⁹⁾. A su vez, nombra la importancia de la toma de decisiones informadas y de la preparación para el parto para el ejercicio de los derechos de la mujer⁽⁹⁾.

Este estudio se centra en tres variables en específico: la posición en el parto, los métodos de analgesia y el acompañante durante el trabajo de parto y parto.

Durante el parto pueden adoptarse varias posiciones, clasificadas en dos grupos: litotómica ("la paciente se encuentra acostada, con el respaldo a no más de 45° y con las piernas dobladas, separadas y colocadas en ambas piernas de la mesa de exploración ginecológica"⁽¹⁰⁾) y vertical ("de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas."⁽¹¹⁾).

Previo al siglo XVII la posición mayoritaria era la vertical. La litotomía fue impulsada por un obstetra ya que permitía maniobrar, utilizar fórceps y monitorizar el feto más fácilmente⁽¹²⁾.

La posición vertical tiene como ventajas: a) disminuye el tiempo en la segunda etapa, desgarros de tercer y cuarto grado, edema vulvar, necesidad de instrumentación durante el parto y episiotomía, necesidad de usar la maniobra Kristeller, casos de placenta retenida, dolor, b) mejora percepción materna y los resultados fetales y neonatales⁽¹³⁾.

La posición litotómica tiene como beneficios generar seguridad y una sensación de ser ayudada. Los aspectos negativos recabados por dicho estudio en referencia a la posición horizontal, mencionan incomodidad y dificultad para realizar fuerza⁽¹⁴⁾. La guía del MS recomienda evitar dicha posición durante el parto⁽⁹⁾.

Las técnicas de analgesia, tanto farmacológicas como no farmacológicas, se utilizan para prevenir o quitar la sensación de dolor. La guía del MS establece que debe estar disponible alguna de ellas y ser ofrecidas a las mujeres⁽⁹⁾.

Un método farmacológico es la analgesia neuroaxial por vía epidural, espinal o combinada. Como ventajas, proporciona un alivio del dolor más efectivo y duradero, mejora la perfusión sanguínea útero-placentaria, no

imposibilita la deambulaci3n⁽¹⁵⁾. Adem1s, el nivel de satisfacci3n de la mujer se ha relacionado con el uso de este m3todo analg3sico, como evidenci3 un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (C.H.P.R.)⁽¹⁶⁾. Presenta riesgo de: retenci3n urinaria, necesidad de parto instrumentado, hipotensi3n, y fiebre⁽¹⁷⁾.

En los protocolos del C.H.P.R. se considera que la solicitud materna es indicaci3n m3dica suficiente para el uso de analgesia epidural⁽¹⁸⁾.

Tambi3n existe la analgesia farmacol3gica intravenosa con peores resultados⁽⁸⁾.

Un m3todo analg3sico no farmacol3gico es la masoterapia, que seg3n una revisi3n "eleva el umbral del dolor e induce efectos a largo plazo en la nocicepci3n, disminuyendo significativamente la percepci3n del dolor tras el parto."⁽¹⁹⁾

Tambi3n pueden utilizarse t3cnicas de relajaci3n, como de respiraci3n, que contribuyen a que la usuaria asuma el dolor m1s que en disminuirlo⁽²⁰⁾.

La esferodinamia provoca la disminuci3n del dolor de la pelvis y relajar los m3sculos extensores de la espalda; gracias al movimiento libre de la pelvis, facilita el movimiento y rotaci3n del feto en el canal de parto, relaja, favorece la dilataci3n y amplia di1metros p3lvicos^(21, 22).

Las duchas tibias han mostrado reducir el dolor, y dos estudios realizados al respecto hacen 3nfasis en que es una t3cnica barata y sencilla de usar^(23, 24).

Una revisi3n sistem1tica concluye que los m3todos no farmacol3gicos son seguros para el binomio madre-hijo, pero resalta carencia de evidencia sobre sus beneficios⁽¹⁷⁾. Un estudio cl3nico aleatorizado encontr3 que s3 muestran beneficios⁽²⁵⁾.

Otro aspecto importante en la atenci3n humanizada del parto es que la mujer pueda estar acompa1ada por quien ella elija, establecido en la ley 17.386 del 2001⁽²⁶⁾. Hay evidencia de que la compa1a durante el parto da sensaci3n de seguridad, disminuye la sensaci3n de vulnerabilidad y soledad, haciendo que la mujer se sienta en libertad de expresarse⁽²⁷⁾.

La Administraci3n de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) resalta la importancia de la humanizaci3n de la atenci3n en el parto⁽²⁸⁾.

El C.H.P.R. es el centro donde nacen m1s uruguayos (14% en 2015⁽²⁹⁾), y en el 2018 se registraron 6.249 nacimientos⁽³⁰⁾. En este centro hay un inter3s marcado en lograr cumplir con estos objetivos nacionales, y en el a1o 2018 se inauguraron nuevas salas de nacer con diferentes elementos facilitando alternativas a la hora del parto⁽³¹⁾. En una entrevista a la Dra. Lafluf, Directora General del C.H.P.R., se refiri3 al parto humanizado como un proceso que busca "ayudar a la mujer a decidir informada y libremente (...) respetar al m1ximo el proceso fisiol3gico"⁽³¹⁾.

Considerando que existen en Uruguay varias herramientas necesarias para lograr una atención humanizada del parto (normativa, guías ministeriales, proyectos institucionales, infraestructura apropiada, etc); el equipo de investigación considera que es crucial conocer si la usuaria llega con la información que se requiere para tomar esas decisiones al momento del trabajo del parto y parto, ya que la mera disponibilidad de las medidas para un parto respetado no garantiza que la mujer ejerza plenamente sus derechos.

Conocer si las mujeres llegan al momento del trabajo de parto con la información suficiente es crítico para saber si son necesarias más intervenciones para lograr el objetivo de que la mujer tome decisiones informadas, y es por esto que este trabajo podría ser de utilidad.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general: Estudiar la proporción de usuarias informadas respecto a algunas variables relativas al trabajo de parto y parto disponibles en el C.H.P.R., y relacionar esto con diferentes variables.

Objetivos específicos:

- Describir la población asistida en las salas de alojamiento madre-hijo (AMH) en el Hospital de la Mujer del C.H.P.R., tomando en cuenta las siguientes variables: edad, ascendencia étnica racial autopercebida, nivel educativo, antecedente de partos previos, control del embarazo en cantidad, asistencia a clases de parto.
- Estudiar la proporción de las siguientes variables del trabajo de parto y parto: elección de acompañante, uso de diferentes métodos de analgesia, posiciones.
- Estudiar la proporción de mujeres informadas sobre la elección del acompañante, la elección de los métodos de analgesia, y la elección de la posición del parto.
- Estudiar la asociación entre las variables del trabajo del parto y parto con el hecho de estar informada sobre las mismas.
- Estudiar la asociación entre variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos de la usuaria en relación a estar informadas o no.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, de tipo transversal. Se encuestaron usuarias del C.H.P.R. internadas en salas de AMH. Dichas encuestas fueron realizadas durante julio y agosto del 2019. Se encuestaron puérperas que hubieran tenido un embarazo y parto de bajo riesgo médico, dado que la presencia de complicaciones puede repercutir directamente sobre la posibilidad de

tomar decisiones libremente. La encuesta pretendió indagar sobre la información con la que contaban las usuarias previo al inicio del trabajo de parto, además de variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos; y fue realizada por los estudiantes. Se utilizaron las historias clínicas para obtener información del embarazo y parto que pudieran constituir un criterio de exclusión.

El universo de estudio consiste en todas las usuarias asistidas en el momento de parto en el C.H.P.R.. La selección de la muestra se hizo tomando en cuenta los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- puérperas de bajo riesgo en internación en AMH en el CHPR en el periodo comprendido entre julio y agosto del 2019,
- parto vaginal,
- con embarazo de bajo riesgo,
- con consentimiento informado previamente firmado, y asentimiento en caso de menores no emancipadas.

Criterios de exclusión:

- cesárea,
- embarazo de alto riesgo desde el punto de vista médico (estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, VIH, embarazo gemelar, sangrados de la segunda mitad del embarazo),
- pérdida de bienestar fetal,
- instrumentación con fórceps,
- parto pretérmino,
- parto postérmino,
- muerte fetal o neonatal,
- cesárea previa.

Se obtuvo el consentimiento informado de 348 usuarias. De estas, 192 (55,2%) cumplían con uno o más criterios de exclusión. Del total de participantes un 27,6% tuvo una terminación por cesárea, 12,6% diabetes gestacional (DG), 10,9% estado hipertensivo del embarazo (EHE), 10,6% cesárea previa, 4% parto pretérmino, 2,6% pérdida de bienestar fetal, 2,3% parto postérmino, 2% fórceps, 1,7% parto en el hogar, 1,7% parto fuera del C.H.P.R., 0,86% embarazo gemelar y 0,29% VIH. Fueron incluidas 156 (44,8%) participantes.

Todos quienes encuestaron formularon las preguntas de la misma manera, procurando disminuir la subjetividad.

Los datos obtenidos fueron reunidos en una planilla de Excel y analizados con el programa estadístico EpiInfo7.

La variable cuantitativa (edad) fue resumida con la mediana y cuartiles 1 y 3. Cuando se requirió realizar comparaciones se utilizó el test no paramétrico Mann-Whitney. Para el análisis de la variable ordinal (nivel educativo) se cambió la operacionalización para crear una variable nominal dicotómica (menor o igual a 6

años de educación -primaria incompleta y completa- o mayor de 6 años de educación). Las variables cualitativas fueron resumidas en porcentajes. En este caso, se utilizó el test de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher según correspondiera.

En todos los casos, se consideró un error tipo I aceptable por debajo de 0,05.

Este estudio se realizó con previa obtención del consentimiento informado o asentimiento (en caso de menores no emancipadas), que se encuentran anexados, por parte de las usuarias. La aprobación de este protocolo para el llevado a cabo del estudio fue otorgada por el Comité de Ética del hospital.

el 87,2% de la muestra. El 7,7% de las encuestadas asistió a clases de parto durante este embarazo (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características de la muestra poblacional

Variables sociodemográficas	
Edad	23,00 (20,00-27,00)
Etnia	
Blanca	94 (60,3)
Afro	25 (16)
Indígena	9 (5,7)
Otra	28 (18)
Nivel educativo	
Primaria incompleta	4 (2,5)
Primaria completa	31 (19,9)
Secundaria incompleta	97 (62,2)
Secundaria completa	9 (5,8)
Terciaria incompleta	10 (6,4)
Terciaria completa	5 (3,2)
Variables gineco-obstétricas	
Parto vaginal previo	
Sí	85 (54,5)
No	71 (45,5)
Buen control del embarazo	
Sí	136 (87,2)
No	20 (12,8)
Asistencia a clases de parto	
Sí	12 (7,7)
No	144 (92,3)

Resultados expresados en mediana (Q1; Q3) o frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual)

Fuente: elaboración propia.

Respecto a las variables relativas al trabajo de parto y parto (**Tabla 2**), un 95,5% de las encuestadas estuvo acompañada por alguien de su elección. A su vez, un 92,3% sabía, al llegar a trabajo de parto, que podía elegir una persona que la acompañara (**Figura 2**).

Tabla 2. Distribución de la muestra respecto a variables del trabajo de parto y parto

Variables del trabajo de parto y parto	
Elección del acompañante	
Sí	149 (95,5)
No	7 (4,5)
Información previa (acompañante)	
Sí	144 (92,3)
No	12 (7,7)
Uso de analgesia	
Sí	97 (62,2)
Sólo método/s farmacológico/s	19 (12,2)
Sólo método/s no farmacológico/s	46 (29,5)
Método/s farmacológico/s y método/s no farmacológico/s	32 (20,5)
No	59 (37,8)
Información previa (analgesia)	
Sí	52 (33,3)
No	104 (66,7)
Posición adoptada	
Litotómica	133 (85,3)
Vertical	23 (14,7)
Información previa (posición)	
Sí	52 (33,3)
No	104 (66,7)

Resultados expresados en frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual)

Fuente: elaboración propia.

	Nombre	Definición conceptual	Operacionalización	Conjunto de valores	Tipo y escala
Variables sociodemográficas	edad	tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento del estudio	se le preguntó la edad en años a la paciente	cualquier edad	cuantitativa continua, medida en escala de razón
	ascendencia étnico-racial	la ascendencia étnico-racial con la que la paciente se identifica	se le preguntó a la usuaria su autopercepción a través del cuestionario	blanca, indígena, afro, otro	cualitativa, medida en escala nominal
	nivel educativo	nivel educativo más alto que se ha conseguido hasta el momento del estudio	se obtuvo la información a través del cuestionario	primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciaria incompleta, terciaria completa	cualitativa, medida en escala nominal/cualitativa, medida en escala ordinal
Variables ginecoobstétricas	antecedente de parto vaginal previo	antecedente de parto por vía vagina (no cesárea)	se obtuvo la información a través del cuestionario	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal
	buen control del embarazo en cantidad	embarazo bien controlado en cantidad	se va a considerar bien controlado si tuvo 5 o más controles y mal controlado si tuvo menos de 5	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal
	asistencia a clases de parto	asistencia a clases de preparación para el trabajo de parto y parto	se obtendrá la información a través del cuestionario	sí, no	cualitativa, medida en escala nominal

Figura 1. Definición operativa de las variables

Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

Con respecto a las variables sociodemográficas, la mediana de edad de la muestra es de 23,0 años (Q₁ 20,00; Q₂ 27,00). Respecto a la ascendencia autopercebida, el 60,3% se identificaba como blanca, 16% como afro, 5,7% como indígena, y 18% como otra. La mayoría de las usuarias entrevistadas tenía como nivel educativo más alto la secundaria incompleta (62,2%), mientras que el 2,5% era primaria incompleta, 19,9% primaria completa, 5,8% secundaria completa, 6,4% terciaria incompleta y 3,2% terciaria completa.

En cuanto a las variables ginecoobstétricas, un 54,5% contaba con el antecedente de parto vaginal previo. Una franca mayoría de las usuarias presentó un embarazo bien controlado en cantidad, representando

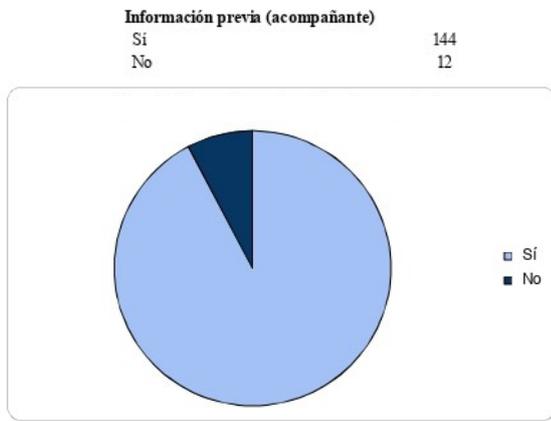


Figura 2. Información previa sobre el acompañante

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la analgesia, un 62,2% de las usuarias utilizó uno o más métodos de analgesia, dentro de los cuales: 32,7% epidural, 1,9% medicación intravenosa, 26,3% duchas de agua caliente, 19,2% esferodinamia, 21,2% masajes y 30,8% técnicas de relajación. El 66,7% de las participantes desconocía por lo menos alguno de los métodos de analgesia disponibles en las instalaciones del C.H.P.R. (Figura 3).

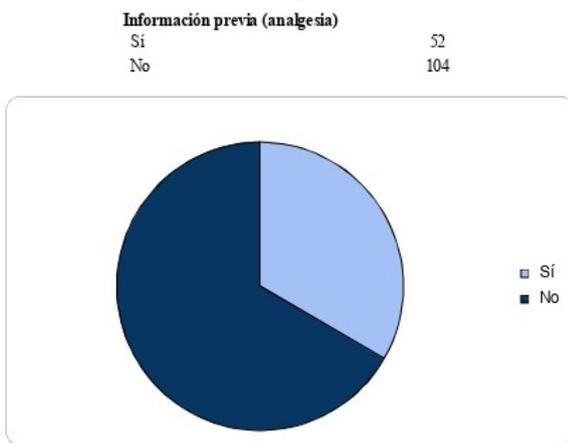


Figura 3. Información previa sobre la analgesia

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la posición a la hora del parto, un 85,3% parió en posición litotómica, frente a un 14,7% que adoptó una posición vertical. Un 66,7% de las usuarias no estaba informado previamente respecto a las posiciones que podía adoptar en el momento del parto (Figura 4).

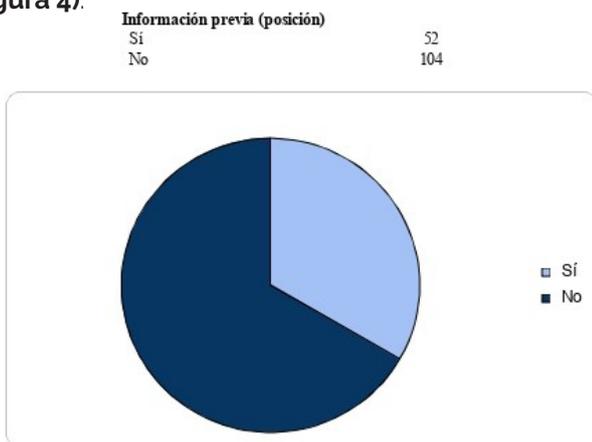


Figura 4. Información previa sobre la posición

Fuente: elaboración propia.

No se encontró asociación entre la edad y el estar informada o no sobre la posibilidad de elegir acompañante, las opciones de analgesia ni las posiciones en el parto (Tablas 3a, 3b, 3c).

No hubo diferencia estadísticamente significativa respecto a la ascendencia étnico-racial autopercibida y el estar informada o no sobre la elección del acompañante, uso de analgesia o posición durante el parto (Tablas 3a, 3b, 3c).

Respecto al nivel educativo, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre usuarias con hasta seis años de educación o más de seis años y el estar informadas sobre la elección del acompañante y el uso de analgesia (Tablas 3a, 3b). Sin embargo, aquellas usuarias que tenían más de seis años de educación mostraron una mayor probabilidad de estar informadas respecto a la posición del parto (valor $p=0,0035$; $RP=0,29$; IC del 95% [0,11:0,74]) (Tabla 3c) (Figura 5).

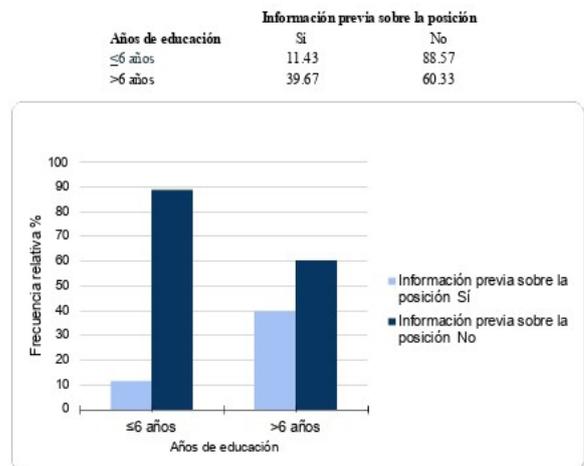


Figura 5. Información previa sobre la posición según los años de educación

Fuente: elaboración propia.

Las variables de parto vaginal previo y de buen control del embarazo en cantidad no mostraron ninguna asociación estadísticamente significativa con la información respecto a las opciones disponibles en el trabajo de parto y parto (Tablas 3a, 3b, 3c).

La asistencia a clases de parto no se vio vinculada con el conocimiento de la elección del acompañante (Tabla 3a). Sin embargo, aquellas usuarias que asistieron a clases de parto mostraron una mayor probabilidad de estar informadas sobre los tipos de analgesia disponibles y posiciones posibles a adoptar en el C.H.P.R.. En ambos casos, estas usuarias mostraban 1,18 veces más probabilidad de conocer estas opciones en comparación a aquellas que no asistieron a clases de parto en este embarazo (valor $p=0,02$; $RP=2,18$; IC del 95% [1,36:3,49]) (Figuras 6 y 7) (Tablas 3b y 3c).

Tabla 3. Disinformación previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición según variables sociodemográficas y gineco-obstétricas

Variables sociodemográficas	Información previa sobre el acompañante			Valor p	RP	IC del 95%	Información previa sobre la analgesia			Valor p	RP	IC del 95%	Información previa sobre la posición				
	Sí	No					Sí	No					Sí	No			
Edad	23,00	23,00	0,65	-	-	-	23,00	23,00	0,95	-	-	-	23,00	23,00	0,88	-	-
Etnia																	
Blanca	86 (91,49)	8 (8,51)	1	-	-	-	31 (32,97)	63 (67,02)	0,99	-	-	-	30 (31,91)	64 (68,09)	0,39	-	-
Afro	23 (92,00)	2 (8,00)					9 (36,00)	16 (64,00)					10 (40,00)	15 (60,00)			
Indígena	9 (100)	0 (0,00)					3 (33,33)	6 (66,67)					1 (11,11)	8 (88,89)			
Otra	26 (92,86)	2 (7,14)					9 (32,14)	19 (67,86)					11 (39,29)	17 (60,71)			
Años de educación																	
≤6 años	30 (85,71)	5 (14,29)	0,14	-	-	-	11 (31,43)	24 (68,57)	0,78	-	-	-	4 (11,43)	31 (88,57)	0,0035	0,29	(0,11-0,74)
>6 años	114 (94,21)	7 (5,79)					41 (33,88)	80 (66,12)					48 (39,67)	73 (60,33)			
Variables gineco-obstétricas																	
Parto vaginal previo																	
Sí	80 (94,12)	5 (5,88)	0,53	-	-	-	24 (28,24)	61 (71,76)	0,19	-	-	-	27 (31,76)	58 (68,24)	0,77	-	-
No	64 (90,14)	7 (9,86)					28 (39,44)	43 (60,56)					25 (35,21)	46 (64,79)			
Buen control del embarazo																	
Sí	128 (94,12)	8 (5,88)	0,099	-	-	-	49 (36,03)	87 (63,97)	0,11	-	-	-	47 (34,56)	89 (65,44)	0,55	-	-
No	16 (80,00)	4 (20,00)					3 (15,00)	17 (85,00)					5 (25,00)	15 (75,00)			
Asistencia a clases de parto																	
Sí	12 (100)	0 (0,00)	0,60	-	-	-	8 (66,67)	4 (33,33)	0,02	2,18	(1,36-3,49)	-	8 (66,67)	4 (33,33)	0,02	2,18	(1,36-3,49)
No	132 (91,67)	12 (8,33)					44 (30,56)	100 (69,44)					44 (30,56)	100 (69,44)			

Resultados expresados en mediana (Q1:Q3) o frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual). RP: razón de prevalencias; IC del 95%: intervalo de cofianza del 95%.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3a. Disinformación previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición según variables sociodemográficas y gineco-obstétricas

Variables sociodemográficas	Información previa sobre el acompañante		Valor p	RP	IC del 95%
	Sí	No			
Edad	23,00 (20,00;27,00)	23,00 (19,00;26,00)	0,65	-	-
Etnia					
Blanca	86 (91,49)	8 (8,51)	1	-	-
Afro	23 (92,00)	2 (8,00)			
Indígena	9 (100)	0 (0,00)			
Otra	26 (92,86)	2 (7,14)			
Años de educación					
≤6 años	30 (85,71)	5 (14,29)	0,14	-	-
>6 años	114 (94,21)	7 (5,79)			
Variables gineco-obstétricas					
Parto vaginal previo					
Sí	80 (94,12)	5 (5,88)	0,53	-	-
No	64 (90,14)	7 (9,86)			
Buen control del embarazo					
Sí	128 (94,12)	8 (5,88)	0,099	-	-
No	16 (80,00)	4 (20,00)			
Asistencia a clases de parto					
Sí	12 (100)	0 (0,00)	0,60	-	-
No	132 (91,67)	12 (8,33)			

Resultados expresados en mediana (Q1:Q3) o frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual). RP: razón de prevalencias; IC del 95%: intervalo de cofianza del 95%.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3b. Disinformación previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición según variables sociodemográficas y gineco-obstétricas

Variables sociodemográficas	Información previa sobre la analgesia		Valor p	RP	IC del 95%
	Sí	No			
Edad	23,00 (19,50;28,00)	23,00 (20,00;26,50)	0,95	-	-
Etnia					
Blanca	31 (32,97)	63 (67,02)	0,99	-	-
Afro	9 (36,00)	16 (64,00)			
Indígena	3 (33,33)	6 (66,67)			
Otra	9 (32,14)	19 (67,86)			
Años de educación					
≤6 años	11 (31,43)	24 (68,57)	0,78	-	-
>6 años	41 (33,88)	80 (66,12)			
Variables gineco-obstétricas					
Parto vaginal previo					
Sí	24 (28,24)	61 (71,76)	0,19	-	-
No	28 (39,44)	43 (60,56)			
Buen control del embarazo					
Sí	49 (36,03)	87 (63,97)	0,11	-	-
No	3 (15,00)	17 (85,00)			
Asistencia a clases de parto					
Sí	8 (66,67)	4 (33,33)	0,02	2,18	(1,36-3,49)
No	44 (30,56)	100 (69,44)			

Resultados expresados en mediana (Q1:Q3) o frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual). RP: razón de prevalencias; IC del 95%: intervalo de cofianza del 95%.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3c. Disinformación previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición según variables sociodemográficas y gineco-obstétricas

Variables sociodemográficas	Información previa sobre la posición		Valor p	RP	IC del 95%
	Sí	No			
Edad	23,00 (19,50;27,50)	23,00 (20,00;27,00)	0,88	-	-
Etnia					
Blanca	30 (31,91)	64 (68,09)	0,39	-	-
Afro	10 (40,00)	15 (60,00)			
Indígena	1 (11,11)	8 (88,89)			
Otra	11 (39,29)	17 (60,71)			
Años de educación					
≤6 años	4 (11,43)	31 (88,57)	0,0035	0,29	(0,11-0,74)
>6 años	48 (39,67)	73 (60,33)			
Variables gineco-obstétricas					
Parto vaginal previo					
Sí	27 (31,76)	58 (68,24)	0,77	-	-
No	25 (35,21)	46 (64,79)			
Buen control del embarazo					
Sí	47 (34,56)	89 (65,44)	0,55	-	-
No	5 (25,00)	15 (75,00)			
Asistencia a clases de parto					
Sí	8 (66,67)	4 (33,33)	0,02	2,18	(1,36-3,49)
No	44 (30,56)	100 (69,44)			

Resultados expresados en mediana (Q1:Q3) o frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual). RP: razón de prevalencias; IC del 95%: intervalo de cofianza del 95%.

Fuente: elaboración propia.

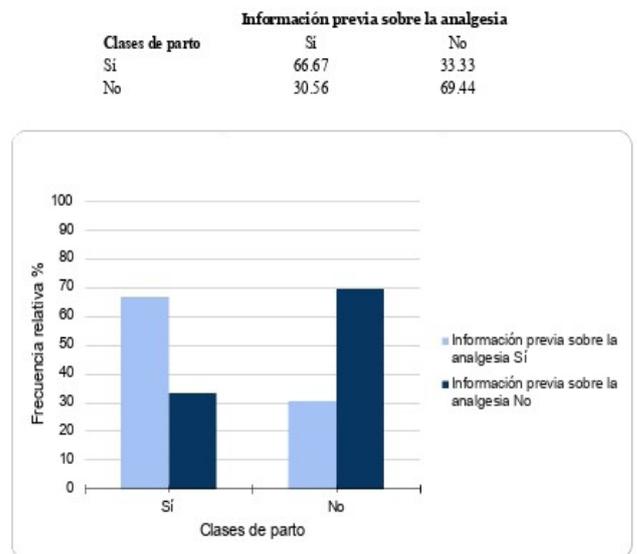


Figura 6. Información previa sobre la analgesia según la asistencia a clases de parto

Fuente: elaboración propia.

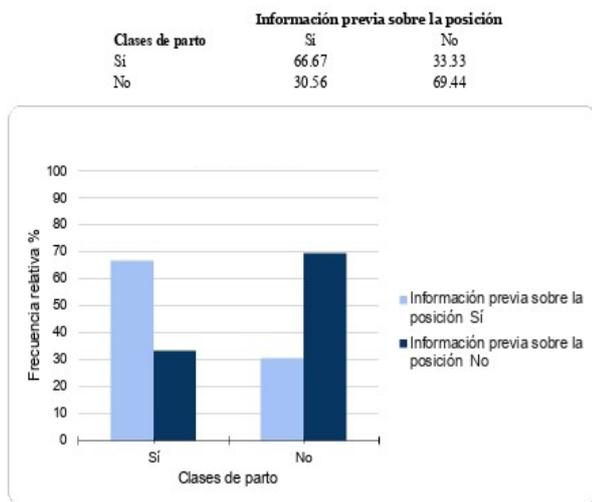


Figura 7. Información previa sobre la posición según la asistencia a clases de parto
Fuente: elaboración propia.

Un 95,1 % de las participantes que contaban con información previa del acompañante eligió a su acompañante. Por otro lado, todas las pacientes que no contaban con dicha información eligieron a su acompañante. No se encontró una diferencia significativa entre aquellas mujeres que sabían que podían elegir el acompañante frente a las que no lo sabían respecto a si elegían acompañante.

En lo que hace referencia a la información previa respecto a los métodos de analgesia disponible, un 11,6% de las participantes que sí contaban con esa información recibieron sólo métodos farmacológicos de analgesia, un 26,9% recibió métodos de analgesia no farmacológicos, un 25% recibió métodos de analgesia tanto farmacológicos como no farmacológicos y un 36,5% no recibió ningún método de analgesia. En lo que refiere a las participantes que no estaban informadas respecto a los diferentes métodos de analgesia previa, un 12,5% recibió sólo métodos de analgesia farmacológicos, un 30,8% recibió solo métodos de analgesia no farmacológicos, un 18,3% recibió métodos de analgesia tanto farmacológicos como no farmacológicos y un 38,4 % no recibió ningún tipo de analgesia. Tampoco se encontró asociación entre información sobre la analgesia disponible y el elegirla o no, o qué tipo de analgesia elegir.

Por otro lado, al analizar la asociación entre la información sobre la posición y la posición adoptada en el momento del parto, se encontraron diferencias entre el grupo que conocía las diferentes posiciones frente al que no. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa (valor $p=0,001$) respecto a la posición adoptada en el parto entre aquellas usuarias informadas respecto a las posiciones posibles y la posición adoptada en el parto. Dentro de las usuarias informadas, un 28,8% adoptó la posición vertical, mientras que un 7,7% de las no informadas lo hizo, con una diferencia estadísticamente significativa.

Aquellas usuarias que estaban informadas respecto a las posiciones posibles tenían una reducción del 23% de la probabilidad de parir en posición litotómica con respecto a las que no lo estaban (valor $p=0,001$; $RP=0,77$; IC del 95% [0,64;0,92]) (Figura 8) (Tabla 4).

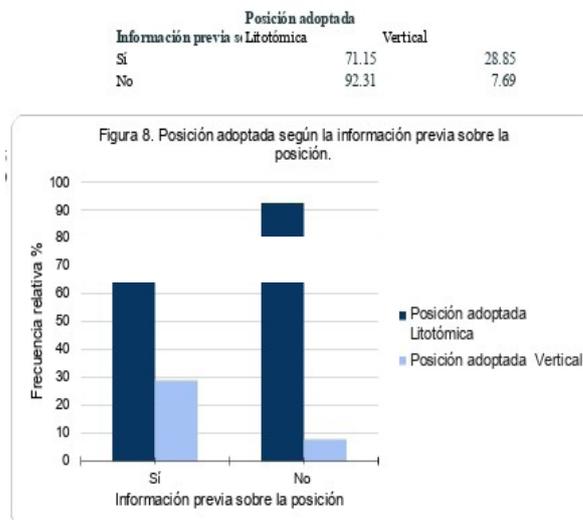


Figura 8. Posición adoptada según la información previa sobre la posición
Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Variables del parto según la información previa sobre el acompañante, la analgesia y la posición

Información previa sobre el acompañante	Elección del acompañante		Valor p	RP	IC del 95%	
	Si	No				
Si	137 (95,14)	7 (4,86)	1	-	-	
No	12 (100)	0 (0,00)				
Información previa sobre la analgesia	Uso de analgesia			Valor p	RP	IC del 95%
	Si		No			
	Sólo método/s farmacológico/s	Sólo método/s no farmacológico/s	Método/s farmacológico/s y método/s no farmacológico/s			
Si	6 (11,54)	14 (26,92)	13 (25,00)	0,81	-	-
No	13 (12,50)	32 (30,77)	19 (18,27)			
Información previa sobre la posición	Posición adoptada		Valor p	RP	IC del 95%	
	Litotómica	Vertical				
Si	37 (71,15)	15 (28,85)	0,001	0,77	(0,64;0,92)	
No	96 (92,31)	8 (7,69)				

Resultados expresados en frecuencia absoluta (frecuencia relativa porcentual). RP: razón de prevalencias; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La posibilidad de hacer inferencias se ve limitada por el muestreo por conveniencia y el tamaño de la muestra. A su vez, el cuestionario es de realización propia y no se encuentra validado. Además, varias usuarias llegaron al servicio en período expulsivo por lo que contaban con menor tiempo para hacer uso de las salas de nacer, posiblemente influyendo en particular en la elección del método de analgesia.

Se puede considerar sesgada la mediana de edad, ya que se excluyeron embarazos patológicos y estos son más frecuentes a mayor edad⁽¹⁾, y además se precisaba la firma de un tutor responsable para entrevistar a menores no emancipadas, perdiéndose datos de menores no acompañadas en el momento que se realizaron las entrevistas.

En este estudio, se estableció la proporción de usuarias informadas acerca de ciertas decisiones que pueden tomar en el trabajo de parto y parto. Se observó que la amplia mayoría tiene conocimiento acerca de la elección de un acompañante, quizás gracias a que la ley fue establecida ya en 2001. Sin embargo, en relación a las otras dos variables estudiadas en referencia al conocimiento previo, se vio que dos tercios de las encuestadas desconocían las opciones disponibles. Esto constituye un problema si se quiere apostar a cambiar las prácticas de asistencia del parto, ya que es crucial la decisión informada de la usuaria, más allá de la infraestructura con la que se pueda contar para la humanización del parto.

La mayoría de las usuarias tuvieron un embarazo bien controlado en cantidad, lo cual es muy positivo para la salud materno-fetal. Sin embargo, no se encontró relación entre esta variable y la información que manejan las usuarias sobre ninguna de las opciones. Esto resulta interesante, ya que los controles constituyen momentos clave para informar a la usuaria del proceso del embarazo y del parto.

Se observó que hay una muy baja proporción de asistencia a las clases de parto, pero resulta una herramienta útil para la usuaria ya que influyó significativamente en los conocimientos acerca de la analgesia y posición elegibles al parir. Surge la interrogante de por qué la enorme mayoría de las usuarias del C.H.P.R. no asiste a clases de parto.

La amplia mayoría de las usuarias parieron en posición litotómica, más allá de tener o no el conocimiento previo de que contaban con otras opciones disponibles. Sin embargo, se encontró una mayor tendencia a no parir en posición litotómica en aquellas mujeres que contaban con información previa. El diseño del estudio no permite conocer por qué aquellas usuarias informadas sobre las diferentes posiciones que podían adoptar durante el parto parieron de una u otra forma. Probablemente el mero hecho de conocer las diferentes opciones no garantiza que la usuaria decida adoptar una posición dada, sino que el conocimiento en profundidad de las características de las mismas, las expectativas de la mujer y la atención brindada por el personal de salud también tengan su influencia.

La relación encontrada entre el bajo nivel educativo y menor información respecto a la posición en el parto resulta también interesante. Esta diferencia puede deberse a una mayor dificultad en comprender información; aunque traduce también una necesidad de alcanzar a una población vulnerable y marginalizada. Es crucial que el personal de salud no profundice esa brecha, adecuando la información brindada conociendo el contexto de la usuaria.

Con respecto a los motivos de exclusión, se obtuvieron proporciones muy similares a los porcentajes brindados

por el Sistema Informático Perinatal (SIP). Según esta fuente, en el C.H.P.R. se registraron 6.249 nacimientos en el año 2018, de los cuales el 69,2% fueron partos vaginales sin instrumentación, el 1,7% partos vaginales con instrumentación, y el 29,0% cesáreas. A su vez, respecto a las patologías del embarazo, un 10,7% de EHE, un 16,8% de DG, un 12,4% de partos pretérmino, y un 2,7% de embarazos múltiples⁽³⁰⁾. Tanto el porcentaje de cesáreas reportado por el SIP como la proporción encontrada en esta muestra casi duplican la tasa de cesáreas recomendada por la OMS. Sin embargo, otras instituciones en Uruguay presentan tasas de cesáreas más altas, superando a veces el 55%⁽⁹⁾.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

En este estudio se encontró una baja proporción de información respecto a variables sumamente relevantes en el trabajo de parto y parto: el manejo del dolor y las posiciones. Esto alerta sobre una necesidad de comunicar y educar a las usuarias acerca de este proceso para garantizar una experiencia positiva.

A su vez, al demostrarse una asociación entre la asistencia a clases de parto con mayor información sobre la analgesia y la posición, se estima que esta es una herramienta poderosa. Se podría estudiar con una muestra mayor y en otros centros de salud la proporción de asistencia a clases de parto y los motivos por los cuales las usuarias no asisten. La guía del MS del 2018 dispone lo necesario para realizar las clases de parto y hace especial énfasis en su disponibilidad⁽⁹⁾. Sería pertinente garantizar la presencia de las clases en la comunidad acercando esta herramienta a la población, sobre todo teniendo en cuenta la buena adherencia al sistema de salud en lo que respecta al control.

La gran mayoría de las usuarias lleva un buen control en cantidad de su embarazo, y esto no se relaciona con mayor información respecto a las opciones estudiadas. Podría entonces ser de gran impacto mejorar la difusión de esta información en los controles obstétricos, por ejemplo con folletos explicando los servicios ofrecidos por las diferentes maternidades. Además, la guía del MS incluye una plantilla de plan de parto, para que las usuarias puedan decidir junto a quien controla su embarazo ciertos aspectos del trabajo de parto y el parto. Esto podría ser usado en la consulta como guía para informar respecto a los eventos y las decisiones posibles en este proceso.

Más allá de la información previa de las usuarias, la baja proporción de partos en vertical llama la atención. Sería deseable saber con qué formación cuenta y qué tan predispuesto está el personal de salud para la atención del parto vertical, teniendo en cuenta que la guía del MS no recomienda el parto en posición litotómica⁽⁹⁾.

La situación descrita en este estudio no es extrapolable al resto del país. Sería interesante realizar un estudio de mayor magnitud analizando estas y otras variables en diferentes centros de salud, tanto de ASSE como mutualistas, en Montevideo y el interior del país para conocer la realidad del parto humanizado de forma más global.

Agradecimientos:

A las usuarias y los funcionarios del C.H.P.R. por su predisposición que facilitó la recolección de datos. A Guadalupe Herrera, Silvina Bartesaghi, Gonzalo Sotero y Claudio Sosa por su colaboración.

REFERENCIAS

- Schwarz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005. 1-728 p.
- WHO. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1><http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- Cáceres-Manrique FDM, Nieves-Cuervo GM. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017;68(2):128-134.
- Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en Cifras [Internet]. 2012;10(2/3):44-59. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- WHO. Appropriate Technology for Birth. Lancet. 1985;436-7.
- OMS. CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA. 1996;1-104.
- IMPO. Ley N° 18426 - SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA [Internet]. Normativa y Avisos Legales del Uruguay. 2008. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Muñoz MJ, Fernández Galeano M, Basso Garrido J, Ríos G, Dellagatta A, Grella C, et al. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio [Internet]. Uruguay; 2008 p. 72. Available from: <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-proceso-parto-puerperio.pdf>
- Basso Garrido J, Quian J, Rosa R, Ríos G, Visconti A, Aguirre R. Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional [Internet]. 2018 [cited 2019 May 8]. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/RECOMENDACIONES.pdf>
- Calvo Aguilar O, Flores Romero AL, Morales García VE. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obstet Mex. 2013;81:1-10.
- Agramonte-Vilca MJ. Parto vertical: ¿favorece una correcta adaptación neonatal? Salud Publica Mex. 2016;58(3):336-7.
- Dunn PM. Francois Mauriceau (1637-1709) and maternal posture for parturition. Arch Dis Child. 1991;66(February 1991):78-9.
- Vargas Londoño VF, Rodríguez Castiblanco JP, Corredor Acosta MT, Vallejo Astudillo NM. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. Investig en Enfermería Imagen y Desarro. 2018;20(1):14.
- Gayeski ME, Brüggemann OM. Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2009;17(2):153-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=eshttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003
- Martínez Galiano JM. Manual de Asistencia al Parto. 1st ed. Elsevier, editor. Barcelona; 2013. 1-340 p.
- Quintana MV, Torrado MJ, Núñez M, Bouchacourt JP, Álvarez E. Satisfacción y calidad en analgesia del parto. Anest Analg Reanim [Internet]. 2013;26(2):1-13. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732013000200006
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. 2012;(3):1-163.
- Álvarez C, Borbonet D, Borda K, Boggia B, Bottaro S, Chribao F, et al. Tomo 1: Atención integral, humanizada e institucional, de la mujer en Trabajo de parto y Parto y del Recién nacido. In: Protocolos clínicos en la Maternidad. 2018. p. 1-96.
- Romero-Morante M, Jiménez-Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. Fisioterapia. 2010;32(3):123-30.
- Ortiz, J, Palacio, F, Ruiz F. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural Analgesic techniques for labour: alternatives in case Resumen Introducción El dolor del parto se describe como uno Analgesia epidural obstétrica La analgesia epidural (o p. An SistSanit Navar. 2014;37(3):411-27.
- Jiménez-Barragán C. Aplicación de métodos no farmacológicos en la dilatación y alivio del dolor en el parto [Internet]. 2015. Available from: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1605>
- Caballero Barrera V, Santos Pazos PJ, Polonio Olivares ML. Alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor en el trabajo de parto. NURE Investig [Internet]. 2016;13(85):1-7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277922><http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/73>
- Stark MA. Testing the effectiveness of therapeutic showering in labor. J Perinat Neonatal Nurs. 2017;31(2):1-9.
- Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013;42(1):19-28.
- Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. Int J Nurs Pract. 2018;24(3):1-8.
- IMPO. Ley N° 17386 - ACOMPAÑAMIENTO A LA MUJER EN EL PREPARTO, PARTO Y NACIMIENTO [Internet]. Normativa y Avisos Legales del Uruguay. 2001. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>
- Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes Cavalcante MV, Nery do Lago P, Sousa de Mesquita N. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2014;18(2):262-9.
- ASSE. "A la hora de nacer" [Internet]. Uruguay; Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=7yg-uAMgnnl>
- Ministerio de Salud Pública. Estadística IN de. República Oriental del Uruguay - Estadísticas Vitales - Natalidad 2011-2015, Certificado de Nacido Vivo de Uruguay [Internet]. 2016. Available from: <http://estadisticas.msp.gub.uy/index.php/catalog/20/datafile/F9>
- C.H.P.R. Sistema Informático Perinatal (SIP) OPS/OMS. 2018.
- Castro L. Con nuevas salas de nacer ASSE "termina de posicionarse como una maternidad de última generación." la diaria [Internet]. 2018 Jul 23; Available from: <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2018/7/con-nuevas-salas-de-nacer-asse->

[termina-de-posicionarse-como-una-maternidad-de-ultima-generacion/](#)

ANEXOS

1 - Cuestionario

Datos personales:

1. ¿Cuántos años tiene?

2. Usted se identifica como:

- Blanca
- Indígena
- Afro
- Otra

3. ¿Cuál es su máximo nivel educativo obtenido?

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria incompleta
- Terciaria completa

4. ¿Tuvo alguna vez otro parto vaginal?

- Sí
- No

5. ¿A cuántos controles obstétricos asistió?

- <5
- ≥5

6. ¿Asistió a clases de parto?

- Sí
- No

Información sobre el trabajo de parto y parto:

7. ¿Estuvo acompañada durante el trabajo de parto y parto por quien usted eligió?

- Sí
- No

8. ¿Sabía que usted podía elegir quién la acompañaba?

- Sí
- No

9. ¿Recibió algún tipo de analgesia?

- Sí
- No

10. ¿Qué tipo de analgesia recibió?

- Epidural/Combinada
- Medicación intravenosa
- Esferodinamia
- Duchas de agua caliente
- Masajes
- Técnicas de relajación

11. ¿Antes de entrar en trabajo de parto, usted conocía los diferentes métodos de analgesia que podía elegir utilizar?

- Sí
- No

12. ¿En qué posición parió?

- Acostada (posición litotómica)
- Vertical (en el banco de parto, de pie, arrodillada)

13. ¿Antes de entrar en trabajo de parto, usted conocía las diferentes posiciones en las que podía elegir parir?

- Sí
- No

2- Consentimiento informado

Información para la participante

Por medio de este documento se invita a usted a participar de la investigación "¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto del 2019", a cargo de los estudiantes de sexto año de medicina: Br. Federico Alfaro, Br. Ana Barbier, Br. Cecilia Belzarena, Br. Lucía Bengochea, Br. Blanca Cardozo, supervisados por la Prof. Adj. Dra. Isabel Posada.

El objetivo de nuestro trabajo es saber si las pacientes están o no informadas sobre algunas opciones que tienen disponibles al momento del trabajo de parto y parto en este hospital. Para recabar estos datos, si usted lo concede, se realizará una encuesta con una duración aproximada de 10 minutos. En caso de ser necesario se verificarán algunos datos con la historia clínica.

Si desea participar, esta será la única intervención que realizaremos. Usted tiene derecho a negarse a participar y a decidir interrumpir la encuesta en cualquier momento, sin esto ocasionar ningún tipo de perjuicio en cuanto a la atención que recibirá. Una vez recabados los datos, estos serán incluidos en el estudio, no pudiendo ser eliminados debido a que la encuesta es anónima. La participación es estrictamente voluntaria, usted no recibirá ningún tipo de incentivo económico, ni de otra índole por participar. Los investigadores tampoco recibirán incentivo alguno.

Se respetará en todo momento el principio de confidencialidad y los datos aquí recabados serán anónimos y se utilizarán sólo con fines en esta investigación. Se difundirán los datos de forma anónima mediante una publicación de un póster y/o una publicación científica.

Cuando el estudio finalice usted podrá acceder a los resultados del estudio si lo desea.

Consentimiento informado

Por medio de este documento acepto participar voluntariamente de la investigación "¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto del 2019" llevada a cabo por la Dra. Adj. Isabel Posada y los Br. Federico Alfaro, Ana Barbier, Cecilia Belzarena, Lucía Bengochea y Blanca Cardozo.

Conozco los objetivos de la investigación y fui informada de que mi participación constará en responder un cuestionario. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar, y a retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto ocasione ningún tipo de perjuicio hacia mi persona.

A su vez, he sido informada de que los datos que brinde son confidenciales y no serán utilizados con otros fines por fuera de esta investigación.

En caso de tener una duda sobre mi participación en el estudio puedo ponerme en contacto con la investigadora a cargo, Prof. Adj. Dra. Isabel Posada, al número 096771359 o a la dirección de correo electrónico miposada@hotmail.com.

Una vez otorgado el consentimiento informado, recibiré una copia de dicho documento. Al finalizar la investigación tengo derecho a solicitar los resultados de la misma.

.....
Nombre de la participante/tutor

.....
Firma de la participante/tutor

.....
Nombre del investigador

.....
Firma del investigador

3- Asentimiento

Información para la participante menor de edad

Somos estudiantes de sexto año de medicina: Br. Federico Alfaro, Br. Ana Barbier, Br. Cecilia Belzarena, Br. Lucía Bengochea, Br. Blanca Cardozo. Con la supervisión de la Prof. Adj. Dra. Isabel Posada, estamos haciendo un trabajo de investigación que se llama "¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto del 2019", y queremos invitarla a participar.

El objetivo de nuestro trabajo es saber si las pacientes están o no informadas sobre algunas opciones que tienen disponibles al momento del trabajo de parto y parto en este hospital. Para obtener estos datos, si usted está de acuerdo, se realizará una encuesta que durará aproximadamente 10 minutos. En caso de ser necesario se verificarán algunos datos con la historia clínica.

Si desea participar, esta será la única intervención que realizaremos. Usted tiene derecho a negarse a participar y a decidir interrumpir la encuesta en cualquier momento, sin que esto ocasione ningún tipo de problema en cuanto a la atención que recibirá. Una vez obtenidos los datos, estos serán incluidos en el estudio, y no podrán ser eliminados debido a que la encuesta es anónima. La participación es estrictamente voluntaria, usted no recibirá ningún tipo de incentivo económico, ni de otro tipo por participar. Los investigadores tampoco recibirán incentivo alguno.

Se respetará en todo momento el principio de confidencialidad y los datos aquí obtenidos serán anónimos y se utilizarán sólo con fines en esta investigación. Se difundirán los datos de forma anónima mediante una publicación de un póster y/o una publicación científica.

Cuando el estudio finalice usted podrá acceder a los resultados del estudio si lo desea.

Si usted desea participar, necesita dar su asentimiento, y su padre, madre o tutor legal deberá firmar el consentimiento informado.

Asentimiento

Por medio de este documento acepto participar voluntariamente de la investigación "¿Están informadas las usuarias sobre las opciones disponibles al momento del parto? Estudio descriptivo realizado en el C.H.P.R. durante julio-agosto del 2019" llevada a cabo por la Dra. Adj. Isabel Posada y los Dres. Federico Alfaro, Ana Barbier, Cecilia Belzarena, Lucía Bengochea y Blanca Cardozo.

Conozco los objetivos de la investigación y fui informada de que mi participación consistirá en responder un cuestionario. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar, y a retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto ocasione ningún tipo de problema.

A su vez, he sido informada de que los datos que brinde son confidenciales y no serán utilizados con otros fines por fuera de esta investigación.

En caso de tener una duda sobre mi participación en el estudio puedo ponerme en contacto con la investigadora a cargo, Prof. Adj. Dra. Isabel Posada, al número 096771359 o a la dirección de correo electrónico miposada@hotmail.com.

Una vez otorgado el consentimiento informado, recibiré una copia de dicho documento. Al finalizar la investigación tengo derecho a solicitar los resultados de la misma.

.....
Nombre de la participante

.....
Firma de la participante

.....
Nombre del investigador

.....
Firma del investigador