



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

CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PARTO HUMANIZADO

Estudio descriptivo en una institución privada de maternidad en la ciudad
de Montevideo, Uruguay en mayo del 2014

Autores:

Br. Errasquin, Lucía
Br. Fagundez, Cecilia
Br. Pereyra, Analía
Br. Phillips, Karen
Br. Solís, Laura

Tutor:

Prof. Adj. Lic. Luciana Piccardo

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

Montevideo, 2014



CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	PÁG 3
RESUMEN	PÁG 4
INTRODUCCIÓN	PÁG 5
JUSTIFICACIÓN.....	PÁG 6
MARCO TEORICO.....	PÁG 8
ANTECEDENTES.....	PÁG 12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	PÁG 13
OBJETIVOS.....	PÁG 14
METODOLOGÍA	PÁG 15
RESULTADOS.....	PÁG 16
DISCUSIÓN.....	PÁG 31
CONCLUSIONES.....	PAG 35
SUGERENCIAS.....	PAG 36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	PÁG 37
ANEXOS	PÄG 38



AGRADECIMIENTOS

Las autoras de esta investigación agradecen a la Facultad de enfermería que siempre nos ha respaldado y brindado apoyo durante toda la carrera.

Asimismo agradecen a los docentes, en especial a la Prof. Adj Luciana Piccardo, quienes han motivado a fortalecer un continuo aprendizaje.

Por otro lado expresar nuestra gratitud a Elvira Lutz, Obstetra, partera, asesora de la RELACAHUPAN y activista por los DD.SS.RR, por habernos recibido en su casa y compartido sus conocimientos y su experiencia.

Asimismo agradecer a la institución de maternidad que nos abrió las puertas para realizar dicho trabajo de investigación final.

Finalmente a nuestros familiares y amigos por su apoyo constante durante estos años de carrera universitaria.



RESUMEN

El siguiente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la licenciatura en enfermería de la UdelaR, es un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal realizado en el período comprendido entre Marzo 2013 y Mayo del 2014. Dicho trabajo tuvo como objetivo determinar el conocimiento que posee el personal de enfermería sobre las prácticas de parto humanizado de un servicio privado de maternidad en la ciudad de Montevideo.

La muestra seleccionada fue no probabilística, por conveniencia. La unidad de análisis correspondió a 39 personas, entre ellas 27 Auxiliares en enfermería y 12 Licenciadas en Enfermería operativas, las cuales se encontraban durante el corte el cual se realizó entre el 2 al 16 de Mayo del 2014.

Los datos se recabaron mediante la aplicación de un cuestionario autocumplimentado con preguntas dicotómicas, múltiple opción y una abierta. Previo a la aplicación del mismo a la muestra se realizó una prueba piloto para evaluar la validez y confiabilidad del instrumento.

Las variables seleccionadas contemplan la capacitación y el conocimiento del personal de enfermería sobre las prácticas para un parto humanizado en relación a los derechos de la usuaria; la ley de acompañamiento; movilización y posiciones durante el trabajo de parto y parto; el uso rutinario de episiotomía, enema evacuador y suero con oxitocina sintética; los métodos no farmacológicos para reducir el dolor y sobre lactancia materna y apego precoz.

Si bien el 71% del personal encuestado posee capacitación en el área de Maternidad sólo un 34% posee alto conocimiento, el 53% conocimiento medio, y el 18% bajo conocimiento.



INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la licenciatura en enfermería de la UdelaR. Es un estudio descriptivo de corte transversal el cual se realizó en el período comprendido entre Marzo 2013 y Mayo del 2014 en la ciudad de Montevideo.

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en Noviembre del 2000 en Fortaleza, Brasil, se definió que el parto humanizado implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de Salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidados; calidad y calidez de atención; estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo- emocional). Por lo que la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios de salud deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas.

Dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos se destaca el derecho a una atención humanizada en el embarazo, parto y puerperio.

A partir del año 2001 en Uruguay se decreta la Ley nº17.386 la cual dispone que toda mujer durante 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.

Cabe destacar la participación que tiene la enfermera en promover a las futuras madres la confianza en sí mismas, y educarlas sobre sus derechos, para que puedan elegir con dignidad y claridad un parto sin drogas ni procedimientos innecesarios los cuales cada vez más, están siendo reconocidos como peligrosos tanto para la madre como para el bebe, ya que la confianza excesiva de la tecnología ha producido un desequilibrio en el aspecto femenino, es decir, la sabiduría intuitiva.

He aquí la importancia de este estudio, ya que a mejor preparación del personal, mejor contribución con la sociedad, mayor beneficio para la mujer garantizando un nacimiento seguro y gratificante.



JUSTIFICACIÓN

Durante siglos las mujeres decidían sentarse o ponerse en cuclillas a la hora de parir. Hoy en día las mujeres están destinadas a parir en posición obstétrica, por la falta de conocimiento y la imposición de las instituciones.

En las maternidades la asistencia del nacimiento continúa aconteciendo en un contexto de sobre intervención y medicalización; datos recientes recabados desde 2009 al 2013 sobre las vías de terminación del parto, ocurridos en el Hospital de la Mujer en Montevideo, muestran que un 28,6% fueron cesáreas mientras que el 71,4% parto vaginal.

La OMS establece que no se justifica en ningún país del mundo una tasa de cesáreas superior al 15%.

En Uruguay todavía es frecuente que se realicen procedimientos de rutinas tales como administración de medicamentos como la oxitocina, se hagan episiotomías, se monitoreen los latidos del bebe y se ofrezca la anestesia epidural como única alternativa para aliviar el dolor existiendo evidencia científica que demuestran que no son practicas correctas.

Así como todas las mujeres son distintas, sus partos también lo son, uno de los aspectos que destaca la ley de defensa del derecho de la salud sexual y reproductiva vigente en Uruguay es que se respete el tiempo biológico y psicológico de las embarazadas.

"El parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras"¹.

La enfermera como profesional de salud se encuentra vinculada a la atención directa de la usuaria, y le compete el rol de gestor de cuidado, ya que cuenta con las herramientas independientes para realizarlo. Dada esta situación puede aspirar al cambio hacia la humanización de la atención en el proceso del parto, esta relación aumenta el nivel de satisfacción de la mujer asegurando la participación activa no solo de ella sino también de la familia.

La enfermera como el resto del equipo de salud debe conocer y priorizar las posturas y el tiempo de cada mujer, posibilitar el placer y disfrute, promover el

¹ Declaración de Ceará en torno a la humanización del parto. Fortaleza Brasil 2002 [sitio de internet] disponible en: <http://www.relacahupan.com.ar/declaracion.html>. Consultado: Febrero, 2013



vínculo pecho a pecho desde el primer momento, es quien separe a la mujer de la violencia internalizada y que no la promueva, y respete y cumpla con los derechos del nacimiento.

“Se habla de parto humanizado porque la base es una cuestión de derechos: ni más ni menos que los derechos de las mujeres y sus familias a elegir como vienen sus hijos al mundo, explica Graciela Etcheverry, directora del Instituto Perinatal del Uruguay (una asociación sin fines de lucro que trabaja por la humanización del parto y la salud de mamás y bebés).

“Para que un parto sea natural y sano no hace falta mucho. Lo más importante es que todos los que intervenimos recobremos la magia y la sabiduría del rol. Esto no significa despreciar los avances médicos y tecnológicos, sino usarlos a nuestro favor, para facilitar el parto, haciéndolo no sólo libre sino también seguro. Si una mujer llega a la sala de partos de una institución que le resulta completamente ajena y fría, pero está acompañada por su compañero, y contenida por un profesional y emocionalmente por el equipo obstétrico con el que ella ya estableció un vínculo, la energía que va a haber alrededor de ese nacimiento y la tranquilidad de esa embarazada van a ser superiores a las que tendría si estuviera en medio de desconocidos y sola”.²

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

² Schallman R. Parir en libertad: en busca del poder perdido 1ª ed. Buenos Aires. Grijalbo, 2007



MARCO TEORICO

A lo largo de la historia se han producido cambios culturales, sociales, demográficos y económicos que han modificado las sociedades, en estas transformaciones no son ajenos los acontecimientos en el sector de los servicios de salud, y por supuesto en la Enfermería. Hoy día, las transformaciones son inminentes y necesarias, consideramos importante desarrollar y reconocer los paradigmas y teorías para comprender la evolución de estos cambios.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención. Para King las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y a los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos.

El eje central del parto humanizado se basa en una cuestión de cuidados principalmente hacia la mujer, el bebé y su pareja, por lo tanto el rol de enfermería está enfocado en el cuidado durante el periodo preparto, parto, y posparto, consideramos que la atención humanizada debe reunir ciertos cuidados a tener en cuenta, la participación de un equipo interdisciplinario con la asistencia de profesionales de la salud como parteras, neonatólogos, enfermeras y trabajadores sociales. Ser integral y tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus familias para permitir lograr sus objetivos, tener en cuenta que la mujer es la protagonista y respetar la toma de decisión, respetar la privacidad, procurar la dignidad y la confidencialidad de las mujeres. El Parto Humanizado, requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer.

Para Elvira Lutz³ el parto humanizado es el que respeta los derechos humanos y específicamente los derechos sexuales y reproductivos de sus parejas. Humanizar el parto es devolverle al nacimiento su verdadero sentido, protagonizado por la mujer que pare, el hijo que nace, y el padre o la persona que la acompañe (ver anexo 1 entrevista)

³ Obstetra, partera, asesora uruguaya de la RELACAHUPAN.



"Todas las mujeres que se encuentran en el proceso de parto tienen derecho a ser atendida por personal calificado y respetuoso de los principios éticos de nuestras profesiones. Estos técnicos deben ser capaces de controlar y asistir el proceso del parto normal con una perspectiva de respeto de los derechos, equidad de género, trabajo en equipo, conocimiento de normativas vigentes, reconocer los procesos fisiológicos y el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales y dar paso a la atención del nivel de mayor complejidad cuando sea necesario".⁴

En la maternidad la mujer tiene derecho a estar informada sobre los efectos secundarios que pueden tener los medicamentos, o la aplicación de determinadas tecnologías actuando directamente sobre el feto, tiene derecho a un parto natural y a negarse a intervenciones innecesarias como rasurado, enema, rotura artificial de membranas, episiotomía rutinaria, que alteran su normal desarrollo. Tiene derecho a escoger la posición en el trabajo de parto y en el momento del nacimiento que le resulte más apropiada, y menos tensionantes, derecho a estar en contacto inmediato con su bebe, amamantando según sus necesidades independientemente de las normas institucionales. Tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso del personal de salud, y a ser escuchada y atendida en sus apreciaciones y sentimientos, respetándola en su intimidad y privacidad.

El trabajo de parto y puerperio de bajo riesgo es aquel que no presenta en forma previa o durante, circunstancias que eleven el riesgo de presentar un mal resultado obstétrico- perinatal.

Estos trabajos de parto, parto y puerperio evolucionan satisfactoriamente en forma fisiológica sin intervencionismo y no necesitan tecnología compleja para su vigilancia.⁵

"En la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil) en Abril de 1985 se formuló las dieciséis recomendaciones generales de la OMS sobre los Derechos de la mujer embarazada y su bebé. De las cuales destacamos:

- Que toda la comunidad debería estar informada sobre las diversas formas de cuidados en relación con el parto, con el objetivo de que cada mujer pueda optar por ella misma por lo que más le conviene.
- Sería necesario animar y favorecer la formación de doulas y parteras que serían las responsables de las atenciones a dispensar en caso de embarazo normal, parto y posparto.

⁴ Ministerio de Salud Pública - Dirección general de la salud - programa nacional prioritario de salud de la mujer y género - guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada - Uruguay; 2007

⁵ Ministerio de Salud Pública - Dirección general de la salud - programa nacional prioritario de salud de la mujer y género - guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada - Uruguay; 2007



- Difundir entre los usuarios de los distintos hospitales, información sobre las prácticas en vigor en los hospitales respectivos, en materia de partos y nacimientos (tasas de cesáreas, episiotomías).
- Los países en los que las tasas de mortalidad perinatal son las más bajas del mundo, tienen también las tasas de cesáreas inferiores al 10%. No hay pues ninguna razón que justifique que existan, en ningún país, tasa de cesáreas superiores a ese número.
- No está demostrado que la monitorización fetal de rutina durante el parto tenga un efecto positivo sobre el bebé o sobre la mamá.
- El rasurado de pubis, la administración de un enema antes del parto y la episiotomía sistemática, no está justificado en absoluto.
- El parto no debería ser provocado por comodidad y no debería provocarse artificialmente ningún parto que no lo requieran las indicaciones médicas precisas y justificadas. Ningún país deberá tener tasas, de provocación artificial del parto, superiores al 10%.
- El recién nacido debería estar siempre con su madre, siempre y cuando el estado de salud de los dos lo permita. Ningún examen justifica que se separe aun recién nacido sin problemas de salud, de su madre.
- La lactancia materna debe ser estimulada lo antes posible, antes incluso de que la madre abandone la sala de partos.

La Ley 17386 contempla que toda mujer durante el trabajo de parto, parto y postparto tiene derecho a estar acompañada por la persona que ella decida, y en caso de no contar con un acompañante referente se deberá proveer acompañantes entrenados por parte de las maternidades públicas y privadas.

El uso del Enema:

Se dice que acelera el trabajo de parto y que las heces podrían contaminar al bebé, pero estudios comprueban que su uso no trae ninguna ventaja.

Rasurado de pubis:

Se hace porque se asegura que el parto es más higiénico, en este caso puede haber inflamación local y el crecimiento del vello es incómodo, se ha comprobado que su práctica no es necesaria.

Uso rutinario de suero con oxitocina:

Todavía se hace porque provoca más contracciones y logrando así que el parto sea más rápido y que la cama quede libre. Los dolores de parto con oxitocina son insostenibles y pueden provocar sufrimiento fetal.



Ayuno durante el trabajo de parto:

Se dice que en caso de una cesárea, puede haber problemas de aspiración de alimentos. El ayuno provoca debilidad y puede causar serios problemas en el parto, el hecho de aspiración es tan raro que no puede ser usado como justificativo.

Restricción de movimientos:

Se dice que no hay espacio en los centros obstétricos para que las mujeres caminen y cambien de posición y que esto es más seguro. Los estudios probaron, hace mucho tiempo, que la mujer debe tener libertad de posición y movimiento durante todo el trabajo de parto.

Parto en posición ginecológica:

Facilita la acción y la intervención del médico. Hace que el parto sea más lento, disminuye la oxigenación del bebé y no es cómodo para la mujer.

Uso rutinario de episiotomía:

Se utiliza en un 70 u 80% de partos normales, cuando solo es recomendado en un 15 o 20 %. Se dice que la episiotomía es necesaria. La verdad es que hay una gran desinformación de los médicos sobre la necesidad de este procedimiento. Aumenta la chance de sangrado, inflamaciones e infecciones, puede causar problemas en la relación sexual.

Separación del bebe después del parto:

Sin que él y la madre se puedan tocar, oler y tener la primera posibilidad de amamantamiento. Después del parto es el momento más importante para la madre y el bebé, ya que allí se establece el vínculo. El amamantamiento provoca más rápidamente la salida de la placenta y con menos sangrado.

Analgoanestesia:

"Existen diferentes técnicas que pueden aplicarse durante el proceso del parto con el fin de disminuir la percepción dolorosa, aunque los estudios que los avalan son pequeños y metodológicamente discutibles.

Dentro de los métodos no farmacológicos para reducir el dolor existen: la inmersión en agua, la estimulación cutánea, la música, la imaginación y la utilización de técnicas de respiración y relajación.

La inmersión en agua durante el primer estadio del trabajo de parto ha demostrado disminuir la necesidad de analgésicos sin empeorar los resultados perinatales. Tomar una ducha caliente ayuda a promover la relajación



ANTECEDENTES

Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre el tema abordado, en la que se tuvieron en cuenta las bases de datos Cochrane, Timbo y Scielo, del cual se encontró escasa información actualizada.

Por otra parte se logró contactar a la partera, obstetra Elvira Lutz, asesora de la RELACAHUPAN, quien nos brindó información a través de sus experiencias y aportó bibliografía pertinente ya que cuenta con una biblioteca personal.

La institución de maternidad donde se realizó la investigación es de larga trayectoria en Montevideo, se obtuvieron los siguientes datos; un total de 19 licenciados en enfermería, y 40 auxiliares en enfermería, en el periodo de encuesta se encontraban cumpliendo su función.

La institución cuenta con tres salas de nacer completas, donde las afiliadas tienen la posibilidad de permanecer en la misma habitación desde el trabajo de parto hasta las dos primeras horas del puerperio, se realizan un promedio de 120 partos mensuales, y tiene una capacidad de 9 camas para prepartos, 27 para puerperio y 30 cunas, 5 puestos para CTI, y 8 para cuidados intermedios.

Esta incorporación sigue una tendencia mundial, que prioriza la presencia de la familia y la conformación de un espacio íntimo más similar al propio hogar.



PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Qué conocimiento tiene el personal de enfermería que trabaja en la maternidad de una institución privada en la ciudad de Montevideo en el barrio La Blanqueada, sobre las prácticas de parto humanizado en el período comprendido entre el 2 al 16 de Mayo del 2014?

Objetivos científicos

Caracterizar a la población en estudio

Indagar el conocimiento que posee el personal de enfermería en relación a las derivadas de los usuarios a la hora de implementar la atención y promoción a respetando el trabajo de parto y parto; el uso rutinario de analgésicos, entre otros; y sobre las prácticas de parto humanizado, los métodos de lactancia materna, entre otros.

Identificar de la población en estudio cuáles son los conocimientos en el área de maternidad



OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar el conocimiento que posee el personal de enfermería de la maternidad de una institución privada de la ciudad de Montevideo sobre las prácticas del parto humanizado durante el tiempo comprendido entre el 2 al 16 de Mayo del 2014.

Objetivo específicos:

- Caracterizar a la población en estudio
- Indagar el conocimiento que posee la población en estudio en relación a los derechos de las usuarias; a la ley de acompañamiento; a la movilización y posiciones a adoptar durante el trabajo de parto y parto; el uso rutinario de episiotomía, enema evacuador y suero con oxitocina sintética; los métodos no farmacológicos para reducir el dolor y sobre lactancia materna y apego precoz.
- Identificar de la población en estudio cuales recibieron capacitación en el área de maternidad



METODOLOGÍA

El estudio realizado es de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo de corte transversal.

El área geográfica fue la República Oriental del Uruguay, Departamento Montevideo, sector de enfermería de los pisos de maternidad, de una institución privada ubicada en el barrio de la Blanqueada.

El universo (n: 59) son todas las Licenciadas en Enfermería operativas, y auxiliares de enfermería que brindan asistencia en la maternidad de una institución privada.

La muestra seleccionada (n: 39) fue no probabilística por conveniencia y comprende a las Licenciadas de Enfermería operativas y Auxiliares de enfermería que se encontraron, brindando asistencia y dieron su consentimiento para participar del estudio guardando el anonimato, en el área de la maternidad de una institución privada durante el periodo de recolección de datos.

El criterio de exclusión fue no estar presente en el momento de la encuesta y negarse a participar en el estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo en el periodo entre 2 al 16 mayo del 2014, mediante la realización de un cuestionario autocumplimentado con preguntas dicotómicas, múltiple opción y una abierta.

Con respecto a las preguntas múltiple opción de conocimiento, para obtener la frecuencia absoluta se aplicó la siguiente regla: habiendo 2 respuestas correctas por cada pregunta con un total de 1 punto por respuesta correcta y cero por respuesta incorrecta. El N total es de 18 ya que son 9 preguntas. Para evaluar el conocimiento en relación a las prácticas sobre parto humanizado se aplicó la siguiente escala:

-Conocimiento bajo: menos de 50% de respuestas correctas (de 0 a 8 puntos en total)

-Conocimiento medio: de 50 al 75% de respuestas correctas (de 9 a 13 puntos en total)

-Conocimiento alto: más del 75% de respuestas correctas (más de 14 puntos en total)



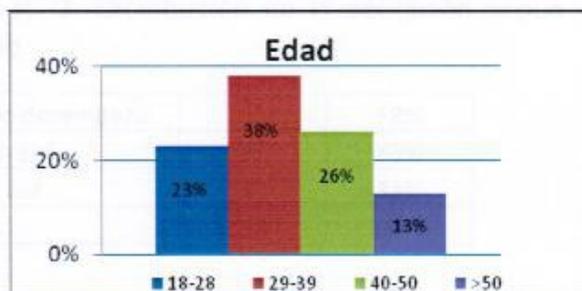
RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación corresponden al 100% de los cuestionarios aplicados al personal de Enfermería, tanto auxiliares como licenciadas operativas, que se encontraban durante la recolección de datos en el servicio de una maternidad privada. La muestra fue seleccionada por conveniencia.

A continuación se presentaran las tablas y gráficas de las variables seleccionadas con un breve comentario posterior. Las cuales tienen como fuente los cuestionarios realizados por las cinco estudiantes durante el periodo del 2 al 16 de Mayo del 2014 en la ciudad de Montevideo.

Presentaciones graficas:

Gráfico N° 1. Distribución de la población según edad



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 1. Distribución de la población según edad

Edad	FA	FR%
18-28	9	23%
29-39	15	38%
40-50	10	26%
>50	5	13%
TOTAL	39	100%

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

En esta grafica podemos visualizar que un 38% del total de los encuestados se encuentran entre los 29 y 39 años, siguiéndoles con un 26% a personas entre 40 y 50 años. Entre 18 y 28 años encontramos un 23% y por ultimo personas mayores de 50 un 13%. Podemos decir q la población la mayoría de la población encuestada es adulto joven.



Gráfico N° 2. Distribución de la población según el rol que desempeña en el servicio



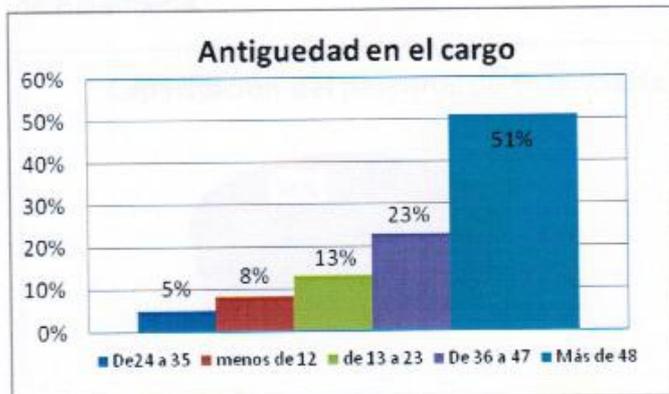
Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 2. Distribución de la población según el rol que desempeña en el servicio

Rol que desempeña	FA	FR%
Aux. en Enf	27	69%
Lic. en Enf	12	31%
TOTAL	39	100%

En cuanto al rol que desempeñan en el servicio las encuestadas, el 69% son Auxiliares de Enfermería y un 31% son Licenciadas de Enfermería.

Gráfico N° 3. Distribución de la población según la antigüedad en el cargo



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 3. Distribución de la población según la antigüedad en el cargo

Antigüedad en el cargo	FA	FR%
menos de 12	3	8%
de 13 a 23	5	13%
De 24 a 35	2	5%
De 36 a 47	9	23%
Más de 48	20	51%
TOTAL	39	100%

Con un 51% del total de los encuestados, presentan más de 48 meses de antigüedad en el área. Siguiéndole con un 23% de 36 a 47 meses y con un menor porcentaje de 5%, entre 24 y 35 meses.

Gráfico N° 4. Distribución de la población según la capacitación del personal de Enfermería



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 4. Distribución de la población según la capacitación del personal de Enfermería

Capacitación	FA	FR%
Si	29	74%
No	10	26%
TOTAL	39	100%

La mayoría del personal de enfermería, con un 74%, manifestó haber recibido capacitación en el área de maternidad.



Gráfico N° 5. Distribución de la población según el tipo capacitación del personal de Enfermería



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 5. Distribución de la población según el tipo capacitación del personal de Enfermería

Especifique tipo de capacitación	FA	FR%
Curso brindado por la institución	22	42%
Cursos externos	15	28%
congresos de maternidad	15	28%
Otros	1	2%
TOTAL	53	100%

En cuanto al tipo de capacitación del personal de enfermería, el 42% realizaron cursos brindados por la institución, y un 28%, tanto cursos externos como congresos de maternidad.

Gráfico N°6 Según el conocimiento en relación a los derechos de la mujer

Gráfico N°6 Según el conocimiento en relación a los derechos de la mujer



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N°6 Según el conocimiento en relación a los derechos de la mujer

En relación a los derechos de la mujer	FA	FR%
Conocimiento suficiente	23	59%
conocimiento escaso	15	38%
no conoce	1	3%
TOTAL	39	100%

En relación a los derechos de la mujer el 59% presenta conocimiento suficiente y solamente un 3% no conoce.

Gráfico N°7. Según el conocimiento en relación a la Ley de acompañamiento



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N°7. Según el conocimiento en relación a la Ley de acompañamiento

En relación a la Ley de acompañamiento	FA	FR%
Conocimiento suficiente	7	18%
conocimiento escaso	31	79%
no conoce	1	3%
TOTAL	39	100%

En relación a la ley de acompañamiento el 79% presenta un conocimiento escaso y sólo un 18% un conocimiento suficiente.



Gráfico N°8 Según el conocimiento en relación a la movilización de la mujer durante el trabajo de parto y parto



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N°8 Según el conocimiento en relación a la movilización de la mujer durante el trabajo de parto y parto

En relación a la movilización y posiciones de la mujer durante el trabajo de parto y parto	FA	FR%
Conocimiento suficiente	18	46%
conocimiento escaso	16	41%
no conoce	5	13%
TOTAL	39	100%

En relación a la movilización y posiciones de la mujer durante el trabajo de parto y parto, un 46% tiene conocimiento suficiente siguiéndole con un 41% conocimiento escaso. Únicamente un 13% no conoce.

Gráfico N°9. Según el conocimiento en relación al rasurado perineal



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N°9. Según el conocimiento en relación al rasurado perineal

En relación al rasurado rutinario perineal	FA	FR%
Conocimiento suficiente	6	15%
conocimiento escaso	16	41%
no conoce	17	44%
TOTAL	39	100%

La mayoría con un 44% desconoce acerca del rasurado rutinario perineal y solo un 15% presenta conocimiento suficiente.

Gráfico N°10. Según el conocimiento en relación al uso rutinario del enema evacuador



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N°10. Según el conocimiento en relación al uso rutinario del enema evacuador

En relación al uso rutinario del enema evacuador	FA	FR%
Conocimiento suficiente	6	15%
conocimiento escaso	30	77%
no conoce	3	8%
TOTAL	39	100%

En relación al uso rutinario del enema evacuador, un 77% presenta conocimiento escaso y solo un 15% presenta conocimiento suficiente.

Gráfico N°11. Según el conocimiento en relación al uso de suero con oxitocina sintética



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N°11. Según el conocimiento en relación al uso de suero con oxitocina sintética

En relación a el uso de suero con oxitocina sintética	FA	FR%
Conocimiento suficiente	15	39%
conocimiento escaso	20	51%
no conoce	4	10%
TOTAL	39	100%

Un 51% del total del personal de Enfermería presenta conocimiento escaso sobre el uso del suero de oxitocina sintética. Un 39% conocimiento suficiente y solo un 10% desconoce.

Gráfico N° 12. Según el conocimiento en relación a la episiotomía



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 12. Según el conocimiento en relación a la episiotomía

En relación a la episiotomía	FA	FR%
Conocimiento suficiente	6	15%
conocimiento escaso	23	59%
no conoce	10	26%
TOTAL	39	100%

En relación a la episiotomía un 59% presenta conocimiento escaso, y la minoría con un 15% presenta conocimiento suficiente.

Gráfico N° 13. Según el conocimiento en relación a los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 13. Según el conocimiento en relación a los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor

En relación a los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor	FA	FR%
Conocimiento suficiente	12	31%
conocimiento escaso	26	66%
no conoce	1	3%
TOTAL	39	100%

En relación a los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor, encontramos con un 66% que presentan conocimiento escaso, un 31% presenta conocimiento suficiente y únicamente un 3% desconoce.

Gráfico N° 14. Según el conocimiento en relación al apego y la lactancia materna.



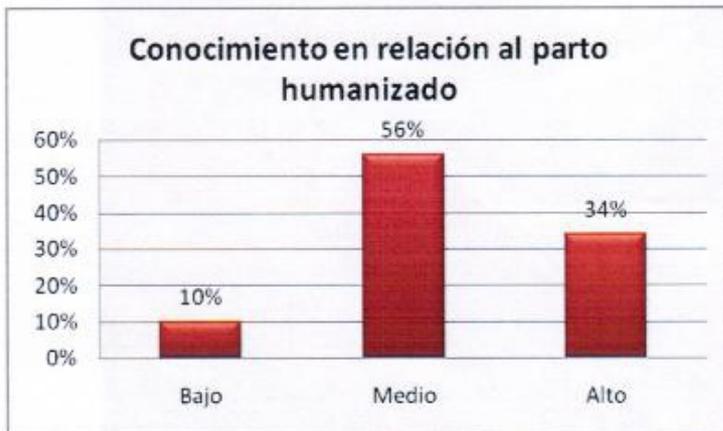
Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 14. Según el conocimiento en relación al apego y la lactancia materna.

En relación al apego y la lactancia materna	FA	FR%
Conocimiento suficiente	27	69%
conocimiento escaso	11	28%
no conoce	1	3%
TOTAL	39	100%

En relación al apego y la lactancia materna, un 69% presenta conocimiento suficiente sobre el mismo, y solo un 3% desconoce.

Gráfico N° 15. Según el conocimiento en relación a las prácticas sobre parto humanizado



Fuente: cuestionarios aplicados por estudiantes, en Mayo 2014, en un servicio privado de maternidad de Montevideo

Tabla N° 15 Según el conocimiento en relación a las prácticas sobre parto humanizado

conocimiento	FA	FR%
Bajo	4	10%
Medio	22	56%
Alto	13	34%
TOTAL	39	100%

El 61% presenta un nivel medio de conocimiento sobre las prácticas de parto humanizado. Con un 21% presenta conocimiento alto y solo un 18% conocimiento bajo



DISCUSIÓN

La recolección de datos se llevó a cabo en el Servicio de maternidad de una institución privada del departamento de Montevideo, en los turnos mañana, tarde, vespertino y noche.

La misma se realizó durante el mes de Mayo del año 2014.

Se aplicó el instrumento a un total de 39 personas, el 100% de sexo femenino, de las cuales el 68% son Auxiliares de enfermería y el 31% son licenciadas en enfermería.

Un 38 % son personas que se encuentran entre rango de edad de 29 y 39 años, siguiéndole un 26% entre 40 y 50 años. De 18 a 23 años son un 23% y por último, mayor de 50 años con un 13%.

Con un 51% del total de los encuestados, presentan más de 48 meses de antigüedad en el área. Siguiéndole con un 23% de 36 a 47 meses y con un menor porcentaje de 5%, entre 24 y 35 meses. Se destaca que solo el 8% tiene menos de 12 meses trabajando en el área de maternidad.

En relación a la capacitación en el área de maternidad, la mayoría con un 71% se ha capacitado, de los cuales el 42% recibió información a través de cursos brindados por la institución; el 28% por cursos y/o congresos externos. Este porcentaje de capacitación permite que los profesionales de la salud, desarrollen sus actividades con una orientación más exacta hacia los cuidados en el momento del parto.

El 73% del total respondió a la pregunta abierta. Del total de respuestas contestadas, el 30% relaciona al parto humanizado con la presencia e importancia del acompañamiento, el 23% con el ambiente, el 15% destaca los derechos de la mujer, un 13% evitar los procedimientos invasivos de rutina, y libre elección de postura para el trabajo de parto y parto, y un 8% el respeto de los tiempos de cada mujer.

De las respuestas obtenidas transcribimos las siguientes:

"es acoger a la mujer en un ambiente seguro, cálido, tranquilo, con privacidad por parte del equipo interdisciplinario. Brindándole contención emocional y profesional y que esté acompañada por quien ella elija (ley 17836). ... evitar episiotomía, enema, medicación, rasurado";

"la señora tiene derecho a un parto acogedor, no traumático, elección libre de las condiciones de este";

"respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento. Respetar como quiere vivir la experiencia cada mujer, favoreciendo la libertad de posición y movimiento



"con la mínima atención del equipo médico requerida";

A diferencia de esto algunas personas contestaron lo siguiente a la pregunta abierta:

"no estoy de acuerdo con el parto";

"es el nacimiento por vía natural".

Con respecto a la pregunta sobre el conocimiento en relación a los derechos de la mujer, el 59% tiene un conocimiento suficiente, el 38% conocimiento escaso, y el 3% no conoce, esto refleja que la mayoría de los profesionales tiene claro cuáles son los derechos de la mujer, como refiere el plan de estudios de facultad de enfermería son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, derecho a la vida, y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Al hablar de parto humanizado se está tratando una cuestión de derechos humanos, según las pautas del Ministerio de Salud Pública, todas las mujeres que se encuentran en el proceso de parto tienen derecho a ser atendida por personal calificado y respetuoso de los principios éticos de nuestras profesiones. Estos técnicos deben ser capaces de controlar y asistir el proceso del parto normal con una perspectiva de respeto de los derechos, equidad de género, trabajo en equipo, conocimiento de normativas vigentes, reconocer los procesos fisiológicos y el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales y dar paso a la atención del nivel de mayor complejidad cuando sea necesario.

Al preguntar sobre la Ley de Acompañamiento el 79% posee un conocimiento escaso, el 18% conocimiento suficiente, y el 3% no conoce. En Uruguay se encuentra en vigencia la ley de acompañamiento desde el 2001, establece que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el nacimiento tiene derecho a estar acompañada de una persona de su confianza. Este dato muestra que un bajo porcentaje del personal está adecuadamente informado de la importancia emocional que representa la presencia del acompañante de su elección, la presencia del acompañante crea un vínculo de apoyo continuo, favoreciendo el disfrute y la evolución del trabajo de parto.

En relación al conocimiento sobre la movilización y posiciones de la mujer durante el trabajo de parto, el 46% tiene conocimiento acerca del derecho de la libre elección, las diferentes posturas y el beneficio que implica durante el parto, mientras que el 41% se presenta con un escaso conocimiento y el 13% no tiene conocimiento, estos resultados reflejan que en la institución se valora la importancia de darle lugar protagónico a la usuaria, y la suficiente libertad para que se sienta cómoda y contenida. Estudios probaron que un parto en posición ginecológica disminuye la oxigenación del bebe, la mujer tiene derecho a escoger la posición en el trabajo de parto y en el momento del nacimiento que le resulte más apropiada y menos tensionante. Hay evidencias



de que la adopción de posición que resulte más cómoda disminuye el dolor, promoviendo un parto más placentero.

Al preguntar sobre el conocimiento acerca uso rutinario del rasurado perineal, el 44% no conoce su riesgo, el 41% tiene un conocimiento escaso, y tan solo el 15% respondió adecuadamente, estos resultados llaman poderosamente la atención ya que reflejan que la mayoría no conoce sobre sus riesgos, o bien, tiene un concepto erróneo manteniendo el concepto que se hace porque se asegura un parto mas higiénico, lo cierto es que no existen pruebas sobre el beneficio del rasurado sistemático, más bien aumenta la probabilidad de inflamación local.

Con respecto al uso rutinario de enema evacuador los resultados muestran las siguientes características, el 77% presenta un conocimiento escaso sobre su uso, el 15% conocimiento suficiente y el 8% no tiene conocimiento sobre su uso rutinario. Con respecto a los datos obtenidos no eran esperables ya que este procedimiento se encuentra en desuso, dado que su uso no trae ninguna ventaja, su práctica ha dejado de cobrar valor.

En relación al conocimiento sobre el uso de suero con oxitocina sintética, del estudio se desprende que el 51% tiene un conocimiento escaso, el 39% tiene un conocimiento suficiente, mientras que el restante 10% no conoce sobre su uso, lo importante es respetar los tiempos de cada mujer para parir. Como se describe en la conferencia Internacional de Brasil, el parto no debería ser provocado por comodidad y no debería provocarse artificialmente ningún parto que no lo requieran las indicaciones medicas precisas, ningún país deberá tener tasas de provocación artificial del parto superiores al 10%. La Obstetra Elvira Lutz, hace referencia a que se puede estimular la liberación de esta hormona naturalmente a través de caricias, besos y abrazos.

En relación al conocimiento del personal sobre uso rutinario de episiotomía un 59% posee un conocimiento escaso; un 26% no conoce y el 15% conocimiento suficiente. La episiotomía se utiliza en un 70 a 80% de partos normales, cuando solo es recomendado entre un 15% a 20%, ya que este procedimiento aumenta la probabilidad de sangrado, inflamación e infecciones.

Con respecto a los no farmacológicos para aliviar el dolor, la mayoría del personal posee conocimiento escaso con un 66%; seguido por un 31% con suficiente conocimiento y un 3% no conoce. Se destaca en esta pregunta que la mayoría del personal cuenta con la información para ayudar a disminuir el dolor durante el trabajo y parto. La estimulación cutánea, la utilización de técnicas de respiración y relajación, ayudan a reducir la ansiedad de la mujer, lo que a su vez reduce la producción de adrenalina, y aumentan los niveles de oxitocina y endorfinas de manera natural, minimizando la percepción del dolor.



En relación al conocimiento sobre el apego y la lactancia materna, la mayoría presenta un suficiente conocimiento con un 69%; seguido por un 28% con escaso conocimiento y solo un 3% no conoce. El recién nacido debería estar siempre con su madre, cuando el estado de salud de ambos lo permita, este dato representa que el personal optimiza y fomenta el protagonismo de la madre y el bebe, estimulando la lactancia materna y el apego precoz inmediatamente al nacimiento.

A pesar que el 71% del personal encuestado posee capacitación en el área de Maternidad se pudo evaluar que el 56% presentó un conocimiento medio en relación a las prácticas sobre parto humanizado, sólo un 34% un conocimiento alto y 10% conocimiento bajo.



CONCLUSIONES

El objetivo general de esta investigación fue identificar el conocimiento que presenta enfermería sobre las prácticas de parto humanizado, cuyos datos obtenidos fueron con un 34% conocimiento alto, un 56% medio y un 10% conocimiento bajo.

Pudimos observar a grandes rasgos que un 71% de la muestra presenta capacitación sobre el área en que se encuentra, ya sea brindado por la institución o de manera particular. Más de la mitad de la población encuestada presenta una herramienta fundamental para poder brindar mejores cuidados y poder mejorar la calidad de atención de la mujer y para que el momento del nacimiento sea placentero para el binomio, ya que de la manera en que vienen al mundo depende, la calidad de vida que van a tener en el futuro. Es indispensable que el parto sea lo más natural posible, dado que el nacimiento es la primera crisis que sufre el ser humano.

Otro dato a destacar es que del total del personal encuestado, un 73% responde a la pregunta abierta, relacionando a humanización del parto con diferentes elementos que forman parte del mismo, tales como el derecho a la elección del acompañante, el ambiente, los derechos de la mujer, evitar procedimientos de rutina, entre otros; pudiendo concluir que la mayoría del personal tiene un conocimiento general del tema estudiado.

Cabe destacar que el personal de enfermería tiene conocimiento escaso acerca del uso rutinario de rasurado perineal, de la realización de enemas, de la utilización de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y del uso rutinario de episiotomía y sobre la ley de acompañamiento y utilización de oxitocina.

Por otra parte presentan conocimiento suficiente sobre el apego y lactancia materna, sobre los derechos de la mujer y acerca de movilización y posiciones durante el parto.

Es importante resaltar que en dicha institución se han inaugurado salas de nacer, que si bien solo la planta física no garantiza una atención humanizada, si colabora con la privacidad y bienestar de la mujer, el recién nacido y acompañante, fundamentando el apego desde los primeros minutos de vida extrauterina del bebé.



SUGERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se sugiere que el conocimiento que posee el personal de enfermería sea brindado a todas las mujeres para que puedan tomar sus propias decisiones. Deben de enseñar, guiar y orientar a las futuras mamás y a sus acompañantes.

Sería conveniente por parte de la institución crear instancias de formación permanente brindando al personal talleres de actualización y profundización en el área de maternidad y específicamente sobre las prácticas de parto humanizado.

Además se sugiere continuidad del estudio, con el fin de actualizar los datos aportados en este trabajo de investigación.

- Código deontológico del CEB para la profesión de enfermería 2008. Consejo Interdisciplinario de Enfermería 3 plaza Juan- Manuel 1701. Montevideo, Uruguay.
- Declaración de CEAR2 en torno a la humanización del parto. Fortaleza Brasil 2012. Libro de internet. Disponible en: <http://www.cear2.org.br/>. Consultado febrero 2015.
- Hernández Sampieri. Metodología de la investigación. 4ta ed. Editorial Mc Graw Hill. México 2009.
- Ministerio de Salud Pública - Dirección general de la salud - programa nacional orientado de salud reproductiva y género - guía de salud sexual y reproductiva. Espitaliz: normas de atención a la mujer embarazada. Uruguay 2010.
- OMS. Normas de atención. Buenos Aires. Ginecología 2007. 1910.
- OMS. M. Euzog's manual. Buenos Aires. Lippincott 2008.
- OMS. El género y el parto. Buenos Aires. 2008.
- Prada. Dra B. Alvarez. Sesión Metodología de la Investigación. Buenos Aires 2007.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acompañamiento durante el parto. Ley 17.386 de 23 de agosto de 2001, Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor=>. [consulta: marzo 2014]
- Centro Hospitalario Pereira Rossell. [Internet]. Informe de gestión de maternidad Del Hospital de la mujer. Disponible en: <http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/66-noticias-actualidad/241-informe-gestion-maternidad>. [consulta: 21 de jul 2014]
- Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006. Consejo internacional de enfermeras 3, place Jean- Marteau, 1201 Ginebra; Suiza
- Declaración de Ceará en torno a la humanización del parto. Fortaleza Brasil 2002 [sitio de internet] disponible en: <http://caif.org.uy/3671-2/>. Consultado: Febrero, 2013
- Hernández Sampieri. "Metodología de la investigación". 4ta ed. Distrito federal: McGrawhill; 2006
- Ministerio de Salud Pública - Dirección general de la salud - programa nacional prioritario de salud de la mujer y género – guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada – Uruguay; 2007
- Odent M. Nacimiento renacido. Buenos Aires: Creavida, 2005. 159p
- Odent M. Ecología prenatal. Buenos aires. Creavida 2008.
- Odent M. El granjero y el obstetra. Buenos aires. Creavida 2006.
- Pineda, Elia B., Alvarado, Eva Luz; Metodología de la Investigación, tercera edición 2008.



- Sanabria L; Otero ; Ceblos; Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de Enfermería. Investigación por la escuela nacional de Salud pública
- Schallman R. Parir en libertad: en busca del poder perdido 1ª ed. Buenos Aires. Grijalbo; 2007.
- S. Kérouc. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson,1996. 167p
- Universidad de la República, Facultad de psicología. Trabajo final "hacia la humanización del parto", 3er ciclo seminario determinantes sociales de la salud; 11 de nov. 2008.
- V.Barboza, E. Gimenez, R.Guerra, K. Pintos. Humanización de la atención perinatal: práctica clínica de los profesionales en enfermería, en cuatro servicios de maternidad de Montevideo [tesis] Facultad de enfermería, UdelaR; 2013.

ANEXO N°1: protocolo de Trabajo de Investigación Final

ANEXO N°2: entrevista Etnos 1,2,3

ANEXO N°3: cuestionario de opinión

ANEXO N°4: Carta de opinión sobre la implementación para la humanización realizada en una institución



ANEXO N°1

Protocolo de Trabajo de Investigación Final

ANEXOS

ANEXO N°1: protocolo de Trabajo de Investigación Final

ANEXO N°2: entrevista Elvira Lutz.

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

ANEXO N°3: cuestionario definitivo

ANEXO N°4: Carta de solicitud para la autorización para la recolección de datos en una institución.

Estudio descriptivo realizado en una institución privada de Maternidad en la ciudad de Montevideo, Uruguay en Mayo del 2018

Autores: Natalia Lic. Larissa Fiorillo



Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de Materno Infantil



ANEXO N°1

Protocolo de Trabajo de Investigación Final



CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PARTO HUMANIZADO

Estudio descriptivo realizado en una institución privada de Maternidad en la ciudad de Montevideo, Uruguay en Mayo del 2014

Tutora: Prof.adj Lic. Luciana Piccardo



PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué conocimiento tiene el personal de enfermería que trabaja en la maternidad de una institución privada en la ciudad de Montevideo sobre las prácticas de parto humanizado en el período comprendido entre el 2 al 16 de Mayo del 2014?

Durante siglos las mujeres daban a luz en sus hogares con el apoyo de familiares y amigas. Hoy en día las mujeres están desahucadas a parte en posición vertical por la falta de conocimiento y la ignorancia de los profesionales.

En las maternidades la satisfacción del nacimiento continúa aumentando en un contexto de mayor información y empoderamiento de las mujeres. En Uruguay el 45% de las mujeres que dan a luz en el parto vaginal el 45% según datos de 2010 del MSP, según la OMS establece que se da a luz en posición vertical en el mundo una vez de cada tres mujeres al 15%.

En Uruguay todavía se favorece que se realicen procedimientos de parto que favorezcan la satisfacción de las mujeres como la cesárea, se busca que el parto sea más fisiológico, se respeta el ritmo de la vida y se otorga la autonomía a las mujeres, con lo que se busca favorecer el parto natural.

Así como todas las mujeres son capaces de dar a luz, también lo son los hombres, acciones que respaldan la ley de derechos del cuerpo de la salud sexual y reproductiva vigentes en Uruguay en que se respeta el cuerpo biológico y psicológico de las embarazadas.

"El parto y el nacimiento son el momento más sagrado de la vida y son por ello momentos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y necesaria. Factores como el momento que se elige para la humanización de la gestación y el parto, el proveer al cuidado de la vida humana con respeto y afecto y respetar las aptitudes físicas".

Respecto al parto se conoce la realidad de las mujeres en día de hoy al parto como una experiencia con el uso de procedimientos, técnicas y medicamentos.

La enfermera como profesional de salud se enfrenta a la gestación y al parto desde la unidad y la atención al individuo y a la familia.

El parto es un momento de gran importancia en la vida de la mujer y de la familia, por lo que se debe dar un trato especial a este momento.



JUSTIFICACIÓN

Es importante llevar a cabo esta investigación dado que es un tema mundial, que afortunadamente viene cobrando valor en nuestro país, divulgando los derechos de las mujeres sobre sus partos.

Dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos se destaca el derecho a una atención humanizada en el embarazo, parto y puerperio.

Durante siglos las mujeres decidían sentarse o ponerse en cuclillas a la hora de parir. Hoy en día las mujeres están destinadas a parir en posición obstétrica, por la falta de conocimiento y la imposición de las instituciones.

En las maternidades la asistencia del nacimiento continúa aconteciendo en un contexto de sobre intervención y medicalización; el porcentaje de cesáreas en el subsector público alcanza en promedio el 24% mientras que en el privado llega al 45%, según datos de 2010 del MSP, cuando la OMS establece que no se justifica en ningún país del mundo una tasa de cesáreas superior al 15%.

En Uruguay todavía es frecuente que se realicen procedimientos de rutinas tales como administración de medicamentos como la oxitocina, se hagan episiotomías, se monitoreen los latidos del bebé y se ofrezca la anestesia epidural como única alternativa para aliviar el dolor.

Así como todas las mujeres son distintas, sus partos también lo son, uno de los aspectos que destaca la ley de defensa del derecho de la salud sexual y reproductiva vigente en Uruguay es que se respete el tiempo biológico y psicológico de las embarazadas.

“El parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras”¹.

Nuestro propósito es conocer la realidad, ya que hoy en día se trata al parto como una enfermedad con el uso de procedimientos rutinarios y medicación innecesarios.

La enfermera como profesional de salud se encuentra vinculada a la atención directa de la usuaria, y le compete el rol de gestor de cuidado, ya que cuenta

¹ Declaración de Ceará en torno a la humanización del parto. Fortaleza Brasil 2002 [sitio de internet] disponible en: <http://www.relacahupan.com.ar/declaracion.html>. Consultado: Febrero, 2013

con las herramientas independientes para realizarlo. Dada esta situación puede aspirar al cambio hacia la humanización de la atención en el proceso del parto, esta relación aumenta el nivel de satisfacción de la mujer asegurando la participación activa no solo de ella sino también de la familia.

La enfermera como el resto del equipo de salud debe conocer y priorizar las posturas y el tiempo de cada mujer, posibilitar el placer y disfrute, promover el vínculo pecho a pecho desde el primer momento, es quien separe a la mujer de la violencia internalizada y que no la promueva, y respete y cumpla con los derechos del nacimiento.

"Se habla de parto humanizado porque la base es una cuestión de derechos: ni más ni menos que los derechos de las mujeres y sus familias a elegir como vienen sus hijos al mundo, explica Graciela Etcheverry, directora del Instituto Perinatal del Uruguay (una asociación sin fines de lucro que trabaja por la humanización del parto y la salud de mamás y bebés).

"Para que un parto sea natural y sano no hace falta mucho. Lo más importante es que todos los que intervenimos recobremos la magia y la sabiduría del rol. Esto no significa despreciar los avances médicos y tecnológicos, sino usarlos a nuestro favor, para facilitar el parto, haciéndolo no sólo libre sino también seguro. Si una mujer llega a la sala de partos de una institución que le resulta completamente ajena y fría, pero está acompañada por su compañero, y contenida por un profesional y emocionalmente por el equipo obstétrico con el que ella ya estableció un vínculo, la energía que va a haber alrededor de ese nacimiento y la tranquilidad de esa embarazada van a ser superiores a las que tendría si estuviera en medio de desconocidos y sola".²

² Schallman R. Parir en libertad: en busca del poder perdido 1^a ed. Buenos Aires. Grijalbo, 2007



MARCO TEÓRICO

A lo largo de la historia se han producido cambios culturales, sociales, demográficos y económicos que han modificado las sociedades, en estas transformaciones no son ajenos los acontecimientos en el sector de los servicios de salud, y por supuesto en la Enfermería. Hoy día, las transformaciones son inminentes y necesarias, consideramos importante desarrollar y reconocer los paradigmas y teorías para comprender la evolución de estos cambios.

Para el filósofo Kunh y el físico Capra el paradigma se define como una corriente de pensamiento, o manera de ver o comprender el mundo. En el plano de la enfermería se han propuesto diferentes paradigmas para visualizar las alternativas, se trata de los paradigmas de Categorización, de Integración y Transformación, teniendo en cuenta cuatro orientaciones generales de la disciplina enfermera, en el seno de estas corrientes de pensamiento.

Se trata de orientaciones hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo. Analizamos estas orientaciones en relación a los conceptos de la disciplina enfermera, que son cuidado, persona, salud, y entorno.

Según el paradigma de categorización los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables, o manifestaciones simplificables. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal, responsable de la enfermedad, ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación, centrada en la salud pública, que se interesa tanto en la persona, como en la enfermedad, y una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. La teoría de Nightingale se ve reflejada en este paradigma.

El paradigma de integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa el fenómeno, este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona que está marcada por dos hechos, la urgencia en los programas sociales, y de los medios de comunicación. Según esta orientación el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: física, mental y social. La persona es considerada un todo, formado por la suma de cada una de sus

partes, interrelacionados: biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales. Este paradigma deja claramente visible las diferencias en las concepciones de la disciplina enfermera y biomédica. La teoría que se refleja en este paradigma es la de Virginia Henderson.

El paradigma de transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Se trata de un enfoque de promoción de la salud, incitando a los individuos, miembros de una comunidad a comprometerse y a participar con objeto de mejorar su bienestar. En este sentido la enfermera es la responsable de realizar la promoción de salud de forma individual y grupal, para mejorar, desarrollar e identificar las necesidades de los individuos. Los modelos de teorías de Rogers y Watson quedan encerrados dentro de este paradigma.³

“Los cuidados enfermeros no son empíricos, ni productos de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico, que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica, explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que se originan y permiten mayor aproximación lógica, así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención. Para King las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y a los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos.”⁴

Actualmente la práctica científica de enfermería tiene como referente teórico el modelo de cuidado y como elemento metodológico el Proceso de atención de enfermería, para solucionar los problemas, esto garantiza que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados.

Las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de enfermería, generando un conocimiento autónomo, y

³ S. Kérouc. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996. 167p

⁴ L. Sanabria; M. Otero; Ceballos; O. Urbina. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de Enfermería. Investigación por la escuela nacional de Salud pública



manteniendo una continuidad por encima de los cambios, en orientación del conocimiento que nos identifica dentro del equipo de salud, el personal de enfermería es un diseñador y director de los cuidados mediante el método de enfermería que incorporado en el trabajo diario, ha permitido que la atención que se brinda se desarrolle con base sólida, que mejoren las estrategias de intervención y resolución de los cuidados de enfermería de las personas, familias y comunidades con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

Según el plan de estudios de la Facultad de Enfermería de 1993, define a la enfermería como una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, derecho a la vida, y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad, o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, familia y comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados⁵.

Antecedentes Internacionales

"En la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil) en Abril de 1985 se formuló las dieciséis recomendaciones generales de la OMS sobre los Derechos de la mujer embarazada y su bebé. De las cuales destacamos:

- Que toda la comunidad debería estar informada sobre las diversas formas de cuidados en relación con el parto, con el objetivo de que cada mujer pueda optar por ella misma por lo que más le conviene.

⁵ Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006. Consejo internacional de enfermeras 3, place Jean- Marteau, 1201 Ginebra; Suiza

- Sería necesario animar y favorecer la formación de doulas y parteras que serían las responsables de las atenciones a dispensar en caso de embarazo normal, parto y posparto.
- Difundir entre los usuarios de los distintos hospitales, información sobre las prácticas en vigor en los hospitales respectivos, en materia de partos y nacimientos (tasas de cesáreas, episiotomías).
- Los países en los que las tasas de mortalidad perinatal son las más bajas del mundo, tienen también las tasas de cesáreas inferiores al 10%. No hay pues ninguna razón que justifique que existan, en ningún país, tasa de cesáreas superiores a ese número.
- No está demostrado que la monitorización fetal de rutina durante el parto tenga un efecto positivo sobre el bebé o sobre la mamá.
- El rasurado de pubis, la administración de un enema antes del parto y la episiotomía sistemática, no está justificado en absoluto.
- El parto no debería ser provocado por comodidad y no debería provocarse artificialmente ningún parto que no lo requieran las indicaciones médicas precisas y justificadas. Ningún país deberá tener tasas, de provocación artificial del parto, superiores al 10%.
- El recién nacido debería estar siempre con su madre, siempre y cuando el estado de salud de los dos lo permita. Ningún examen justifica que se separe aun recién nacido sin problemas de salud, de su madre.
- La lactancia materna debe ser estimulada lo antes posible, antes incluso de que la madre abandone la sala de partos.

El eje central del parto humanizado se basa en una cuestión de cuidados principalmente hacia la mujer, el bebé y su pareja, por lo tanto el rol de enfermería está enfocado en el cuidado durante el periodo preparto, parto, y posparto, consideramos que la atención humanizada debe reunir ciertos cuidados a tener en cuenta, la participación de un equipo interdisciplinario con la asistencia de profesionales de la salud como parteras, neonatólogos, enfermeras y trabajadores sociales. Ser integral y tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus familias para permitir lograr sus objetivos, tener en cuenta que la mujer es la protagonista y respetar la toma de decisión, respetar la privacidad, procurar la dignidad y la confidencialidad de las mujeres. El Parto Humanizado, requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer.

Para Elvira Lutz⁶ el parto humanizado es el que respeta los derechos humanos y específicamente los derechos sexuales y reproductivos de sus parejas.

⁶ Obstetra, partera, asesora uruguaya de la RELACAHUPAN.



Humanizar el parto es devolverle al nacimiento su verdadero sentido, protagonizado por la mujer que pare, el hijo que nace, y el padre o la persona que la acompañe (ver anexo1 entrevista)

“Todas las mujeres que se encuentran en el proceso de parto tienen derecho a ser atendida por personal calificado y respetuoso de los principios éticos de nuestras profesiones. Estos técnicos deben ser capaces de controlar y asistir el proceso del parto normal con una perspectiva de respeto de los derechos, equidad de género, trabajo en equipo, conocimiento de normativas vigentes, reconocer los procesos fisiológicos y el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales y dar paso a la atención del nivel de mayor complejidad cuando sea necesario”.⁷

En la maternidad la mujer tiene derecho a estar informada sobre los efectos secundarios que pueden tener los medicamentos, o la aplicación de determinadas tecnologías actuando directamente sobre el feto, tiene derecho a un parto natural y a negarse a intervenciones innecesarias como rasurado, enema, rotura artificial de membranas, episiotomía rutinaria, que alteran su normal desarrollo. Tiene derecho a escoger la posición en el trabajo de parto y en el momento del nacimiento que le resulte más apropiada, y menos tensionantes, derecho a estar en contacto inmediato con su bebé, amamantando según sus necesidades independientemente de las normas institucionales. Tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso del personal de salud, y a ser escuchada y atendida en sus apreciaciones y sentimientos, respetándola en su intimidad y privacidad.

El trabajo de parto y puerperio de bajo riesgo es aquel que no presenta en forma previa o durante, circunstancias que eleven el riesgo de presentar un mal resultado obstétrico- perinatal.

Estos trabajos de parto, parto y puerperio evolucionan satisfactoriamente en forma fisiológica sin intervencionismo y no necesitan tecnología compleja para su vigilancia.⁸

⁷ Ministerio de Salud Pública - Dirección general de la salud - programa nacional prioritario de salud de la mujer y género - guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada - Uruguay; 2007

⁸ Ministerio de Salud Pública - Dirección general de la salud - programa nacional prioritario de salud de la mujer y género - guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada - Uruguay; 2007

Presencia de Acompañante:

La Ley 17386 contempla que toda mujer durante el trabajo de parto, parto y postparto tiene derecho a estar acompañada por la persona que ella decida, y en caso de no contar con un acompañante referente se deberá proveer acompañantes entrenados por parte de las maternidades públicas y privadas.

El uso del Enema:

Se dice que acelera el trabajo de parto y que las heces podrían contaminar al bebe, pero estudios comprueban que su uso no trae ninguna ventaja.

Rasurado de pubis:

Se hace porque se asegura que el parto es mas higiénico, en este caso puede haber inflamación local y el crecimiento del vello es incomodo, se ha comprobado que su práctica no es necesaria.

Uso rutinario de suero con oxitocina:

Todavía se hace porque provoca más contracciones y logrando así que el parto sea más rápido y que la cama quede libre. Los dolores de parto con oxitocina son insoportables y pueden provocar sufrimiento fetal.

Ayuno durante el trabajo de parto:

Se dice que en caso de una cesárea, puede haber problemas de aspiración de alimentos. El ayuno provoca debilidad y puede causar serios problemas en el parto, el hecho de aspiración es tan raro que no puede ser usado como justificativo.

Restricción de movimientos:

Se dice que no hay espacio en los centros obstétricos para que las mujeres caminen y cambien de posición y que esto es más seguro. Los estudios probaron, hace mucho tiempo, que la mujer debe tener libertad de posición y movimiento durante todo el trabajo de parto.

Parto en posición ginecológica:

Facilita la acción y la intervención del médico. Hace que el parto sea más lento, disminuye la oxigenación del bebé y no es cómodo para la mujer.



Uso rutinario de episiotomía:

Se utiliza en un 70 u 80% de partos normales, cuando solo es recomendado en un 15 o 20 %. Se dice que la episiotomía es necesaria. La verdad es que hay una gran desinformación de los médicos sobre la necesidad de este procedimiento. Aumenta la chance de sangrado, inflamaciones e infecciones, puede causar problemas en la relación sexual.

Separación del bebe después del parto:

Sin que él y la madre se puedan tocar, oler y tener la primera posibilidad de amamantamiento. Después del parto es el momento más importante para la madre y el bebé, ya que allí se establece el vínculo. El amamantamiento provoca más rápidamente la salida de la placenta y con menos sangrado.

Analgoanestesia

"Existen diferentes técnicas que pueden aplicarse durante el proceso del parto con el fin de disminuir la percepción dolorosa, aunque los estudios que los avalan son pequeños y metodológicamente discutibles.

Dentro de los métodos no farmacológicos para reducir el dolor existen: la inmersión en agua, la estimulación cutánea, la música, la imaginación y la utilización de técnicas de respiración y relajación.

La inmersión en agua durante el primer estadio del trabajo de parto ha demostrado disminuir la necesidad de analgésicos sin empeorar los resultados perinatales. Tomar una ducha caliente ayuda a promover la relajación. La fuerza del chorro de agua en el abdomen actúa contrarrestando la irritación y puede distraer a la mujer de las molestias de las contracciones. El alivio de las molestias y la relajación general que produce, reducen la ansiedad de la mujer, lo que a su vez reduce la producción de adrenalina. Esto desencadena un aumento en los niveles de oxitocina y de endorfinas (que reducen la percepción del dolor).

La estimulación cutánea, el masaje superficial abdominal, dorsal o sacro han brindado alivio a muchas mujeres durante la primera etapa del parto. La presión/masaje y la aplicación superficial de calor/frío suele disminuir la intensidad del dolor haciéndolo tolerable.

La distracción, conversar y deambular durante el trabajo de parto, tener una ventana para mirar el exterior, mirar tv o escuchar música, son estimulantes sensoriales que permitan que la mujer este menos pendiente del dolor de las contracciones.

Un ambiente relajado, acogedor y técnicas respiratorias y posturales de relajación permiten una disminución de la tensión muscular y mental. También la visualización de imágenes mentales permite controlar el dolor.

Las técnicas de respiración se usan como herramienta para ayudar a la mujer a mantener el control durante las contracciones. En la primera etapa del parto, las técnicas pueden promover la relajación de los músculos abdominales. Esto aminora la fricción y la incomodidad entre el útero y la pared abdominal durante la contracción. Debido a que los músculos del área genital también se relajan no interfieren con el descenso del feto. En la segunda etapa la respiración se utiliza para aumentar la presión abdominal, ayudando así en la expulsión del feto.

Métodos farmacológicos.

Actualmente, las técnicas espinales y más concretamente la peridural y la combinada intra/peridural son de preferencia. Su seguridad (materna y fetal) y efectividad en cuanto a reducir el dolor, como así también los estudios de satisfacción del paciente han demostrado su utilidad.

Esta técnica estará a cargo de un médico anestesista. En general es recomendable iniciar la analgesia peridural cuando la mujer lo solicita, entre los 2 y 5cm de dilatación, cuando el trabajo de parto está bien constituido.

Diferentes posturas para dar a luz:

Parto vertical

Cuando uno habla de parto vertical debiera estar hablando de una mujer verticalizada, que en el trabajo de parto convencional es horizontalizada.

La posición vertical (caminando, sentada, de rodillas o en cuclillas) ofrece numerosas ventajas, la gravedad puede contribuir al descenso de la presentación. Las contracciones uterinas son más vigorosas y eficientes en cuanto a sus efectos de dilatación y borramiento de cérvix, lo que tiene como resultado un parto menos prolongado, además la incidencia de la compresión de cordón umbilical se reduce en esta posición.

La posición en cuclillas hace que inevitable y fisiológicamente se comprima el vientre hacia abajo. Los músculos abdominales pueden trabajar con mayor sincronía con las contracciones uterinas durante los esfuerzos de pujo. Cuando la mujer esta de rodillas o en cuclillas el útero se desplaza hacia delante y el eje mayor del canal de parto se endereza, facilitando la segunda etapa del parto, al aumentar los diámetros pélvicos de salida. Es bastante apropiada cuando se decide parir en una clínica, porque pueden acuclillarse sobre la camilla y ser sostenidas por una persona de cada lado, o puede estar sostenida por su marido, de tal forma que la fuerza física la haga él o al menos esté repartida entre ambos.

En el agua

Esta técnica consiste en introducir a la madre en una bañera, con agua filtrada o potable, que esta climatizada a 37°C, en donde la mujer se va a introducir y ahí se producirá el nacimiento. El agua caliente ayuda a la dilatación, reduce en



gran medida la sensación de dolor propio de las contracciones y el parto; reduce la producción de adrenalina la hormona que endurece el cuello del útero y retrasa la dilatación, contrarresta la fuerza de gravedad y relaja los músculos.

Esta opción no debería ser en verdad una propuesta de "dar a luz en el agua" sino una alternativa más para que la mujer embarazada recurra a ella en el trabajo de parto y/o en el periodo expulsivo, pero con libertad de entrar y salir si lo desea.⁹

⁹ Schallman R. Parir en libertad.: en busca del poder perdido 1ª ed. Buenos Aires. Grijalbo, 2007



OBJETIVOS

METODOLOGÍA Objetivo general:

Determinar el conocimiento que posee el personal de enfermería de la maternidad de una institución privada de la ciudad de Montevideo sobre las prácticas del parto humanizado durante el tiempo comprendido entre el 2 al 16 de Mayo del 2014.

Trabaja las competencias en competencias procedimentales y actitudinales de enfermería que trabajan relacionadas en la maternidad de una institución privada

Objetivo específicos:

- Caracterizar a la población en estudio
- Indagar la información que posee la población en estudio en relación a los derechos de las usuarias; a la ley de acompañamiento; a la movilización y posiciones a adoptar durante el trabajo de parto y parto;
- Identificar de la población en estudio cuales recibieron capacitación en el área de maternidad

Dar seguimiento a la hora de dar el parto.

Que se encuentren en el área durante el momento de la atención.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Reservarse el derecho de exclusión



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

METODOLOGÍA

DISEÑO:

Descriptivo, cuantitativo, prospectivo, transversal

UNIVERSO

Todas las Licenciadas en Enfermería operativas, y auxiliares de enfermería que brindan asistencia en la maternidad de una institución privada

MUESTRA:

No probabilística por conveniencia

La muestra comprende a las Licenciadas de Enfermería operativas y Auxiliares de enfermería que se encuentran brindando asistencia en el sector de maternidad de una institución privada durante el período de recolección de datos

CRITERIOS DE INCLUSION:

Dar su consentimiento para participar en el estudio.

Que se encuentren en el área brindando asistencia en el momento de la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Negarse a participar en el estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Edad

Definición conceptual: es el tiempo en años de una persona, desde que nace al momento actual.

Definición operacional: 18-28,
29-39,
40-50,
>50.

Tipo de variable: Cuantitativa continúa

Gráfico: Histograma

Nivel de instrucción

Definición conceptual: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudio realizado y aprobado.

Definición Operacional:

- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Estudios universitarios completos
- Estudios universitarios incompletos.

Tipo de variable: cualitativa ordinal

Gráfico: barra

Antigüedad en el servicio: Es el tiempo en meses de trabajo cumplido en el servicio de maternidad.

Definición operacional:

- Menos de 12 meses
- 13 a 23 meses
- 24 a 35 meses
- 36 a 47 meses
- Mas de 48 meses

Tipo de variable: Cuantitativa continua

Gráfico: Histograma



Rol en el servicio

Definición conceptual: Es la función que cumple una persona en su lugar de trabajo.

Definición operacional:

- Licenciado/o en enfermería
- Auxiliar de enfermería.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Capacitación

Definición conceptual: Todos aquellos estudios encaminados a la inserción, reinserción y actualización laboral.

Definición Operacional:

- Curso brindado por la institución
- Cursos externos
- Congresos de maternidad
- otros

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Gráfico: Barra

Información en relación a derechos de la usuaria

Definición conceptual: son aquellas condiciones que le permiten a la persona su realización para la garantía de una vida digna, sin diferenciar sexo, raza, color, credo, condición política, social y económica.

Definición operacional: -Conoce los derechos
-No conoce los derechos

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Información en relación a Ley Acompañamiento

Definición conceptual: Es el conocimiento que posee sobre la ley de acompañamiento durante trabajo de parto, parto y puerperio.

Definición operacional: -Conoce la ley
-No conoce la ley

Tipo de Variable: Cualitativa nominal

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Información en relación a movilización y posiciones durante el trabajo de parto y parto

Definición conceptual: Conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre las diferentes maneras que la usuaria puede adoptar durante el trabajo de parto normal.

Definición operacional: Conoce
No conoce

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Información en relación a el uso rutinario del rasurado de pubis

Definición conceptual: conocimiento sobre la utilidad del rasurado

Definición operacional: Conoce
No conoce

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Información que posee en relación a uso rutinario de episiotomía

Definición conceptual: conocimiento que posee sobre la práctica de rutina de episiotomía en la mayoría de las mujeres.

Definición operacional: Conoce
No conoce

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Información en relación al uso rutinario de enema

Definición conceptual: conocimiento sobre la práctica rutinaria de enema evacuador

Definición operacional: Conoce
No conoce

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)



Información en relación al uso rutinario de suero con oxitocina

Definición conceptual: Conocimiento que posee sobre la utilización rutinaria de suero con oxitocina.

Definición operacional: Conoce
No conoce

Tipo de variable: cualitativa nominal

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Información en relación a los métodos no farmacológicos para reducir el dolor:

Definición conceptual: conocimiento de diferentes métodos para la relajación y disminución de la percepción del dolor.

Definición operacional: Conoce
No conoce.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Información en relación a lactancia materna:

Definición conceptual: Conocimiento que posee sobre la lactancia materna

Definición operacional: Conoce
No conoce

Tipo de variable: cualitativa nominal

Gráfico: Diagrama sectorial (torta)

Referencias bibliográficas

- Acompañamiento durante el parto. Ley 17.386 de 23 de agosto de 2001, Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor=>. [consulta: marzo 2014]
- Centro Hospitalario Pereira Rossell. [Internet]. Informe de gestión de maternidad Del Hospital de la mujer. Disponible en: <http://www.pereirarossell.gub.uy/index.php/66-noticias-actualidad/241-informe-gestion-maternidad>. [consulta: 21 de jul 2014]
- Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006. Consejo internacional de enfermeras 3, place Jean- Marteau, 1201 Ginebra; Suiza
- Declaración de Ceará en torno a la humanización del parto. Fortaleza Brasil 2002 [sitio de internet] disponible en: <http://caif.org.uy/3671-2/>. Consultado: Febrero, 2013
- Hernández Sampieri. "Metodología de la investigación". 4ta ed. Distrito federal: McGrawhill; 2006



- Ministerio de Salud Pública - Dirección general de la salud - programa nacional prioritario de salud de la mujer y género – guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: normas de atención a la mujer embarazada – Uruguay; 2007
- Odent M. Nacimiento renacido. Buenos Aires: Creavida, 2005. 159p
- Odent M. Ecología prenatal. Buenos aires. Creavida 2008.
- Odent M. El granjero y el obstetra. Buenos aires. Creavida 2006.
- Pineda, Elia B., Alvarado, Eva Luz; Metodología de la Investigación, tercera edición 2008.
- Sanabria L; Otero ; Cebillos; Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de Enfermería. Investigación por la escuela nacional de Salud pública
- Schallman R. Parir en libertad: en busca del poder perdido 1ª ed. Buenos Aires. Grijalbo; 2007.
- S. Kérouc. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson,1996. 167p
- Universidad de la República, Facultad de psicología. Trabajo final "hacia la humanización del parto", 3er ciclo seminario determinantes sociales de la salud; 11 de nov. 2008.
- V.Barboza, E. Gimenez, R.Guerra, K. Pintos. Humanización de la atención perinatal: práctica clínica de los profesionales en enfermería, en cuatro servicios de maternidad de Montevideo [tesis] Facultad de enfermería, UdelaR; 2013.

ANEXO N°2

Entrevista Elvira Lutz.

Obstetra, partera, asesora de la RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del parto y nacimiento), activista por los DD.SS.RR.

Agosto 2013

1- ¿Cómo definiría usted al parto humanizado?

Es el que respeta los derechos humanos y específicamente respeta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y sus parejas.

Humanizar el parto es devolver al nacimiento su verdadero sentido, protagonizado por la mujer que padece el hijo/a que nace y el padre o persona que la acompaña. El encuadro humanista nos muestra que el proceso del trabajo de parto y nacimiento es diferente en cada mujer y cada bebé, es diferente en los aspectos tanto físicos como emocionales diferentes en su desarrollo temporal.

La institucionalización de los partos ha hecho que se sistematice una serie de controles y procedimientos en la mujer y el bebé sin evaluar el estado de salud de cada individuo y sus necesidades particulares. Se han transformado en rutinas que suelen ser molestas, dolorosas, inadecuadas y potencialmente riesgosas aplicándose sin justificación científica por costumbre del equipo de salud o por pautas institucionales, no evaluadas, sin el menor sentido crítico.

2- ¿Cuál es la postura mayoritaria de las parteras con respecto a las prácticas de rutinas como el rasurado, los enemas y la episiotomía?, ¿considera que debería ser realizadas según el punto de vista de parto respetado?

A las parteras egresadas de las generaciones anteriores les cuesta dejar las rutinas impuestas por el plantel médico, las generaciones jóvenes se están formando con criterios más amplios y más críticos en este sentido. Las rutinas están siendo aplicadas para acelerar el proceso de nacimiento deben ser revisadas seriamente, para que se pueda cuestionar su utilización discriminada y saber que cuando esta cadena empieza, es difícil detenerla, cada rutina hace necesaria la siguiente transformando un hecho fisiológico en un acto médico alternado por completo su ritmo saludable y natural.



- 3- ¿Qué opina con respecto a la posición para parir?, ¿Considera que la misma debe de ser elegida por la madre? ¿Por qué?

Las mujeres en casi la totalidad de sus partos en el ámbito público como en el privado, son acostadas sobre la espalda en el trabajo de parto y parto, complicando, alargando y dificultando innecesariamente el proceso fisiológico.

La posición de la mujer embarazada, tanto en el proceso de dilatación como en el trabajo de parto, debe de ser elegida con ella, porque las diversas posiciones como deambular, ponerse en cuclilla, de lado, sentada entre muchas otras, es lo que la naturaleza establece y los estudios científicos recomiendan para facilitar las rotaciones que el bebé realiza en la pelvis materna al nacer.

- 4- ¿En qué medida ve posible la implementación del parto humanizado en las instituciones medicas públicas y privadas?

Es posible, siempre y cuando el personal de las materiales, responsables en todos los niveles tome conciencia, se informe y se capacite para trabajar de otra perspectiva, pues el parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean a favor y por el bien de la usuaria, para servir las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer.

- 5- Con respecto a la ley 17.386 de acompañamiento en el parto, ¿cuál es su opinión?

Esta ley establece que toda mujer debe de estar acompañada durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento por la persona que ella elija. Mas mujeres se sentirán serenas y mas contenidas en el momento que más necesitan. Esta ley debe aplicarse tanto en instituciones públicas y privadas

ANEXO N°3

Cuestionario definitivo

Somos estudiantes de la UDELAR, facultad de enfermería. Estamos trabajando sobre un estudio que servirá para elaborar una tesis acerca del conocimiento sobre las prácticas del parto humanizado.

Quisiéramos pedir su colaboración, para responder algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Las personas que fueron seleccionadas para el estudio se eligieron al azar.

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible.

1- Sexo

Femenino

Masculino

2- Edad (años)

18-28,

29-39,

40-50,

>50.

3- ¿Cuál es el cargo que desempeña?

Auxiliar de enfermería

Licenciada en enfermería

4- ¿Qué antigüedad tiene en el cargo?

- Menos de 12 meses

- 13 a 23 meses

- 24 a 35 meses

- 36 a 47 meses

- Mas de 48 meses

5- ¿Se capacitó en el área de Maternidad?

Si

No



6- En caso de contestar que si en la repuesta anterior especifique tipo de capacitación:

- Curso brindado por la institución
- Cursos externos
- Congresos de maternidad
- Otros (especifique)

7- ¿Qué es para usted el parto humanizado?

A continuación, marque las opciones que considera son correctas:

8- En relación a los derechos de la mujer:

- a) Toda embarazada tiene derecho a un parto natural, y a negarse a intervenciones innecesarias como: rasurado, enema, rotura artificial de membranas, episiotomía rutinaria, que alteran su normal desarrollo.
- b) El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean en beneficio del equipo de salud y de la institución.
- c) No se deberían tener en cuenta las preferencias culturales y creencias, ya que esto sólo distorsiona el trabajo del personal de salud.
- d) Tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso del personal de salud.

9- En relación a la ley n° 17.386, ley de acompañamiento,

- a) La mujer tiene derecho a elegir libremente a una persona de su confianza para ser acompañada durante el tiempo que dura el trabajo de parto y nacimiento.
- b) En caso de no contar con un acompañante referente de la mujer la institución deberá proveer de acompañantes entrenados.
- c) El acompañante deberá permanecer fuera de la habitación ya que dificulta el trabajo del personal de enfermería y ponen ansiosa a la mujer
- d) En el caso de que se realice una cesárea, el acompañante no podrá ingresar al block quirúrgico para la compañía de la mujer.

10-En relación a la movilización y posiciones de la mujer durante el trabajo de parto y parto:

- a) La posición ginecológica es la más recomendada ya que acorta el tiempo del trabajo de parto
- b) La libertad de movimiento para las mujeres en cualquier etapa del parto es un derecho humano fundamental
- c) No se debería estimular a la mujer para que camine mientras progresa la dilatación
- d) La mujer embarazada tiene derecho a escoger la posición, durante el trabajo de parto y en el momento de nacimiento, que le resulte más apropiada y menos tensionante.

11-En relación al rasurado rutinario perineal:

- a) Se realiza porque el parto es más higiénico.
- b) 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.
- c) No existen pruebas del beneficio del rasurado perineal sistemático en el parto.
- d) El rasurado puede provocar inflamación local.

12-En relación al uso rutinario del enema evacuador:

- a) Acelera el trabajo de parto y parto
- b) Su uso no trae ninguna ventaja
- c) Las heces podrían contaminar al recién nacido.
- d) Su práctica ha dejado de cobrar valor.

13-En relación a el uso de suero con oxitocina sintética:

- a) Provoca contracciones fuertes y muy dolorosas
- b) Es aceptable tener tasas de provocación artificial del parto mayor al 50%.
- c) Es una hormona que se usa para aumentar las contracciones uterinas y acelerar el trabajo de parto por lo que se debería usar en la mayoría de los partos normales
- d) Se debería respetar los tiempos de cada mujer para parir

14-En relación a la episiotomía:

- a) Se realiza ya que evita el dolor de la mujer
- b) Acorta el parto y por ende disminuye la morbilidad perinatal.
- c) Se recomienda que se realice en un 15 a 20% de los partos normales.
- d) Aumenta la probabilidad de sangrado, inflamación local e infecciones.



15-En relación a los métodos no farmacológicos para aliviar el dolor:

- a) Un ambiente tranquilo, acogedor y técnicas respiratorias y posturales de relajación ayudan a disminuir la tensión muscular y mental.
- b) La estimulación cutánea, el masaje superficial abdominal dorsal o sacro suelen aumentar la intensidad del dolor.
- c) Mirar televisión, escuchar música son estimulantes sensoriales que ayudan a la mujer a no estar pendiente del dolor de las contracciones
- d) La técnica de respiración diafragmática no se debería recomendar en el trabajo de parto y parto.

16-En relación al apego y la lactancia materna:

- a) Se debería cortar el cordón umbilical inmediatamente al nacimiento.
- b) El contacto piel a piel se debería estimular luego de realizar todos los controles de rutina al recién nacido y no antes.
- c) La Lactancia materna debería comenzar antes de la primera hora de vida del recién nacido.
- d) El amamantamiento precoz estimula el apego.

ANEXO N°4

Carta de solicitud para la autorización para la recolección de datos en una institución.

Montevideo 11 de febrero de

2014

A quien corresponde:

Por medio de la presente carta, nos dirigimos con el fin de solicitar la autorización para la recolección de datos a través de una encuesta que se realizara a los auxiliares de enfermería y licenciadas del área de maternidad.

Somos un grupo de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, UdelaR, Lucia Errasquin, Cecilia Fagúndez, Karen Phillips, Analía Pereyra y Laura Solís, responsables de la tesis de investigación final, y la docente responsable es la licenciada Luciana Piccardo.

El tema abordado es la humanización del parto, y nuestro objetivo es saber que información posee el personal de enfermería sobre las prácticas de parto humanizado.

Es importante llevar a cabo esta investigación dado que es un tema mundial, que afortunadamente viene cobrando valor en nuestro país, divulgando los derechos de las mujeres sobre sus partos.

Dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos se destaca el derecho a una atención humanizada en el embarazo, parto y puerperio.

El parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras

Esperando una pronta respuesta

Saluda atentamente: Lucia Errasquin, Cecilia Fagúndez, Analía Pereyra, Karen Phillips, Laura Solís.



Montevideo 11 de febrero de 2014

A quien corresponde:

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted, con el fin de solicitar la autorización para la recolección de datos a través de una encuesta que se realizara a los auxiliares de enfermería y licenciadas del área de maternidad.

Somos un grupo de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, Udelar, Lucia Errasquin, Cecilia Fagundez, Karen Phillips, Analia Pereyra y Laura Solis, responsables de la tesis de investigación final, y la docente responsable es la licenciada Luciana Piccardo.

El tema abordado es la humanización del parto, y nuestro objetivo es saber que información posee el personal de enfermería sobre las prácticas de parto humanizado.

Es importante llevar a cabo esta investigación dado que es un tema mundial, que afortunadamente viene cobrando valor en nuestro país, divulgando los derechos de las mujeres sobre sus partos.

Dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos se destaca el derecho a una atención humanizada en el embarazo, parto y puerperio.

El parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras

Esperando una pronta respuesta

Saluda atentamente

Lucía Errasquin CI: [redacted]

Cecilia Fagúndez CI [redacted]

Analia Pereyra CI: [redacted]

Karen Phillips CI: [redacted]

Laura Solis CI: [redacted]

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA



FACULTAD DE ENFERMERIA

Prof. Luciana Piccardo
Luciana Piccardo

Maria Rosa Pesce Garcia
MARIA ROSA PESCE GARCIA
JEFE DE ENFERMERIA
F.: 25520