

PROYECTO FINAL

Percepción del cuidado humanizado en gestantes adultas
jóvenes en relación a la calidad de atención brindada
por enfermería en el trabajo de parto y parto en una
maternidad privada de la ciudad de Rosario.

Directora: Lic. Ramírez Celeste

Asesoras: Lic. Córdoba Natalí

Lic. Beisel Yanaina

Rosario, 30 de Noviembre de 2021

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica

RESÚMEN

El protagonismo de la mujer al momento de parir ha adquirido gran relevancia en los últimos tiempos. El acompañamiento en ese proceso, requiere de la capacitación, compromiso y responsabilidad del profesional de enfermería y como factor esencial, la humanización para todos los cuidados. La finalidad del cuidado será el bienestar del binomio y la percepción satisfactoria de la gestante/puérpera en todo el pre, durante y pos del trabajo de parto. El objetivo de la siguiente investigación consiste en describir la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado en las gestantes jóvenes adultas y la calidad de atención brindada por enfermería, durante el trabajo de parto y parto, en una maternidad que presta servicio como efector privado, de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre del año 2022, basados en el modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia. El abordaje metodológico para esta investigación será de tipo cuantitativo, se realizará un trabajo de tipo observacional, descriptivo de corte transversal y prospectivo. Se tomarán dos poblaciones de estudio, una estará constituida por 100 puérperas usuarias de partos humanizados y la otra por una dotación de 21 enfermeros para la atención de las mismas. Se utilizarán instrumentos validados y adaptados a esta investigación, para la población de puérperas con la técnica de encuesta el instrumento de recolección de datos, será un cuestionario autoadministrado para medir la variable dependiente Percepción del Cuidado Humanizado, y para la población de enfermeros asistenciales con la técnica de observación, el instrumento será una lista de cotejo, para medir la variable independiente, Calidad de Atención Brindada, que la realizará la autora del proyecto. En cuanto al plan de análisis, los datos serán organizados y se aplicará estadística descriptiva mediante pruebas estadísticas. Se utilizará el programa de análisis de datos Excel y los mismos serán volcados a tablas y representados en gráficos para una mayor comprensión y análisis de los resultados.

PALABRAS CLAVES

Percepción del Cuidado Humanizado- Puérperas- Enfermeros- Calidad de Atención- Maternidad Segura Centrada en la Familia.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	• 1
ÍNDICE GENERAL	2
INTRODUCCIÓN	
<i>Estado actual de conocimiento o estado del arte</i>	3
<i>Planteamiento del problema en estudio</i>	6
<i>Hipótesis y Objetivos</i>	6
MARCO TEÓRICO	7
MATERIAL Y MÉTODOS	
<i>Tipo de estudio o diseño</i>	26
<i>Sitio o contexto de la investigación</i>	26
<i>Población y Muestra</i>	27
<i>Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos</i>	28
<i>Personal a cargo de la recolección de datos</i>	35
<i>Plan de análisis</i>	35
<i>Plan de trabajo y Cronograma</i>	37
BIBLIOGRAFIA	38
ANEXOS	
<i>I-Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios</i>	42
<i>Instrumento de recolección de datos</i>	44
<i>III-Resultados del estudio exploratorio</i>	52
<i>IV-Resultado de la prueba piloto del instrumento</i>	54

INTRODUCCIÓN

ESTADO DEL ARTE.

La humanización de la atención en salud constituye un foco de interés social, transformándose en una estrategia que permite incrementar el bienestar de los usuarios. En salud de la mujer, el cuidado humanizado, tiene especial importancia en la atención del parto. En él, la mujer, e hijo/a experimentan una situación de vulnerabilidad y el buen cuidado recibido, constituye un elemento clave, en la percepción de satisfacción y bienestar referido por la mujer (1).

A lo largo de la historia, el parto ha sido objeto de diversas atenciones y cuidados que han ido evolucionando con los años. Tradicionalmente la asistencia al parto la realizaban exclusivamente mujeres que se encargaban del proceso de acompañamiento a la parturienta y solían mantener una actitud expectante y no intervencionista.

Desde las primeras civilizaciones, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar que tenía lugar en los hogares bajo la protección y ayuda de mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia. Se agregaron a este acontecimiento innumerables significados culturales que a través de las generaciones han sufrido transformaciones, pero todavía se conmemora el nacimiento como uno de los hechos marcadores en la vida de una mujer y su entorno. A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizar el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales. Esto fue considerado un progreso ya efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, este acontecimiento único paso a tener un trato menos personalizado, con consecuencias en el vínculo madre-hijo, cambios en la alimentación del recién nacido y el equipo de salud paso a ser el eje de las decisiones.

Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño. Estos antecedentes dan lugar al surgimiento de la ley nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento, declaración de interés por parte del Senado de la Nación, Declaración sobre el Parto Humanizado (2).

La alerta por parte de la OMS, Organización Mundial de la Salud, en cuanto a la medicalización de la atención del parto hizo que muchos autores relacionarán la alta tecnificación hospitalaria con una deshumanización en la asistencia del proceso. Así se planteó una nueva forma de asistencia perinatal que se alejaba del modelo intervencionista, lo que condujo a las mujeres como al personal sanitario a tomar conciencia de la necesidad de valorar la dimensión sociocultural como un factor fundamental a tener en cuenta para prestar una atención adecuada y de calidad (2).

En la Argentina, la calidad de la atención de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de los recién nacidos continúa siendo todo un desafío para las políticas sanitarias por la necesidad de reducir la inequidad en las posibilidades de recibir atención médica oportuna y de calidad. Ante el desafío propuesto por Plan Operativo para la reducción de la mortalidad materno infantil, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de diez provincias del país, desde 2010, acordaron promover la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia MSCF, con el objetivo de transformar las grandes maternidades en espacios en los que se implementaran prácticas seguras y se garantizaran los derechos de las mujeres, los recién nacidos y sus familias (3).

En el año 2020, Lanero, realizó en España un estudio denominado, “La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto”. En su estudio, participaron 298 gestantes, las percepciones de apoyo de las mujeres por parte de los profesionales fueron moderadamente positivas. Las gestantes presentaron una escasa implicación en la toma de decisiones relacionadas con el parto delegando la responsabilidad en los profesionales. Sin embargo, cuando asumieron las decisiones sobre su parto, sus creencias se ajustaron más a una visión de parto humanizado- defendida actualmente por las instituciones oficiales de Salud- que de parto intervenido (4).

Por otro lado, Silvestri Silvia en Argentina en el año 2017, realizó el “Análisis de la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el período de noviembre - diciembre de 2016”. En el mismo, destaca diversos parámetros estudiados como la dimensión trato profesional que se caracterizó por una percepción siempre favorable para aspectos como la presentación del profesional 76,97%, respeto de la intimidad 97,21%, amabilidad 94,41%, entre otros. Con respecto al acompañante en el parto, el 62,50% de las puérperas manifestaron su deseo de estar con un acompañante en todo momento durante el parto o la cesárea y se observó que el 57,54% de las puérperas percibieron que los profesionales no les explicaron que pueden decidir tener un acompañante durante el parto o cesárea. En relación a la posición del parto el 75,21% de las puérperas percibieron que no se les explicó que podían elegir la posición de parto, el 63,11% percibieron que no se les explicó que podían deambular libremente 5 durante el trabajo parto y el 59,50% percibieron que no se le permitió cambiar de posición. En cuanto a la percepción sobre el alivio del dolor de parto se evidenció que el 70,73% percibieron que no conocen alguna opción para aliviar el dolor del parto, el 56,91% percibieron que le explicaron opciones para aliviar el dolor de parto 73,81% percibieron que las opciones ofrecidas no le permitieron aliviar el dolor del parto. Acerca del contacto piel a

piel a piel del recién nacido con su madre el 70,79% percibieron tener contacto piel a piel con su hijo (5).

También Angarita Navarro en el año 2018 en el estudio, "El acompañamiento por enfermería en la atención del trabajo de parto y parto", refiere los artículos antes mencionados y analizados indican la falta de acompañamiento por parte del profesional de enfermería a las mujeres en trabajo de parto y parto, otro grupo de artículos determinan que es fundamental el trabajo de enfermería en este proceso de trabajo de parto, debido a que son los profesionales que orientan e informan a las parturientas y familiares sobre la situación de la paciente y el hijo por nacer, además de enseñar cuidados que fortalecen el rol materno (6).

Asimismo Lareisy Borges Damas en el año 2018 en el estudio realizado, "El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer", refiere del análisis teórico surgen presunciones con relación al proceso de parto en maternidades cubanas, donde existen profesionales de salud con un nivel científico y un dominio tecnológico elevado para garantizar un resultado satisfactorio en el binomio madre-hijo pero se precisa la inclusión del componente humanizador e integral (7).

Por otra parte Lareisy Borges Damas en otro estudio en el año 2019, "Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto", fundamenta la relevancia del cuidado humanizado que se brinda a la mujer durante el trabajo de parto y parto, conlleva a la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de la mujer (8).

Además Ordoñez Gabriela en el año 2020, refiere que las participantes del estudio, "Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarias parturientas de una comunidad de Latunga, Ecuador," expresaron su experiencia y perspectiva sobre los cuidados recibidos en las fases preparto, parto y posparto, donde hubo falta de información sobre el procedimiento a realizar, negación del apoyo familiar, incumplimiento de la confidencialidad y falta de vocación, por la que coincidieron en que debe mejorar la atención humanística en el personal de enfermería (9)

PROPÓSITO

Este proyecto tiene el propósito de demostrar que la percepción del cuidado humanizado en las gestantes adultas jóvenes se relaciona con la calidad de atención brindada por enfermería en el proceso de trabajo de parto y parto, en una maternidad perteneciente al ámbito privado de la ciudad de Rosario; donde se promueve, la Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).

Como estrategia, la propuesta consiste en informar a las autoridades de la institución los resultados del estudio y a partir de ello implementar el desarrollo de reuniones periódicas y charlas programadas sobre el cuidado humanizado del personal de enfermería. También se implementará

un protocolo sobre Cuidados Humanizados. Esto será elevado al Comité de Calidad de dicha institución en el marco de que la humanización, considera la integralidad del cuidado, promoviendo el ideal de que la mujer, el neonato y su familia deben tomar un rol activo protagónico en el momento del trabajo de parto y parto. También tiene la necesidad de enfatizar la inclusión de calidad en la atención perinatal, enfocados en el modelo MSCF, que considera no solo aspectos biológicos sino también, aspectos intelectuales, culturales y emocionales, respetando la dignidad y la privacidad, estos cuidados inscriben a la mujer en un marco de empoderamiento para relevar el momento de su maternidad.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre la percepción del cuidado humanizado en gestantes adultas/jóvenes, durante el trabajo de parto y parto, y la calidad de atención brindada por enfermería en una maternidad privada de la ciudad de Rosario, durante el primer trimestre del año 2022?

HIPÓTESIS

Las percepciones del cuidado humanizado de las gestantes en trabajo de parto y parto, serán favorables, cuando la atención de enfermería brinde un trato digno, buena comunicación, información adecuada y seguridad.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Describir la relación que existe entre la percepción del cuidado humanizado en gestantes adultas/jóvenes y la calidad de atención brindada por enfermería durante el trabajo de parto y parto, en una maternidad privada de la ciudad de Rosario, durante el primer trimestre del año 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los valores y las características del cuidado humanizado de las gestantes durante el trabajo de parto.
- Identificar el sentir de las usuarias en relación a la ayuda y la confianza durante el proceso de parto y parto por el personal de enfermería.
- Describir la percepción del apoyo emocional y apoyo físico de la gestante en el proceso de parto y parto.
- Describir la atención brindada en relación al trato, comunicación, información y seguridad a las usuarias en trabajo de parto y parto.

MARCO TEÓRICO

CUIDADO HUMANIZADO EN EL TRABAJO PARTO.

El trabajo de parto ha sido históricamente objeto de diversas tradiciones, atenciones y cuidados que han ido mutando con los años. Tradicionalmente, la asistencia al parto la realizaban exclusivamente mujeres “matronas o parteras” que se encargaban del proceso de acompañamiento de la mujer a parir.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos. Esto fue considerado un progreso que efectivamente dichas muertes disminuyeron pero a la vez significó la incorporación en hospitales, regidos por los conceptos de personas enfermas, de una enorme mayoría de mujeres y recién nacidos sanos, pasaron a hacer largas colas, internarse para el parto, separadas de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir en general un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias iatrógenicas como lesión del vínculo madre hijo y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, con graves consecuencias en la lactancia materna (10).

El trabajo de parto se transformó en un acto médico, dejó de dar el protagonismo a la mujer con presencia de actores sociales para ser vivido de manera pública, sin preservar el momento de la paciente en ese proceso. El equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos, transformándose las acciones excepcionales en rutinarias, extendiendo prácticas hoy desaconsejadas, pero en algunas instituciones se siguen realizando.

El incremento de la tecnología, ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural, etc...ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento abusivo del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos y neonatales. De esta manera se transformó el nacimiento en una enfermedad y las madres y sus familias aceptaron ser dominados por el equipo de salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones enfocados solo en lo fisiológico, y sin considerar los sentimientos de las gestantes. Pero en nuestro país y en el mundo, desde hace varios años comienzan a desarrollarse varios movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia (10).

Estos y otros acontecimientos dan a lugar al surgimiento de la Ley Nacional 25.929 sobre el parto humanizado, establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, trabajo de parto y parto. Así mismo la ley regula los derechos de los padres y de persona recién nacida. Pone en relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno,

respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompaña durante los controles prenatales, trabajo de parto y parto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y suministro de medicación sin perjuicio y obligatoriedad de la utilización, con la previa voluntad por escrito de la madre en caso de que lo requiera someterla a algún examen o intervención, bajo protocolo aprobado por comité de bioética. También la ley destaca el claro reforzamiento del derecho entre el vínculo corporal entre la madre y el recién nacido, exigiéndose el mayor respeto a la necesidad de la interacción conjunta del recién nacido con su madre. Deberán velarse por la salud en el sentido del binomio madre-hijo. Por lo que refiere al recién nacido, la Convención Sobre los Derechos del Niño, dispone en su preámbulo que tal como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño,” el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento” (11).

La OMS, en 1985, realiza una reunión en Fortaleza Brasil, en donde surge una declaración, denominada “el nacimiento no es una enfermedad” que da origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención. A esta se sumaron múltiples iniciativas para “humanizar” la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las maternidades en instituciones “centradas en la familia” y no en el equipo de salud, ambientarlas en forma “hogareñas” (12).

El concepto de Maternidades Centradas en la Familia, MSCF, presupone un proceso de empoderamiento de la familia. Los equipos de salud deben reconocer que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y del recién nacido por lo que deben ser informados. Este modelo constituye un paradigma de atención perinatal; fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires. La construcción de este modelo se realizó de manera progresiva, aunque no planificada o anticipatoria. En sus inicios, la maternidad incorporó diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras; poco a poco, estas prácticas fueron articulándose como piezas de un proceso complejo y en evolución continua. En los últimos años comenzó estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. La iniciativa Maternidades Centradas en la Familia está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, HAMN, creada por OMS-UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades en la Argentina desde 1994 (13).

En 2007 se publicó la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, en la que se explicita el marco legal internacional y argentino que sustenta el concepto de MCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades

en su camino para ser “Centradas en la Familia”. A fines de 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, editó el modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas, que describe la implementación de la iniciativa MCF en el Servicio de Terapia Intensiva de dicho hospital, se identifican factores críticos positivos y negativos, y se comunican las lecciones aprendidas. Ambas publicaciones ponen énfasis en cómo pueden realizarse acciones para lograr el cambio hacia una MCF, pero no proponen mecanismos de evaluación de actividades desarrolladas, tienen una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa hospital amigo de la madre y el niño, HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna. Durante el último trimestre del 2009, UNICEF y Fundación Neonatológica, FUN, realizaron un trabajo conjunto con el fin de establecer un diagnóstico de situación en ocho maternidades situadas en diferentes regiones del país que, de acuerdo con la información provista por el Ministerio de Salud de la Nación, se encontrarían entre los principales 100 centros de atención perinatal. A su vez, durante ese mismo período, UNICEF trabajó, junto al Ministerio de Salud de la Nación, en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura. Durante 2010 y 2011 UNICEF, junto a los gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, iniciaron un proceso de actividades conjuntas para favorecer la transformación de maternidades públicas en MSCF. Entre el 2010 y el 2014, 71 maternidades de las provincias de Salta, Jujuy, Buenos Aires, Córdoba, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe adhirieron a la iniciativa. Estos primeros pasos en la implementación de la iniciativa MSCF permitieron consolidar los principios que la sustentan, e incluso enriquecerla con nuevos aportes, como la incorporación de la estrategia ACoRN (Acute Care of the Risk Newborn o Cuidado Agudo del Recién Nacido de Riesgo) y el enfoque intercultural, cuyos contenidos se describen e incorporan en esta nueva edición. Este enfoque considera los aspectos sociales y culturales particulares que se manifiestan en las maternidades y servicios de salud perinatal en contextos multiculturales. El modelo se sustenta en 5 ejes conceptuales, a partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país, los ejes reconocen los conceptos: -Cultura

organizacional; la institución en salud se compromete y prioriza la atención centrada en la familia y segura. - Protección de los derechos de la madre, padre y el niño; este modelo protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija.-Participación de la familia; se promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo. -Uso de prácticas seguras y efectivas; promueve las intervenciones efectivas y seguras para el binomio durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para el logro de este propósito se pretende que las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y con la adopción del modelo MSCF y lo establezcan como una de sus prioridades; el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten sobre sus derechos y los de su hijo o hija; mediante comunicación efectiva y en su lengua de origen, cuando fuera necesario; los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo; las autoridades de la maternidad se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija y convoquen a miembros de la comunidad a involucrarse y participar actividades de voluntariado y acompañamiento si se necesitara; el equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas; que la institución cuente con un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y que la institución cuente con un plan para fortalecer la promoción y mantenimiento de la lactancia materna. Esta estrategia propone junto a políticas nacionales, a la mejora de los resultados materno-perinatales y a brindar una atención adecuada y de calidad en los servicios de salud (13).

La salud es un derecho humano, es una necesidad básica. Ésta es crucial para el desarrollo político, social y económico de los países, para la construcción de ciudadanía, por el valor universal e individual de la vida y por la génesis del propio estado en su función de protección del conjunto de todas las necesidades propias para las poblaciones.

El estado Argentino comienza a incorporar funciones en relación a la salud durante la década del 40, inicio de una etapa en la cual es asumida como un deber del Estado. Durante los años 1945 y 1955 se caracteriza por la planificación estatal centralizada con el inicio mundial de los derechos a la salud y la universalización de la cobertura, se nacionalizan hospitales y se desplazan a las sociedades de beneficencia y a prestadores privados con y sin fines de lucro. Asimismo para los años entre 1955 y 1970, el modelo pluralista de planificación descentralizada, el estado transfiere responsabilidades a las provincias, para 1990 comienza la consolidación y la crisis del modelo fragmentado existe un período de serias dificultades, el estado achica su presupuesto al sector salud ,no solo se nota la fragmentación entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado), sino que en cada uno de ellos también se observa la fragmentación. Para el 2002 con la desregulación de los mercados de salud, los años que siguieron

a la crisis fueron de emergencia sanitaria. En paralelo a la instrumentación de políticas de emergencia, se comenzó a discutir en el Consejo Federal de Salud, COFESA, una estrategia sectorial de mediano y largo plazo (14).

El sistema de salud de Argentina, está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados: el sector público, el sector obligatorio (obras sociales) y el sector privado. El sector público está integrado por los ministerios nacional y provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las obras sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian sobre todo con primas que pagan las familias y/o las empresas (15).

La población de Argentina paso 32.6 millones de habitantes en 1990 a 40.5 millones estimados en 2010; 49% son hombres y 51% mujeres. Se calcula que para 2015 la población ascenderá a 42.4 millones de personas, con una tasa de crecimiento de 0.91%. Alrededor de 92% de la población habita en zonas urbanas y un tercio de la población reside en la zona metropolitana de Buenos Aires, ciudad que concentra, además. Argentina presenta una estructura poblacional en franco proceso de envejecimiento. El porcentaje de adultos mayores paso de 2.5% en 1895 a 3.9% en 1947 y 10% en 2010. Este proceso se debe a la confluencia de varios factores: el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, que paso de siete hijos por mujer a finales del siglo XIX a 2.2 hijos en 2008; el descenso de la mortalidad general, que paso de 17 a 7.6 defunciones por 1000 habitantes entre 1947 y 2008, y el incremento de la esperanza de vida al nacer, que paso de 40 años en 1947 a 75 años en 2008 (16).

La salud de los argentinos ha mejorado notablemente en los últimos 20 años en tanto se vive más y mejor que antes. El perfil epidemiológico se caracteriza por un creciente predominio de los padecimientos no transmisibles. Sin embargo, las infecciones comunes y los problemas reproductivos siguen afectando a las poblaciones más marginadas. En 2008 casi 70% de las defunciones que se presentaron en Argentina se produjeron en mayores de 65 años y 50% se debieron a padecimientos no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Las tasas de mortalidad materna e infantil descendieron entre 1990 y 2008. La razón de mortalidad materna se estabilizó desde 1994 en alrededor de 40 muertes por 100000 nacidos vivos. Cabe recalcar, sin embargo, la enorme brecha existente entre provincias, ya que mientras en la ciudad de Buenos Aires la razón de mortalidad materna en 2008 fue de 9 por cada 100000 nacidos vivos, en las provincias de Formosa y Jujuy esta misma tasa se ubicó por arriba de los 100. La mortalidad infantil, por su parte descendió de 25.8 por 1000 nacidos vivos en 1985 a 12.5 en 2008. Sin embargo, también aquí hay diferencias importantes entre regiones. Las jurisdicciones con mayor ingreso per capita presentan una tasa de mortalidad infantil de 8 por 1000 nacidos vivos contra 19 en las jurisdicciones más pobres. Las principales causas de muerte infantil en Argentina son la desnutrición, las diarreas, las dificultades respiratorias del recién nacido y las malformaciones congénitas del corazón. Dos terceras partes de las muertes infantiles son neonatales. Se calcula que seis de cada 10 muertes de recién nacidos podrían evitarse con un buen control diagnóstico y tratamiento tempranos en las patologías neonatales.(17)

La democracia argentina ha contribuido con el avance de aspectos fundamentales que forman parte del desarrollo humano de nuestra población. Uno de ellos es la disminución de la mortalidad infantil que, desde aquellos primeros años de la década del 80 hasta la actualidad, ha descendido casi en un 70%, de 29,7‰ en 1983 a 9,7‰ en 2016. En comparación con algunos países de la Región, esta tasa no sólo podría haber descendido aún más sino que otro indicador importante de salud como la mortalidad materna no ha tenido el mismo avance. Esta situación obliga a redoblar los esfuerzos para encarar políticas que mejoren la prevención, la calidad de atención y el acceso a los servicios de salud que se brinda a mujeres, niños y adolescentes en cada una de las provincias. En ese camino, nuestra gestión tiene entre sus objetivos reducir en forma concreta las brechas de inequidad que existen en el sistema de salud para acceder a una atención oportuna y de calidad. Si bien hemos avanzado, aún hoy hay niños menores de un año que tienen la mitad de posibilidades de vivir que otros niños, en muchos casos sólo por haber nacido en lugares diferentes de la misma Argentina. Esta situación es inadmisibles y debemos encarar las acciones que han sido científicamente comprobadas y políticamente consensuadas a lo largo de los últimos años.

La Regionalización de la Atención Perinatal no sólo está entre las estrategias priorizadas para disminuir la morbimortalidad materna e infantil, sino que representa una herramienta indispensable para que cada mujer y cada niño que nazca en el país acceda a la atención que merece su situación de salud, sin importar el lugar donde reside. Desde el Ministerio de Salud de la Nación continuaremos colaborando para que las provincias y regiones organicen sus redes de atención perinatal, con una visión integradora, subsistema público pero que también incluya, en procesos

crecientes, a los subsistemas de obras sociales y privado. En ese sentido, la Regionalización Perinatal también está inserta en la dinámica de implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS) cuyo desarrollo a mediano plazo significará mejorar el acceso, ampliar la cobertura prestacional y proteger a la población más vulnerable. Nada se hará sin contemplar las particularidades de cada provincia. A través de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, el Ministerio actuará como facilitador de los procesos provinciales, muchos de los cuales pueden ser modelos para trasladarlos a otras jurisdicciones, adecuándolos a las características de los sistemas locales. Las políticas desarrolladas para el cuidado hacia las mujeres, los niños y los adolescentes se ven potenciadas por estar compartidas con otros Ministerios, como Desarrollo Social, Educación, Agroindustria, Trabajo, entre otros. El Ministerio de Salud de la Nación tiene enormes desafíos que enfrentará con entusiasmo, evidencia científica, consenso y transparencia. Desde el año 2009, se viene implementando la política de Regionalización de la Atención perinatal, donde el paso es la concentración de las prácticas en lugares donde garanticen todos los recursos, para que el parto sea seguro tanto para la madre como para el niño, en el marco de Maternidades Seguras con el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE). Es necesario enfatizar que todos los lugares públicos o privados donde se produzcan partos deben cumplir con estas (CONE) detalladas a continuación: disponibilidad quirúrgica y procedimientos obstétricos; anestesia; transfusión de sangre; tratamientos médicos maternos; asistencia neonatal inmediata; evaluación del riesgo materna y neonatal; transporte oportuno al nivel de referencia.(18)

La categorización de los servicios de Obstetricia y Neonatología en los tres niveles de atención fue establecida por medio de resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación.(Res.641/2012) y su complemento 495/2014, Maternidad.

Las maternidades se caracterizan según niveles de atención.

Para el I NIVEL: corresponde al control de la embarazada y detección de riesgo obstétrico, para neonatología: el control del recién nacido sano.

Para el II NIVEL: embarazos de bajo peso, posibilidad de cesáreas, no terapia intensiva, para neonatología: recién nacido > 35 semanas a cargo de pediatras.

Para IIIA NIVEL Y IIIB NIVEL: embarazos de alto riesgo, especialidades, terapia intensiva, para neonatología, recién nacido >32 semanas, y recién nacidos <semanas.

En cuanto a los servicios de neonatología, los niveles de atención se categorizan según la edad gestacional, la categorización IIIB implica terapia intensiva neonatal de mayor complejidad, con la posibilidad de atender no sólo a los prematuros de 32 semanas de edad gestacional sino también a los recién nacidos con patologías quirúrgicas. Si la maternidad corresponde a nivel III,

la neonatología debe ser también de nivel III, ya que una embarazada requiere terapia intensiva el servicio de neonatología debe estar preparado en cuanto a recursos humanos y equipamiento recibir a ese recién nacido. Así mismo si la maternidad corresponde a nivel II, la neonatología podrá ser de nivel III y recibir al recién nacido de mayor complejidad de otras instituciones. Para los establecimientos en redes, la red integra a aquellos prestadores de servicios escalonados en cuanto a nivel de complejidad creciente, teniendo en cuenta las distintas y las regiones sanitarias establecidas, incluye al primer de atención. Es prioritario que todos los integrantes de los equipos de salud de las instituciones tanto de atención ambulatoria como de internación conozcan las características de la red. El traslado al nivel de complejidad acorde a la situación es inevitable, ya que existe una proporción considerable de complicaciones, no predecibles en un embarazo o en el nacimiento de un recién nacido con requerimiento de terapia intensiva, el traslado es bidireccional entre las instituciones de diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta el sistema de contrarreferencia (19).

Uno de los objetivos del II encuentro Nacional de Regionalización perinatal de la atención perinatal fue evaluar la implementación de la estrategia en la Argentina, en cuanto al su desarrollo particular para cada jurisdicción. En Santa Fe se ha tomado como definición de regionalización al desarrollo coordinado dentro de un área geográfica de un sistema de salud materno y perinatal en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y basándose en las necesidades de la población se identifica el grado de complejidad que cada institución provee teniendo en cuenta las premisas básicas: toda mujer tiene derecho a un embarazo planificado y a un parto seguro y respetado. Y todo niño tiene el derecho a nacer en el nivel de complejidad que según su riesgo le corresponda.

La provincia de Santa Fe inicia este proceso en el año 2007, con la publicación de la “Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia” y así comenzaron a trabajar para transformar las maternidades, en el 2008 en la IV reunión ordinaria del COFESA consejo federal de salud en la cual se destacan los siguientes puntos:

- Creación de la Unidad Ejecutora Central a nivel nacional provincial.
- Desarrollo e implementación de Normalización Nacional, sistema informático perinatal.
- Re-direccionamiento provincial en la utilización de fondos del plan nacer.

Primer nivel de atención: promover la prevención, promoción y participación individual y comunitaria.

Segundo y tercer nivel de atención: desarrollar y fortalecer la implementación de las metas en salud, alto riesgo, lactancia materna, salud sexual y reproductiva, desarrollar e implementar la regionalización, desarrollar un adecuado sistema de derivaciones y promover y fortalecer la capacitación en servicios.

Los objetivos del milenio son: Reducir la Mortalidad Infantil y Mejorar la Salud Materna.

En el proceso de regionalización de la atención perinatal, en la provincia de Santa Fe, la categorización de las maternidades de todo el territorio, permitió dividir el mismo en 2 grandes regiones, centro-norte que incluye los nodos Reconquista, Rafaela y Santa Fe y el sur constituido por los nodos Rosario y Venado Tuerto. Las maternidades fueron agrupadas en tres grupos.(20)

-Nivel II: 22 maternidades.

-Nivel IIIA: 5 maternidades.

-Nivel IIIB: 2 maternidades.

Con respecto a la maternidad donde se realizará el estudio corresponde a un Nivel de Atención III, siendo un efector privado, presta atención para pacientes derivadas del sector público, que requieran atención especializada tanto para la gestante como para el niño, en el proceso de parto y parto (19).

El parto normal según la OMS, en el año 1996, se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto hasta el nacimiento. El niño nace en presentación cefálica entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional. Luego tanto la madre como el niño están en buenas condiciones. Por su parte en Argentina, el término parto respetado, hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento es decir en consonancia con las necesidades y deseos de la familia. El parto respetado o humanizado a aquella atención de la gestante donde se privilegia su voluntad y, además se respeten sus tiempos fisiológicos personales. El objetivo es que el momento del parto sea un espacio familiar donde el binomio sean los protagonistas, y el nacimiento del neonato se desarrolle de la manera más natural posible (21).

El parto es un proceso mediante el cual el útero expulsa o intenta expulsar el feto, la placenta y el saco amniótico. Se lleva a cabo mediante contracciones rítmicas del útero. La presión contra cuello uterino originada por el feto y el saco amniótico produce el borramiento y dilatación del cuello, lo que facilita el paso del feto desde útero a través del cuello y el canal del parto hasta el medio extrauterino (21).

El parto se divide en tres etapas. La primera va desde el comienzo hasta el borramiento y la dilatación total del cuello. La segunda etapa dura hasta el descenso y nacimiento completo del bebé, y la tercera etapa dura desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión total de la placenta.

La primera etapa del proceso de parto se divide en tres fases: La fase de parto latente; se extiende desde el comienzo del parto eficaz, borramiento y dilatación progresivo hasta que alcanza una dilatación de 3cm. Con frecuencia el inicio del parto latente no es advertido, de manera que las medidas de su duración son aproximadas. Las contracciones se hacen cada vez más intensas, más

regulares y más frecuentes, empezando a intervalos de 15 a 20 minutos y evolucionando a una separación de 4 a 5 minutos. Esta secuencia equivale a unas 4 por hora, que aumentada 10 o 12 por hora. La duración es de 30 a 40 segundos y la intensidad es débil o moderada.

Por otro lado la fase de parto activa; comprende la dilatación entre 3 a 8 cm. Las contracciones son más regulares, más intensas y más frecuentes. Las contracciones del parto activo están separadas de 3 a 5 minutos, duran 50 a 75 segundos y son de intensidad moderada a fuerte. Durante esta fase debe producirse la dilatación cervical con rapidez, es decir acelerada.

Y por último la fase de transición; es el período más difícil, durante el cual el cuello abre los últimos 2 cm, desde 8 a 10 cm. Se presentan contracciones dolorosas, intensas e irregulares cada 2 o 3 minutos con una intensidad que la mujer encuentra muy conflictiva. El tono aumenta, las contracciones intensas persisten durante 75 a 90 segundos. Cuando el cuello esta distendido hasta el último centímetros los capilares pequeños pueden romperse y los fluidos vaginales aparecen con un color rojo claro, cuando la dilatación es completa, 10 cm, la mujer entra en la parte más intensa y exigente, la fatiga, la irregularidad y las molestias de las contracciones y la intensidad del parto hace difícil el autocontrol. Con las contracciones impulsando al bebe hacia la profundidad de la pelvis y contra el cuello pueden causar una fuerte sensación de presión en el recto, espalda, ingle o periné; la mujer puede sentir la sensación de que va a tener una deposición (21).

Por consiguiente la segunda etapa, tiene como función principal, el descenso, define los límites normales de descenso con el objeto de orientar el conocimiento de problemas tempranos. Para las nulíparas, cuyo canal de parto no estuvo distendido anteriormente, se puede esperar que el feto descienda al menos a 1,5 cm hora, pero en muchos casos a 3 cm hora. En la múltipara el feto avanza generalmente a 2, 1 cm hora, la duración media de la segunda etapa en la múltipara es de 30 minutos a 1 hora y de 1 a 2 horas para las nulíparas. La segunda fase no supera normalmente las 3 horas. Para concluir el descenso hay que vencerla resistencia del canal vaginal, el suelo de la pelvis integrado por músculos y fascias tienen que ser desplazados hacia abajo y hacia afuera por la cabeza fetal. La mujer tiene que aportar sus esfuerzos de expulsión voluntarios durante las contracciones para conseguir la presión para este proceso (21).

Y la tercera etapa tiene como función principal la separación y expulsión de la placenta, inmediatamente después del nacimiento del lactante, el útero debe contraerse firmemente y ser controlado responsablemente, pueden producir complicaciones, durante el trabajo de parto y parto, se dan por retención placentaria y hemorragias posparto por atonías uterinas, considerándose una de las principales causas de mortalidad materna.

Luego del parto, la observación de la madre y la permanencia continua del recién nacido junto a la misma favorece el vínculo temprano, contacto piel a piel y el estímulo para el comienzo de la lactancia materna. Es de importancia, controlar los signos vitales de ambos, la retracción uterina y loquios en la parturienta, observar al recién nacido, facilitando el proceso natural del vínculo madre-hijo, la temperatura de la madre evitará el enfriamiento del bebé y en la primera hora de vida se respetará la hora de lactancia materna. En Argentina, existen más de 40 hospitales tanto públicos como privados, que han sido declarados Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, que apoyan la lactancia materna.

El amamantamiento dentro de la hora de haberse producido el parto, la estimulación del pezón por la succión incrementa los niveles de oxitocina materna, lo que produce contracciones uterinas y disminuye la pérdida de sangre posparto. Por otro lado la oxitocina favorece las interacciones madre hijo precoces, el apego. Para los recién nacidos el amamantamiento inmediato y la ingesta de calostro les brindará una inmunización pasiva importante a la hora de abandonar el medio intrauterino estéril (22).

La lactancia materna en la primera hora de vida reduce casi un 20% el riesgo de morir en el primer mes de vida. Los recién nacidos tienen un sistema inmunológico muy inmaduro y son altamente vulnerables. La leche materna ofrece protección inmediata, así como estimulación del sistema inmunológico. Durante el primer mes de vida, los bebés que no son amamantados tienen seis veces más probabilidades de morir en comparación con aquellos que sí lo son; entre los 9 y 11 meses aquellos que no son amamantados tienen 30% más de probabilidades de fallecer. La lactancia materna promueve el vínculo, un período más prolongado de lactancia materna también se asocia a una mayor capacidad de respuesta materna y a la seguridad emocional que brinda el vínculo; ayuda a prevenir el sobrepeso en los niños, puede reducir el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil en un 12 %, lo que ayuda a combatir enfermedades crónicas graves asociadas con estas condiciones; hace que los bebés sean más inteligentes, los adolescentes y adultos que fueron amamantados de niños obtienen de 2 a 5 puntos más en los indicadores de desarrollo cognitivo, también se asocia a mayores logros educativos, además, el amamantamiento por 6 meses, en comparación con 4 meses, mejora el desarrollo motriz de los bebés; protege a las madres contra el cáncer de ovario y de mama, las mujeres que no amamantan presentan un riesgo 4 % más alto de padecer cáncer de mama y 27% mayor cáncer de ovario (22).

El parto humanizado, se debe generar en un espacio familiar donde la madre y su producto de concepción sean protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle lo más natural posible, requiere para su entendimiento de un cambio en la actitud y paradigmas de quién asiste a las mujeres que están dando a luz, la humanización a la mujer durante el trabajo de parto, el parto y

otros eventos de su proceso reproductivo, presenta ausencia de elementos fortalecedores que permitan reflexionar sobre las relaciones humanas y profesionales que suceden en torno a estos procesos, reconociendo que profesionales y mujeres están expuestos a prácticas protocolizadas, que en sentido general, no responden a la totalidad de los derechos de mujeres y familiares y si a la estandarización de normas de un binomio madre-hijo en óptimas condiciones biológicas, obviando de esta manera el enfoque holístico de la atención, tan relevante para la experiencia de la mujer en este proceso de dar vida.

La humanización basada en una concepción integradora de los valores y principios éticos, significa valorar de forma holística al ser humano y la condición humana. En este sentido se relaciona con la generosidad, la compasión y la preocupación de las relaciones humanas, la humanización del cuidado comprende, un trato digno, información precisa y que los seres humanos son únicos e irrepetibles, esta actitud responsable podrá determinar el logro de una atención integral a la mujer en trabajo parto. El cuidar es la esencia de enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.(23).

El cuidado profesional envuelve un poder espiritual de afectividad, desarrollado por profesionales de enfermería no solo con conocimientos científicos sino dotados de habilidades técnicas para individuos, familias y comunidades y mejorar o recuperar la salud.

En relación los componentes del cuidado, debe darse basado en el conocimiento para cuidar de una persona se necesita conocer su entorno y sus necesidades. Se necesita conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, los mismos a tener en cuenta serán: La paciencia; es un componente importante del cuidado, yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia yo doy tiempo y posibilito al otro a encontrarse a sí mismo, la Paciencia incluye la Tolerancia; que expresa el respeto por el crecimiento personal, la Sinceridad, en el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero, al cuidar al otro, debo ver al otro como él es y no como me gustaría que fuese, debo corresponder a sus necesidades de cambio, la Confianza; el cuidado implica confiar en el crecimiento de cada persona en el tiempo determinado. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; La esperanza; existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado brindado, es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades.(16)

Con respecto al cuidado humanizado, en el trabajo de parto, se entiende cómo la aplicación del conocimiento tecnológico científico y simultáneamente, propiciar el respeto y la comunicación

entre el personal de salud, la gestante y su familia. Es decir se procure intervenir solo en caso necesario, partiendo de la comprensión y el respeto de las creencias, costumbres, sentimientos, pensamientos y percepciones propias e individuales, de cada mujer durante este proceso.

La humanización del cuidado, comprende los aspectos culturales, históricos y espirituales, para cual los profesionales deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas, los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, y la igualdad de sus derechos. OMS en el año 1996 publica la guía práctica, “ayuda al parto normal”, donde conceptúa al parto normal y su humanización, y cita a la enfermera como personaje de importancia para atender al parto y contribuir a la humanización de esta ayuda. También se presentan además, las llamadas “Prácticas recomendadas por la OMS para la humanización del parto” donde se plantea que las mujeres tomen sus propias decisiones acerca de su cuidado, el profesional de enfermería, como miembro de equipo de salud es el responsable de gerenciar la atención a las personas con una visión humanista y de calidad (24).

La atención es definida en la Declaración de Alma Ata como “la asistencia sanitaria esencial” puesta al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad. La OMS define la calidad en salud como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima (25).

El cuidado no es solo una actitud de los seres humanos, sino un conjunto de actos conscientes del sujeto mismo que habita en las circunstancias, pero también es una labor que los profesionales en salud cultivan como producto de su profesión misma, en el caso de enfermería, que ha adoptado el cuidado como objeto de reflexión y trabajo.

Los aportes teóricos de distintos autores desde la disciplina de enfermería, centran sus análisis en el enfoque humanizado perinatal. En el congreso europeo de Medicina perinatal celebrado en 1985, se analizó y marcó, de forma muy especial, los aspectos de humanización del parto, se partió de que: “toda mujer tiene, independientemente de su cultura, un gran compromiso emocional con su gestación y parto, y el parto es un evento psico-somático por excelencia, que involucra el cuerpo y la mente de la madre”. Este reconocimiento condujo a que en la conferencia internacional sobre la humanización del parto, celebrada en Fortaleza, Brasil en el 2000, se precisará el concepto de humanización de la atención de salud (25).

El pensador Garzón, en el año 1998, -informó que la humanización comprende también los aspectos culturales, históricos y espirituales del hombre, para lo cual los profesionales de la salud deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas. El mismo autor asegura que los humanistas de todas las corrientes filosóficas proclaman la dignidad del hombre, su libertad y la

igualdad de derechos. Afirma posteriormente en el 2005, que la persona se aprecia en el valor de sí mismo y en la ética de sus comportamientos e interrelaciones.

Por otra parte, los autores Swain, Tomlim y Erikson, en el año 1983, definen que la enfermera en cuidadora, definen cinco objetivos de las intervenciones enfermeras como: crear confianza, afirmar y fomentar los puntos fuertes del cliente, fomentar la orientación positiva, facilitar el control percibido y establecer objetivos mutuos dirigidos hacia la salud.

En el 2003, Trevizán, planteó: que el profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud, es el responsable de generar la gerenciar la atención a las personas con apoyo sustancial en la propuesta con visión humanista.

En el 2004, Andreoni, expresó que el profesional de salud deberá estar abierto al diálogo, a los cambios, a compartir e incorporar nuevos conocimientos provenientes de otros profesionales o disciplinas que hablen el mismo lenguaje; por su parte, en el año 2012, expresa que el cuidado de enfermería implica romper esquemas tradicionales de atención, brindando cuidados personalizados con un enfoque unipersonal, significa identificar y priorizar las necesidades a satisfacer en pacientes teniendo en cuenta implicaciones físicas, psicológicas y sociales, por lo que una dimensión superior del cuidado basada en la integralidad emerge (27).

Los autores estudiados centran sus análisis en el enfoque humanizado de la atención al parto, todos evidencian elementos coincidentes: Atención humanizada, basada en los derechos y necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales de la mujer, su bebe y su familia; Basada en evidencia científica y en las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud; Realizada por personal calificado y conducido por la mujer con autonomía y libertad con enfoque intercultural; Visión del parto como un hecho fisiológico; Vínculo personalizado entre la madre, familiar y el equipo de salud; Respeto de la elección de la mujer sobre las personas que la acompañan en el parto, a su privacidad, dignidad y confidencialidad; Cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido.

La sistematización de la evolución del concepto de atención humanizada permite definir operativamente la atención humanizada del personal de enfermería durante el trabajo de parto y parto, como: la actuación de cada enfermera/o en la prestación de cuidados a la mujer durante el trabajo de parto y parto a través de una actitud donde se relacionan los conocimientos científicos con los sentimientos, los valores y los principios de los profesionales de enfermería y de cada mujer, se brinde una asistencia de calidad que sea percibida por la mujer a través de la identificación y satisfacción de sus necesidades como eje central en la conducción del proceso del parto.

Las actitudes de enfermería en el cuidado humanizado se basan en la calidez humana, ligada con el respeto hacia la integridad psíquica, física y moral de la paciente. Se cuenta también con el contacto físico y verbal entre los profesionales de enfermería y las pacientes donde se produce una valoración entre ambos, el profesional enfermería evalúa el estado de salud, las respuestas físicas y psicológicas del paciente y a la vez los pacientes valoran las actitudes, el deseo de ayudar, los gestos y disposición de los profesionales de enfermería.

Se tendrán en cuenta los conceptos de teorizadoras del cuidado humanizado, como plantean Roger en 1971 y Riso Parse en 1985, demuestran quién es y como es el receptor de los cuidados de enfermería. Se sitúa en el contexto de orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación con un centro de interés en la persona y el entorno.

A su vez Travelbee en 1971, el proceso de interacción entre al paciente y la enfermera, donde existe una creciente demanda de atención entre las necesidades y las relaciones humanas.

Según Lenninger, en 1970, los cuidados humanos hacen referencia a los fenómenos abstractos y concretos. Afirmó que debían descubrirse los significados y los usos de los cuidados transcultural para proporcionar cuidados significativos (27).

Por su parte Watson, en el año 1970, afirma que la práctica cotidiana de enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Enuncia, además que el cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería- la esencia de enfermería- y que los fundamentos de la asistencia de enfermería han sublimados por avances tecnológicos y por obstáculos institucionales (28).

El profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual, permiten humanizar los cuidados que se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para la gestante, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la espiritualidad de la paciente en el proceso de parir.

Para Espinosa en el 2015, define el desempeño profesional en enfermería como el conjunto de acciones que logra ejecutar el personal de enfermería en sus áreas laborales que se evidencian en la práctica de las habilidades y competencias adquiridas de forma integradora, regulada y coordinada para la atención a los problemas profesionales, manifestado a través de su actuación de forma autónoma, científica y apropiada, teniendo como fin la identificación, priorización y satisfacción de las necesidades humanas dimensionadas en meteparadigmas: salud, persona, entorno y rol profesional (28).

La preparación integral del profesional de enfermería en diferentes ciencias, al igual que su preparación en las técnicas de educación para la salud, hacen que sea un colaborador ideal en la prestación de servicios en un área tan delicada como lo son las mujeres en trabajo de parto y parto. Este profesional no solo debe prepararse en los conocimientos y técnicas propias de enfermería, sino también en áreas para cuidar a la persona, desde su integridad biológica, psicológica, social y espiritual. Asumir la concepción del desempeño profesional de enfermería en la humanización del parto, es pretender mejorar la calidad de la asistencia, adecuar las intervenciones a lo recomendado por el reconocimiento científico sin dejar de asumir el componente humano que las acompaña, aumentar la seguridad del nacimiento y permitir a las mujeres un mayor control sobre su cuerpo, su proceso de parto, sobre su salud y establecer vínculos afectivo emocionales con sus hijos.

El acto del cuidado de enfermería debe darse a partir de la comunicación y de la relación interpersonal entre el profesional y la mujer gestante, lo que implica un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades, como así también requiere de independencia, seguridad y apoyo, gerencia del servicio, interacción armoniosa y respetable en el equipo de salud multi-profesional. Se debe capacitar y actualizar permanentemente para brindar un cuidado con conocimiento, calidez, eficacia, eficiencia, valores humanos y espirituales, pertenencia y continuidad.

La atención en el parto se ha transformado en un acto exclusivamente dominado por la medicina. Como resultado, la atención intervencionista médico hegemónica ha invisibilizado los aspectos subjetivos de las personas. Esto es parte de un conjunto de prácticas dominantes sobre el cuerpo de las gestantes y su capacidad de decidir. El maltrato obstétrico se encuentra naturalizado como parte de unas prácticas rutinarias de cuidado, y de la exclusión sistemática de las mujeres de sus propios cuerpos y del derecho de autonomía a la hora de parir.

En nuestro país, promover un debate acerca de un modelo de atención al nacimiento que incorpore, la voz y el saber de las mujeres acalladas durante tanto tiempo es, un hecho urgente y necesario.

Se puede definir violencia obstétrica acorde a Ley 26.485 como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales conforme lo establece la ley 25.929” , 2009, art 6, Esta violencia es dirigida a parir de diversos y potentes dispositivos, hacia las personas gestantes, quienes son usualmente juzgadas, atemorizadas, infantilizadas, vejadas, lastimadas física y emocionalmente en la situación de gestación parto y puerperio (29).

De acuerdo con Kitzinger en 2015, lo que sucede cuando una mujer ingresa en un hospital es que se integra a un engranaje social que regula su comportamiento y el de todos los que están en él sin que nadie lo cuestione. Desde su ingreso a la institución sanitaria, la mujer padece diversas intervenciones que la dejan fuera de la posibilidad de tomar control sobre su situación. El hecho de concebir el parto como un hecho patológico, donde se traslada al sujeto de atención en silla de ruedas a la sala de partos, con tactos sucesivos para controlar la dilatación, la aplicación estandarizada de una vía, la posición litotomía demuestra el rol pasivo que se espera de una mujer durante su parto. Un parto respetado es aquel en que las mujeres embarazadas se consideran personas sanas, no enfermas que requieren intervención. La episiotomía es una marca corporal, una mutilación femenina usada indiscriminadamente y utilizada al servicio del tiempo del otro, de la comodidad ajena que deja sus trazas (físicas y simbólicas) durante días, meses e incluso años en la sexualidad femenina. Estas prácticas, que funcionan a modo de “ceremonia” con alta eficacia simbólica, conllevan un padecimiento subjetivo que tarda en sanar y dejan vestigios para siempre en la vida de muchas mujeres (30).

Las experiencias de sufrimiento abundan y los datos escasean. Si bien en informes y documentos de organismos nacionales e internacionales, no se aconseja la intervención innecesaria durante el proceso fisiológico del parto, el número de cesáreas e intervenciones médicas supera la media recomendada Las Casildas Ovo , 2015. El parto como momento de gran vulnerabilidad para la mujer, es un evento físico y psíquico de gran intensidad, muy significativo para quienes son protagonistas. Además existe un escenario neurohormonal único y específico que prepara al mujer gestante y al bebe para el vínculo y la construcción subjetiva.

Los eventos que transcurren en el parto y las primeras horas del puerperio pueden quedar vívidamente grabados en la memoria, tanto si son positivos como si son traumáticos. Como afirma Olza en el 2017, se puede salir empoderada de un parto y esto permitirá obtener confianza durante el puerperio y la construcción del rol maternal, o bien, salir debilitada y tener que afrontar emocionalmente dañada la etapa del post parto, con sus claras consecuencias en lo vincular y con un impacto profundo en todo el sistema familiar (30).

Según Becky Dirscoll en el año 2006, las huellas se transforman con mucha frecuencia en situaciones traumáticas y podemos afirmar que nos encontramos frente a una situación de infra-diagnóstico e invisibilidad ya que las mujeres terminan lastimadas y traumatizadas, pero nadie puede verlo, ni siquiera los profesionales especializados. Este panorama deja a las usuarias del sistema sanitario en una situación de desprotección, desamparo y vulnerabilidad.

Como resultado de las intervenciones obstétricas, el tipo de parto, el trato recibido, los dichos del personal, la falta de libertad en la toma de decisiones, incluso con incluso con un parto

aparentemente normal, las mujeres pueden vivenciarlo como traumático y muy doloroso en términos emocionales. Es muy importante que el personal sanitario tome conciencia de que el parto puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un TEPT Trastorno de Estrés Postraumático. De hecho se estima que en algunos países entre un 1,5 y un 6% de las mujeres presentan un TEPT en el posparto. Los factores de riesgo incluyen el ser primíparas, tener un parto prematuro o con alto intervencionismo obstétrico, vivir una situación de separación del recién nacido, recibir información inadecuada acerca de la evolución del trabajo de parto o no recibirla y la percepción del que el trato recibido no ha sido adecuad. El TEPT tras el parto conlleva un enorme sufrimiento psíquico y afecta a la relación de la madre con su bebe, su pareja y los profesionales de la salud (30).

La humanización del parto es un movimiento mundial, MMH, a favor de un modelo de atención, donde el respeto de los tiempos biológicos y psicológicos y las necesidades culturales e individuales son el eje. Esta perspectiva implica el corrimiento respecto de algunos supuestos centrales sobre los que se estructura el MMH. Promueve la visión del organismo como una unidad bio-psico-socio-cultural, el respeto por los procesos fisiológicos, emocionales, sociales y culturales, la tecnología al servicio de la persona, una relación horizontal entre el medico consultante, amable y cuidadosa. De esta forma, el parto respetado aboga por una humanización del sistema de salud que puede priorizar la singularidad del otro, valiéndose de la tecnología en los casos en donde sea necesario, pero, por sobre todo mirando a la persona en su aquí y ahora como sujeto de derecho y soberana de su cuerpo. Este modelo necesita, por parte de los profesionales de salud, un amplio conocimiento de fisiología del parto y entrenamiento en el trato con personas sintientes, pensantes, que tienen historias personales que la definen, siendo conscientes del poder que tienen sus actos, palabras, miradas, en un momento tan crucial, significativo y de tanta vulnerabilidad para las parturientes y haciendo un uso ético de este poder. Coincidiendo con Oiberman , en 2013, en que ser madre o figura de cuidado para un recién nacido excede el hecho biológico, requiere de una serie de ordenamientos psíquicos que se irán configurando a partir de la experiencia y presenta un significado a nivel social, cultural, histórico y psicológico (30).

Actualmente, en nuestro país, el acceso a un parto respetado es un derecho. Un parto respetado no es ni una moda, ni una tendencia, ni una posibilidad de atención optativa. Este movimiento mundial a favor de un nuevo paradigma de atención al nacimiento, está plasmado en la ley n° 25929 desde el 2004, y se viene difundiendo en todo el mundo desde hace más de 30 años y se encuentra en su momento fundante a nivel mundial en la declaración de Fortaleza de la OMS en 1985. Además hay numerosa y extensa investigación y evidencia científica que amplia y

actualiza las prácticas desde este paradigma y que han llevado a la elaboración de documentos y de recomendaciones en esta línea por parte de la OMS y UNICEF, como entre otros, los proyectos de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. En él se respetan los tiempos fisiológicos y psicológicos, donde se puede elegir de qué manera parir y con quién. Un parto respetado es un parto donde las mujeres pueden ejercer su libertad como personas saludables e informadas debidamente. Un parto donde los protagonistas son la mujer pariendo y él bebe naciendo, sujetos de pleno derechos.

El parto que pertenece a la vida sexual y reproductiva de la persona con capacidad gestante, cuando es vivido desde el respeto y la libertad, impacta saludablemente en su subjetividad, permitiendo la soberanía d ese momento que siempre le perteneció. Pudiendo desplegar sus propios recursos psíquicos que influirán positivamente en el cuidado del niño que nace y en toda la vida de ambos y de la familia.

Pese a la existencia de marcos normativos que harían posible las situaciones de partos respetuosos, nada parece haber sido modificado en nuestro país. El choque ideológico con las instituciones públicas y privadas y profesionales encargados de la salud es fuerte. La formación de agentes de salud parece ser uno de los obstáculos más grandes para que lo contenido en la ley sea realidad en el sistema. Este impacto ocurre no solo por la resistencia del sistema médico hegemónico que se siente cuestionado en su saber, sino también por las relaciones jerárquicas instauradas socialmente, que implican un sistema vertical de praxis. Este sistema vertical, como ya afirmamos, es caracterizado por las representaciones de genero entorno a la sexualidad, maternidad que es dirigida hacia las mujeres (sumisión, incapacidad para decidir). Tenemos así como resultado, una tendencia a la mercantilización de la vida, en que la salud ocupa un lugar de enclave complejo entre mercado, políticas de gestión de los cuerpos y emociones, capitalismo y patriarcado (30).

Cuando las personas con capacidad gestante son habilitadas para parir de un modo respetuoso, las experiencias son percibidas como situaciones de plenitud y empoderamiento, estás vivencias son brindadas a través de los cuidados, envueltos de dones subjetivos espirituales de profesionales de enfermería, con lo comprensión de la experiencia y expectativas de la mujer, creando una interrelación que a veces puede comprenderse sin palabras, solo con miradas. Esta calidad de cuidado, entendida como cuidado humanizado, surge solo de aquellos profesionales que brindan amor y valores éticos en todos sus actos.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ABORDAJE Y TIPO DE ESTUDIO:

El siguiente estudio se basa en un abordaje metodológico cuantitativo, en su etapa de planificación se realizarán: selección de variables en estudio, delimitación del problema, formulación de la hipótesis, formulación del objetivo general y específicos, en función del marco conceptual operacionalización de las variables a través de las dimensiones e indicadores, sobre esta base se selecciona y construye los instrumentos de recolección de datos y las decisiones para el estudio o diseño a realizar y como se analizarán los datos; ya a partir de la etapa de ejecución, se comenzará con la recolección de datos en el campo de estudio para su posterior análisis de resultados. El tipo de estudio será observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

Será un estudio observacional; porque las variables se estudiarán tal como se presentan en la realidad, en su contexto, sin manipulación; será descriptivo; porque determinarán la situación de las mismas en las poblaciones de estudio, la presencia o ausencia de algunas de ellas, en un lugar y en un tiempo determinado, pudiendo sugerir la asociación entre estas, se pretende medir las percepciones del cuidado humanizado en gestantes en trabajo de parto y parto en relación a la calidad de atención brindada por enfermería; también de corte transversal ya que la medición de las variables se realizarán simultáneamente en un solo momento y se puede considerar prospectivo; porque los datos serán recolectados en base a la observación de hechos tal como ocurren.

SITIO Y CONTEXTO

Para la selección del sitio donde se desarrollará la presente investigación, se realizó un relevamiento de datos por ser la única maternidad privada que trabaja bajo el modelo de MSyCF. Para ello, se aplicó una guía (Anexo I), la cual pertenece al primer control de validez interna.

El lugar corresponde a una maternidad moderna y de vanguardia, conjugando las experiencias en Obstetricia, en Neonatología y Pediatría, ubicada en la zona centro de la ciudad de Rosario, y como efector privado responde a obras sociales y particulares. Se realizaron las preguntas al jefe del sector para identificar las características propias del lugar. Según la guía de relevamiento se determinaron los criterios de elegibilidad a tener en cuenta: el espacio físico, la presencia de la población con sus características, las variables en estudio y la autorización del efector para acceder. La institución cuenta con el recurso material y humano, la infraestructura y condiciones apropiadas en donde se realizan partos humanizados, la misma fue seleccionada por reunir las características necesarias para el estudio de acuerdo a los resultados del estudio exploratorio. (Anexo III).

El sitio, cuenta con un organigrama institucional en órdenes jerárquicos. El edificio está diseñado y equipado para facilitar un parto y posparto humanizado, su política institucional se enfoca en llevar a la práctica los conceptos de la Maternidad Segura Centrada en la Familia y brindando atención de excelencia a la embarazada y al recién nacido, amparados por la ley de Parto Humanizado que pretende mejorar la calidad de vida y la atención para las gestantes. Cuenta con un comité de ética y un área de control de calidad. Aproximadamente se realizan trecientos nacimientos mensuales de los cuales un 10% corresponden a partos humanizados, un 60% a cesáreas electivas por decisión materna y el 30 % restante a partos prematuros, partos inducidos y urgencias.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Las dos poblaciones seleccionadas se conforman de la siguiente manera: La primer población estará constituida por aproximadamente 100 usuarias púerperas de partos humanizados y la segunda población la representarán aproximadamente 21 enfermeros para la atención que se brinde en el servicio de obstetricia. Debido a que en la población el número de unidades de análisis resulta accesible, no será necesario extraer una muestra y se tomarán ambas poblaciones en su totalidad para el estudio.

Las unidades de análisis serán; cada una de las usuarias gestantes a término, adultas jóvenes en trabajo de parto y parto, que reúnan los criterios de inclusión y exclusión; y cada uno de los enfermeros que brinden atención a las púerperas, seleccionados también según criterios de inclusión y exclusión de los mismo.

Para la elección de estas unidades de análisis, se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión, que determinan el segundo control de validez interna del estudio

1) A: CRITERIO DE INCLUSIÓN, para las gestantes.

- Mujeres grávidas, adultas jóvenes entre 18 a 35 años
- Gestas a término, de 37 a 39 semanas de gestación.
- Pacientes que eligen parto humanizado.

1) B: CRITERIOS DE EXCLUSIÓN, para las gestantes:

- Pacientes con patologías preexistentes, como hipertensión, diabetes gestacional, preeclampsia.

2) A: CRITERIOS DE INCLUSIÓN, para los enfermeros:

- Licenciados de enfermería y enfermeros que brinden atención en el servicio de obstetricia.

2) B: CRITERIOS DE EXCLUSIÓN, para los enfermeros:

- Enfermeros que estén cubriendo partes por enfermedad o licencias anuales que no tengan permanencia en el sector.

Las amenazas a tener en cuenta que se controlarán son: mortalidad, selección, regresión, compensación, presencia de variables enmascaradas, los controles para los siguientes factores serán: para la mortalidad: donde los participantes pueden abandonar el estudio, el control será reclutar participantes; para selección: donde los grupos no sean equivalentes, el control será que los grupos sean equivalentes; para la regresión: seleccionar participantes que tengan puntuaciones extremas y que no se mida su valor real, es primordial especificar los criterios tanto para excluir como incluir sujetos al estudio; para la compensación: que los participantes del grupo perciban que no reciben nada, el control será proveer de beneficios a los participantes; para la presencia de variables enmascaradas: variables que influya en la variable dependiente, el control será establecer minuciosamente los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de análisis.

VALIDEZ EXTERNA

Con respecto a la validez externa, los resultados podrán ser generalizados a la población de estudio.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS RECOLECCIÓN DE DATOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE 1: PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO, se clasifica según tipo como, cualitativa compleja y según su función como variable dependiente, es el efecto actúa como resultado, con escala de medición ordinal.

Definición conceptual: Watson J, 1979. *“En su teoría del cuidado humano basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de valores humanísticos y altruistas, de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. El cuidado comprende un compromiso moral, proteger y realzar la dignidad humana, va más allá de una evaluación médica, la experiencia, percepción y la conexión, mostrando interés profundo en las personas.”*

DIMENSIÓN 1: VALORES HUMANÍSTICOS Y ALTRUISTAS.

Indicadores:

- Trato digno; amabilidad, respeto.
- Empatía.
- Bondad, y amor.
- Preocupación.
- Honestidad.
- Vínculo madre hijo, contacto piel a piel.
- Estímulo para lactancia materna.

DIMENSIÓN 2: CUIDADOS HUMANOS DE AYUDA CONFIANZA

Indicadores:

- Comunicación efectiva.-Seguridad.
- Información adecuada.
- Expresión de sentimientos.
- Confianza, confiabilidad, veracidad.

DIMENSIÓN 3: APOYO EMOCIONAL.

Indicadores:

- Apoyo espiritual, apoyo en sus creencias religiosas y tradiciones.
- Respeto de expresión de emociones, alegría, llanto, dolor.
- Alivio del miedo y la ansiedad
- .-Acompañar en las necesidades y expectativa.

DIMENSIÓN 4: APOYO FÍSICO.

Indicadores:

- Movilización; sentarse, deambular.
- Posición de parto; en cuclillas, acostada, sentada.
- Manejo del dolor; respiración, baño con agua tibia, masajes, uso de pelota y banquito.
- Respeto por su integridad, pudor.

VARIABLE 2: CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA, se clasifica según su tipo como cualitativa compleja y según su función como variable independiente, la causa de la variación de la situación, con escala de medición ordinal.

“Definición conceptual; el cuidado es la esencia de enfermería, es un fenómeno social, que resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, enfermero paciente. Watson, J. contribuye a la sensibilización de los profesionales en aspectos humanos y mejorar la calidad y lograr la satisfacción de las necesidades de atención. Humanizar los cuidados enfoca hacia el desarrollo de un proceso seguro para el paciente, con un toque humano que implica aspectos espirituales y éticos en el compromiso de cuidar.”

DIMENSIÓN 1: TRATO DIGNO.

Indicadores:

- Saludo amable.
- Presentación personal
- Dirigirse a la usuaria por su nombre
- Explicación de lo procedimientos.
- Salvaguardar su intimidad.
- Trato respetuoso.

DIMENSIÓN 2: SEGURIDAD.

Indicadores:

- Correcta identificación del paciente, nombre y apellido completo, fecha de nacimiento, colocación de pulseras identificadoras a la usuaria y neonato.
- Administración de medicamentos; resguardo seguro, nombre correcto, dosis correcta, horario correcto, paciente correcto.

DIMENSIÓN 3: COMUNICACIÓN.

Indicadores:

- adecuada, precisa, clara.
- expresión facial, tomar la mano, mirada de apoyo, acompañar.

DIMENSIÓN 4: SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES.

Indicadores:

- Respiración; inhalar y exhalar.
- Alimentación; ingesta de líquidos y alimentos.
- Movilización; sentarse, pararse, deambular.
- Eliminación; diuresis y deposiciones.
- Descanso; sueño y descanso.
- Vestuario; uso de batas cómodas.
- Higienes; lavado de manos, higienes, ducha.
- Vínculo madre hijo, contacto piel a piel.
- Estímulo para lactancia; hora de lactancia materna.
- Entorno limpio y confortable.

DIMENSIÓN 5: RELACIÓN ENFERMERO PACIENTE.

Indicadores:

- Trato digno; trato amable y respeto.
- Información adecuada; relato sencillo, claro, veraz.
- Estabilidad emocional; fortaleza y paz.
- Empatía; comprender emociones.
- Cortesía, respeto, amabilidad.
- Confidencialidad, sigilo de datos.
- Fiabilidad, cuidado, esmero.
- Profesionalidad, conocimientos.
- Credibilidad, Honestidad, veracidad.

DIMENSIÓN 6: ASPECTOS ESPIRITUALES DEL CUIDADO.

Indicadores:

- Contención; cariño, amor y paciencia.
- Espiritualidad; fortaleza, motivación, esperanza.
- Entendimiento; comprensión.
- Integralidad; responsabilidad y respeto.

DIMENSIÓN 7: ASPECTOS ÉTICOS DEL CUIDADO.

Indicadores:

- Principios.
- Conductas; actos, acciones.
- Valores morales; bondad, sinceridad, honestidad, solidaridad, humildad.

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos, fueron elegidas en función de las variables de estudio, de la población que se abordará y el abordaje metodológico seleccionado. Las variables se medirán aplicando una técnica de recolección de datos para ambas poblaciones seleccionadas, esta medición se realizará a través de un instrumento correspondiente, que permitirá registrar cuantitativamente los indicadores definidos en la operacionalización de las variables. Cada uno de ellos se convertirán en una pregunta con opciones de respuestas, que luego serán codificadas, permitiendo el ordenamiento de los datos y analizarlos. Esta codificación se realizará previa a la recolección de datos. Los instrumentos para la recolección de datos se detallan en (Anexo II).

Para la variable, Percepción del Cuidado Humanizado la técnica será una encuesta la cual permitirá la recolección de datos objetivos de las puérperas, el instrumento será un cuestionario donde la información de los datos serán a través de preguntas cerradas con opción de respuesta una escala de tipo Likert, se realizará luego del parto, en el puerperio de la usuaria, con previo consentimiento informado de la misma. El instrumento que se utilizará para la medición de esta variable, es una adaptación para esta investigación, del instrumento validado por Alicia Hermosilla Ávila (31).

El cuestionario está representado en forma de cuadro con 20 preguntas, que fueron determinadas de los indicadores de las cuatro dimensiones para esta variable, la escala de Likert con cuatro alternativas de respuesta, indicadas como: muy frecuentemente (MF), frecuentemente (F), poco frecuente (PF), nunca (N), con las respectivas indicaciones para su llenado. Las preguntas cerradas son fáciles de codificar y analizar, ahorran tiempo en las entrevistas al no desarrollar las respuestas, cubrir el terreno rápidamente, conseguir datos relevantes, las puérperas responderán según sus criterios, las desventajas pueden darse en omitir gran cantidad de detalles al no poder expresar las respuestas y que no ayuda a forjar una relación cercana con él investigador.

Las respuestas de la escala de Likert permitirá medir la opinión de la usuaria a través del cuestionario, como ventajas a tener en cuenta, su aplicación es muy sencilla y barata, es fácil contestar, los datos son fáciles de analizar y permite responder en forma anónima. Asimismo las desventajas pueden estar dadas en la falta de veracidad de las respuestas, en la sinceridad de las usuarias, que las consignas no sean claras y no representen al estudio, esto se determinará en la prueba piloto.

Para la variable Calidad de atención brindada por Enfermería se utilizará la técnica observación por medio de una lista de control con opciones respuestas dicotómicas. La observación directa se realizará a los enfermeros en la internación de la paciente, durante el ingreso, el trabajo de parto y parto de la gestante. El instrumento que se utilizará es una adaptación a este estudio, del instrumento validado por Guerrero – Ramirez (32)

La lista de control que se utilizará también se expondrá en forma de cuadro con 37 preguntas, determinadas por los indicadores de las siete dimensiones para esta variable, con respuestas dicotómicas, (SI), (NO), (OBSERVACIONES) y sus respectivas indicaciones de llenado. La observación permitirá datos más objetivos, la ventaja es que el estudio se realiza en el momento que ocurren los hechos, es decir durante la atención del personal de enfermería a la gestante en trabajo de parto y parto, es sencilla, de bajo presupuesto, sin intermediarios, la información se recoge tal como se da, la desventaja que puede ocurrir son situaciones que influyan en las emociones o sentimientos de la observadora pudiendo alterar los resultados. Las respuestas dicotómicas permiten que los datos sean fácilmente medibles y cuantificables, son breves y fáciles de comprender.

Estas técnicas e instrumentos, permitirán medir las percepciones de las usuarias en relación a la calidad de atención brindada por enfermería en el proceso de parto y parto. La confiabilidad de los instrumentos, lo determinarán el grado de consistencia y coherencia de los resultados y la validez, el grado que el instrumento mide lo que se pretende medir.

Las debilidades, a tener en cuenta podrían ser tanto en la encuesta para a las usuarias como en la lista de control a los enfermeros, que las consignas no sean claras y no representen al estudio, que no se entiendan las preguntas y en la observación, que lo que se observará este atravesado por el pensar y sentir del observador y distorsione la información de lo recolectado, que el observador interrumpa el proceso. Debido a esto y como tercer control de validez interna, se realizó la prueba piloto para los instrumentos, en tres usuarias púerperas y en tres enfermeros. Los resultados se referencian en el (Anexo IV). La misma permite valorar si las preguntas están expresadas en forma clara, la aparición de variables intervinientes, si miden efectivamente lo que

quiero medir, es de vital importancia entender que nunca deben llevarse a cabo en las unidades de análisis del estudio para evitar la sensibilización de la población y sesgos en los resultados.

Las amenazas posibles serán: inestabilidad de instrumento, administración de pruebas, instrumentación, condiciones ambientales, los controles para estos factores serán: para la Inestabilidad del instrumento: que representa poca o nula confiabilidad del instrumento, el control será, elaborar un instrumento estable y confiable; para la Administración de pruebas: que la aplicación de una prueba influya en las respuestas de los individuos, el control será tener pruebas confiables; para Instrumentación: que las pruebas o instrumentos aplicados a los grupos que participan no sean equivalentes, el control será administrar la misma prueba o instrumento a todos los individuos; para las Condiciones ambientales: que el entorno no sean iguales a para todos los grupos o participantes, el control será lograr que las condiciones ambientales sean las mismas para todos.

Las consideraciones éticas son componentes integrales de la investigación, se aplicarán desde el principio hasta el final del estudio. Al definir las técnicas e instrumentos de la recolección de datos se tendrán especial consideración en los aspectos éticos, en cuestiones con el respeto por la dignidad humana, la no maleficencia y la justicia; que implican entre otras cuestiones la autonomía, la reserva de confidencialidad y el consentimiento informado

El respeto a la dignidad humana, implica este principio el derecho a la autodeterminación y a la información completa es decir, decidir en forma voluntaria si participan o no en el estudio, el momento que quieren retirarse y rehusarse a dar información cuando considere que invade su privacidad, bajo ninguna circunstancia el sujeto puede ser sometido a coersión para participar del estudio. Para que las personas puedan ejercer sus derechos de decidir si participan en la investigación, deben contar con la suficiente y completa información, el investigador deberá describir con detalle la naturaleza del estudio, el derecho del sujeto a rehusarse a participar y los riesgos y beneficios que podrían ocurrir, esto se denomina “Consentimiento informado”.

El Consentimiento informado implica, el consentimiento dado por una persona competente que a recibido la información necesaria en un lenguaje comprensible y que luego a podido tomar una decisión libre de coacción, intimidación o influencia o incentivo excesivo. Los elementos esenciales del consentimiento, que garantizan que el participante reciba información necesaria, a tener en cuenta son: La descripción de la investigación, de los riesgos razonables, de los beneficios esperados. La explicación de la confidencialidad y sobre los derechos de los participantes. La explicación de que la participación es voluntaria, ver (Anexo III).

La beneficencia también se conoce como principio de no maleficencia, hace que el investigador sea responsable del bienestar físico, mental y social del participante en lo que se refiere al estudio, referido sobre todo a no dañar, es imprescindible el respeto a la población en estudio ya que no deben estar expuestos a daños físicos ni psicológicos, deben asegurar a todos participantes la confidencialidad y que los datos no serán difundidos. En cualquier caso, todos los riesgos se deben mantener al mínimo, la protección del participante es la principal responsabilidad del investigador. Proteger al participante es más importante que: la búsqueda de un nuevo conocimiento, el beneficio científico que se obtendrá con la investigación, el interés personal o profesional de la investigación.

El sujeto tiene derecho a un trato justo y preservar su intimidad, lo determina el principio de justicia, el investigador tiene la obligación de distribuir riesgos y beneficios de la participación del estudio. El reclutamiento y la selección de los participantes deben hacerse de manera equitativa, este principio prohíbe poner en riesgo a personas para beneficiar a otros

Estos principios se consideran principios universales que trascienden los límites geográficos, culturales, económicos, legales y políticos. Los investigadores, las instituciones, y de hecho, la sociedad están obligados a garantizar que estos principios se cumplan cada vez que se realiza una investigación con seres humanos.

Es relevante mencionar que desde la época de los filósofos, se reserva la palabra ética para la ciencia o disciplina teórica y la palabra moral para los contenidos que hacen a la práctica de los elementos teóricos. La deontología, es la rama de ética que se dedica a regular los fundamentos de deber y de las normas morales exigibles para un colectivo profesional, estos contenidos se desarrollaron ampliamente, planteados, en lo que es el Juramento Hipocrático y el Código de Ética de las enfermeras/os, adoptado por el Consejo Internacional de Enfermeros.

Con respecto a la ética aplicada a la investigación, cabe señalar que en las últimas décadas se han elaborado pautas, códigos y reglamentos para guiar la realización de la investigación con seres humanos, en cada uno de ellos se reflejan los principios éticos de Beneficencia, Respeto por las personas, Autodeterminación y Justicia. Estos principios subyacen en el Código de Ética de los enfermeros, desde el punto de vista del quehacer profesional, que deben respetarse fundamentalmente en la investigación con seres humanos. Ante sucesos que implicaron regulaciones éticas, surge la Bioética, como la “Ciencia de la vida”, de carácter interdisciplinario y con el propósito de proteger la vida humana y su ambiente, interesándose en los derechos y deberes de los pacientes y de los profesionales de salud, los derechos y deberes de los investigadores, el cuidado y la investigación biomédica. Las Normas Internacionales establecen que cada país debería establecer sistemas de revisión ética, a fin de velar por la protección de

los participantes de proyectos de investigación, además de contribuir a que los aspectos científicos y éticos de la investigación en salud sean de máxima calidad posible, estableciéndose Comités de Ética de ámbito nacional, regional e institucional. La Organización Mundial de la Salud, ha publicado normas operativas para estos Comités de Ética que controlan las investigaciones con seres humanos (33).

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos estará a cargo de la autora de este proyecto, se cuidará la validez de los datos recogidos al permanecer en el lugar en el que se desarrollan los hechos, sin intervenir, ni alterar el ambiente, ni lo observado en la transcripción de los mismos. Se tendrá en cuenta la importancia de la unificación de criterios para alcanzar parámetros y lineamientos y lograr los objetivos propuestos.

PLAN DE ANALÍISIS

En la etapa de planificación se determinarán la forma y manera en que se llevará a cabo la recolección de datos y luego de la etapa de ejecución, serán analizados los mismos.

Finalizada la actividad en campo, aplicando los instrumentos y con previa codificación, se realizará el agrupamiento de los datos que serán transferidos a una matriz. Se utilizará el programa de análisis de datos Excel y los mismos serán volcados a tablas y representados en gráficos para una mayor comprensión de los resultados.

Los datos serán organizados y se utilizará la estadística descriptiva mediante las pruebas estadísticas como las medidas de tendencia central moda, mediana promedio, distribución de frecuencias, lo cual será representado en un histograma y polígono de frecuencias, y los porcentajes en una gráfica circular. El tipo de análisis será bivariado y desde la base de datos se cruzarán en tablas dinámicas determinando la relación entre las variables.

Para determinar la relación entre las variables cualitativas complejas, se realizará la reconstrucción de las mismas por medio de índices.

Para la variable, Percepción del Cuidado Humanizado, con escala medición ordinal, se realizará la siguiente codificación de respuesta: (MF) muy frecuentemente= 4, (F), frecuentemente= 3, (PF), poco frecuente=2, (N), nunca=1 y se reconstruirá la variable a través de la siguiente escala:

Percepción del cuidado humanizado: -favorable= (entre 61-100 puntos)

Percepción del cuidado humanizado: -Poco favorable= (entre 31-60 puntos)

Percepción del cuidado humanizado: -desfavorable= (entre 10-30 puntos)

Se analizará de la siguiente manera:

La Percepción del Cuidado Humanizado será favorable cuando las respuestas se encuentren entre los 61 y 100 puntos.

La Percepción del Cuidado Humanizado será poco favorable cuando las respuestas se encuentren entre los 31 y 60 puntos.

La Percepción del Cuidado Humanizado será desfavorable cuando las respuestas se encuentren entre los 10 y 30 puntos.

Para la variable, Calidad de Atención Brindada, con escala de medición ordinal, se realizará la siguiente codificación de respuestas: (SI) =2, -(NO), =1 y se reconstruirá la variable a través de la siguiente escala:

Calidad de atención Brindada: -alta= (entre 61-100 puntos)

Calidad de atención Brindada: -media= (entre 31-60 puntos)

Calidad de atención Brindada: -baja= (entre 10-30 puntos)

Se analizará de la siguiente manera:

La Calidad de Atención Brindada será considerada alta, cuando las repuestas estén entre los 61 y 100 puntos.

La Calidad de Atención Brindada será considerada media, cuando las respuestas estén entre los 31 y 60 puntos.

La Calidad de Atención Brindada será considerada baja, cuando las respuestas estén entre los 10 y 30 puntos.

Al finalizar el análisis y la interpretación de los datos se procederá a la elaboración de la discusión y conclusión, culminando con la redacción del informe final.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

De acuerdo al siguiente cronograma de trabajo, se detallan el tiempo para las correspondientes actividades del proyecto.

ACTIVIDADES	1ER TRIMESTRE 2022			2DO TRIMESTRE 2022		
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Recolección de datos						
Tabulación de los datos						
Análisis e interpretación de los datos						
Elaboración de la discusión y conclusión						
Redacción del informe final						

BIBLIOGRAFIA

- 1-Lareisy Borges Damas. "Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. Revista cuba de enfermería." Vol. 34, N° 2. Año 2018.
- 2-Contreras Mayra. "Cuidado de enfermería para un trabajo de parto humanizado" Vol. 29. 2017
- 3-UNICEF. "Semana del parto respetado". Año 2019
- 4-Lanero. "La humanización obstétrica desde la perspectiva de la mujer: percepción de apoyo y creencias sobre las prácticas de atención al parto". Revista Matronas profesionales. Vol. 21, N° 2. Pág. 54-61. Año 2020.
- 5-Silvestri, Silvia "Análisis de la percepción de las púerperas sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner ". Rep HipUNR. Año 2017.
- 6-Angarita Navarro "El acompañamiento por enfermería en la atención del trabajo de parto y parto". Revista investigación en salud Universidad de Boyacá. Vol. 5. N° 2. Año 2018
- 7-Lareisy Borges Damas "El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer". Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018, 44(3).
- 8-Lareisy Borges Damas "Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto". Revista cubana de enfermería, 2019, vol.34, n°3.
- 9- Gabriela A. Ordoñez González. "Percepción del cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de las usuarias parturientas de una comunidad de Latacunga, Ecuador." Revista Ocronos. 2020, vol. III. N°8:14
- 10- Andrade Sampaio Alida, Vasconcelos Silva Angela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolastica.
- 11-Atencion humanizada Del Parto De Adolescentes: ¿Norma, Deseo o Realidad? Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31]; 73 (3): 185-191.
- 12- Ministerio da Saude, Brasil. Parto, aborto e puerperio: Assistencia Humanizada a Mulher. Brasilia, Ministerio da Saude, 2001.
- 13- Larguia, A. Miguel, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural: Conceptualizacion e Implementacion del Modelo. UNICEF Argentina, [internet]. 2012 [citado 2016 Oct 31].
- 14- Agramonte del sol A, Farres Vasquez R. Influencia del desarrollo de la personalidad profesional durante la carrera de Enfermería en la seguridad del paciente. Rev. Cubana Enferm: 2016;27(1);8-15.
- 15- Mur Villar N, Iglesias Leon Cortes ME, Aguilar Codera M. Determinación de las características del docente asistencial que forma al especialista en Enfermería Materno Infantil. 2010;8(5):6-

- 16- Trevisan Ma, Mendes IA, Melo MR. *Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff, una perspectiva de conducta ética de la enfermería gerente. Rev. Latinoamericana de Enfermería.* 2016;11(5):652-7
- 17- Garzón N, *Ciencia y humanización en enfermería. Quevedo F, Plata E, Mendoza J. Hacia una medicina más humana. Bogota, Colombia: Ed Médica Panamericana, 1998: 248-50*
- 18- *Regionalización de la atención perinatal. Dr. Alberto Schwarcz. Ministerio de la Salud de la República Argentina, DiNaMia, 2010.*
- 19- Stark AR, *American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Levels of neonatal care. Pediatric* 2004;114(5):1341-7
- 20 - *Enfermería materno-infantil. (Dickason, Silverman, Kaplan). Vol 3. 261.369 (1998).*
- 21- Watson J. *Nursing Human science and Human Care: a Theory of Nursing. New York: National League of Nursing. 1988.p.158.*
- 22- Lareisy Borges Damas. *Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. Vol 34. N2 (2018).*
- 23- Contreras Mayra. *Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado. Vol 29 (2017).*
- 24- Lareisy Borges Damas. *El parto como necesidad para la atención integral a la mujer. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;44 (3).*
- 25- Magdalena Arnao Bergero. *Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. Revista de Psicología. 2018,17 (2) 3-13.*
- 26- *Ministerio de Salud y Protección Social. Centro Nacional del embarazo, parto o puerperio para uso en Tecnologías en Salud (CINETES). Guías de atención Integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo parto o puerperio para uso de profesionales de la salud. 2013.*
- 27- Serrya SJ, Cecatti Jg, Lago TD. *The brazilian ministry of health Program for humanization of prenatal and Childbirth Care: preliminary results. Cad Saude publica. 2004; 20:1281-9*
- 31- Alicia Hermosilla Avila. *Instrumento para la valoración del cuidado humanizado. Vol.25 n° 4. 2016.*
- 32- Rosa Guerrero Ramirez. *Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Acides Carrion. Lima Callao, 2015. Vol 9. N2: 133-142.*
- 33- Puyol A. *Hay bioética más allá de la autonomía. Rev. Bioética y derecho 2012;25: 45-58.*

A N E X O S

ANEXO I: PERMISO DE LA INSTITUCIÓN



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que NORMA, CORONEL es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados 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.

Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 11 de 11 de 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000kr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fimedic.unr.edu.ar

DR. JORGE RENZI
Prof. Titular Obstetricia
MÉDICO CIRUJANO
Mat. 3927

ANEXO I: GUÍA PARA EL ESTUDIO EXPLORATORIO DE SITIO

<u>RELEVAMIENTO DE DATOS DE LA INSTITUCIÓN</u>
<i>-1 ¿La institución permite la realización de esta investigación?</i>
<i>-2 ¿Es una maternidad basada en el modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia?</i>
<i>-3 ¿En la institución se realizan partos humanizados?</i>
<i>-4 ¿Cuántos partos se realizan por mes y cuántos son humanizados?</i>
<i>-5 ¿Cuántos trabajos de partos terminan en cesárea?</i>
<i>-6 ¿La estructura edilicia está preparada para este tipo de prácticas?</i>
<i>-7 ¿La institución cuenta recurso material y recurso humano necesario?</i>
<i>-8 ¿Cuántos enfermeros hay en el sector y cuántos son licenciados?</i>
<i>-9 ¿Qué antigüedad tienen enfermeros?</i>
<i>-10 ¿Realizan los registros correspondientes en las historias clínicas?</i>
<i>-11 ¿El servicio cuenta con report y cuaderno de novedades?</i>
<i>-12 ¿Realizan charlas o actualizaciones periódicas?</i>
<i>-13 ¿Enfermería promueve lactancia materna?</i>
<i>-14 ¿Se respeta el contacto piel a piel, vínculo madre hijo?</i>
<i>-15 ¿Se establecen estándares de calidad para los cuidados?</i>

-16 ¿El sector cuenta con protocolos actualizados?

-17 ¿Cuántos obstetras promueven y respetan el parto humanizado?

ANEXO II: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO, PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO

Este cuestionario fue elaborado como parte de un proceso de investigación para valorar las percepciones del cuidado humanizado en su trabajo de parto y parto con respecto a la atención brindada enfermería, es imprescindible su colaboración, por ello es necesario que conteste con sinceridad, responsabilidad y precisión. Cabe destacar que la información es de carácter anónima y que se realizará con previo consentimiento informado. A continuación se muestra un cuadro con preguntas y cuatro bloques para las respuestas, deberá contestar marcando con una "X", la respuesta que mejor considere. Respuestas: (MF)muy frecuentemente, (F)frecuentemente, (PF)poco frecuente(N)nunca.

Edad:.....Fecha:.....

PREGUNTAS	MF	F	PF	N
<u>D1: VALORES HUMANISTICOS Y ALTRUISTAS</u>				
-1 ¿Recibió un trato digno y fue tratada con amabilidad y respeto?				
-2 ¿Sintió empatía con enfermería?				
-3 ¿Sintió que tiene una relación cercana con la enfermera de bondad y amor?				
-4 ¿Percibió preocupación por su estado por parte de enfermería?				
-5 ¿Percibió honestidad en los cuidados de enfermería?				
-6 ¿Enfermería estimuló el contacto piel a piel con su hijo?				
-7 ¿Enfermería estimuló para la lactancia materna?				

<u>D2: CUIDADOS HUMANOS DE AYUDA Y CONFIANZA</u>				
-8 ¿Sintió que la comunicación con la enfermera fue fluida?				
-9 ¿Recibió una información adecuada durante su internación?				
-10 ¿La enfermera favoreció o permitió que usted exprese sus sentimientos?				
-11 ¿Sintió una confianza mutua entre la enfermera y usted?				
<u>D3: APOYO EMOCIONAL</u>				
-12 ¿Percibió respeto por sus preferencias religiosas y espirituales?				
-13 ¿Sintió apoyo de enfermería en la expresión de sus emociones?				
-14 ¿Se sintió contenida por enfermería ante el miedo la ansiedad?				
-15 ¿Se sintió acompañada en sus necesidades y expectativas?				
-16 ¿Se le permitió estar acompañada por su familiar en toda su internación?				
<u>D4: APOYO FISICO</u>				
-17 ¿Se le informó sobre poder sentarse o deambular?				

-18 ¿Se le instruyó sobre las posiciones del parto, en cuclillas, de pie, acostada, sentada?				
-19 ¿Se le informó sobre el manejo del dolor, técnicas no invasivas, baño con agua tibia, masajes, uso de pelotas y banquito?				
-20 ¿Sintió que fue respetada con respecto a su pudor?				

ANEXO II: INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

LISTA DE COTEJO, PARA MEDIR LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA

La siguiente lista de cotejo será utilizada por la observadora, para valorar la calidad de atención que se brinda en el proceso de parto y parto, cuenta con un cuadro con preguntas y tres cuadros para alternativas de respuesta, se deberá tildar con una “ X”, la opción correcta.

Edad:.....Fecha:.....

Las respuestas: (SI), (NO), (OBSERVACIONES).

PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
<u>D1: TRATO DIGNO</u>			
-1 ¿Enfermería se presentó con un saludo amable?			
-2 ¿Enfermería se presentó con su nombre, ante la usuaria y su familiar?			
-3 ¿Enfermería se dirige a la paciente por su nombre?			
-4 ¿Enfermería realiza la explicación de los procedimientos a usuaria y el familiar?			
-5 ¿Enfermería demuestra resguardo ante su intimidad?			
-6 ¿Enfermería demuestra un trato respetuoso?			
<u>D2: SEGURIDAD</u>			
-7 ¿Enfermería controla el nombre y apellido del paciente, coloca pulseras identificadoras a la paciente y al neonato?			
-8 ¿Enfermería realiza un control correcto ante la administración de una medicación?			
<u>D3: COMUNICACIÓN</u>			

-9 ¿Enfermería controla el entorno de la paciente, ambiente confortable limpio?			
-10 ¿Enfermería realiza una comunicación verbal adecuada, escuchar, confirmar, leer, escribir, registrar?			
<u>D4: SATISFACCION DE LAS NECESIDADES</u>			
-11 ¿Enfermería realiza una comunicación no verbal como expresión facial, tomar la mano, mirada de apoyo?			
-12 ¿Enfermería educa a la usuaria para una buena respiración, en el proceso de parto, inhalar y exhalar?			
-13 ¿Enfermería educa a la usuaria para la ingesta de líquidos y alimentos?			
-14 ¿Enfermería informa a la usuaria sobre poder sentarse, pararse, deambular?			
-15 ¿Enfermería realiza control de diuresis y deposiciones a la usuaria?			
-16 ¿Enfermería controla el sueño y descanso de la usuaria?			
-17 ¿Enfermería educa sobre el uso de ropa cómoda, como batas?			
-18 ¿Enfermería educa sobre higienes y duchas a la usuaria?			
-19 ¿Enfermería permite el contacto piel a piel con el niño?			

-20 ¿Enfermería estimula y educa sobre la lactancia materna?			
<u>D5: RELACION ENFERMERO/PACIENTE</u>			
-21 ¿Enfermería brinda un trato digno a la usuaria y el familiar?			
-22 ¿Enfermería brinda una buena comunicación para información veraz y adecuada a la usuaria y el familiar?			
-23 ¿Enfermería demuestra estabilidad emocional?			
-24 ¿Enfermería demuestra empatía con la usuaria y el familiar?			
-25 ¿Enfermería brinda un trato con cortesía a la usuaria y el familiar?			
-26 ¿Enfermería actúa con confidencialidad?			
-27 ¿Enfermería demuestra fiabilidad?			
-28 ¿Enfermería actúa con profesionalidad, realiza registros y evoluciones en carpetas correspondientes?			
-29 ¿Enfermería se desempeña con honestidad?			
-30 ¿Enfermería brindó cariño, amor y paciencia a la usuaria?			
<u>D6: ASPECTOS ESPIRITUALES DEL CUIDADO</u>			

-31 ¿Enfermería brindó cuidados con fortaleza, motivación y esperanza?			
-32 ¿Enfermería brindó cuidados con comprensión?			
-33 ¿Enfermería brindó cuidados con responsabilidad y respeto?			
-34 ¿Enfermería tuvo en cuenta principios éticos en toda la atención?			
<u>D7: ASPECTOS ETICOS DEL CUIDADO</u>			
-35 ¿Enfermería demuestra conductas éticas en el desempeño?			
-36 ¿Enfermería demuestra valores como bondad y humildad en su atención?			
-37 ¿Enfermería demuestra equidad en su atención?			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO EN GESTANTES JOVENES ADULTAS EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA POR ENFERMERIA.

El objetivo del estudio: Describir las percepciones del cuidado humanizado de las pacientes puérperas en relación al calidad de atención brindada por enfermería.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una encuesta, conformada por preguntas, donde las respuestas se tildan en casilleros correspondientes. Declaró que se me ha informado sobre inconvenientes, molestias y beneficios del estudio. El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se platee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, si que ello afecte a la atención médica que recibo en la institución. El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque este pudiera cambiar de aecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma de la paciente

Nombre, firma y matricula del investigados

Números telefónicos a los cuales pueda comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio

ANEXO III: RESULTADO DEL EXPLORATORIO DE SITIO

La siguiente investigación se realizará en una maternidad del ámbito privado, se realizó un estudio exploratorio de sitio con previa autorización, la maternidad está basada en el modelo maternidad segura, centrada en familia donde se priorizan las necesidades y la decisión materna del nacimiento de su hijo y su trabajo de parto. De acuerdo a las estadísticas de la institución aproximadamente se realizan trecientos nacimientos mensuales de los cuales un 10% corresponden a partos humanizados, es decir 30 partos humanizados mensuales, el otro 70% corresponden a nacimientos por inducciones, cesáreas programadas y electivas, y urgencias. La estructura edilicia cuenta con áreas cómodas, aireadas, de modernos ambientes y mobiliarios acorde al lugar, de gran importancia y utilidad al momento de urgencias, también cuenta con un helipuerto para el traslado de pacientes de zonas aledañas o por accidentes. La maternidad cuenta con 2 consultorios de admisión, y en toda un área cerrada posee: 4 salas de prepartos y partos, modernamente equipados para brindar atención a las gestantes que eligen y tienen el derecho de vivir su experiencia de parto humanizado, también dispone con, 2 quirófanos con material necesario, un office de médicos, un office limpio; de enfermería, un office sucio para el lavado de instrumental, también 22 habitaciones individuales con baño privado distribuidas en 3 pisos de internación, todos sus ambientes son aireados, cómodos y confortables, el office limpio que corresponde al personal de enfermería con amplias mesadas y bajo mesadas para el guardado de todo los materiales necesarios, un office sucio, que también lo utilizan el servicio de mucamas. Además cuenta con el servicio de neonatología con una equipada unidad para la asistencia a los neonatos en cuidados críticos, con un amplio lugar de atención, con ventanales grandes y vidriados. Acompañan en la educación para la lactancia materna el servicio de puericultoras que también ofrecen consultas a puérperas para la recolección de leche materna y su conservación de la misma en caso de ser necesario, teniendo en cuenta si el niño permanece internado en el servicio de neonatología. Las dietas de las usuarias son seguidas por el servicio de nutricionistas que responden a una empresa de catering terciarizada, con camareras que se ocupan del reparto de las dietas.

Durante la internación de la usuaria, para la asistencia en el proceso de parto y parto, el servicio cuenta con una dotación de 21 enfermeras, de los cuales 6 son licenciadas, 7 son enfermeras- instrumentadoras, con turnos de 8 horas, acompañando y cuidando siempre a las madres, niños y al familiar. Todos son coordinados por la jefa del sector, y a su vez responden a la supervisora general de enfermería. Se considera que en los partos humanizados la atención la brinde el mismo enfermero de ser posible, para no invadir y establecer una relación de confianza con la paciente, desde el ingreso, en la atención del trabajo de parto y parto, estimulando también

el contacto piel a piel madre-hijo y en la educación para la lactancia materna. El recurso humano de enfermería representa el gran soporte de la usuaria, donde la atención brindada engloba los valores altruistas y humanos, el trato digno, la comunicación, la empatía, valores espirituales y morales, y el acompañamiento continuo donde los valores éticos permanecen, forjando el respeto y brindando un cuidado humanizado durante ese momento mágico de la mujer, el dar a luz.

Los obstetras en su mayoría respetan las decisiones maternas, se considera que en esta maternidad la mayoría de los nacimientos por cesáreas son de elección materna pero se promueve el parto humanizado.

ANEXO IV. RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO

Como prueba preliminar para la aplicación de los instrumentos, con la finalidad de identificar aspectos que pudieran resultar pocos claros en el momento de su administración, se realizó la prueba piloto, en el servicio de Obstetricia de la maternidad con previa autorización de la jefa del sector. La selección de las unidades la representan, 3 puérperas de partos humanizados y 3 enfermeros para la atención de las mismas. Para ambas poblaciones se realizó una explicación del proyecto, los objetivos de la investigación y la relevancia de la información solicitada, en un tiempo de 5” en cada caso, previo consentimiento informado se administró un cuestionario para cada paciente puérpera y se realizó a cada enfermero una observación directa, con una lista de cotejo a cargo de la autora de estudio.

Para las puérperas, la recolección de datos se realizó en el puerperio, antes del alta, entre la presentación y la aplicación del cuestionario el tiempo fue de 15”, para cada una.

Para los enfermeros, la observación a cargo del investigador, se realizó el trabajo de parto y parto de la paciente, aplicando una lista de cotejo, en un tiempo de 30”.

Esta prueba permitió conocer que no fue necesario introducir modificaciones en los instrumentos; las instrucciones para su llenado fueron precisas, fue correcto el ordenamiento y la presentación de las preguntas, fueron bien formuladas, fueron comprensibles, claras y concretas, las opciones de respuestas fueron adecuadas y el tiempo también fue el correcto. Contando con estos resultados se consideran que se podrán aplicar estos instrumentos a las poblaciones de estudio del proyecto de investigación.