

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA.

Percepción en la intensidad del dolor, tipo de analgesia y el nivel de satisfacción
materna según la edad luego del trabajo de parto respetado/humanizado
una sala de maternidad de la ciudad de Rosario.

Por: Enf. Jerez, Maira.

Director de tesina: Lic en Enf. Gauna, Ma. Cristina.

Docente: Lic. Acosta, Simón.

Lic. Ferrari Díaz, Analía.

Rosario, 7 de diciembre de 2020

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica tesina.

Resumen:

El parto humanizado es el que protege el vínculo entre madre e hijo. Permite a las madres elegir una forma de dar a luz sin los riesgos que implican las cirugías y así garantizar su salud y la de sus hijos, por ello, la OPS/OMS ha propuesto que esta debe ser una política de Estado de todos los países para combatir la violencia obstétrica y garantizar los derechos de la madre y el recién nacido.

El presente proyecto se desarrollará con el objetivo de identificar qué relación existe entre la percepción de la intensidad del dolor, el tipo de analgesia y el nivel de satisfacción materna según la edad luego del trabajo de parto respetado/humanizado en una sala de maternidad de una institución pública de la ciudad de Rosario durante los meses de enero a mayo del 2021.

Se realizará un estudio no experimental, descriptivo, transversal y prospectivo, en una población de 90 mujeres internadas en una sala de maternidad con parto normal, se recolectarán datos mediante distintos instrumentos, un cuestionario auto administrado y una lista de control, efectuando un análisis multivariado, aplicando estadística descriptiva.

Palabras claves: percepción en la intensidad del dolor, tipo de analgesias, nivel de satisfacción materna, parto respetado.

Índice.

Resumen	2
Índice general	3
Introducción	4
Estado del arte.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Hipótesis.....	7
Marco teórico	8
Material y métodos	26
Diseño.....	26
Sitio y contexto de la investigación.....	26
Población y muestra.....	27
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	28
Personal a cargo de la recolección de datos.....	34
Plan de análisis.....	34
Plan de trabajo.....	39
Anexos	40
Anexo I Guía de convalidación de sitio.....	41
Anexo II Instrumentos de recolección de datos.....	44
Anexo III Resultado de estudio exploratorio.....	53
Anexo IV Resultado de la prueba piloto de los instrumentos.....	54
Bibliografía	55

Introducción:

El significado de parto humanizado o parto respetado consiste en una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento. Se considera los valores de la mujer, sus creencias, y sentimientos respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de dar a luz. Esta modalidad de parto reduce los nacimientos sobremedicados, empoderando a las mujeres y a los usos de prácticas de maternidad basados en la evidencia como estrategia para humanizar el mismo, lo que lleva a proponer métodos más suaves y sensibles, con el fin de reducir el estrés del bebé al pasar de un mundo acuático, oscuro y tranquilo al mundo luminoso y ruidoso, como por ejemplo, bajar las luces y las voces en la sala de parto, poner el bebé piel a piel con su madre inmediatamente después de nacer, cortar el cordón umbilical después de unos minutos para permitir una transición paulatina de la respiración umbilical a la pulmonar, y ofrecer un masaje cariñoso o un baño caliente y relajante al recién nacido. (Johannsen, 2016)

El parto respetado comprende proporcionar un espacio íntimo donde la madre y el bebé son los protagonistas y el mismo se desarrolle de la manera más natural posible. La mujer lleva su propio ritmo del parto evitando las mayores intervenciones posibles, así como también decidir la forma de controlar el dolor durante este proceso. (Ley 25.929., 2004)

Durante el trabajo de parto se pueden describir dos momentos relacionados con el dolor, una primera fase relacionado a la dilatación, provocado por las contracciones uterinas y la dilatación del cérvix, y una segunda fase, el periodo expulsivo, y la presión que ejerce el feto sobre las estructuras pélvica. (Jan, 2011)

Se entiende por dolor, a una experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, en relación con alguna alteración física y/o condicionante afectiva, social y culturales. Las características del dolor varían a medida que avanza el parto. (María, María, & Silvia., 2018)

Se realizaron varias investigaciones sobre el tema, en Colombia se realizó un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, sobre comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo. El instrumento empleado fue el Inventario de Comportamientos de Cuidados (CBI), los resultados evidenciaron una percepción del cuidado recibido en su mayoría favorable

(75%). En relación a la deferencia respetuosa, el 81% de las madres calificó los comportamientos del cuidado como favorables. En cuanto a la asistencia segura, el 57% calificó los comportamientos de cuidado como favorables. En cuanto a la interacción positiva, el 72% de las madres percibió el cuidado como favorable, en esta dimensión la gestante en trabajo de parto y parto percibió tranquilidad, apoyo y acompañamiento durante el trabajo de parto y parto. Existió además una deficiencia en el uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto. (Saavedra, 2013)

En Uruguay se realizó un estudio sobre la satisfacción y calidad en analgesia del parto, con el objetivo de medir la satisfacción de 151 gestantes asociada a la analgesia del parto. La mediana de la edad fue 21 años y el 52% fueron primigestas. El alivio del dolor fue evaluado según Escala Visual Analógica (EVA) antes y después de realizado el procedimiento, donde se encontró un EVA entre 8 y 10 antes de la analgesia y de 0 a 2 post procedimiento. Además el 70,9% estuvieron totalmente tranquilas con la analgesia del parto, y por último, el 97,4% se sintió apoyada por el equipo tratante en todo momento. Se concluye que la satisfacción materna está fuertemente determinada por la efectividad de la técnica, dependiendo también de otros factores como el apoyo percibido durante el trabajo de parto y las experiencias previas. (Quintana, 2013)

Se desarrolló un estudio en Venezuela prospectivo, descriptivo y exploratorio sobre Violencia obstétrica relacionado con la percepción de las usuarias, mediante una encuesta anónima a 425 puérperas sobre aspectos relativos a ello. Los resultados mostraron que el 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizado y solo un 20,5% percibió trato no violento. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxióticos (31,3%). Estos hallazgos llevaron a concluir que existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizado por parte del personal de salud. (Castellanos, 2012)

En Madrid, se desarrolló un estudio sobre la satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para el control del dolor del trabajo de parto y medir la satisfacción de las pacientes. Se realizó mediante una encuesta anónima en la cual se recogieron un total de 1067 encuestas. La edad media de la muestra fue 30,1 años, el 91,3% de las

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

Un estudio en México, sobre el apoyo emocional a las mujeres en el trabajo de parto, la mayoría del personal de salud se presentó con ellas; sin embargo, el 42,7% expresó que se les explicó poco o nada en qué consistía el trabajo de parto, el 60% manifestó que se le explicaron los procedimientos propios de la atención que iban a recibir. Asimismo, el 70% de las pacientes refirió que el personal de salud le ayudó a controlar sus emociones y fue tolerante con ellas. La mayoría de las mujeres expresó que el personal de salud mostró respeto durante el trabajo de parto y respetó sus derechos; por último, en el estudio la mayoría de pacientes expresaron que se sintieron satisfechas con la atención recibida. (Orozco & Peña, 2010)

Ante lo expuesto el proyecto de investigación se realizará con el de propósito de conocer el nivel de satisfacción materna durante el trabajo de parto respetado relacionado con la percepción de la intensidad del dolor y el tipo de analgesia utilizada en el mismo, para promover el uso de la analgesia no farmacológica brindando información a la madre que ingresa a parir acerca de los beneficios de las mismas tanto para ella como para su bebé y fomentar el trabajo de parto respetado y así informar los resultados para mejorar la calidad de atención en la institución.

De acuerdo a lo señalado, el autor se plantea el siguiente problema de investigación, ¿Qué relación existe entre la percepción de la intensidad del dolor, el tipo de analgesia y el nivel de satisfacción materna según la edad luego del trabajo de parto respetado/humanizado en una sala de maternidad de una institución pública de la ciudad de Rosario durante los meses de enero a mayo del 2021?

Hipótesis:

- La utilización de analgesia no farmacológica producirá menor percepción en la intensidad del dolor y mayor nivel de satisfacción materna según la edad luego del trabajo de parto.

Objetivo general:

Identificar la relación que existe entre la percepción de la intensidad del dolor, el tipo de analgesia y el nivel de satisfacción materna según la edad luego del trabajo de parto respetado/humanizado en una sala de maternidad de una institución pública de la ciudad de Rosario durante los meses de enero a mayo del 2021.

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de analgesia utilizada durante el trabajo de parto.
- Describir el nivel de satisfacción materna de acuerdo a la edad durante el trabajo de parto.
- Describir el nivel de satisfacción materna al recibir a su bebé durante el periodo de alumbramiento.
- Identificar la satisfacción materna durante el periodo expulsivo en la atención del personal de enfermería y obstetricia.
- Describir la utilización del baño de inmersión, de la esfera dinámica y el uso de las telas durante el trabajo de parto.

Marco Teórico.

Desde el comienzo del siglo XX, el parto se inició en instituciones sanitarias con la finalidad de aminorar la mortalidad materna y neonatal, a partir de esta situación se instaló la idea de atender al parto como una enfermedad. A través de este proceso se disipó el protagonismo de las mujeres en esta etapa fundamental de sus vidas y se vieron obligadas a aceptar las normas de las instituciones, así el proceso de parto se convirtió en un “acto médico”, lo que provocó que la mujer no tuviera poder de decisión sobre cómo llevar adelante su proceso parto en cuanto a la posición, el tener acompañamiento. (Coral, 2015)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad y Consumo (M.S.C.) definen al parto normal como aquel que se cursa de forma espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del mismo hasta el alumbramiento. El bebé nace de forma espontánea entre las 37 a 42 semanas y luego de dar a luz la madre y él bebé se encuentran en buenas condiciones de salud. (Sanchez, 2012)

En el 2007 la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) hace referencia al parto natural mediante la creación del concepto de “parto no intervenido”, definiéndolo como el trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido, es fundamental la labor de vigilancia del estado materno –fetal, así como también, la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial y auxiliar de enfermería.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E.) califica al Parto Normal como un proceso fisiológico único donde la mujer finaliza su gestación a término, el cual se inicia espontáneamente, y finaliza sin complicaciones, con el nacimiento y no hay intervención más que de apoyo integral. (Arnua, 2012)

Se puede clasificar según su tiempo de gestación como parto a término, inmaduro, pre término y pos término. El parto a término es considerado de bajo riesgo para la mamá como para el bebé y de comienzo espontáneo, comprende desde la primera etapa del proceso de parto hasta el alumbramiento de la placenta. Se caracteriza porque el bebé nace en posición cefálica y su edad gestacional va desde las 37 a las 42 semanas de gestación. El inmaduro es aquel en el que hay un riesgo importante para el bebé, se da entre las 20 hasta las 28 semanas de gestación.

El pre- término se presenta entre las 28 y 36 semanas de gestación, presenta riesgos para la salud del bebe, también se produce de manera espontánea, producido por alguna patología materna o al presentarse alguna alteración en la madre o él bebe es inducido por el médico.

El parto post- término es aquel que se produce un alargamiento de la gestación pasadas las 42 semanas, en el cual se debe realizar una inducción al trabajo de parto, mediante la medicalización para el mismo. (Camino, 2020)

La asistencia a un parto es un hecho tan remoto como la humanidad, la cual ha sido realizada por diferentes profesionales a lo largo de la historia: parteras, médicos. Sin embargo, en las últimas décadas, se ha visto afectada por una creciente instrumentalización e intervencionismo que ha dificultado que se preste atención suficiente en la mujer durante este proceso, lo cual puede contribuir en su bienestar físico y emocional, en su adaptación a la maternidad, y al vínculo con su hijo/a. En el siglo XX, con el avance de las ciencias y las tecnologías sanitarias, fomentaron el desarrollo de un enfoque más tecnológico del nacimiento. A lo largo de este siglo, se construyeron modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que se fueron introduciendo en la atención sanitaria, y la asistencia al parto ha permanecido bajo esta influencia, originándose así una etapa de creciente medicalización. (Fernandez Raigada, 2013)

A fines del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó en revisar este modelo porque no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas. Siguiendo estas recomendaciones, se produjo una variación en la atención de la mujer gestante, donde se procura atender los factores individuales, psicológicos, sociales, familiares y espirituales, dando importancia a los aspectos emocionales y el sentido de la dignidad y autonomía durante el parto. Es primordial conocer las necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de parto y puerperio inmediato durante su estadía en la internación, así la satisfacción percibida con la atención durante el parto y el puerperio permite determinar áreas de mejora en nuestra atención, y acrecentar la vivencia positiva global de este proceso en la vida de las mujeres, sus parejas y su familia.

En referencia a la atención obstétrica moderna, las mujeres son atendidas con una rutina ya instaladas en las instituciones, en la cual muchas veces no son necesarias y algunas

intervenciones pueden producir algún daño como por ejemplo infección en post operatorio de cesárea. (Fernandez Raigada, 2013)

El parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el cuál sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los profesionales sanitarios que participan en la atención deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres actuales. Sin embargo, es importante tomar en cuenta también uno de los enfoques actuales acerca del parto humanizado que consiste en el respeto de las decisiones, preferencias y expectativas de las pacientes, en este sentido es muy importante llegar a un balance entre el enfoque descrito en primera instancia que se basa en evitar actitudes intervencionistas y el segundo enfoque que pone a la parturienta como protagonista de su parto. (Jimenez Barragan, 2015)

Cuando la mujer ha ingresado en el hospital la preparación para el parto incluye varios procedimientos rutinarios como medición de la temperatura corporal, pulso y tensión arterial. Estos procedimientos, pueden tener implicaciones en el desenlace del parto, y es por ello que puede influir el manejo del mismo. Estos procedimientos rutinarios no pueden ser excluidos, aunque deben ser explicados a la gestante y su acompañante. El control de la medición de la temperatura cada 4 horas, de acuerdo con la OMS, es importante porque un incremento de ésta puede significar un primer indicio de una posible infección, y así poder comenzar un temprano tratamiento, especialmente en caso de un parto prolongado con bolsa rota; esto puede evitar una sepsis. Otras veces puede ser señal de deshidratación. Tomando la tensión arterial al mismo tiempo, es un índice importante de bienestar materno. Un aumento súbito de la tensión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializado. (OMS, 1996)

La finalización del embarazo comienza con el trabajo de parto, donde empiezan las contracciones uterinas que provocan la dilatación cervical y hacen que el feto descienda por el canal de parto.

El trabajo de Parto comienza, donde la actividad uterina es frecuente, intensa y duradera. Clínicamente, comienza cuando el útero produce contracciones rítmicas, progresivas, y dolorosas, teniendo mínimo dos contracciones cada 10 minutos de mediana intensidad,

y donde el borramiento del cuello uterino sea del 50% y presente 2cm de dilatación. (Ponce Acosta, 2014)

Durante el parto se producen tres etapas las cuales son: La primera etapa denominada de dilatación que a su vez se divide en fase latente desde el inicio de las contracciones hasta los 4 cm de dilatación y la fase activa o tardía desde los 4 cm de dilatación hasta los 10 cm acompañados de una dinámica de parto constante y regular. (Jimenez Barragan, 2015)

El período de dilatación se subdivide en 2 fases: de dilatación latente y fase de dilatación activa. La fase latente tiene una evolución lenta de dilatación en la cual ocurren todos los cambios en el cuello uterino que luego permitirán la progresión rápida de la dilatación y termina cuando se ha borrado totalmente el cuello y hay una dilatación de 2-3cm. El borramiento “es el acortamiento o adelgazamiento del cuello uterino, desde 5 cm antes del comienzo del trabajo de parto hasta alcanzar el espesor de una hoja de papel”; en esta fase las contracciones uterinas se dan de arriba hacia abajo, lo que permita que el cuello del útero se abra para que el feto pueda descender.

Luego en la fase activa, que se refiere al parto clínico propiamente dicho y culmina con la dilatación completa; aquí se dan las etapas de aceleración (duración de 2 horas aprox. y se da una dilatación de 4-5 cm), período de máxima velocidad de dilatación (duración máxima de 2 horas y dilatación de 8-9 cm) y la fase de desaceleración (duración variable, llega a la dilatación completa). (Ponce Acosta, 2014)

La duración de la fase activa del parto es variable entre una mujer y otra y depende de la cantidad de partos que allá tenido. En mujeres embarazadas primíparas el promedio de duración de esta fase de parto es de unas 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. En las madres multíparas el promedio de duración es de 5 horas y en la mayoría de los casos dura menos de 12 horas.

La segunda etapa denominada periodo expulsivo es la fase del parto que transcurre desde que la mujer produce la dilatación completa (10cm) hasta que se produce el nacimiento del feto. También podemos referirnos a expulsivo pasivo cuando no existen contracciones involuntarias a pesar de la dilatación completa del cuello uterino y expulsivo activo cuando se observa la cabeza del feto atravesando el canal del parto o la madre tiene pujos efectivos en presencia de contracciones involuntaria. Se

recomienda que la mujer adopte la posición que le sea más cómoda siempre que las condiciones lo permitan.

La tercera etapa denominada alumbramiento hace referencia a la salida de la placenta del útero materno después de la salida del feto. La duración de esta etapa no debe superar los 30 minutos en un alumbramiento con manejo activo de la placenta y los 60 minutos en un alumbramiento espontáneo. (Jimenez Barragan, 2015)

Luego del proceso de parto comienza la etapa del puerperio que se divide en tres etapas. La primera etapa, denominada puerperio inmediato comprende las primeras 24 horas, en las dos primeras horas es cuando hay mayor riesgo de hemorragias post parto. La primer hora después del parto, es favorable para el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna.

La segunda etapa, llamada puerperio precoz se inicia desde de las 24 horas hasta los 10 días post parto, se producen cambios involutivos.

La última etapa, es el puerperio tardío, comienza a los 10 días hasta los 40/45 días aproximadamente, en esta etapa se reanuda la menstruación. (Maldonado, 2017)

El termino humanización se define como un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la auto transformación, a la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, así como también con otras personas en el futuro y con las generaciones pasadas. Para poder humanizar la atención al parto es necesario «empoderar» a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado. (Garrido, La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol., 2017)

Según la Organización Panamericana de la Salud/ la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el parto humanizado es el que protege el vínculo entre madre e hijo. La evaluación de los médicos expositores remarcó que los primeros segundos de vida del recién nacido son los más importantes, especialmente para su desarrollo cerebral. La OPS/OMS ha propuesto que esta debe ser una política de Estado de todos los países para combatir la violencia obstétrica y garantizar los derechos de la madre y el recién nacido. (OPS, 2016)

Es un modelo que intenta tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como propósito fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir. (Coral, 2015)

La humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas; busca modificar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, y trata de recuperar la noción de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal. Se brinda a las personas que lleguen a este mundo una bienvenida en un ambiente saludable; es decir, se busca que las mujeres puedan parir y los bebés nacer en un ambiente de amor, respeto y seguridad donde se reconozca la fuerza y sabiduría de su cuerpo, con alegría y acompañamiento.

La propuesta de parto humanizado se basa en tres ideas fundamentales, primero es que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y capacitado, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico. La segunda idea es que las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera. La tercera que la experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, a los bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad.

El acompañamiento de la gestante significa en primera instancia el apoyo de personas que tienen una formación acerca del parto y que está familiarizada con una gran variedad de métodos de atención como es el caso de la enfermera. Se le ofrece apoyo emocional a base de elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico a través de masajes en la espalda de la mujer y tomando sus manos, explicándole acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable. El acompañante es la persona elegida por la gestante quien brinda un apoyo físico, emocional, informativo y representativo, y debe ser

personas con las cuales ella se encuentre cómoda; su pareja, la mejor amiga o algún familiar. (Coral, 2015)

La humanización del parto implica un cambio en el punto de vista de la forma y los procesos que se utilizaron de forma tradicional en la medicina, estas nuevas modificaciones lleva al cumplimiento de algunos objetivos como por ejemplo el parto humanizado disminuye la iatrogenia, es decir los daños provocados en el cuerpo de la mujer por intervenciones innecesarias por el uso de fármacos o cesáreas no justificadas. Otro objetivo es que fortalece el vínculo madre-hijo, también involucra al padre en este vínculo de lazos afectivos, incluyendo a la lactancia que es de gran importancia en la salud física y afectiva del bebe, por lo cual el alojamiento conjunto es uno de los pilares fundamentales que se busca consolidar con esta forma de parto. (Guevara Carreras, 2018)

La ley de trabajo de parto respetado y su reglamentación (decreto 2035/2015), que rige en el ámbito público y en el privado, garantiza el trato digno y respetuoso hacia las personas gestantes, sus hijos y parejas en el embarazo, el parto y el puerperio.

Dicha ley sancionada por el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina se aplica en ambos ámbitos ya mencionados, en donde todas las obras sociales regidas por las leyes nacionales y las medicinas prepagas deberán brindar las prestaciones establecidas por esta ley, donde comprende los siguientes derechos para la persona gestante: A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas, la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y participar de las decisiones al respecto; a ser tratada con respeto e intimidad, considerando sus pautas culturales; a ser considerada como persona sana de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto y no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética; al parto respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados; a elegir quién la acompañe durante el trabajo de parto, parto y postparto; a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales; a recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña y los beneficios de la lactancia. (Ley25.929., 2004)

Una de las políticas de salud es la Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), constituye un paradigma de atención perinatal que incorporo diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras que fueron articulándose y evolucionando a lo largo de estos 35 años. Está inspirado en un Hospital Amigo de la Madre y del Niño (HAMN) creado por OMS – UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades, implementada en la Argentina en 1994. En 2007 se realizó una guía para modificar las maternidades seguras y centradas en la familia en la que expresa el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MSF y se especifican las acciones que pueden llevarse a cabo por las maternidades para llegar a ser centradas en la familia.

Una MSCF reconoce a los padres y a la familia, junto con el equipo de salud como protagonistas en la atención integral de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido siendo su prioridad su atención, fomenta el respeto, y la protección de los derechos de la madre y del bebe, impulsa la participación y colaboración del padre, la familia en el cuidado de la mujer y del recién nacido y fundamentalmente fomenta la lactancia materna. (Larguia, 2012)

Cuando se habla del rol que cumple el personal de salud, cuando se adopta el modelo de atención al parto, desde un modelo de atención integral, humanizado y con un enfoque basado en la participación de todo el equipo de salud resaltando en la atención de enfermería y el acompañamiento de su familia, provoca en la mujer gestante un estado de seguridad y confort. (Jacobo Vargas, 2018)

En cuanto a la humanización en la atención por parte del personal de enfermería, está relacionada al cuidado de la paciente e información al paciente con el objetivo de que el mismo paciente pueda decidir sobre cuál es la mejor opción para recuperar su salud, teniendo en cuenta los beneficios o complicaciones de los mismos. (Guevara Carreras, 2018)

Virginia Henderson (2005) sustenta que el trabajo de enfermería se basa en guiar al paciente enfermo o sano para que lleve a cabo sus actividades en las cuales pueda mantener o recuperar su salud y ayudando a alcanzar su independencia. Este modelo de cuidado de enfermería es el más utilizado por parte de los sistemas de salud actuales, ya que permite a la enfermera a comprender los factores que repercuten sobre el paciente, y trabajar de manera conjunta con otros profesionales, además que se

desarrolla desde un punto de vista humanístico donde el rol de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que las personas no pueden realizar en un momento dado de su vida.

Los cuidados de enfermería no deben basarse solamente en las técnicas de atención del paciente, sino que también, deben preocuparse por la satisfacción de sus necesidades incluyendo desde el aspecto afectivo y emocional. (Guevara Carreras, 2018)

En Argentina el equipo de salud conformado por el obstetra, la enfermera e instrumentadora deben controlar los signos vitales de la madre y del bebé, acompañar a la mujer en el caso que no tenga acompañante. El neonatólogo que atiende al bebé debe informar si tiene algún tipo de complicaciones de forma fidedigna a la madre y a su grupo familiar con un vocabulario que comprendan la posibilidad de intervenciones si lo requiera durante el embarazo o el parto, trabajo de parto y puerperio, informando sus efectos, complicaciones, cuidados y tratamientos. Otras de las funciones del personal de salud es el contacto inmediato luego del parto entre el binomio madre/hijo, lo que previene a la disminución del dolor de forma no farmacológica. (Jacobo Vargas, 2018)

La mayoría de las mujeres experimentan un dolor durante el parto y su respuesta es diferente en cada una, ya sea por experiencias antes vividas, parto anormal, o un parto instrumentado, resulta ser más doloroso que un parto normal. (Coral, 2015)

Durante el parto las mujeres perciben un dolor de origen multifactorial, desde psicosociales hasta fisiológicos. La magnitud varía enormemente de unas gestantes a otras y depende también de la fase del parto en que se encuentre. (Jimenez Barragan, 2015)

Se define al dolor según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como una sensación desagradable y una experiencia emocional asociadas con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño. El dolor que experimenta cada individuo que lo padece es el resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

El dolor es una percepción que posee varias dimensiones: duración, intensidad, localización, cualidad. En cuanto a la duración, es el tiempo durante el cual se percibe el dolor. Este puede ser continuo o intermitente. En clínica se ha convenido en denominar al dolor, de acuerdo con su duración, como agudo y crónico. Dolor agudo es aquel dolor,

generalmente desencadenado por la activación de nociceptores en el área de una lesión tisular y cuya duración es menor de tres meses. Da lugar a cambios vegetativos, ocasiona manifestaciones de ansiedad y habitualmente responde bien a los analgésicos. Dolor Crónico es el dolor que ha tenido una duración mayor de tres meses, en forma continua o intermitente. Generalmente es un dolor con características patológicas, que puede persistir aún después de la curación de la lesión. (Moreno, 2004)

Con respecto a la Intensidad, es la magnitud del dolor percibido. La intensidad no depende solamente de la nocicepción. En ella influyen, como se mencionó atrás, otros factores de orden psicológico, social y cultural.

En cuanto a la Localización, se refiere al lugar del cuerpo donde el dolor es percibido. Debido a la Ley de la Proyección, el dolor originado por estímulos nocivos en estructuras profundas puede ser muscular o visceral.

Con respecto a la cualidad del dolor, es aquella característica que permite describir el tipo de dolor que se percibe, por ejemplo, si es quemante, punzante. (Moreno, 2004)

Durante el trabajo de parto el dolor se debe a las contracciones de los músculos y presión en el útero. Se percibe como un dolor fuerte tipo cólico en el abdomen, ingle y espalda.

La presión que ejerce la cabeza del bebé sobre la vejiga y los intestinos, y el estiramiento del canal de parto y la vagina son otras causas del dolor durante el trabajo de parto.

Durante el trabajo de parto el dolor es diferente para cada mujer. El dolor varía mucho de una mujer a otra, e incluso de un embarazo a otro. Las mujeres sienten el dolor del trabajo de parto de distintas formas. Para algunas, se parece al dolor menstrual; para otras, es una presión intensa; y, para otras, son oleadas muy fuertes que se asemejan a los cólicos abdominales.

La mujer presenta el dolor de parto como un complejo síndrome somático-emotivo que confiere una estabilidad emocional determinada, en el que la matización de dicho dolor depende de diversas características socioculturales de la paciente. Se caracteriza por ser un dolor somático y visceral, de inicio brusco (dolor agudo) y corta duración. (Amezcuá, 2017)

Una mayor edad, un adecuado soporte social, experiencias previas de parto o ser un embarazo planificado influye en una percepción de intensidad menor del dolor, mientras

que mujeres más jóvenes o con bajo estatus socioeconómico expresan una intensidad mayor de dolor. Estas desigualdades se explican a que un elevado nivel educativo y una mayor edad de la mujer se relaciona con una búsqueda mayor de información sobre el embarazo, parto y posparto. (Perez, 2017)

La analgesia es un término que va ligado al parto puesto que la mayoría de las mujeres la solicitan. La estrategia de analgesia que se pueden adoptar se clasifican en farmacológicas (alivian el dolor) y en no farmacológicas (ayudan a enfrentarse al dolor).

Dentro de las farmacológicas la más utilizada es la analgesia epidural, es la eficaz para aliviar el dolor durante el parto, y por lo tanto, es la que más efectos adversos produce.

La analgesia epidural bloquea el sistema nervioso de la parturienta mediante una punción, el tiempo en el que comienza a producir efecto es a los 10 a 20 minutos luego de su administración. (Jimenez Barragan, 2015)

Consiste en colocar a la mujer embarazada en decúbito lateral en posición fetal, en el cual el anesthesiólogo sitúa el interespacio lumbar que debe puncionar y realiza una pápula en la piel con anestesia. Luego procede a colocar una aguja que atraviesa varias capas hasta el espacio epidural, en donde realiza la fijación de la aguja, luego coloca el catéter por donde pasara la medicación. (Ponce Acosta, 2014)

Los efectos adversos durante el parto son luego de la aplicación de la medicación, muchas mujeres presentan desaceleración o una detención de las contracciones uterinas, lo que produce una instrumentalización del parto; la baja de tensión arterial de la madre significa disminución en el flujo sanguíneo al bebe, lo cual produce una disminución del oxígeno produciendo alteración en la Frecuencia Cardiaca Fetal; se compromete la movilidad materna con lo cual al bebe se le dificulta el paso por el canal de la pelvis para nacer y se debe utilizar fórceps o ventosas; el descenso de las contracciones y de la movilidad de la madre extiende el periodo expulsivo, lo que produce agotamiento tanto como para la madre como para él bebe produciendo una instrumentalización del parto.

Los principales efectos adversos luego del parto son, la hipotensión arterial, también puede producir fiebre, escalofríos, depresión respiratoria y cardiovascular.

Otras consecuencias son, la punción en la duramadre lo que al pincharse al ser una membrana que recubre la medula produce liberación de líquido cefalorraquídeo, lo que

provoca cefaleas intensas. Si esto sucede se debe tener a la parturienta en cama acostada sin almohada; Infección en sitio de punción y dolor en la zona de punción luego del parto. (Ponce Acosta, 2014)

Otro tipo de analgesia farmacológica es la utilización de opioides, son menos utilizados ya que producen un menor efecto, se administran por vía endovenosa e intramuscular, dentro de los efectos adversos más comunes se encuentran las náuseas y/o vómitos, se recomienda administrar en conjunto un antiemético.

Dentro de los métodos no farmacológicos, se encuentran los masajes consiste en manipulación en los tejidos blandos del cuerpo en la región lumbosacra, que pueden ser realizados por la enfermera o por la persona que la parturienta quiera que la acompañe. Es preferible realizarlo con algún tipo de aceite para aliviar la fricción de la piel, estimula la liberación de endorfinas y aumentar la producción de serotonina que inhibe la transmisión de los impulsos nerviosos al cerebro. (Jimenez Barragan, 2015)

Sus principales beneficios son, que ayuda a aliviar la presión en la espalda, ayuda a la relajación física y emocional, ayuda a eliminar líquidos y toxinas, por lo que combate la fatiga, ayuda a mantener la elasticidad y flexibilidad del cuerpo.

Durante el embarazo el masaje perineal es uno de los factores protectores del trauma perineal obstétrico, ya que reduce la probabilidad de sufrir desgarros perineales de segundo o tercer grado, así como de practicar episiotomía y la intervención mediante partos instrumentales. También disminuye de forma significativa el dolor perineal posparto, sin embargo, la aplicación de masaje perineal durante el parto no es efectivo para la reducción del dolor e incluso aumenta la incidencia de traumatismo perineal y desgarros de segundo y tercer grado. (Fernández Medina, 2014)

Otro método es la esfera dinámica, es una técnica que consiste en el trabajo del cuerpo utilizando una pelota grande de vinilo para ayudar a la disminución del dolor de la pelvis en el parto y para relajar los músculos extensores de la espalda. También produce un aumento de la capacidad respiratoria y una sensación de relajación. Este proceso de liberación de la pelvis facilita el movimiento y rotación del recién nacido por el canal de parto. Se recomienda el uso de la pelota de parto ya que, favorecer la dilatación, amplía los diámetros pélvicos, proporciona un elemento de distracción a la mujer y mejora la recuperación del suelo pélvico postparto. La pelota de partos suele medir entre 65 y 75

cm de diámetro y tiene una estructura elástica y resistente para que pueda soportar el peso de la mujer.

Otra técnica es la inmersión en el agua, se debe realizar con agua a temperatura no mayor a 37,5C. A parte de producir la disminución del dolor, favorece la relajación y movilidad de la madre. Tiene propiedades purificadoras, estimulantes y sanadoras y proporciona apoyo a la madre para sostener el cuerpo de la madre. El feto desciende y rota por sí solo gracias a que el agua relaja y maximiza los diámetros pélvicos. (Jimenez Barragan, 2015)

La mujer está inmersa en agua caliente hasta nivel pectoral. Dicha inmersión se realiza durante un máximo de 2 horas consecutivas, y puede repetirse transcurridos 30min. Las gestantes que deseen realizar un trabajo de parto en agua o un parto en agua (dilatación, expulsivo o ambos) deben estar previamente informadas de los criterios para poder usar la hidroterapia, así como de los beneficios y posibles efectos secundarios que produce la hidroterapia. (Perez, 2017)

La técnica de termoterapia produce una dilatación de los vasos sanguíneos que produce un aumento del flujo sanguíneo, mejorando el drenaje venoso y linfático, aumentando la elasticidad tisular y reduciendo, por tanto, la inflamación y el edema. La inmersión en agua caliente de la gestante durante la primera etapa del parto produce una reducción del dolor y de la duración de las contracciones, sin efectos adversos en el recién nacido. La utilización de compresas calientes en el periné durante el periodo expulsivo disminuye el riesgo de trauma perineal y reduce el dolor. (Fernández Medina, 2014)

En cuanto a la posición en el trabajo de parto, la posición supina afecta al flujo sanguíneo del útero. El peso del útero provoca compresión aorto-cava y la disminución del flujo sanguíneo que puede comprometer la vitalidad del feto. La posición supina también reduce la intensidad de las contracciones y favoreciendo en el progreso del parto. Colocarse de pie o de lado se asocia con una mayor intensidad y eficacia en las contracciones. (Coral, 2015)

En cuanto al parto vertical, aminora el número de episiotomías, y disminuye el dolor. La posición vertical ayuda al encajamiento del bebe por acción de gravedad, favorece la producción de oxitócina endógena por la presión que ejerce la cabeza del bebe en el

cuello del útero, ayuda a que la dinámica sea más intensa y efectiva y permite al bebé ubicarse en una posición adecuada para pasar por el canal de parto.

Otra posición es que la mujer se encuentre sentada, ya que se emplean las mismas iniciaciones que en el parto vertical. Se mantiene el cuerpo erguido sin llevar todo el peso a las piernas ni a los huesos de la pelvis. Se coloca a la mujer en la camilla mecánica con una inclinación de la misma a 90 grados. Puede agarrarse de los laterales o de la barra por encima de su cabeza, hacer fuerza con los pies que se encuentran apoyados en las piñeras y balancearse si lo desea.

Ambas posiciones tienen como ventajas que promueven la relajación y el descanso, ventaja en la fuerza de gravedad, permite el monitoreo fetal continuo, permite realizar examen vaginal a la madre, y es la posición recomendada para el nacimiento del bebé. (Ponce Acosta, 2014)

En esta etapa fundamental de la mujer relacionada al parto y el puerperio conlleva a la satisfacción del paciente que se define como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario recibido, es un indicador de resultado de la calidad de los servicios y de la atención que recibe la paciente. La satisfacción percibida por las mujeres gestantes con la experiencia del parto y el nacimiento de un hijo está relacionada con un elevado número de factores, tales como las expectativas personales de las mujeres, el alivio del dolor, el apoyo recibido tanto por los familiares como por los profesionales sanitarios, la calidad de la relación con estos últimos, así como el cumplimiento de las expectativas de las madres.

En la satisfacción de la madre un factor importante es el bienestar de su hijo, y queda demostrado estudio tras estudio que la mejor alimentación para él bebé es la lactancia materna. La leche materna es el principal alimento del bebé, las madres presentan sentimientos muy favorables respecto a la lactancia materna y generalmente ven cumplidas sus expectativas, ya que en algunos casos la no lactancia demuestra insatisfacción de la gestante. Al momento de amamantar se produce la liberación de muchas hormonas, tanto en la madre como en el bebé, favoreciendo a ambos. Otros beneficios son: la leche materna presenta enormes biofactores, sus ácidos grasos favorece al desarrollo cerebral, efecto sobre el metabolismo y la genética. (Aguilar Cordero, 2013)

Un aspecto que influye en la satisfacción del parto de la madre es el acompañamiento constante por parte del familiar que la mujer desee ya que antiguamente los partos se realizaban en sus hogares donde eran más familiares, actualmente al realizarse en hospitales se incrementa la participación del familiar en la sala de partos. (Aguilar Cordero, 2013)

Al realizarse el parto en hospitales ocasionaba que las pacientes quedaran alejadas de sus familias, pero a partir de las recomendaciones de la OMS, se enfatiza la importancia de la presencia de un familiar elegido por la parturienta durante el nacimiento, ya sea la pareja, un familiar o una doula, generalmente mujeres mejoraban la satisfacción de las mismas con la experiencia del parto, ya que incrementaban la comodidad emocional y disminuían la ansiedad. (Garrido, 2017)

La satisfacción apreciada por la mujer embarazada con respecto a la experiencia del parto y al nacimiento de su hijo se relaciona a diversos factores como por ejemplo a las expectativas personales, al alivio del dolor, al apoyo recibido por los familiares y el equipo de profesionales que la atienden. (Sanchez Fortis, 2018)

La paciente está satisfecha cuando los servicios cubren sus expectativas, pero si las expectativas de la paciente son bajas o si tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecha sola con recibir servicios relativamente deficientes. (Mogollón Rea, 2016)

La mujer va planificando durante su etapa de gestación cómo será su maternidad, y entre otros temas, se crea unas expectativas de cómo desea que sea su parto. En el momento en que alguna de esas expectativas no se puede cumplir, aparece la frustración. En el caso de aquellas que hayan planificado un parto sin analgesia, es la necesidad de su uso, y en el caso de la mujer que deseara analgesia es la imposibilidad de administración. En ambos casos se aprecia la importancia de una buena información prenatal que abarque todas las posibilidades, para que llegado el momento, pueda adaptarse a la situación que se presente, siendo parte activa del proceso y así conseguir un alto nivel de satisfacción.

Otra característica fundamental en la satisfacción materna es la relación con los profesionales que la atienden durante el proceso del trabajo de parto. Existen dos puntos de vista en este aspecto; aquellas mujeres que delegan todas las decisiones en el equipo que las está atendiendo, confiando en las decisiones que tomen, puesto que consideran

que ellos son los profesionales, y aquellas mujeres que desean formar parte activa en el proceso de parto, tomar las decisiones de forma conjunta con el equipo y los profesionales respetan los deseos y preferencias que tiene la pareja en su parto. La presencia de un profesional flexible, sensible a las necesidades de la mujer, que comprenda el contexto en que se encuentra y que apoye sus decisiones contribuye a que mejore la experiencia del parto. En este sentido, potenciar las decisiones informadas contribuye a los sentimientos de control y la participación en el proceso. (Perez, 2017)

Los sentimientos de la mujer en esta etapa son tan sensibles que la presencia de los profesionales de la salud es la de apoyar e intensificar emocionalmente a la mujer, explicar, educar, y dirigir su conducta en ciertas situaciones críticas, respetarlas y hacerla participe en la toma de decisiones, haciéndola protagonista principal de su propio parto ya que muchas veces es interrumpida por la excesiva o innecesaria intervención. (Montes, 2009)

La atención del profesional de salud en un establecimiento, tiene como la finalidad servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno con una respuesta de calidad. Incluye la explicación sobre la evolución de su embarazo, la formulación de preguntas sobre los signos de alarma, brindar información acerca de la atención prenatal y los cuidados que requiere, establecer un trato empático, es decir ponerse en el lugar de la otra persona para entender sus necesidades, manifestar un trato cordial. (Mogollón Rea, 2016)

Uno de los factores relacionados con la satisfacción materna es la atención del personal médico, ya que la información proporcionada por los mismos es muy importante por dos motivos. Primero porque crea en los pacientes hábitos de salud más saludables, y en segundo lugar porque interviene en la satisfacción de los mismos, ya que una mayor información de los médicos genera una mayor satisfacción. (Aguilar Cordero, 2013)

Otro proceso importante que favorece la satisfacción materna y tiene importantes beneficios tanto como para la madre como a su bebe es el contacto piel a piel (COPAP), es una técnica que consiste en colocar al bebe en el pecho de su mama durante el periodo de 2 horas luego del nacimiento, lo que evidencia beneficios en los recién nacidos pre término, sugiriendo que influyen en su crecimiento y desarrollo neurológico y cognitivo. Los indicadores más relevantes son la mejoría en la oxigenación, estabilidad de los parámetros vitales, disminución de los episodios de apnea, y períodos de sueño

prolongados que permiten la organización del recién nacido. Además de favorecer el vínculo madre-hijo, incrementa en forma progresiva la ganancia de peso corporal, mejora la inmunidad, facilita el vaciamiento gástrico y permite una lactancia materna prolongada y exitosa.

Los beneficios que adquiere la madre a través del contacto piel a piel con su bebé le permite mantener un equilibrio emocional, perfecciona su nivel de percepción para detectar las reacciones y emociones de su hijo, logra obtener mayor confianza y seguridad para realizar los cuidados básicos del niño y por sobre todo hay un incremento en la producción de leche para un período prolongado de amamantamiento. (Dávila, 2007)

El contacto piel a piel inmediato, brinda importantes beneficios tanto para la madre como para el bebé, no solo favorece los cambios inmediatos que ocurren en el periodo de adaptación y logra una mejor adaptación extrauterina, sino que también proporciona beneficios adaptativos a la madre, promoviendo un periodo puerperal inmediato y tardío más beneficioso.

En el recién nacido provee estabilización de las funciones vitales, mejora los niveles de saturación de oxígeno, mantiene estable la temperatura corporal, disminuye la percepción de dolor, confiere períodos más largos de sueño, mayor desarrollo neuronal, disminución del llanto y favorece la lactancia materna precoz.

En cuanto a las madres se observa un acortamiento del período de alumbramiento, mejora en la percepción del parto, reducción del sangrado posparto, fortalecimiento del vínculo madre-hijo, estimulación de la lactancia materna y reducción de los niveles de ansiedad y depresión puerperal. (Dávila, 2007).

Durante el puerperio, la comunicación es fundamental en la satisfacción materna ya que las pacientes experimentan satisfacción al ser escuchadas y sentirse en un ambiente de confianza y sinceridad. Las madres durante esta etapa requieren de ayuda y la comunicación se convierte en un recurso útil para percibir y dar respuestas a sus necesidades. Los conocimientos adquiridos en este período en el espacio hospitalario, tanto para el autocuidado de la madre como para el del niño son fundamentales ya que es una etapa vital y se debe ir adaptando de manera progresiva. Por ello la comunicación y la educación sanitaria son fundamentales para llegar a esta adaptación ya que se

producen cambios psicológicos en la mujer e influyen en su habituación al papel de madre. (Fernandez Raigada, 2013)

Para esta investigación se tendrá en cuenta las teóricas de enfermería de Virginia Henderson ya que para ella la Enfermería se basa en ayudar al individuo sano en este caso en la realización de sus actividades que contribuyen a su salud, logrando su independencia la mayor brevedad posible. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus 14 necesidades básicas desde el nivel de acompañamiento por parte de la relación enfermera- paciente ya que la enfermera supervisa y educa a la paciente pero es ella quien realiza su propio cuidado.

También se tendrá en cuenta la teoría de Florence Nightingale ya que se basa en la influencia que tiene el entorno, los aspectos sociales y emocionales en la salud de la paciente. Aborda a la paciente como un ser bio- psico- social lo cual fomenta la humanización de los cuidados de enfermería hacia la mujer en el período del parto respetando a la misma en la toma de decisiones y al hacerla participe de su propio parto.

Además se basará en la teoría de Dorothea Orem con la teoría del autocuidado que son actividades que se dirigen hacia la persona y hacia el entorno para regular los factores que afectan al propio desarrollo, en beneficio de la vida, la salud o el bienestar, mediante el sistema de apoyo educativo la enfermera educará a la madre para el auto cuidado tanto de ella como de su bebe dentro de su periodo de internación como para su alta, se le explicara los signos de alarma en forma clara y se le pedirá que lo repita para asegurarnos que allá comprendido lo que queremos educar.

Material y métodos.

Tipo de estudio:

El abordaje será cuantitativo ya que se utilizará la recolección de datos y el análisis de estos con el fin de responder a la pregunta de investigación y comprobar la hipótesis establecida. Se confrontarán los hechos para comprobar la teoría con la práctica. El rol del investigador será neutral y objetivo. El diseño será predeterminado y estructurado, con una planificación previa de toda la investigación. Los instrumentos serán

estandarizados y uniformes para recoger información que pueda someterse a análisis estadístico-matemático y que sus resultados puedan generalizarse a la población.

Será no experimental ya que será llevado a cabo sin manipular deliberadamente las variables por parte del investigador, es decir, se observarán tal como se presentan en su contexto natural, será descriptivo ya que se determinará como es la situación de las variables que se están estudiando en una población específica, la presencia o ausencia de ellas y la frecuencia e incidencia con la que ocurre, será transversal ya que se realizará una única medición de las variables en estudio, de acuerdo a la recolección de datos es prospectivo ya que se recolectarán datos primarios, es decir a medida que los hechos vayan sucediendo en la población en estudio durante los meses de enero a mayo de 2021.

Sitio y contexto de la investigación.

Para la selección del lugar donde se llevará a cabo la investigación se realizó previamente un relevamiento de datos (ver anexo I) para garantizar que sea el sitio adecuado, ya que no se compara con otra institución debido a que es la única que cuenta con la política de parto respetado, se procedió a solicitar autorización previa.

Mediante los resultados del estudio exploratorio se obtuvo los criterios de elegibilidad (ver anexo III), donde se encontraron en él las variables que se desea investigar sin la preexistencia de factores que pueden interferir o generar confusiones a la hora de elaborar los resultados de la investigación, también se encontró la población de estudio y la autorización para acceder al mismo para llevar a cabo el relevamiento de datos.

El sitio seleccionado corresponde a una institución pública de segundo nivel de complejidad, referente de la zona sur de la Ciudad de Rosario, que cuenta con servicios de Guardia de adultos y pediátrica, sala de internación de Clínica Médica, consultorios externos, servicio de ecografía, RX y el servicio integral de la Mujer.

En cuanto al servicio integral de la mujer, se divide en la sala de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (TPR), donde cuenta con una Guardia Ginecológica donde se realiza la admisión de la paciente embarazada y mujeres que ingresan por alguna afección ginecológica. Cuenta con 4 habitaciones privadas, cada una presenta bañera, y

accesorios para el parto respetado. Cuenta con dos quirófanos uno para las cesáreas y otro para cirugías generales.

El servicio de Maternidad cuenta con 24 camas donde se alojan puérperas junto con su bebe y las pacientes por afecciones ginecológicas, se dividen en cuatro salas donde el personal de enfermería destina a la paciente de acuerdo a su complejidad.

Población y muestra.

La población en estudio estará conformada por todas las pacientes internadas en una sala de maternidad de una institución pública.

La unidad de análisis está conformada por: cada una de las mujeres internadas en la sala de maternidad con parto normal sin complicaciones.

Criterio de exclusión.

*Puérperas de cesáreas.

*Puérperas con plan de parto.

*Puérperas con su bebe en neonatología.

*Puérperas de Fetos Muertos (FM).

*Puérperas con embarazo de gemelos y trillizos.

Tamaño de la población.

La población en estudio estará conformada por todas las mujeres puérperas internadas en la sala de Maternidad sin complicaciones que reúnan los criterios de inclusión/exclusión antes mencionados. La población de estudio es aproximadamente de 90 mujeres puérperas, dato aportado por los resultados de estudio exploratorio, por tal no se tomará muestra ya que es una población reducida y factible de ser medida en su totalidad.

En cuanto a la validez externa los resultados serán generalizables solo a la población en estudio, ya que no se realizará en otro sitio y no se tomará muestra probabilística.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la variable percepción de la intensidad del dolor se utilizará la técnica de encuesta y se aplicará como instrumento un cuestionario la escala numérica analógica donde la paciente nos indicará la intensidad del dolor que percibió durante el parto que va desde el 0 sin dolor aun puntaje de 10 siendo el peor dolor. (Ver anexo II)

Para la variable tipo de analgesia se utilizará la técnica de observación, y se aplicará como instrumento una lista de control creado por la autora del proyecto en base a los métodos que se utilizan en la institución seleccionada con los diferentes tipos de analgesias y sus dos dimensiones analgesia farmacológica presenta 2 indicadores y analgesia no farmacológica con sus 5 indicadores donde se tildará por sí o no su utilización y una columna de observaciones donde se explicará cualquier eventualidad que sea relevante. (Ver anexo II)

Para la variable nivel de satisfacción materna se utilizará la técnica de encuesta y se aplicará como instrumento un cuestionario auto administrado, ya validado denominado escala de MACKEY, fue diseñada por Goodman y Mackey en 2004 en la lengua inglesa y traducido a la lengua española en el año 2016 por Caballero y Delgado García, mide la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto, cuenta con seis dimensiones el periodo de dilatación con sus 7 indicadores, periodo expulsivo con sus 6 indicadores, recién nacido con sus 3 indicadores, cuidados por parte de enfermería con sus 9 indicadores, cuidados del obstetra con sus 8 indicadores y satisfacción global con sus 2 indicadores, donde se tildara en una escala tipo lickers desde muy insatisfecha hasta muy satisfecha. (Ver anexo II)

Para la variable Edad se integrará en la encuesta de nivel de satisfacción materna.

La encuesta tiene como ventaja que proporcionará la información que se desea saber, nos brinda datos objetivos y puntuales que nos interesan estudiar, ya que se realizan a todas las participantes las mismas preguntas de forma clara y precisa donde responde lo que nos interesa saber y como desventaja que no se comprenda o este mal formulado lo que se quiere preguntar, lo que produciría la perdida de algún participante por ello es

importante realizar la prueba piloto para evitar confusiones a la hora de responder las mismas.

La observación tiene como ventajas que nos permite ver en primera persona a los sujetos en estudio y obtener datos más objetivos, tiene como desventajas que puede modificar la conducta de la gestante observada y por lo tanto habrá una alteración en los resultados.

Operacionalización de variables.

Variable 1

Percepción en la intensidad del dolor: de tipo cualitativa, función dependiente, escala de medición ordinal.

Experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.

Indicador: Será la intensidad expresada en números del 1 al 10 según lo refiera la encuestada.

Variable 2:

Tipo de analgesia: de tipo cualitativa, función independiente, escala de medición nominal.

La analgesia es la supresión del dolor por medio de procedimientos que se utilizan para aliviar el mismo en el trabajo de parto.

Dimensión: Analgesia farmacológica.

Indicadores:

* Colocación de analgesia epidural: es la introducción de anestesia en el espacio epidural bloqueando las terminaciones nerviosas mediante una punción, produciendo un efecto más prolongado.

* Administración de opioides: por vía intravenosa e intramuscular.

Dimensión: Analgesia no farmacológica

*Baño de inmersión: se introduce a la mujer en una bañera con agua tibia, observando que este cubierta hasta la zona del abdomen.

*Esfero dinamica: se sienta a la mujer sobre la pelota, la cual realiza movimientos circulares y el acompañante puede realizarle masajes en la zona de la cintura.

*Telas: la parturienta se sienta en la pelota y se sostiene con las dos manos de las telas ejerciendo fuerza hacia abajo.

*Banquito: se sienta a la mujer en un banquito de madera en el cual puede utilizarse para el momento del parto, también puede utilizarse con las telas.

*Masajes: el acompañante realiza masajes en la cintura de la mujer realizando leve presión.

Variable 3:

Nivel de Satisfacción materna: de tipo cualitativa, función dependiente, escala de medición ordinal.

Es la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad de la persona; este estado personal es susceptible de describirse objetivamente en niveles. En los niveles más bajos de bienestar, el individuo se percibiría en situación de enfermedad, en los más altos, podría experimentar como la mayor satisfacción.

Dimensión:

Periodo de dilatación.

Indicadores:

- * Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.
- * Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación.
- * Su grado de confort durante la dilatación.
- * La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación.
- * El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación.
- * La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación.
- * Su experiencia global de la dilatación.

Dimensión:

Periodo expulsivo.

Indicadores:

- * Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo.
- * Su grado de confort durante el expulsivo.
- * La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo.
- * El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo.
- * La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo.
- * Su experiencia global del expulsivo.

Dimensión:

Recién nacido

Indicadores:

- * El estado de salud de su bebé al nacer.
- * El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé.
- * El tiempo transcurrido hasta que usted alimentó por primera vez a su bebé.

Dimensión:

Cuidados por parte de la enfermera.

Indicadores:

- * Los cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto.
- * Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto.
- * La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera en el parto.
- * El interés y el trato personal que le prestó la enfermera en el parto.
- * La ayuda y apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y la relajación en el parto.

- * El tiempo que la enfermera pasó con usted durante la dilatación.
- * La actitud de la enfermera en el parto.
- * La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades durante el parto.
- * La ayuda y el apoyo de la enfermera en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor.

Dimensión:

Cuidados del obstetra.

Indicadores:

- * Los cuidados físicos que recibió del obstetra durante el parto.
- * Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del obstetra durante el parto.
- * La información y explicaciones que le proporcionó el obstetra en el parto.
- * El interés y el trato personal que le prestó el obstetra en el parto.
- * La ayuda y apoyo que recibió del obstetra con las respiraciones y la relajación en el parto.
- * El tiempo que el obstetra pasó con usted durante la dilatación.
- * La actitud del obstetra en el parto.
- * La sensibilidad del obstetra ante sus necesidades durante el parto.

Dimensión:

Satisfacción Global:

Indicadores:

- * De forma global, la atención que usted recibió durante el parto.
- * De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?

Variable 4:

Edad: Cuantitativa independiente, escala de medición razón.

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

Principios éticos a tener en cuenta:

La investigación se llevará a cabo teniendo en cuenta siempre los principios de bioéticos, los cuales son de suma importancia para garantizar la protección de los participantes siendo esta la responsabilidad del investigador.

Principios de beneficencia: El investigador será responsable de anteponer ante todo el bienestar físico, mental y social de los participantes, se evitará infringir daño, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables.

Respeto a la dignidad humana: Se asegurará la autodeterminación de los sujetos de estudio por medio de la información completa a través de un Consentimiento Informado (Anexo II) donde se le describirá con detalles la naturaleza del estudio, el derecho a rehusarse a participar o retirarse en el momento que lo desee, a no responder preguntas que considere que invade su privacidad sin que ello conlleve a alguna amenaza. Se preservará la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. (Ver anexo II)

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

Se aplicó una prueba piloto a los instrumentos (ver anexo IV) a una población de similares características a la de la investigación en estudio. Esta prueba es de suma importancia porque permite controlar que no interfieran las variables ajenas, y permite asegurarse una adecuada interpretación de aspectos que pudieran resultar pocos claros o confusos al momento de su administración, dando cuenta de que se mide lo que se pretende medir.

Personal a cargo de la recolección de datos.

Para la recolección de datos se realizará el adiestramiento a una colaboradora, presentándole los instrumentos previamente para que los lea y se sacarán las dudas que presente para que no se produzca alguna mala interpretación, ya que existe la

posibilidad de que se realicen partos en simultáneos y se necesitará colaboración para la observación del tipo de analgesia utilizada.

Los instrumentos se entregarán en el turno de la mañana en el horario de las 10 y 12hs donde las puérperas responderán en su propia habitación, el tiempo previsto será de 30 a 40 minutos.

Plan de análisis.

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos de las variables seleccionadas y sus dimensiones. El proceso de tabulación de los mismos se codificará mediante la utilización de un software estadístico EPI-7.

Para la variable percepción de la intensidad del dolor, se utilizará una escala de medición ordinal, dicha variable consta con 1 indicador que es el valor expresado por la paciente, se codificara (0) no dolor, (10) el peor dolor. Se utilizará la estadística descriptiva de medidas de frecuencia.

Para la variable tipo de analgesia, se utilizará una escala de medición nominal, dicha variable presenta 2 dimensiones y 7 indicadores, cada dimensión tiene dos aspectos a observar por sí o por no:

Analgesia farmacológica:

Colocación de anestesia epidural (1)

Administración de opioides (2)

Analgesia no farmacológica:

Baño de inmersión (1)

Esfero dinamia (2)

Telas (3)

Banquito (4)

Masajes (5)

Los cuales se reconstruye de la siguiente manera:

Ante la presencia de alguna de sus dimensiones será la utilización o no de la analgesia durante el trabajo de parto siendo:

No utilización de analgesia (0)

Utilización de analgesia (1)

Para dicha variable se utilizará la estadística descriptiva de frecuencia.

Para la variable nivel de satisfacción materna, presenta 6 dimensiones y 35 indicadores se utilizara una escala de medición ordinal, a lo cual se le asignará una codificación que va desde 1 = muy insatisfecha, 2 = insatisfecha, 3 = indiferente, 4 = muy satisfecha, 5 = satisfecha.

La puntuación mínima de esta dimensión es de 36 puntos y la máxima de 180 puntos, con un rango de 29, estableciendo el siguiente índice de reconstrucción:

36- 65 muy insatisfecho.

66-94 insatisfecho.

95-123 indiferente.

124-152 satisfecho.

153-180 muy satisfecho.

Para la dimensión periodo de dilatación, cuenta con 7 indicadores de los cuales la puntuación mínima es de 7 y la puntuación máxima de 35 puntos, estableciendo el siguiente índice de reconstrucción:

7-13 muy insatisfecho.

14-19 insatisfecho.

20-24 indiferente.

25-30 satisfecho.

31-35 muy satisfecho.

Para la dimensión periodo expulsivo, cuenta con 6 indicadores de los cuales la puntuación mínima es de 6 y la puntuación máxima de 30 puntos, estableciendo el siguiente índice de reconstrucción:

6-11 muy insatisfecho.

12-17 insatisfecho.

18-22 indiferente.

23-27 satisfecho.

28-30 muy satisfecho.

Para la dimensión recién nacido, cuenta con 3 indicadores de los cuales la puntuación mínima es de 3 y la puntuación máxima es de 15 puntos, estableciendo el siguiente índice de reconstrucción:

3-5 muy insatisfecho.

6-8 insatisfecho.

9-11 indiferente.

12-14 satisfecho.

15 muy satisfecho.

Para la dimensión cuidados por parte de la enfermera, cuenta con 9 indicadores de los cuales la puntuación mínima es de 9 y la puntuación máxima es de 45 puntos, estableciendo el siguiente índice de reconstrucción:

9-16 muy insatisfecha.

17-24 insatisfecha.

25-32 indiferente.

33-40 satisfecha.

40-45 muy satisfecha.

Para la dimensión cuidados del obstetra, cuenta con 8 indicadores de los cuales la puntuación mínima es de 8 y la puntuación máxima es de 40 puntos, estableciendo el siguiente índice de reconstrucción:

8-14 muy insatisfecha.

15-21 insatisfecha.

22-28 indiferente.

29-35 satisfecha.

36-40 muy satisfecha.

Para la dimensión satisfacción global, cuenta con 2 indicadores de los cuales la puntuación mínima es de 2 y la puntuación máxima es de 10 puntos, estableciendo el siguiente índice de reconstrucción:

2-3 muy insatisfecha.

4-5 insatisfecha.

6-7 indiferente.

7-8 satisfecha.

9-10 muy satisfecha.

El tipo de análisis será multivariado, para facilitar su interpretación, los datos se presentaran en tablas, se aplicara la estadística descriptiva mediante gráficos circulares que nos evidenciara su porcentaje.

Para la variable edad se utilizará una escala de medición ordinal, se utilizará la estadística descriptiva de medida de frecuencia.

Plan de trabajo.

Cronograma:

ACTIVIDADES	ENERO 2021	FEBRERO 2021	MARZO 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021
*Recolección de datos.					
*Tabulación de los datos.					
*Análisis de datos.					

*Elaboración de los resultados					
*Conclusiones					
*Redacción de informe final.					

ANEXOS

Anexo I.

Guía de convalidación de sitio.

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

- 1) Solicitar autorización a la institución para realizar el proyecto de investigación.
- 2) ¿La institución cuenta con un espacio físico adecuado para poder realizar la entrevista? Cuál?
- 3) ¿En qué horario se podría acceder para realizar la entrevista?
- 4) ¿La institución cuenta con elementos para la analgesia no farmacológica?
- 5) ¿El personal médico/ enfermero está capacitado sobre analgesia no farmacológica?
- 6) ¿La paciente puede estar acompañada durante el trabajo de parto y parto?
- 7) ¿Qué edad prevalece en la institución?
- 8) ¿Hay estadísticas sobre qué tipos de analgesia se utilizan más?
- 9) ¿Hay estadísticas sobre la satisfacción materna de acuerdo a la analgesia utilizada?
- 10) ¿Se le explica a la paciente cuando ingresa sobre los métodos no farmacológicos que puede utilizar para disminuir el dolor?
- 11) ¿Cuántas camas posee el servicio de maternidad?
- 12) ¿Cuántas camas posee el servicio de TPR?

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Quien suscribe, Exp. Norma Norma, Profesora Titular de la Actividad Académica
Teórica de la Cátedra de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que JUAN JOSÉ RIVA
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Este alumno deberá realizar parte de la institución de Salud con el objeto de
completar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada en dicho proyecto, los datos
educativos sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación en la formación de nuevos
profesionales. Saludo a Ud. muy atentamente.

AD: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los _____ 2020.

Norma Norma
Norma, Rosana

Calle 14 1400
Código Postal
Tel. 0341 484434
Tel. 0341 484433
www.unro.edu.ar

Juan José Riva
JUAN JOSÉ RIVA
C.E. en Enfermería
Mat. 200

Rosario de 2020

Via Profesora
Académica Teresa
Esp. Norma Escrita
S. _____

Me dirijo a Ud. a fin de informarle que he asignado en la
Estructura de la Tercera de Jorge Huaco A tal
efecto adjunto a la presente un Currículo Vínculo Abreviado.

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

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

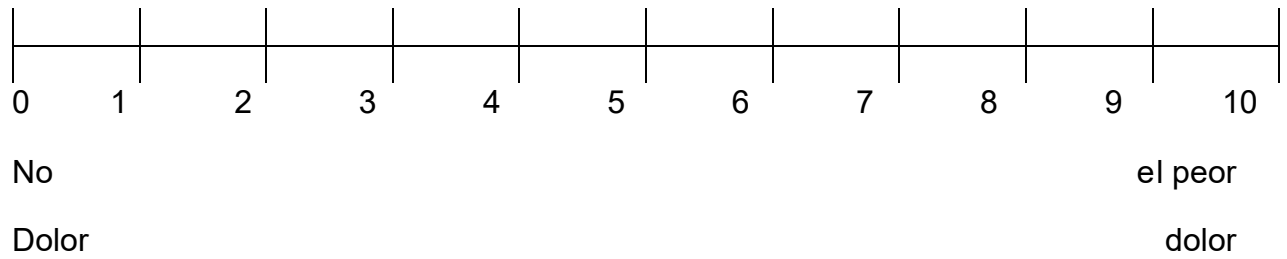

Prof. Norma Escrita
Mar 2020

Anexo II

Instrumentos de recolección de datos.

Variable: percepción de la intensidad del dolor.

Se utilizará la escala numérica analógica en el cual la madre indicará la intensidad del dolor en el rango del 0 al 10.



Variable tipo de analgesia.

Se observará a la paciente el tipo de analgesia que utiliza durante el trabajo de parto y se tildará por sí o por no su utilización y una columna de observación en la que expresará algún dato que considere de importancia.

Tipo de analgesia	Si	No	Observaciones
Analgesia farmacológica: Colocación de analgesia epidural			
Administración de opioides			
No farmacológica: Baño de inmersión (bañera)			
Esfero dinamica			
Telas			
Banquito			
Masajes			

Variable nivel de satisfacción materna.

Se utilizará un cuestionario donde las pacientes indicaran con una X la opción correcta de acuerdo a nivel de satisfacción que obtuvo durante las diferentes etapas del trabajo de parto.

Edad:

Dimensión:	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
<i>Cuidados durante el periodo dilatación.</i>					
1) Su grado de participación en la toma de decisiones durante la dilatación.					
2) Su capacidad para sobrellevar las contracciones durante la dilatación					
3) Su grado de confort durante la dilatación (ej. ambiente íntimo, libertad de movimientos, compañía de la persona elegida, almohadas, etc).					
4) La capacidad para afrontar sus emociones durante la dilatación (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					
5) El control que tuvo sobre sus actos durante la dilatación (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, poder moverse, beber, etc.)					
6) La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante la dilatación.					
7) Su experiencia global de la dilatación.					

Dimensión: Cuidados en el periodo expulsivo.	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
1) Su grado de participación en la toma de decisiones durante el expulsivo.					
2) Su grado de confort durante el expulsivo (ej. ambiente íntimo, postura cómoda, compañía de la persona elegida, etc.)					
3) La capacidad para afrontar sus emociones durante el expulsivo (ej. ansiedad, miedos, inseguridad, etc.)					
4) El control que tuvo sobre sus actos durante el expulsivo (ej. capacidad de relajarse, aguantar el dolor, cambiar de postura, etc.)					
5) La ayuda y el apoyo de su pareja o acompañante durante el expulsivo.					
6) Su experiencia global del expulsivo.					

Dimensión: Cuidados del bebe.	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy Satisfecha
1) El estado de salud de su bebé al nacer.					
2) El tiempo transcurrido hasta que usted cogió en brazos por primera vez a su bebé.					

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

Dimensión: <i>Cuidados por parte de enfermería.</i>	Muy insatisfecha	Insatisfecha	Indiferente	Satisfecha	Muy satisfecha
1) Los cuidados físicos que recibió de la enfermera durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)					
2) Los conocimientos, capacidad y competencia profesional de la enfermera durante el parto.					
3) La información y explicaciones que le proporcionó la enfermera en el parto.					
4) El interés y el trato personal que le prestó la enfermera en el parto.					
5) La ayuda y apoyo que recibió de la enfermera con las respiraciones y la relajación en el parto.					
6) El tiempo que la enfermera pasó con usted durante la dilatación.					
7) La actitud de la enfermera en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
8) La sensibilidad de la enfermera ante sus necesidades durante el parto.					

9) La ayuda y el apoyo de la enfermera en el uso de distintos métodos para aliviar el dolor (ej. masajes, bolsa de agua caliente, ducha, etc.)					
--	--	--	--	--	--

Dimensión: <i>Cuidados por parte del obstetra.</i>	Muy Insatisfecha.	Insatisfecha.	Indiferente.	Satisfecha.	Muy Satisfecha.
1) Los cuidados físicos que recibió del obstetra durante el parto (ej. movilidad, monitorización, tactos vaginales, etc.)					
2) Los conocimientos, capacidad y competencia profesional del obstetra durante el parto.					
3) La información y explicaciones que le proporcionó el obstetra en el parto.					
4) El interés y el trato personal que le prestó el obstetra en el parto.					
5) La ayuda y apoyo que recibió del obstetra con las respiraciones y la relajación en el parto.					
6) El tiempo que el obstetra pasó con usted durante la dilatación.					
7) La actitud del obstetra en el parto (ej. respeto, amabilidad, escucha, etc.)					
8) La sensibilidad del obstetra ante sus necesidades durante el parto.					

Dimensión: Satisfacción Global.	Muy Insatisfactoria.	Insatisfactoria.	Indiferente.	Satisfactoria.	Muy Satisfactoria.
1) De forma global, la atención que usted recibió durante el parto.					
2) De forma global, ¿cómo se siente de satisfecha con la experiencia del nacimiento de su bebé?					

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

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

La presente investigación es conducida por Jerez, Maira DNI 34.178.171., de la Universidad Nacional de Rosario. El objetivo de este estudio es identificar qué relación existe entre la percepción en la intensidad del dolor, el tipo de analgesia y el nivel de satisfacción materna según la edad luego del trabajo de parto respetado/humanizado.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 30/40 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jerez, Maira DNI 34.178.171. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es identificar qué relación existe entre la percepción en la intensidad del dolor, el tipo de analgesia y el nivel de satisfacción materna según la edad luego del trabajo de parto respetado/humanizado.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30/40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Jerez, Maira al teléfono 3413047168.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya

concluido. Para esto, puedo contactar a Jerez, Maira al teléfono anteriormente mencionado.

-

Nombre del Participante (en letras de imprenta)	Firma del Participante	Fecha
--	------------------------	-------

Anexo III.

Resultado de estudio de relevamiento de datos.

Desde el comienzo de la formulación del presente proyecto de investigación se considera necesario seleccionar una institución pública de la ciudad de Rosario perteneciente a la red municipal dentro del segundo nivel de complejidad que cuenta con el servicio de parto respetado y con las variables en estudio, la institución cuenta con una sala donde se podrá realizar la entrevista sin interrupciones en un horario estipulado.

La institución cuenta con el servicio integral de la mujer donde se atienden a pacientes adultas joven desde los 15 hasta los 40 años, cuenta con un sector de guardia ginecológica y cuatro salas de parto y parto que están equipadas con los insumos necesarios para poder realizar la analgesia no farmacológica, en el cual tanto el personal de obstétrica como de enfermería se encuentran capacitados y le explican a la mujer que ingresa a parir todas las normas de las institución ya que pueden estar acompañadas de la persona que ellas deseen y los métodos de analgesias para que puedan decidir libremente.

Luego en el servicio de Maternidad es una sala que cuenta con 24 camas donde se atienden a pacientes ginecológicas y al binomio estable madre e hijo, en el cual las enfermeras se encuentran capacitadas para atender dicho binomio y detectar de forma temprana posibles complicaciones.

Anexo IV.

Prueba piloto.

La aplicación de dicha prueba se realizó a una población de 8 mujeres de similares características a la de la población en estudio con previa autorización, en el cual se le explico el objetivo de dicha investigación, realizaron una lectura minuciosa de las consignas, todas las entrevistas fueron respondidas en el lapso de 45 minutos, de manera completa y acompañada de un consentimiento informado.

Dicha prueba sirvió para descubrir que algunas preguntas que para la investigadora eran claras para la población en estudio eran confusas, con lo cual se tuvo que modificar en el instrumento de Satisfacción materna la palabra Matrona por enfermera, que al momento de la prueba se le explico en forma verbal su significado.

Bibliografía

Aguilar Cordero, M. (2013). Valoracion del nivel de satisfaccion en un grupo de mujeres de granada sobre atencion al parto, acompañamiento y duracion de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3), 920-926. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6395>

Amezcuca, A. (2017). valoracion y manejo del dolor en el parto y puerperio.

- Arnua, S. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado.
- Camino, R. (2020). Parto humanizado como instrumento de mejorar y bienestar de la mujer y su producto.
- Castellanos, C. y. (2012). violencia obstetrica.
- Coral, G. (2015). Percepcion de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Dávila, G. (2007). Contacto piel a piel inmediato:efecto sobre el estado de ansiedad y depresion materna post parto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz.
- Fernández Medina, I. (2014). Alternativa analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global*.
- Fernandez Raigada, R. (2013). Satisfaccion materna con el parto y puerperio relacionada con la atencion hospitalaria.
- Garrido, A. (2017). La humanización de la asistencia al parto: valoracion de la satisfacción, autonomia y del autocontrol.
- Garrido, A. (2017). La Humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol.
- Gredilla, E. (2008). satisfaccion materna con la calidad de la analgesia epidural para control del trabajo de parto. <http://medes.com/publication/40191>.
- Guevara Carreras, G. (2018). Evaluación del rol de la enfermera en el protocolo de atención del parto humanizado.
- Jacobo Vargas, L. (2018). Atencion de parto humanizado.
- Jan, M. (2011). estrategias no farmacologicas para aliviar el dolor durante el proceso de parto.
- Jimenez Barragan, C. (2015). Aplicacion de metodos no farmacologicos en la dilatacion y alivio del dolor durante el parto.
- Johannsen, J. (2016). parto humanizado, la informacion es poder.
- Larguia, A. (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. <http://books.google.es/books>
- Ley25.929. (2004). Semana Mundial del Parto Respetado. *UNICEF*.
- Maldonado, M. (2017). Humanización del parto e incidencia de violencia obstetrica en la atención del embarazado, parto y puerperio. <http://repositorio.unan.edu.ni/9285/1/18752.pdf>.
- María, G. G., María, M. c., & Silvia., M. D. (2018). alternativas no farmacologicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo.
- Mogollón Rea, K. (2016). Nivel de satisfacción sobre la atención prenatal en gestantes atendidas en los consultorios de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal.

- Montes, M. (2009). Analisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato. *Reduca*, 275-299.
- Moreno, C. .: (2004). fisiopatologia del dolor. acnweb.org/guia/g3cap2.pdf
- OMS. (1996). Cuidados en el parto normal.
- OPS. (2016). Por una ley de parto humanizado en Ecuador.
- Orozco, G., & Peña, A. (2010). apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto.
- Perez, L. (2017). Efectividad del uso de la hidroterapia en el trabajo de parto.
- Ponce Acosta, N. (2014). Evaluacion de la efectividad de la aplicacion de calor y posiciones biomecanicas para aliviar el dolor y facilitar la labor del parto.
- Quintana, M. (2013). satisfaccion y calidad en la analgesia del parto.
- Saavedra, D. (2013). comportamientos de cuidados del profesional de enfermeria que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en Clinica Palermo, bogota.
- Sanchez Fortis, A. (2018). Satisfaccion de las mujeres con la atencion al parto. *Revista Matronas*.
- Sanchez, J. (2012). Conceptos de parto normal, natural y humanizado. *revista de Antropología Iberoamericana* .