



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Universidad Nacional de Rosario

**“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”**

AUTORA: Lic. Silvestri Silvia Noemí

DIRECTORA: Dra. Natalia Yavich

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Dios, por darme las fuerzas necesarias para concretar este proyecto y por haber puesto en mi camino tantas personas excelentes que me ayudaron a realizar este estudio.

A Rocio Silvestri y Andrés Egel Silvestri que siempre fueron mi motivo inspirador de esta tesis.

Agradezco a la Universidad Nacional de Rosario, por haberme abierto las puertas de este reconocido establecimiento.

Al Director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, el Dr. Ernesto Báscolo, por su apoyo.

A mi directora, la Dra. Natalia Yavich, por haber aceptado ser la directora de mi tesis, por su dedicación, por su tiempo, por su valiosa guía y orientación, mi sincera gratitud.

Expreso también mi agradecimiento a las autoridades del Hospital materno infantil Comodoro Meisner, la Dra. Ivana P. Scheller y el Dr. José Marinelli, por abrirme las puertas del Hospital y permitirme llevar a cabo la investigación en sus instalaciones.

A mis tutores Paula Granda y Enio José García, por su constante disposición.

A todos los Docentes que participaron de la capacitación durante el cursado de los seminarios.

A mis compañeros, por los momentos compartidos a lo largo de toda la carrera.
A las mamás que participaron, por colaborar con el trabajo y dedicarme su tiempo, y por contarme sus experiencias. Sin ellas este estudio no hubiese sido posible.

Índice

Resumen	4
Abstract	6
1 - Introducción	8
2 - Marco conceptual: Parto humanizado	13
2 - 1. Trato Profesional	14
2 - 2. Libre elección de la posición del Parto	15
2 - 3. Alivio del dolor	16
2 - 4. Acompañamiento y apoyo durante el trabajo de parto	17
2 - 5. Contacto piel a piel del recién nacido con su madre	19
2 - 6. Violencia obstétrica física y psíquica	21
2 - 7. Perspectiva técnica y ética en la obstetricia	22
2 - 8. Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio	22
2 - 9. Percepción	23
3 - Contexto del Estudio	24
4 - Objetivos	26
5 - Diseño Metodológico	27
6 - Resultados	30
7 - Discusión y Conclusiones	51
8 - Recomendaciones: Estrategias propuestas	56
9 - Referencias Bibliográficas	60
10 - Anexo Consentimiento Informado	66
11 - Anexo Encuesta	67
12 - Anexo Fotos	73

Resumen

Introducción: Según la OMS, en todo el mundo, muchas pacientes sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación perdiendo la confianza hacia los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas tanto en la madre como en el bebé.

Objetivo general: Determinar la calidad del parto en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el período noviembre - diciembre de 2016 a partir de la percepción de las puérperas, respecto a las distintas condiciones que debería cumplir la atención para ser considerada como parto humanizado.

Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple donde se seleccionó a 179 puérperas internadas en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner internadas durante noviembre - diciembre de 2016 con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de un 5%. La técnica que se empleó para la recolección de datos fue una encuesta de carácter anónimo, previamente utilizado en estudios sobre parto humanizado.

Resultados: En la dimensión trato profesional 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

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.

Conclusión: La mayoría de las pacientes en cuanto al trato profesional donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones muy buenas, en relación acompañante en el parto la percepción fue regular, a la libre elección de posición del parto la percepción fue mala y con respecto al alivio del dolor la percepción fue buena.

Palabras claves: percepción, puérperas, parto humanizado, acompañante, alivio del dolor, contacto piel a piel.

Abstract

Introduction: According to WHO, worldwide, many patients suffer from disrespectful and offensive treatment during childbirth, which not only violates women's rights to respectful care, but also threatens their rights to life, health, Physical integrity and non-discrimination by losing confidence in the health professionals who care for them and can also be an important motivating factor for women seeking maternal care and using these services. They are especially vulnerable during childbirth. These practices could have adverse consequences on both the mother and the baby.

Objective: To determine the quality of delivery at the Comodoro Meisner Maternal and Child Hospital during the period November - December, 2016, based on the perception of puerperal women regarding the different conditions that should be met to be considered as humanized delivery.

Methodology: Descriptive quantitative cross - sectional study The simple random probabilistic sampling was performed in 179 mothers who were hospitalized at the Comodoro Meisner Maternal and Child Hospital hospitalized during November - December 2016 with a confidence level of 95% and a margin of error Of 5% The technique used for data collection was an anonymous survey, previously used in studies on humanized delivery.

Results: The professional approach was characterized by a favorable perception for aspects such as professional presentation (76.97%), respect for privacy (97.21%), kindness (94.41%), among others. With regard to the companion in the delivery, 62.50% of the puerperas expressed their desire to be with a companion at all times during the delivery or the caesarean section and it was observed that 57.54% of the puerperas perceived that the professionals did not They explained that they may decide to have a chaperone during delivery or caesarean delivery. Regarding the delivery position, 75.21% of postpartum women perceived that they were not able to choose the delivery position, 63.11% perceived that they were not explained that they could roam freely during labor and delivery. 59.50% perceived that they were not allowed to change their position. Regarding the perception of labor pain relief, it was evidenced that 70.73% perceived that they did not know of any options to relieve labor pain, 43.09% perceived that they did

not explain any option to relieve the pain of Delivery 23,19% perceived that the options offered did not allow him to relieve the pain of childbirth.

Conclusion: The majority of the patients in terms of professional treatment where communication, explanation of procedures and respect for intimacy were very good perceptions, in relation to the companion in childbirth the perception was regular, to free choice of birth position Perception was poor and with regard to pain relief the perception was good.

Key words: perception, puerperal, humanized delivery, companion, pain relief.

1. Introducción

“Para cambiar el mundo, es preciso cambiar la forma de nacer.”

Michel Odent

A lo largo de la historia de la humanidad según la cultura, la época, la sociedad, la creencia, se adoptaron diferentes variantes de partos, como lo demuestran los grabados, cerámicas y esculturas de casi todas las culturas en el mundo. Existen ilustraciones de diferentes épocas que muestran el diseño de sillas para el parto en posición sentada y, específicamente, en la edad media se vio florecer la fabricación de sillas para el parto en posición vertical. Del mismo modo, en el Perú antiguo, esta intención se evidencia en la cerámica de la cultura Moche. (Lugones Botell, M. y Ramírez Bermúdez, M. 2012)

Desde el antiguo Egipto hay grabados de las mujeres arrodilladas sobre piedras o ladrillos sagrados, o bien en cuclillas, como antecedente de las sillas paridoras que se usaron en el mundo grecorromano. (Burgos, 2004)

Durante los siglos XVII y XVIII, la obstetricia científica, se constituyó en un saber médico en el que el partero varón tomó el lugar de la comadrona y más tarde el médico. (Burgos, 2004)

En aquellos momentos de la historia (siglo XVIII), cuenta Burgos (2004) que Jean Sacombe, médico partero y doctor en medicina y cirugía de la Facultad de Montpellier (Francia), sostenía que el nacimiento era un acto natural en el que debía intervenir sólo oportunamente y denunciaba la naciente deshumanización del parto y nacimiento.

Oberman (2013) señala que en el siglo XVIII que hasta fines de ese siglo una de cada diez madres con cuatro o cinco niños promedio fallecía durante o después del parto.

A finales del siglo XIX comienzos de siglo XX empieza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto que hasta ese momento se realizaban en las casas y en general a cargo de mujeres, con la finalidad de disminuir las muertes maternas y neonatales. El proceso evolutivo de la humanidad de la ciencia médica, unido a los cambios de vida en las nuevas sociedades, ha contribuido de manera significativa a la disminución de riesgos para la salud y elevar el nivel de vida. (Arnaus 2012)

Según Burgos (2004) el modelo de asistencia vigente en el parto pretende establecer un modelo de plenitud y seguridad, un entorno donde todo es controlado. Pero Frédérick Loboer, (citado por Burgos) en su obra por un nacimiento sin violencia, fue uno de los primeros en observar que los niños nacen en un ambiente agresivo, que se vuelven en un objeto de estudio, manipulado, porque “hay que lograr que sobreviva”. Para ello se le aplican innumerables maniobras, lejos de la vista de los padres, entre el ruido de instrumentos y voces extrañas.

En su libro Nacimiento renacido, Michel Odent (citado por Burgos) completa la visión de Loboer incluyendo a la madre y relata su experiencia en un lugar público, el Hospital de Pithiviers, al sur de París. En esta institución, los criterios de calidez, privacidad, calma, libertad de movimiento, y la presencia de personas elegidas por la madre y que comprendan el sentir de esta, son pilares que hacen del nacer y el parir una vivencia satisfactoria. (Burgos, 2004)

Calafell Sala, (2015) comentando el documental titulado “Cállate y puja” (Cavia y Díaz, 2001), expresa nos que la imagen de un cuerpo femenino desnudo, tumbado boca arriba sobre una camilla y con las piernas apoyadas en dos estribos, mientras tres personas con atuendo médico le van tocando la panza hinchada, la vagina abierta y un poco sangrante y, finalmente, una de ellas la ata de pies, lo primero que se intuye es que algo no está bien, que eso no debería ser así.

Afirma Villegas Poljak, (2009) que siempre existen aspectos unidos a la corporalidad del proceso de parto que no podrán anticiparse en la elaboración del plan de parto, ni aun usando un modelo deliberativo respetuoso y cuidadoso, por ello en el momento asistencial es importante prestar atención a la vulnerabilidad de las mujeres y en la definición de las competencias profesionales a la capacitación técnica es fundamental añadir las habilidades humanas de cuidado, compasión y acompañamiento.

Uno de los propósitos de los establecimientos que prestan servicios de salud, es optimizar la atención de sus servicios y reforzar los procesos de calidad, mediante la adecuación de los recursos físicos y humanos hasta la mejora de los procesos de atención. En este marco es fundamental promover procesos de atención que resulten acordes a la percepción de los usuarios. (Gonzales & Quinteros, 2012)

La medicina moderna hizo que los partos fueran regulados con normas más rígidas y más alejadas de lo natural, según Odent (1999), citado por Fresneda 2016 se ha avanzado bastante pero todavía no se ha producido el cambio necesario en la sociedad; el parto sigue viéndose como algo antinatural y la medicina moderna no asume que lo que mejor funciona es la mínima intervención en el proceso del parto. A su vez, Suzanne Arms citada por el mismo autor considera que los hospitales están preparados para lo peor, y por prevenir posibles complicaciones, se ha llegado a que el 90% de los partos no debería tener ninguna dificultad, y, sin embargo, tan sólo el 10% ocurre sin ninguna intervención. Este intervencionismo ha sido duramente criticado por la Organización Mundial de la Salud.

En la República Argentina, en los últimos años se viene trabajando desde diferentes disciplinas alternativas o complementarias como parteros, enfermeros, psicólogos y obstetras para mejorar las condiciones de parto y nacimiento. (Lais, 2006) Desde el poder ejecutivo, sancionando la ley 25929 en el 2004 y reglamentándola en el 2015. Esta ley dictamina que se deberán instrumentar las medidas y ejecutar los cambios necesarios para garantizar el cumplimiento de esta ley y que cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento.

A su vez, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio toda persona tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, además ante un parto vaginal, el profesional interviniente deberá evitar aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento, evitando prácticas invasivas innecesarias durante el proceso. Además, equipo interviniente deberá informar en forma comprensible y suficiente, tanto a la mujer como a su núcleo familiar y acompañante, relativas al embarazo, el trabajo de parto, el parto, y el puerperio teniendo derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto cualquiera sea la vía de parto.

Con el objeto de favorecer el vínculo precoz, el equipo de salud deberá fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la

vía del parto, el contacto del recién nacido con su madre y familiares directos. Asimismo, el equipo médico interviniente deberá fomentar el contacto inmediato y sostenido del binomio madre-hijo, evitando aquellas prácticas invasivas que fueran innecesarias y pudieran afectar al recién nacido. En caso de requerirse alguna práctica impostergable, corresponderá minimizarse el dolor y respetar los períodos de sueño del niño.

Desde el ministerio de salud se está trabajando en conjunto con distintos hospitales públicos entre ellos el Hospital Posadas, Estela de Carlotto, Hospital Alvares (Htal Posadas 2015), (Minist. J y D H, 2016)

Según la OMS los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto. Los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con dignidad. Es necesario identificar, estudiar y documentar los servicios de salud que actualmente brindan atención materna respetuosa, fomentan la participación de las mujeres y de las comunidades, y que han puesto en práctica procesos para la supervisión y mejora continua de la atención. (OMS 2014)

Según la OMS, en todo el mundo, muchas pacientes sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Ellas pierden la confianza hacia los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé. (OMS 2014)

Es preciso concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Los profesionales necesitan capacitación, la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas

de salud, los investigadores, las sociedades civiles y los organismos internacionales. (OMS 2014)

Es importante que se realicen este tipo de estudios para identificar las necesidades de las puérperas y así elaborar estrategias basadas en los derechos de las protagonistas del parto.

Ante lo expuesto previamente nos guía la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción de las puérperas sobre la atención del parto en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner Noviembre – diciembre de 2016?

2. Marco Conceptual: Parto Humanizado

El parto y el nacimiento humanizado brinda a las madres, la posibilidad de un modelo de atención que las escucha en sus necesidades de información, libertad y respeto. (Lais, 2006)

El ministerio de Salud, (2016) considera que hay generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible con 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 conforme con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz.

Según la Organización Mundial de la Salud, (1996) *“En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”*.

La humanización va más allá de realizar un simple procedimiento, implica estar atentos a las necesidades individuales y dirigirse a las pacientes en trabajo de parto como seres humanos. (Vela Coral, G. 2015)

Según Burgos, (2004) el derecho a vivir un parto natural, respetando los tiempos biológicos y psicológicos, en favor de la madre y de su bebé, evitando prácticas invasivas y abusivas, respetando la privacidad, la intimidad, es un derecho humano.

El parto y el nacimiento humanizado se basa en la valoración afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre e hijo y la libertad de las mujeres para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más importante de su vida. (Burgos, 2004)

El concepto de parto respetado es una propuesta para mejorar la vivencia del parto poniendo el foco en el respeto de los derechos de las mujeres a la hora de dar a luz y la importancia de garantizar nacimientos seguros, naturales y durante los cuales la madre goce de absoluta libertad. (Htal Posadas, 2015)

Se realizó una revisión de un conjunto de estudios relacionados a la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado y se observó que uno algunos de las dimensiones más frecuentes estudiadas son el trato profesional, acompañante durante el parto, libre elección de la posición del

parto, alivio del dolor de parto y, teniendo en cuenta la ley reglamentada en la argentina se consideró oportuno además de estas dimensiones agregar la dimensión de contacto piel a piel del recién nacido con su madre.

2.1. Trato profesional:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. (OMS 2014)

El trato del profesional que atiende el parto puede tener cierto efecto sobre la percepción de dolor, así lo demuestran algunos estudios donde madres primerizas muestran que el apoyo ofrecido por los profesionales de la salud durante el parto ejerce un aspecto muy positivo sobre la experiencia final del parto y el alivio del dolor no parecía tener ninguna implicación en las respuestas. (Vela coral 2015)

El estudio realizado por Castellanos y col (2012) el 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante. Arnau (2012) cuyo trato distante y despersonalizado tanto a la mujer como a su pareja, lo que provocó en las puérperas sentimientos de soledad, desamparo, resentimiento e incertidumbre. Goberna y col (2008) en España se llegó a la conclusión que las mujeres prefieren una atención menos medicalizada y quieren sentirse protagonistas de su embarazo y parto, confían plenamente en la competencia profesional, cuya presencia les confiere seguridad, pero demandan un mejor trato.

Otros estudios como en cambio como los de Orozco y Peña (2010) la mayoría de pacientes expresaron que se sintieron satisfechas con la atención recibida. Otros estudios como en cambio como Quintana y col (2013) en Uruguay 97,4% se sintió apoyada en todo momento por el equipo de salud. Gonzáles J. y Quintero (2009) realizaron una investigación en Colombia y las puérperas percibieron un cuidado humanizado al igual que en el estudio de Bravo y col (2008) las pacientes asignan el valor principal, al uso de palabras suaves.

2.2. Libre elección de la posición del parto:

La evidencia científica indica que, en comparación con la atención de rutina, el manejo activo del trabajo de parto está asociado a ciertas ventajas como una leve reducción de las cesáreas (Brown, H. et al 2013). Por otra parte, el parto en posición vertical está asociado con la reducción en la duración del período expulsivo del trabajo de parto. (Lavender T y Mlay R. 2006)

Según Lais (2006) en un parto humanizado se permite que la mujer deambule libremente durante el trabajo de parto si así lo desea. Asimismo, puede darse lugar a que la parturienta opte por la posición en donde se encuentre más cómoda para parir.

Costa Sampere & Velasco, (2016) explican que algunas ventajas de las posiciones para dar a luz son de pie o vertical, de cuclillas o con sillas de parto y tiene como ventaja que menos instrumentales, tiene un menor porcentaje de episiotomías, menor dolor expulsivo, mayor libertad de movimiento contracciones de mayor intensidad mientras que los inconvenientes son los desgarros perinatales, aunque los resultados más desfavorables son para las nulíparas. La posición cuadrupedia favorece la rotación fetal en presentaciones posteriores, favorece el descenso fetal y se observaron menores traumas perineales. La posición decúbito lateral (Sims) presenta la tasa más alta de periné intactos, mejores resultados perineales, previene el síndrome de compresión de la vena cava, ofrece más libertad de movimientos. La posición semisentada, Abre el estrecho pélvico, es adecuada para el uso de epidural. La posición de litotomía o acostada, es adecuada para partos instrumentales, comodidad del profesional, facilita la colocación del monitoreo fetal como desventaja tiene mayor porcentaje de episiotomías, ofrece menor libertad de movimientos.

Se ha demostrado que las posiciones verticales en el expulsivo tienen beneficios evidentes. Por ello, si la mujer lo elige durante el parto, se debería favorecer la posición vertical y evitar el uso de la posición supina, particularmente la de litotomía. (Costa Sampere & Velasco, FAME 2016) entre los estudios que se revisaron el de Vela coral (2015) en Perú revela que la libre elección de la posición en el parto humanizado nunca fue percibida por las pacientes de forma

favorable, la ley en argentina establece que cada persona tiene derecho de elegir con libertad la posición del parto.

2.3. Alivio del dolor del parto:

El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona. Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles. Las técnicas complementarias no farmacológicas de alivio del dolor en el parto que se utilizan son: · Deambulación y cambios de posición durante la dilatación y el expulsivo. · Apoyo continuo de la gestante. · Uso del agua como analgésico. · Inyecciones de agua estéril. · TENS, acupuntura, técnicas de relajación y masajes. (Costa Sampere & Velasco, FAME 2016) A su vez, la OMS 2015 recomienda evitar la medicación durante el trabajo de parto. Para mitigar el dolor, es preferible usar métodos no farmacológicos, como la deambulación, el cambio de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros. Evitar la analgesia epidural como un método rutinario para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la general en la cesárea. (Gülmezoglu Meten et al OMS 2015)

Según Amedee Peret (2013), en el tratamiento del dolor para mujeres en trabajo de parto las técnicas analgésicas raquídeas y epidurales constituyen los criterios de referencia para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, y el parto. Sin embargo, pueden estar asociadas con un mayor riesgo de parto vaginal instrumental y cesárea. Por lo tanto, se debe administrar la analgesia epidural para el dolor de parto únicamente en lugares que estén equipados para partos instrumentales y cesáreas de urgencia. Las intervenciones no farmacológicas (por ejemplo, inmersión en agua, relajación, acupuntura, masajes) parecen ser seguras y pueden ser eficaces, y aplicarse en lugares de escasos recursos o en el período dilatante. Estudios revisados como el de Arnau (2012) en España demostraron que, dentro de los métodos de erradicación del dolor, la analgesia epidural es elegida por la mayoría de mujeres, las cuales refieren que es la única forma de cambiar las percepciones preconcebidas del parto asegurándose una experiencia gratificante; Vela coral (2015) Perú el manejo de dolor de parto en el parto humanizado nunca fue percibida de forma favorable y el estudio de Saavedra (2013) manifiesta una deficiencia en el uso

de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto y parto. Otros, sin embargo, como el de Quintana y col (2013) en Uruguay resultó que la mayoría de las puérperas estuvieron calmadas totalmente con la analgesia del parto. Como también el estudio de Gredilla y col (2008) en Madrid el uso de analgesia epidural aumento considerablemente la percepción de una buena atención de parto.

2.4. Acompañamiento y apoyo durante el trabajo de parto:

Es conveniente que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada por una persona elegida por ella: pareja, familiar, amiga. La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y por lo tanto nacen niños en mejores condiciones. (Costa Sampere & Velasco, FAME 2016)

Burgos, (2004) considera que sería ideal iniciar la preparación de la embarazada y su acompañante en forma conjunta durante el embarazo, para establecer claramente el rol a desempeñar por el acompañante en el trabajo de parto (tratar de mejorar el control de la madre verbalmente o con demostraciones afectuosas: sostener sus manos, masajear la espalda, acompañar su deambulación), pero si no se ha podido realizar esta preparación no debe ser un limitante para impedir el ingreso de un acompañante.

La participación de una “Doulas” (persona no profesional, entrenada para tal fin), podría ser una estrategia a tener en cuenta por los servicios para aquellas mujeres que no cuentan con la presencia de un familiar o amigo. (Burgos 2004)

Según Lais (2006) un parto humanizado se basa en tener una persona que la mujer designe para que la acompañe permanentemente dándole apoyo emocional.

En cuanto al apoyo continuo a las mujeres durante el parto, Martis (2007), asegura que el apoyo continuo reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto. Las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con sus experiencias de parto. Este comentario argumenta que las objeciones frecuentes a la implementación de esta intervención pueden resolverse fácilmente.

Como también Amorim, M y Katz, (2012) quien expresa que, en comparación con la atención habitual, la prestación de apoyo continuo a mujeres durante el trabajo de parto aumenta la probabilidad de parto vaginal espontáneo, reduce la duración del trabajo de parto y el uso de analgesia, y disminuye la incidencia de cesárea y parto instrumental. Además, menos bebés nacen con un puntaje de Apgar a los 5 minutos bajo y las madres expresan más satisfacción con la experiencia del parto.

Según Valdés & Morlans, (2005). existen pocas intervenciones en obstetricia avalada por la evidencia, que tengan tantos beneficios como la presencia continua de una doula y son cada vez más las instituciones, que conociendo sus beneficios incluyen un programa de Doulas en sus servicios.

Llamamos "doula" a una mujer que acompaña a otra durante el trabajo de parto y parto, brindando apoyo emocional continuo durante este periodo. Desde hace 25 años se han realizado múltiples estudios randomizados controlados para evaluar el efecto del acompañamiento de una "doula" en el parto. Los resultados son sorprendentes, significativos y consistentes en relación con aspectos obstétricos como menores tasas de partos operatorios (cesáreas y fórceps), menor necesidad de uso de analgesia durante el trabajo de parto y parto, menor duración del trabajo de parto. También se han evaluado aspectos psicológicos como mejor percepción de la vivencia del parto, mayor autoestima y menores tasas de depresión postparto e incluso se ha visto que ayuda a mejorar el apego madre hijo y las tasas de lactancia materna. Dado los resultados de esta revisión, creemos que es de gran importancia establecer iniciativas para extender esta práctica. (Valdés & Morlans, 2005).

El contar con esta compañía es una práctica ancestral, que aún persiste en muchas culturas primitivas. Existen estudios antropológicos de 128 culturas de cazadores recolectores o agrícolas, donde 127 cuentan con el apoyo emocional de otra mujer durante el parto. Al trasladarse los partos al hospital, este importante componente fue eliminado y por muchos años, las mujeres han debido tener sus partos con el apoyo esporádico de diferentes miembros del equipo de salud. Solo en las últimas décadas, se ha ido permitiendo la presencia del padre en el parto, pero ésta aun no es una práctica universal. Aun ahora, son pocas las mujeres que son acompañadas permanentemente por una mujer que

se dedica a hacerla sentir bien durante su trabajo de parto y parto. (Valdés & Morlans, 2005).

Desde hace 25 años, Klaus y cols. han observado e investigando que ocurre con la presencia de una mujer que ofrezca "apoyo emocional continuo" durante el trabajo de parto y parto. Hasta la fecha se han observado más de 5000 mujeres en 16 estudios randomizados controlados que muestran reducción de la duración del trabajo de parto, de la necesidad de anestesia o analgesia, y de la incidencia de cesáreas, presentando más partos naturales. (Valdés & Morlans, 2005).

A su vez, distintos estudios realizados en países de habla hispana evidencian la importancia de tener un acompañante durante el parto Vela coral (2015) Perú en el parto humanizado siempre fue percibido favorablemente por las pacientes. Según Saavedra (2013) en esta dimensión la gestante en trabajo de parto y parto percibió tranquilidad, apoyo y acompañamiento durante el trabajo de parto y parto. Para Olivares Martos, Flores Mercado, & Zagaceta Guevara (2012). acompañante capacitado durante el parto, resultó tener un menor uso de oxitócicos, menor uso de analgésicos, una menor duración del tiempo de trabajo de parto, Los resultados maternos fueron significativamente favorables para el grupo con acompañantes capacitados. En el estudio de Oria Vicharra, & Ibarra Puch (2007). El acompañamiento durante el trabajo de parto constituyó una opción saludable, el 51% desearon el acompañamiento de su esposo o familiar. Bravo y col (2008) asignan el valor principal la presencia de un familiar Callata Y. y Zegarra S. (2011) en Perú encontraron que los factores que limitan a la usuaria la atención de su parto con acompañante fueron la carencia de información acerca del tema.

2.5. Contacto piel a piel del recién nacido con su madre

Con respecto al contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos se halló que el contacto piel a piel entre la madre y el neonato inmediatamente después del nacimiento reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene más caliente al neonato y ayuda a las madres a amamantar satisfactoriamente. (Puig y Sguassero, 2007)

Para Puig y Sguassero, (2007) lo ideal sería que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. Además, el contacto piel a piel está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia.

Finalmente, Lais, (2006) considera es preciso que se le dé espacio a la mujer para que permanezca con su bebé inmediatamente después del parto y durante toda la internación, siempre y cuando no necesite cuidados especiales.

Del mismo modo existen otros aspectos a tener en cuenta en el parto humanizado teniendo en cuenta lo que la ley 25929 establece para el territorio argentino y para ampliar algunos conceptos referidos a ese estudio, estos son:

Ayuda profesional

Según la federación de matronas el apoyo profesional a las mujeres en el parto tiene cuatro dimensiones: apoyo informativo, apoyo físico, apoyo emocional y representación o defensa. Consiste en informar y aconsejar a las mujeres con una terminología que sea comprensible sobre las diferentes actividades que se realizan, su finalidad y sus limitaciones, la evolución del parto y el estado del feto. Se debe evitar comunicar pronósticos que sean poco probables o erróneos.

Ofrecer todas aquellas medidas que ayudan a mejorar el confort y la comodidad, como mantener la ropa de la mujer y la cama limpia y seca, facilitar la eliminación de fluidos, mantener la hidratación de la mucosa oral, facilitar la ingesta, u ofrecer la posibilidad de baños o duchas; así como ofrecer medidas de alivio del malestar o dolor como son las técnicas respiratorias, los masajes, la movilidad y los cambios posturales y la asistencia continuada presencial en el parto, es decir, mantener una actitud empática, amable y paciente, cuidar el lenguaje verbal y no verbal, potenciar la autoconfianza, reforzando y premiando verbalmente la conducta de la mujer, y animarla y tranquilizarla si es necesario y ayudar a que la mujer pueda expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás. (Costa Sampere & Velasco, FAME 2016)

Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal, en ambientes agradables, facilita la asistencia y la participación de la familia,

promueve la articulación entre las distintas áreas de la maternidad, facilita la realización de los procedimientos diagnósticos de la embarazada. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, lactancia materna, procreación responsable y acerca del curso de preparación para la maternidad. (Larguía et al, 2011)

2.6. Violencia obstétrica física y psíquica

Medina, (2008) señala que la violencia obstétrica es toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (Medina, 2009)

Por su parte, Villegas Poljak, (2009) entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Villegas Poljak, Asia. (Villegas Poljak, 2009).

Medina (2008) define a la violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. (Medina, 2009)

2.7. Perspectiva técnica y ética en la obstetricia

Burgos (2004) afirma que las bases de la ética moderna de la medicina reafirman la necesidad de respetar la autonomía de los asistidos. El médico no sólo debe explicar las razones de una indicación, que podrá aceptarse o no, sino que, además la mujer puede sugerir o solicitar un determinado tipo de procedimiento, que según su criterio mejore su calidad de vida.

Lais, plantea que ante las diversas situaciones de salud y enfermedad que se asocian a la situación de parto, y con sus propias vicisitudes, se plantea la cuestión de la ética y la deontología dentro de la medicina. Una práctica médica en la que hay una ausencia de saber escuchar, contener, apoyar, comprender, denuncia la ausencia de ética. Si la ética para el psicoanálisis es la ética del buen decir, para la medicina es saber practicar con normas deontológicas aceptables el proceso del embarazo y el parto. (Lais, 2006)

A su vez, Ageitos et al (2012) en el pacto argentino por la inclusión en salud considera que el principio ético de autonomía, como expresión del derecho de las personas a que se respete su voluntad en un asunto tan importante como la vida y la salud, impone que el sistema de salud garantice la vigencia de los valores de humanización, ya que la atención de la salud debe considerar, comprender y respetar los sentimientos, modos de vida, pautas culturales, valores y creencias de las personas y las comunidades. La personalización en el cuidado de la salud constituye el valor básico de una medicina humanizada, basada en el reconocimiento del paciente como protagonista principal del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y los diversos actores sociales que componen el sistema de salud tienen derecho a ser protagonistas en las decisiones sobre planificación y control de los servicios.

2.8. Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio

Castelló López (2006) define que el embarazo sea buscado y deseado o no, predispondrá a la mujer o a la pareja a vivirlo emocionalmente diferente. La motivación con la que se conciba a un hijo, y desde dónde surja dicha motivación (necesidad) inclinará a la mujer a sentir una emoción u otra, y por tanto sus acciones estarán determinadas hacia actitudes positivas o favorecedoras tanto

para ella, para su futuro hijo y por supuesto para el futuro de su relación con la pareja.

2. 9. Percepción

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2014) la palabra percepción alude a la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos.

Pérez Porto & Gardey (2008) definen como percepción al proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; entendiendo y organizando los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido.

La percepción puede hacer mención también a un determinado conocimiento, a una idea o a la sensación interior que surge a raíz de una impresión material derivada de nuestros sentidos.

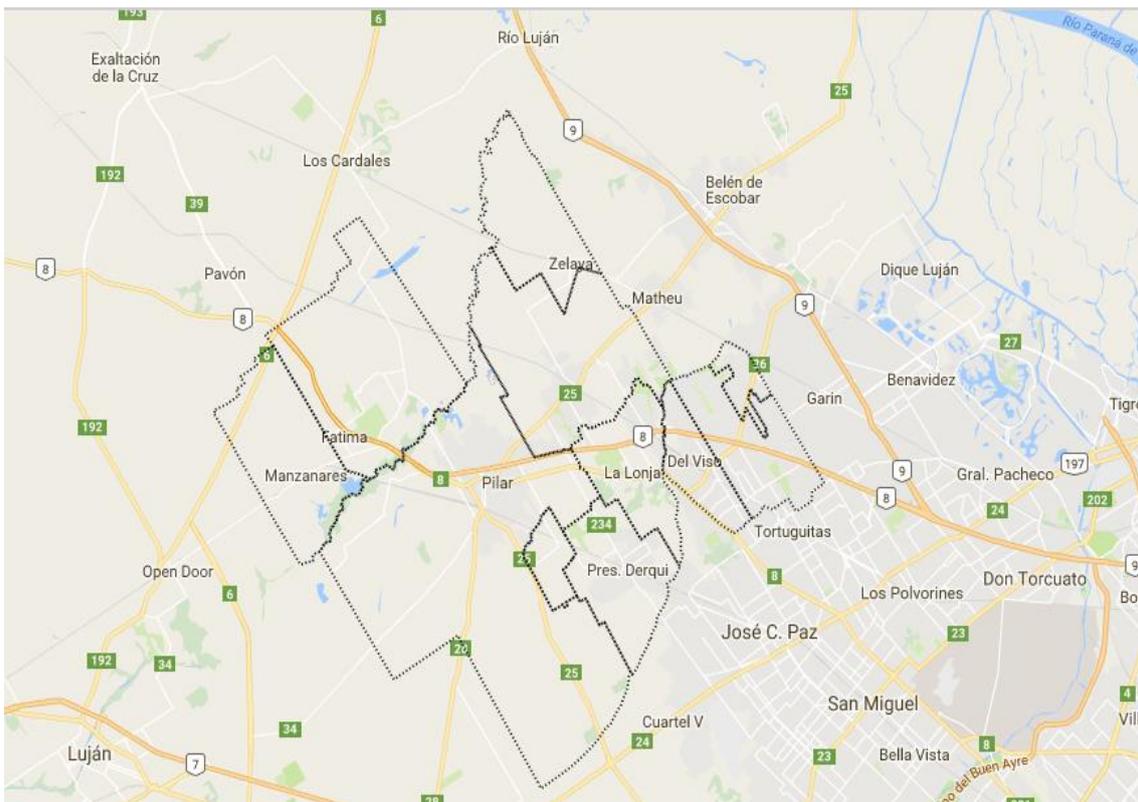
Para la psicología, la percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos. (Pérez Porto & Gardey, 2008)

En función de las evidencias anteriormente enunciadas se considera fundamental evaluar la calidad del parto a partir de las siguientes dimensiones: Trato profesional, posición del parto, alivio del dolor del parto, acompañamiento y apoyo de la embarazada durante el trabajo de parto y puerperio y contacto piel a piel del recién nacido con su madre. Otras dimensiones que también son muy importantes son prácticas invasivas innecesarias durante el proceso y medicalización del parto, mencionadas en otros estudios como los de Castellanos y col (2012), Goberna y col (2008) y Olivares Martos, Flores Mercado, y Zagaceta Guevara, (2012), no se incluye por dificultad para recolectar datos.

3. Contexto del estudio

El Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner, está ubicado en la localidad de Derqui, Partido de Pilar. Atiende principalmente a la población proveniente de Pilar, José C. Paz, Moreno, Rodríguez y Escobar.

Pertenece al segundo nivel de atención municipal categoría 2b en función de neonatología (terapia). Forma parte de la regionalización provincial para derivaciones de región quinta. La región sanitaria quinta que se encuentra al noreste de la Provincia de Buenos Aires. Abarca los municipios de: Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López y Zárate. (Región Sanitaria V, 2016)



Cuenta con una unidad intensiva neonatal, en planta baja se encuentra un quirófano solo y no tienen quirófano de emergencia, una sala de partos con tres

camillas separadas por cortinas, lo que hace totalmente incompatible con el respeto a la intimidad al que alude la ley de parto humanizado y cuando hay dos o más partos simultáneamente no se puede tener un acompañante.

También en la planta baja se encuentra el sector de internación con una habitación con seis camas y la internación de alto riesgo con cinco habitaciones con tres camas cada una de ellas y una sala de diletantes con tres camas. Además, en la planta alta se encuentran seis habitaciones con tres camas cada una de ellas 39 camas en total. El espacio es muy reducido lo que no permite que las usuarias deambulen libremente.

En la maternidad se atiende en promedio 4000 nacimientos al año siendo una de las principales maternidades en volumen de nacimientos, de la provincia de Bs As. Trabajan en la misma más de 250 personas entre profesionales y administrativos.

En función de la estructura y la demanda de pacientes no es un lugar en buenas condiciones de brindar algunos aspectos del parto humanizado como el respeto a la intimidad, que puedan deambular libremente y que puedan tener un acompañante siempre, aunque en otro sentido como el trato, la posición, la información, el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido y otros no hay nada que impida.

4. Objetivos

Objetivo general:

- ❖ Determinar la calidad del parto en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el período noviembre - diciembre de 2016 a partir de la percepción de las puérperas, respecto a las distintas condiciones que debería cumplir la atención para ser considerada como parto humanizado.

Objetivos específicos:

- ❖ Describir la percepción de las madres con respecto al trato profesional en el parto, la libre elección de la posición, alivio del dolor en el parto; tener un acompañante en el parto, contacto piel a piel del recién nacido con su madre.
- ❖ Describir las características socio-demográficas de la población bajo estudio.
- ❖ Describir las características gineco-obstétricas de la población bajo estudio.

5. Diseño Metodológico

Tipo de investigación: El abordaje metodológico es cuantitativo ya que el estudio está orientado a detectar hechos medibles observables a través de fenómenos tangibles.

Diseño: El diseño de estudio es descriptivo porque buscan especificar las propiedades importantes de personas, relacionados con el parto humanizado. (Sampieri, 2006), de corte transversal dado que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. (Pineda, 1994)

Población: la población de estudio estuvo dada por todas las puérperas inmediatas tanto de parto vaginal como de cesárea atendidas en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante el período comprendido entre el 21 de noviembre y el 21 de diciembre de 2016, un mes en total.

Unidad de análisis: la unidad de análisis son las puérperas internadas en el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner durante un mes de 2016.

Tamaño de la muestra: Según informes institucionales del Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner, anualmente se atienden de 4000 nacimientos, mensualmente se atienden 333 nacimientos lo que dio una muestra de 179 según fórmula, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de un 5%, se encuestó a todos los que entran en el criterio de inclusión y solo una paciente se negó a participar.

La fórmula que se utilizó para el cálculo del tamaño de la muestra es la siguiente:

$$\frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot q}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot P \cdot q} = \frac{333 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5^2}{(333 - 1) \cdot 0,05^2 + 1,96^2 \cdot 0,5^2} = \frac{319,8132}{1,7904} = 178,626676$$

N = Tamaño de la población = 333

Z = Nivel de confianza = 95% = 1,96

confianza	90%	91%	92%	93%	94%	95%	96%	97%	98%	99%
Z	1,64	1,70	1,75	1,81	1,88	1,96	2,05	2,17	2,33	2,58



$P = 50\% = 0.5^2$ estimación del valor de la proporción en el universo, si no se tiene base para darle un cierto valor, se usa el valor 0,5. (Briones, 2002)

$q = 1 - p$ (ejemplo: $1 - 0,5 = 0,5$)

$E = \text{margen de error} = 0.05^2$

Tipo y técnica de muestreo: Para la recolección de datos se utilizó una encuesta validada por juicio de expertos (Vela Coral, G. 2015) con modificaciones para adaptarla al estudio actual y se hizo una encuesta piloto de 260 madres por internet y a 30 madres en el Hospital Meisner para validar la misma encuesta. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple donde se seleccionó a pacientes del Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner internadas durante 21 de noviembre hasta el 21 de diciembre de 2016 hasta completar un total de 179 pacientes. Se aleatorizó con el siguiente procedimiento: se seleccionó en forma aleatoria una paciente de cada habitación (12 en total) sin ningún criterio, eligiendo la primera disponible hasta completar la muestra.

Se incluyeron tanto pacientes con parto vaginal como cesáreas y los criterios de exclusión fueron:

- ❖ Paciente con alteración del estado de conciencia.
- ❖ Paciente cuyo parto haya terminado en muerte fetal (mortinato)
- ❖ Pacientes cuyo embarazo sea producto de un abuso.
- ❖ Pacientes que no hablen el idioma castellano.

Se excluyeron cinco pacientes cuyo parto terminó en muerte fetal y una paciente por hablar solo guaraní.

Técnicas e instrumentos

La técnica que se empleó para la recolección de información fue una encuesta de carácter anónimo, la fuente de investigación fue primaria, ya que se obtuvo información de la misma paciente. Previa autorización de los directivos del Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner y consentimiento informado ya que se solicitó a todas las pacientes su consentimiento de participación, previa exposición de la finalidad y objetivos del estudio, para garantizar la voluntariedad de su participación.

A continuación, se mencionan las variables con que se estudió la percepción sobre el parto humanizado:

- ❖ Trato profesional.
- ❖ Acompañante en el parto.
- ❖ Libre elección de la posición para el parto.
- ❖ Alivio del dolor de parto.
- ❖ Contacto piel a piel del recién nacido con su madre.

Procedimientos y análisis de datos: se realizó un análisis de estadísticas descriptivas con medidas de porcentaje realizado con el programa estadístico SPSS versión 23 para elaborar las tablas y gráficos y cruce de variables.

Consideraciones éticas

El presente estudio sigue los lineamientos éticos para la investigación en salud propuestos en la Declaración de Helsinki, (AMM, 1964 - 2013) la cual insta a los involucrados en la investigación en seres humanos a "velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente", ya que es deber del profesional de la salud proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, los cuales se garantizan en el presente estudio.

6. Resultados

En esta sección se presentan los resultados de la encuesta en el siguiente orden:

I. Gráficos de las características sociodemográficas:

La mayor parte de las encuestadas respondía al siguiente perfil: mujeres jóvenes de entre 19 y 26 años de edad (gráfico N°1), con un bajo nivel de instrucción, sin empleo 90,5 % amas de casa (gráfico N°3), la mayoría vivían en concubinato, una proporción importante de encuestadas era soltera (Gráfico N°2), solo el 37,4% tenía secundario completo el resto tenía secundario incompleto, algunas solo primaria y otras no tenían primaria completa (tabla N°1), la mayor parte de las residía en Derqui y Pilar (tabla N°2).

Gráficos y tablas

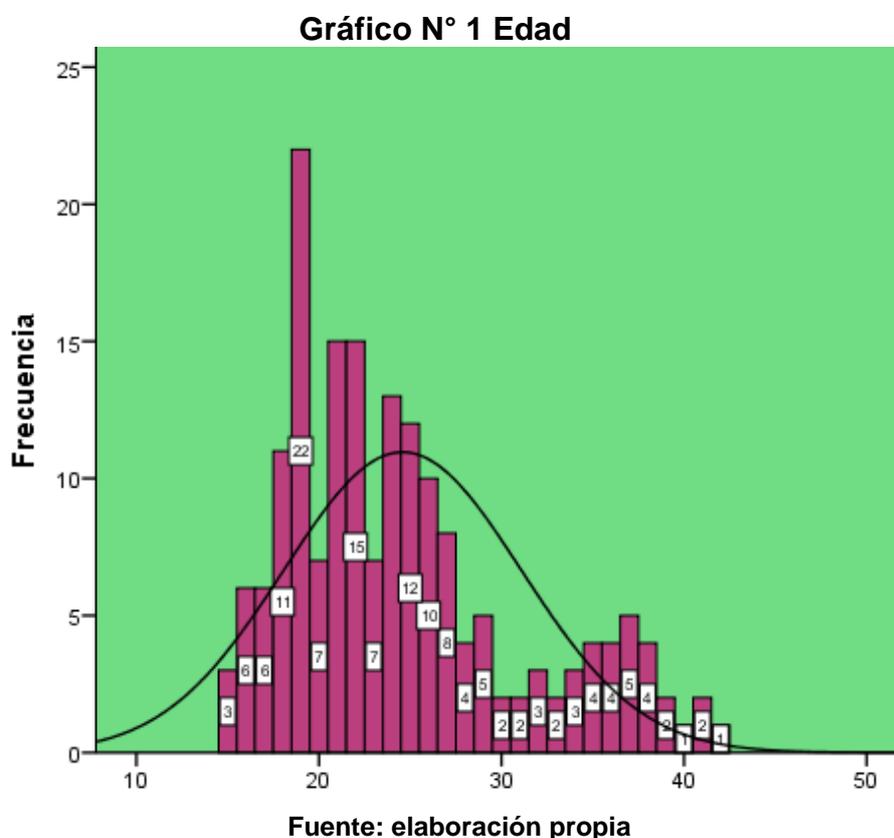
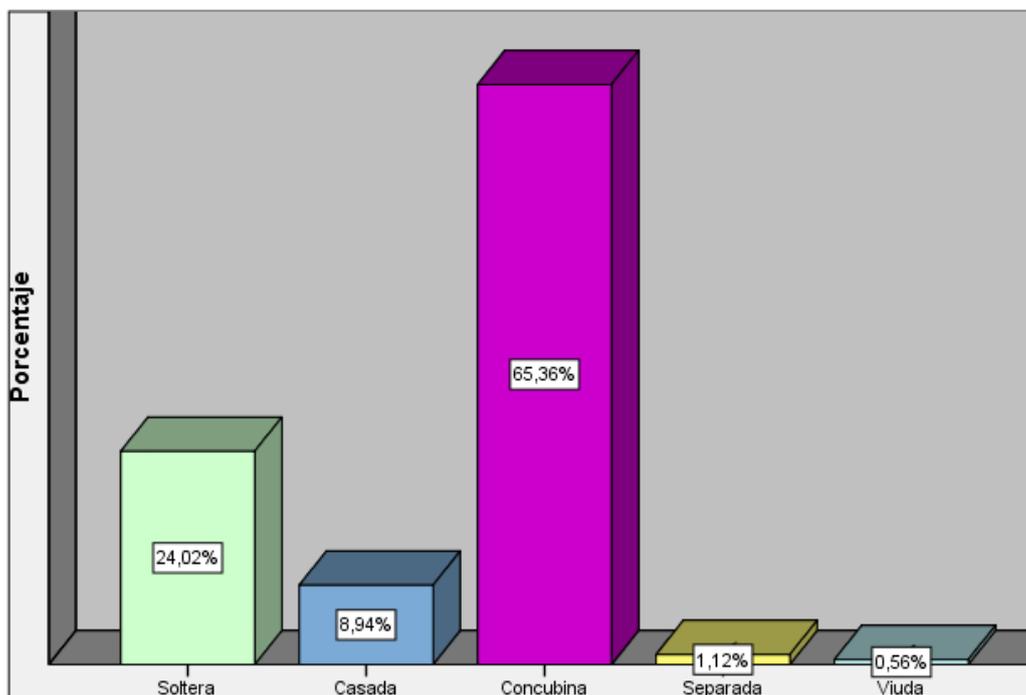


Gráfico N° 2 Estado civil



Fuente: elaboración propia

Tabla N° 1: Último nivel de instrucción alcanzado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	2	1,1	1,1	1,1
	Primaria incompleta	16	8,9	8,9	10,1
	primaria completo	27	15,1	15,1	25,1
	Secundario incompleto	57	31,8	31,8	57,0
	Secundario completo	67	37,4	37,4	94,4
	Terciario incompleto	3	1,7	1,7	96,1
	Terciario completo	1	,6	,6	96,6
	Universitario incompleto	6	3,4	3,4	100,0
	Total	179	100,0	100,0	

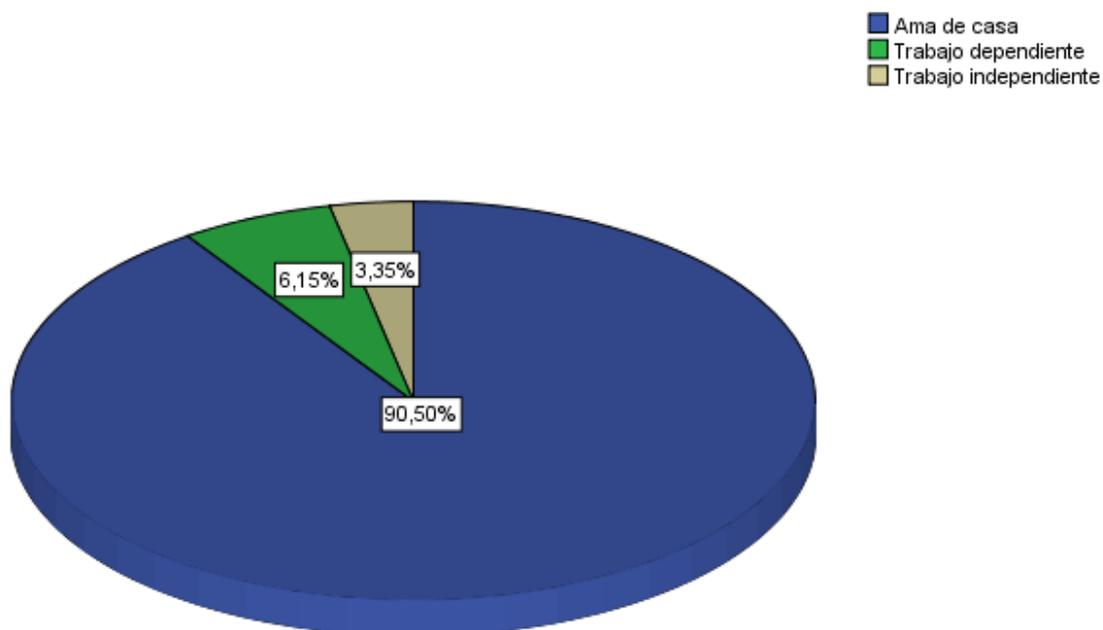
Fuente: elaboración propia

Tabla N° 2: Lugar de residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pilar	68	38,0	38,0	38,0
	Derqui	55	30,7	30,7	68,7
	José C Paz	7	3,9	3,9	72,6
	Del viso	14	7,8	7,8	80,4
	Astolfi	7	3,9	3,9	84,4
	Villa Rosa	12	6,7	6,7	91,1
	Manzanares	1	,6	,6	91,6
	La Lonja	3	1,7	1,7	93,3
	Maquinista Savio	4	2,2	2,2	95,5
	Manuel Alberti	3	1,7	1,7	97,2
	Moreno	3	1,7	1,7	98,9
	Rodríguez	1	,6	,6	99,4
	San Martín	1	,6	,6	100,0
	Total	179	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 3: Ocupación



Fuente: elaboración propia

II. Características Ginecobstétricas:

El perfil sociodemográfico de las puérperas encuestadas fue el siguiente: la media de embarazos por mujer fue de 2,51, la mediana fue de 2 y la moda fue de 1, en cuanto a la cantidad de partos la media fue de 2,32, la mediana fue de 2, la moda fue de 1, en la cantidad de cesáreas la media fue de 1,54, la mediana fue de 1, la moda fue de 1 y para la cantidad de controles prenatales la media fue de 8,44, la mediana fue de 8, la moda fue de 10 controles prenatales. (tabla N°3) La mayoría de pacientes tuvo parto vaginal (65,92%), no asistieron a charlas o cursos de parto 92,74% (gráficos N°9 y 10) y no recibieron información sobre el parto y sus derechos. (gráfico N° 11)

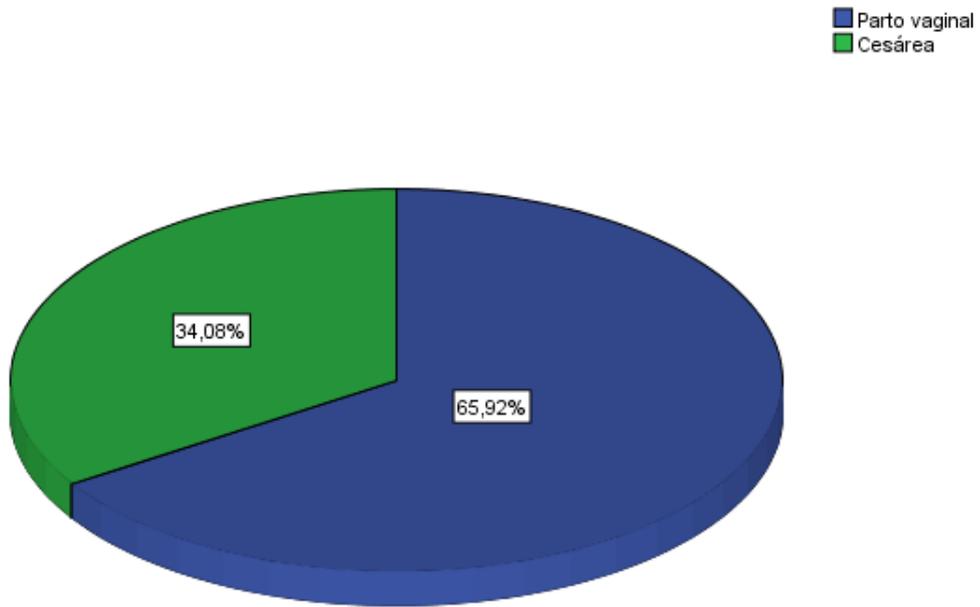
Gráficos y tablas

Tabla N° 3: variables cuantitativas.

		Estadísticos				
		Edad	Cantidad de embarazos	Cantidad de partos	Cantidad de cesáreas	Cantidad de controles prenatales
N	Válido	179	179	135	74	176
	Perdidos	0	0	44	105	3
Media		24,58	2,51	2,32	1,54	8,44
Mediana		23,00	2,00	2,00	1,00	8,00
Moda		19	1	1	1	10
Desviación estándar		6,515	1,710	1,647	,814	3,327
Varianza		42,448	2,925	2,711	,663	11,071
Asimetría		,873	1,529	1,329	1,197	1,002
Error estándar de asimetría		,182	,182	,209	,279	,183
Curtosis		-,079	2,797	1,438	,114	2,811
Error estándar de curtosis		,361	,361	,414	,552	,364
Rango		27	9	8	3	19
Mínimo		15	1	1	1	1
Máximo		42	10	9	4	20
Suma		4399	450	313	114	1486
Percentiles	25	19,00	1,00	1,00	1,00	7,00
	50	23,00	2,00	2,00	1,00	8,00
	75	27,00	3,00	3,00	2,00	10,00

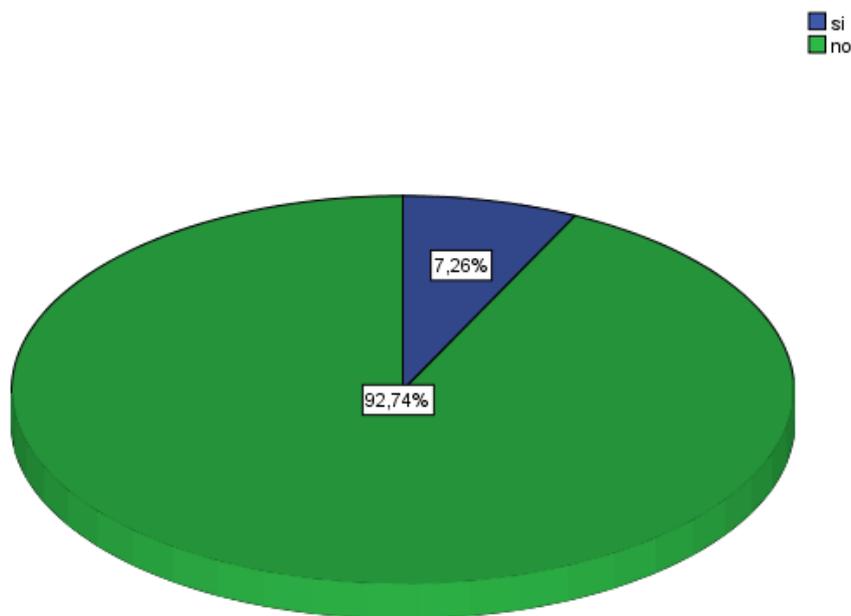
Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 4: parto por cesárea o vaginal



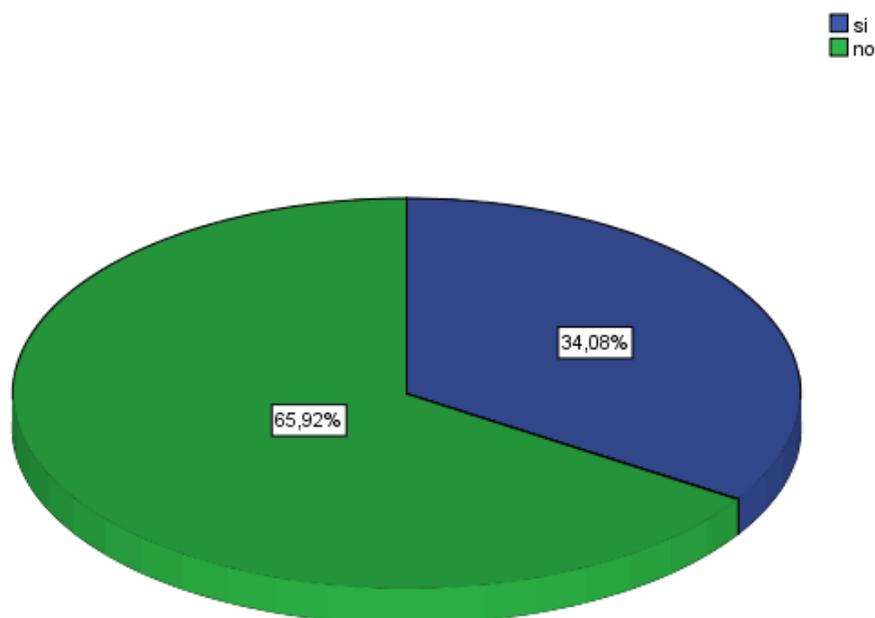
Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 5: charlas y cursos de preparto



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 6: Información de las madres acerca del parto y sus derechos



Fuente: elaboración propia

III. Percepción sobre el parto humanizado

La percepción de las puérperas sobre la atención del parto se determinó a través de cinco dimensiones: trato profesional, libre elección de la posición de parto, acompañamiento y apoyo durante el parto, alivio del dolor, contacto piel a piel del recién nacido con su madre.

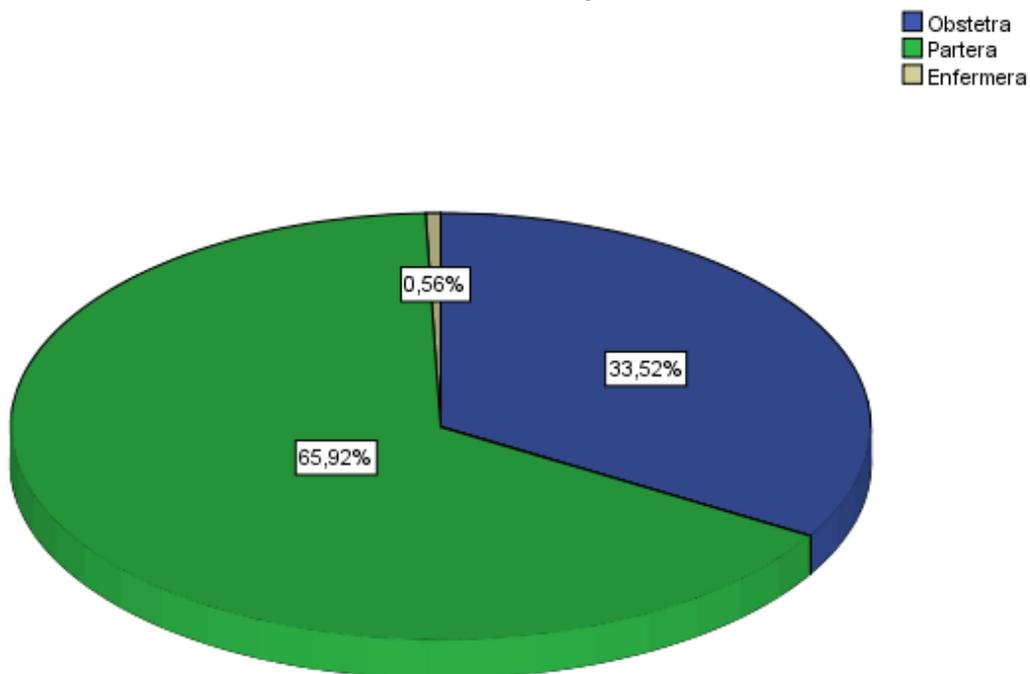
Trato profesional

Con respecto al trato la mayoría de las puérperas se manifestaron conformes (94,97%) con el trato recibido (gráfico N°17) mayormente percibieron que el profesional con mayor protagonismo en su parto fue la partera (gráfico N° 7), que los profesionales se presentaban con ella (gráfico N° 8), tuvieron mucha comunicación y total comunicación con los profesionales que la atendieron

(gráfico N° 9), la mayoría percibieron que los profesionales le explicaron acerca del trabajo de parto, parto y cesárea. (gráfico N° 10), casi siempre y siempre la llamaron por su nombre (gráfico N°11), siempre los explicaron los procedimientos que iban a realizar durante el trabajo de parto, parto o cesárea (gráfico N° 12), la mayor parte de las púerperas percibieron que los profesionales las ayudaban cuando sentían que perdían el control de sí mismas por los dolores del parto (gráfico N°13), que respetaron su intimidad (gráfico N° 14), a pesar de las condiciones de la sala de parto, que les pidieron permiso para examinarlas (gráfico N°15), la mayoría percibieron que los profesionales fueron amables y pacientes con ellas (gráfico N° 16).

Gráficos y tablas

Gráfico N° 7: Profesional con mayor protagonismo en el parto



Fuente: elaboración propia

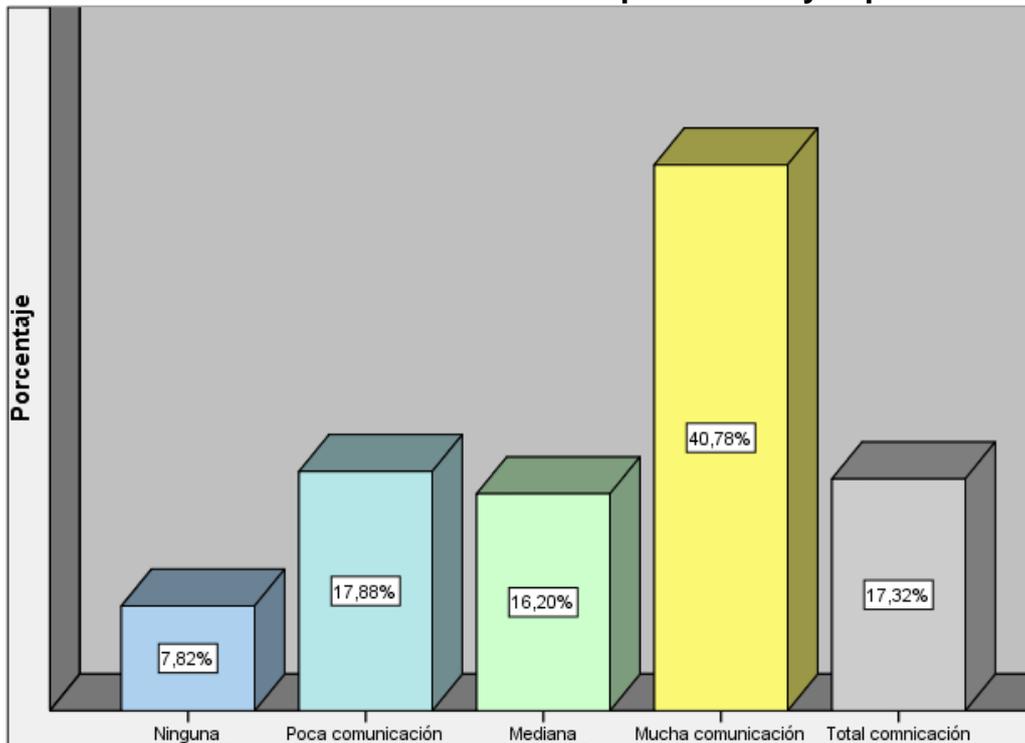
Gráfico N° 8: presentación del profesional

■ si
■ nc



Fuente: elaboración propia

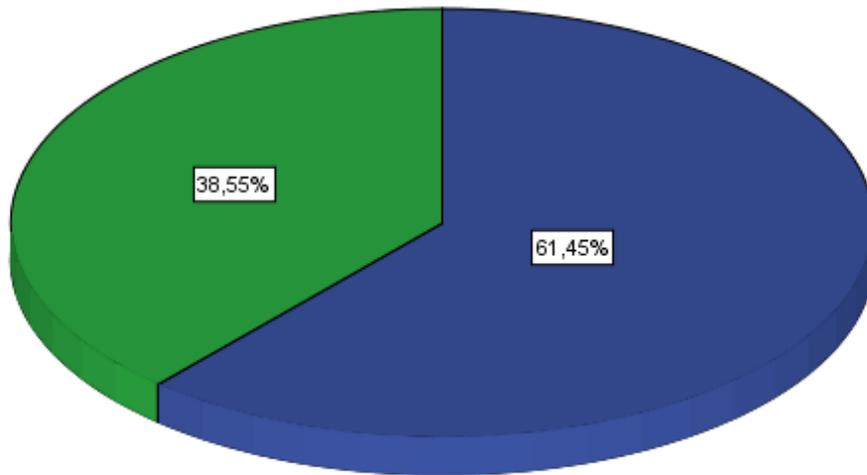
Gráfico N° 9: Comunicación entre el profesional y la paciente



Fuente: elaboración propia

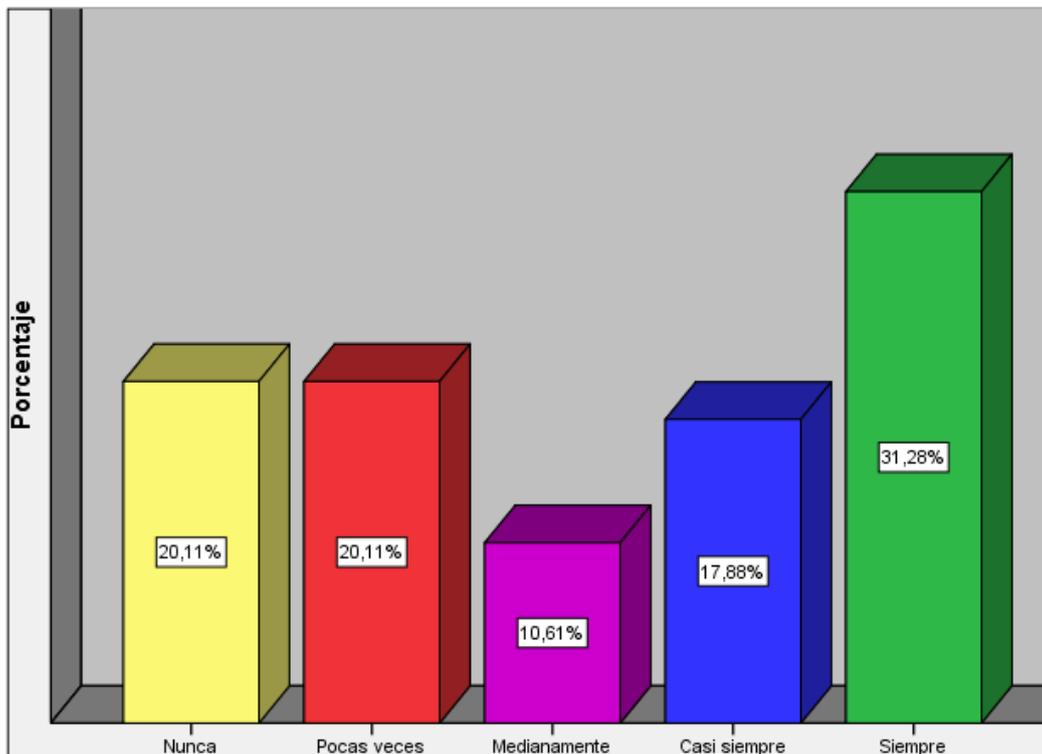
Gráfico N° 10: explicación acerca del trabajo de parto, parto y cesárea

■ si
■ no



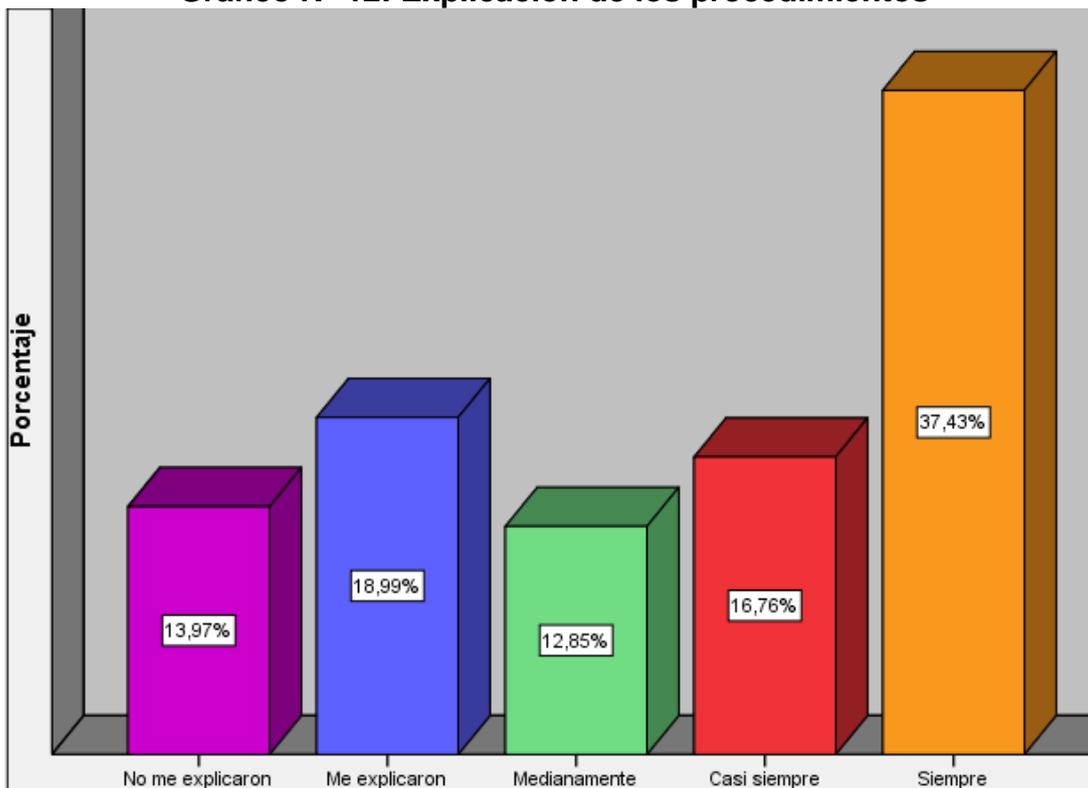
Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 11: Llamar a las madres por su nombre



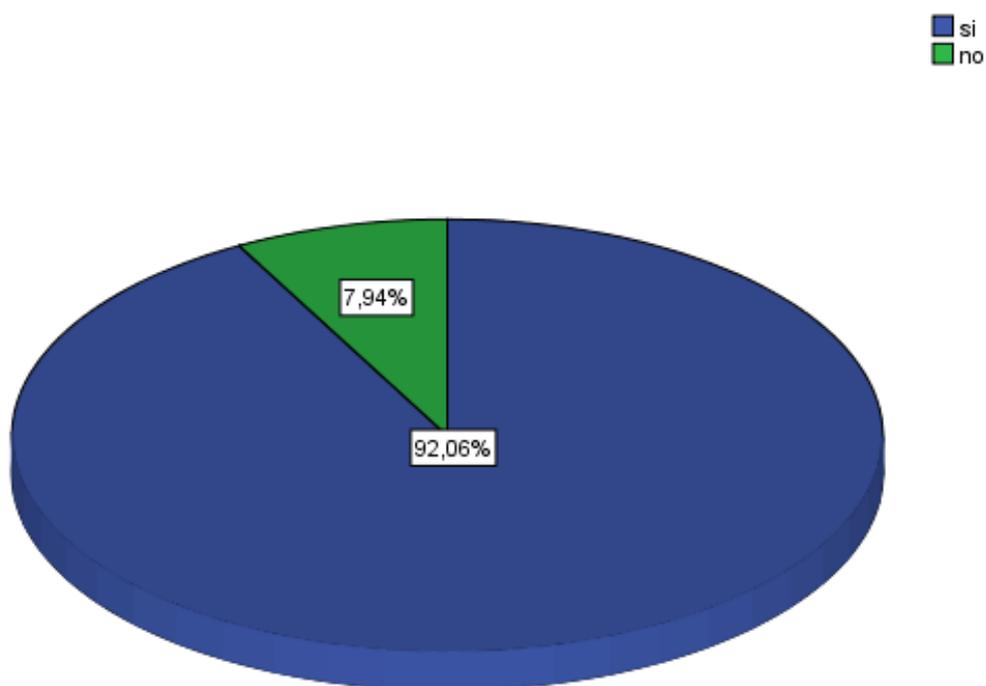
Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 12: Explicación de los procedimientos



Fuente: elaboración propia

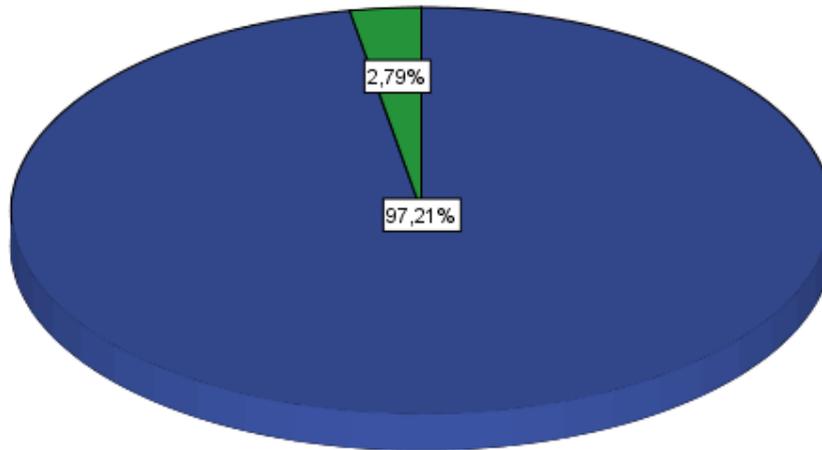
Gráfico N° 13: ayuda recibida por los dolores de parto.



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 14: Respeto por la intimidad

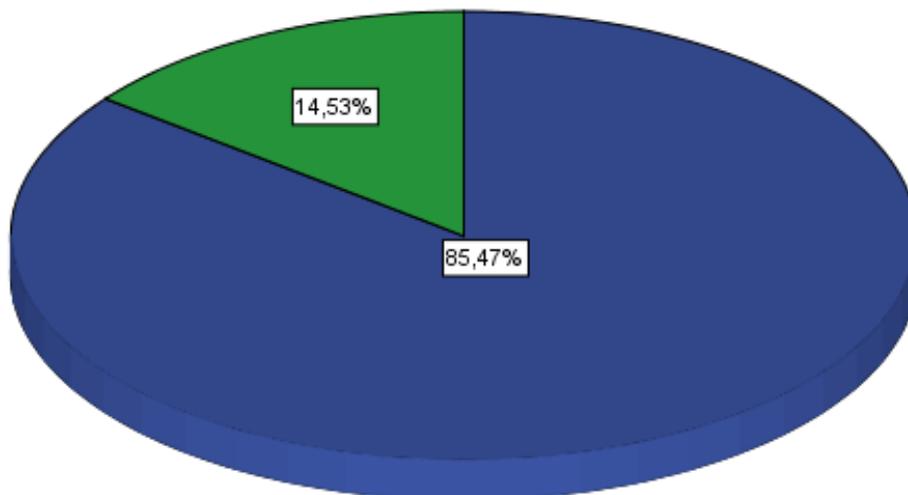
■ si
■ no



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 15: Permiso antes de examinar

■ si
■ no



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 16: amabilidad y paciencia

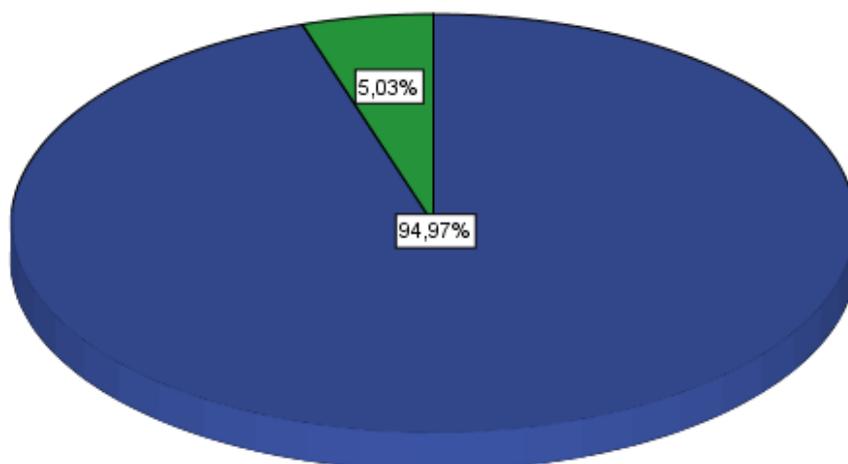
■ si
■ no



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 17: Conforme con el trato recibido

■ si
■ no



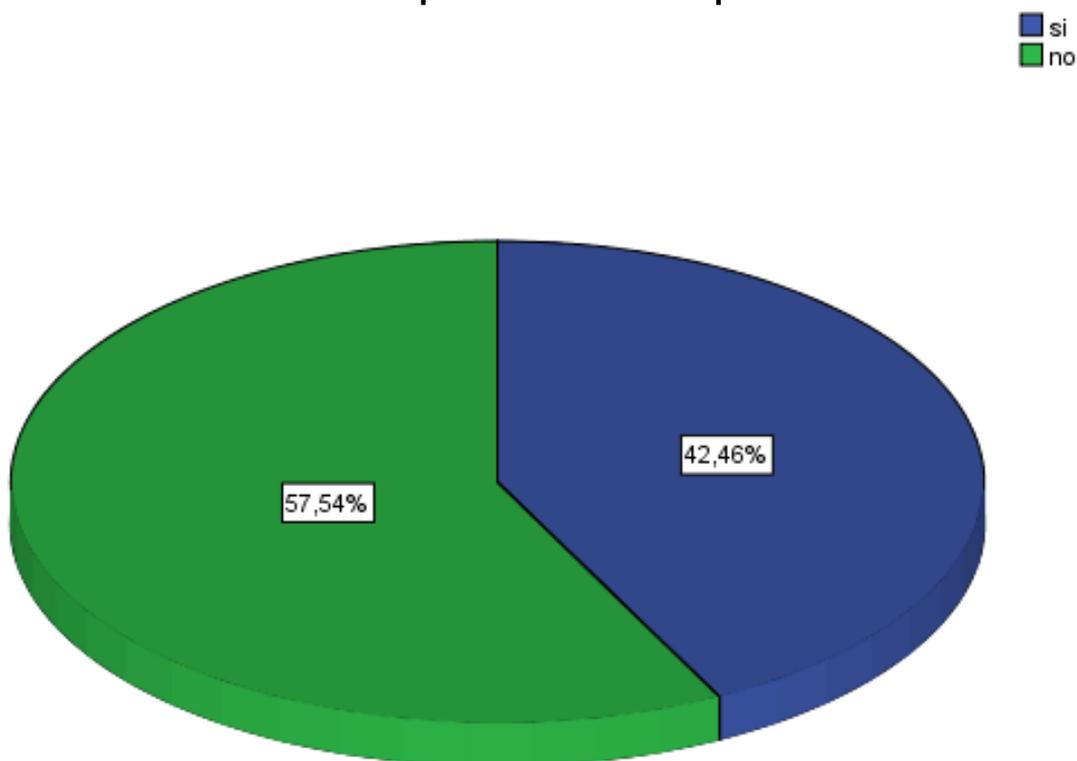
Fuente: elaboración propia

Acompañamiento y apoyo durante el parto

En cuanto al acompañamiento la mayoría de las puérperas encuestadas percibieron que los profesionales no les explicaron que pueden decidir tener un acompañante durante el parto o cesárea. Aunque en el artículo 2°, g de la ley de parto respetado manifiesta que: *...” si así lo deseara, la mujer puede solicitar ser acompañada por acompañantes. Todo lo referido en el presente inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto”*. (Infojus, 2015)

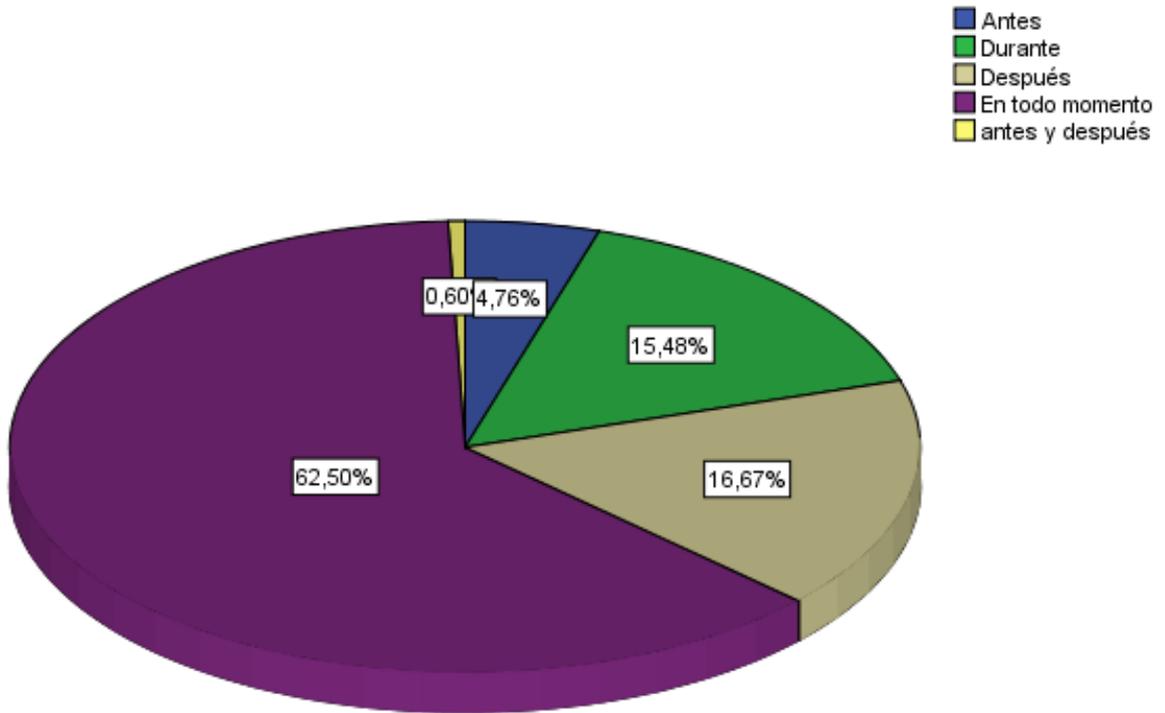
Mayoritariamente las madres creen que deben tener un acompañante en todo momento durante el parto o la cesárea. (gráfico N° 18 y 19)

Gráfico N° 18: Acompañante durante el parto o cesárea



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 19: Momento del acompañante



Fuente: elaboración propia

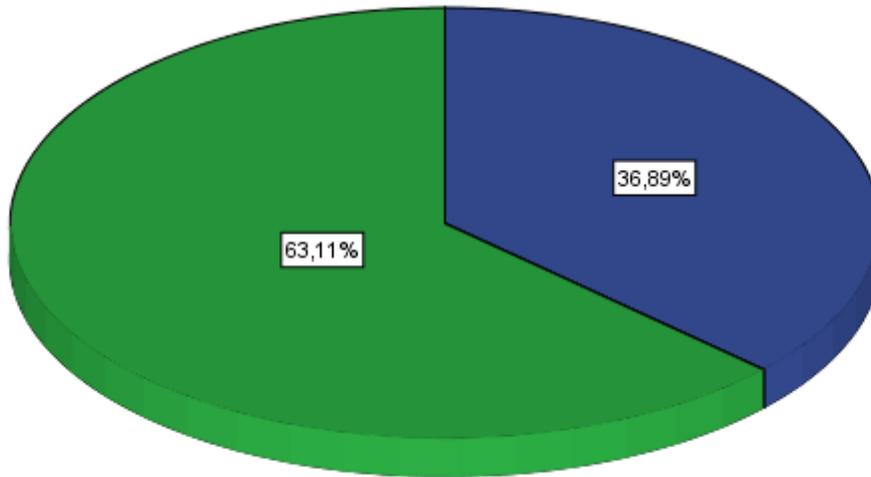
Libre elección de la posición de parto

En lo referente a la libre elección de la posición de parto se puede observar

que del total de las madres encuestadas la mayoría percibieron que los profesionales no les explicaron que podía deambular libremente, aunque sea alrededor de su cama durante el trabajo de parto. (gráfico N° 20), que no les explicaron las posiciones de parto. (gráfico N° 21), que no les explicaron que podían escoger las posiciones del parto. (gráfico N° 22) y que no le permitieron cambiar de posición para su mayor comodidad durante el parto (gráfico N° 23).

Gráfico N° 20: Deambular

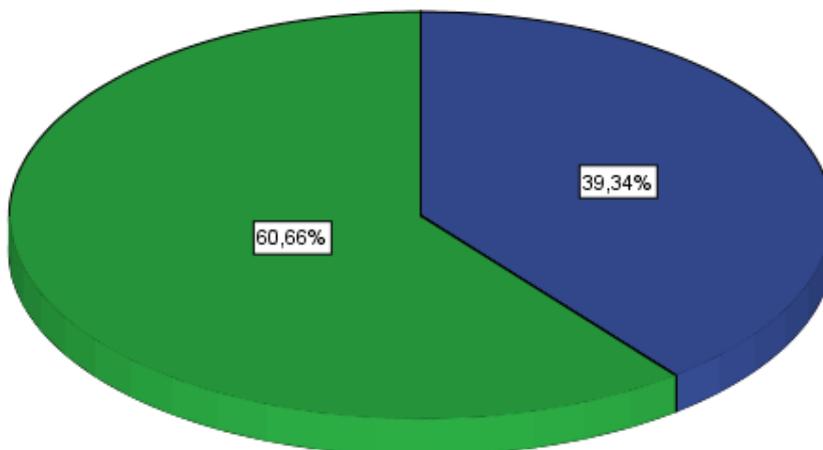
■ si
■ no



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 21: Posiciones

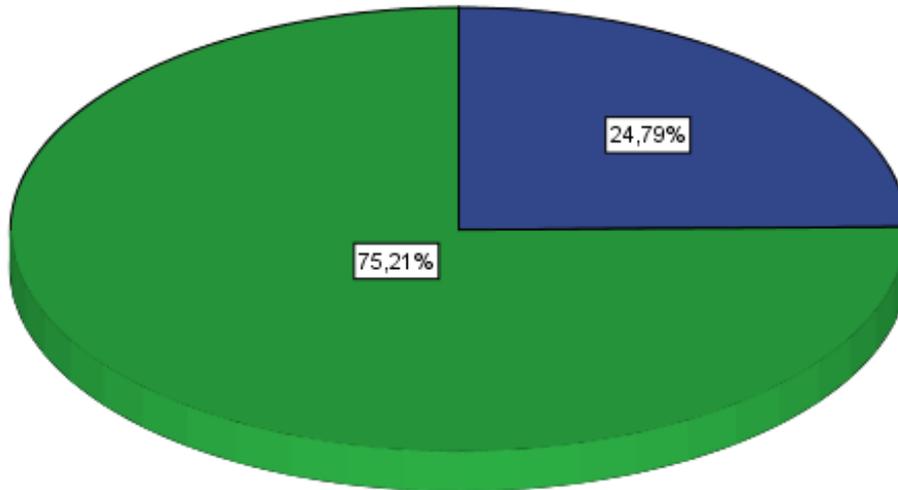
■ si
■ no



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 22: Escoger posiciones

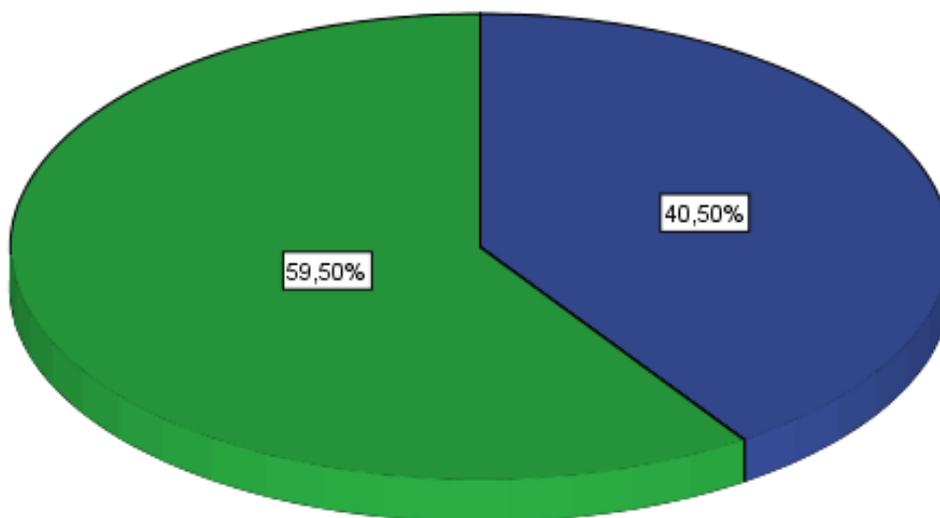
■ si
■ no



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 23: cambiar posición para mayor comodidad

■ si
■ no

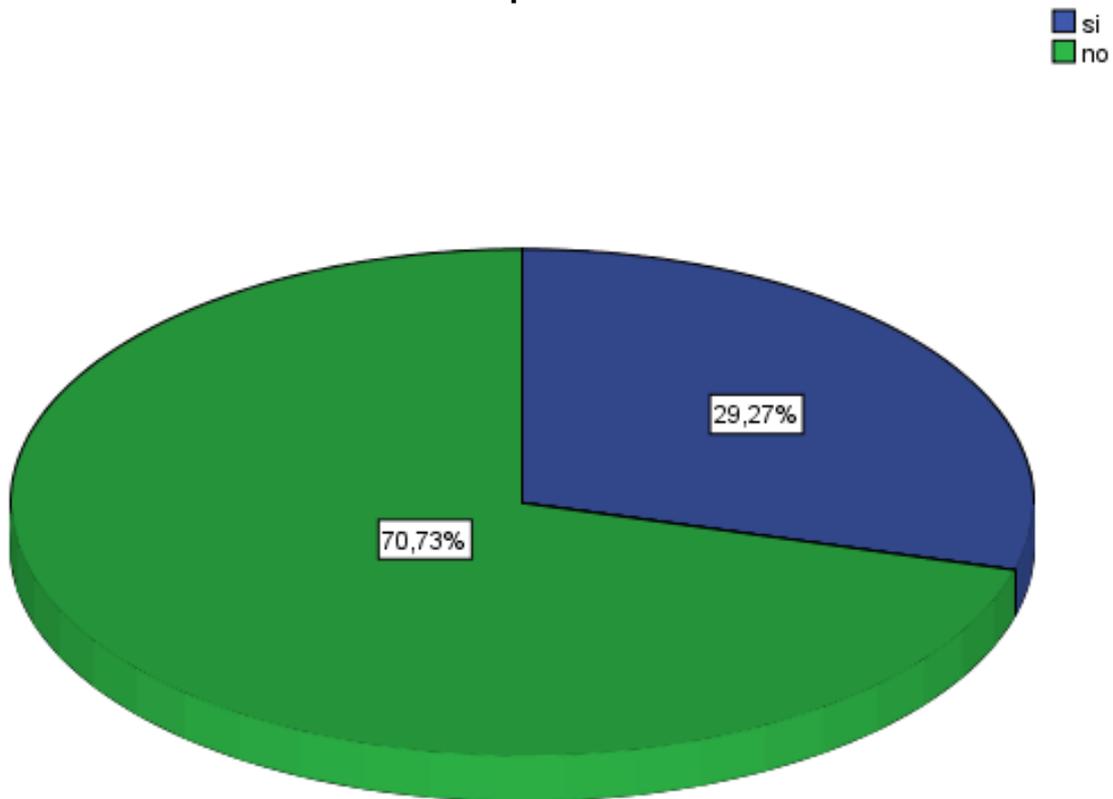


Fuente: elaboración propia

Alivio del dolor del parto

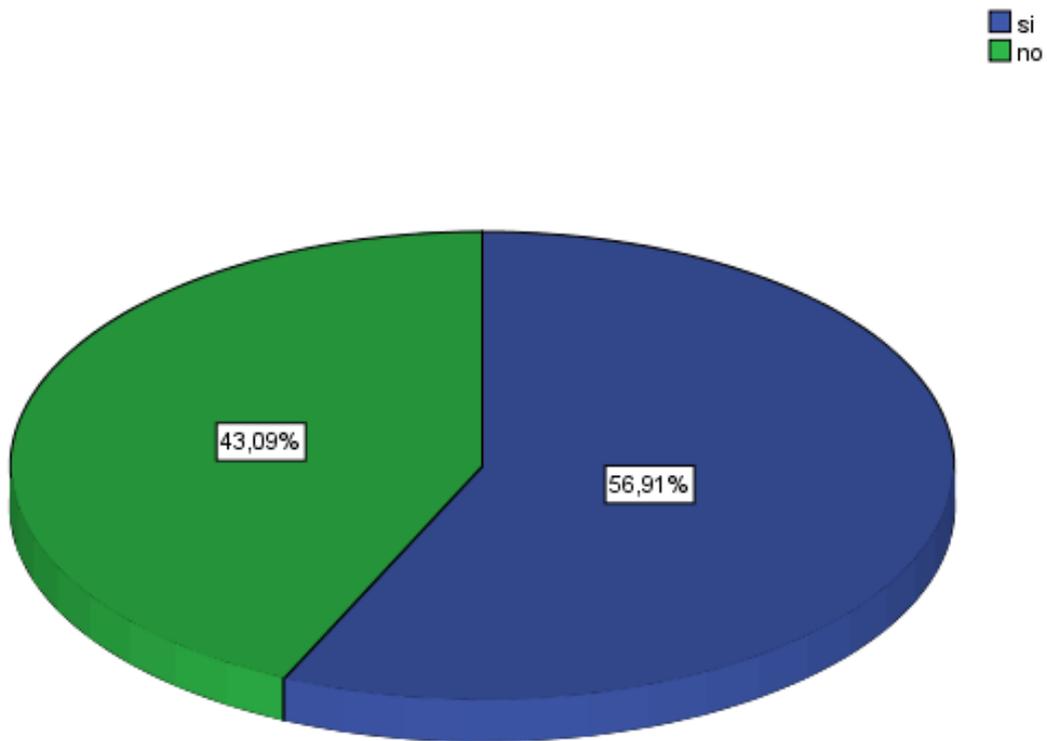
Con relación al alivio del dolor del parto mayormente las puérperas no conocen alguna opción para aliviar el dolor del parto. (gráfico N° 24), la mayoría percibieron que le explicaron alguna opción para aliviar el dolor de parto (gráfico N° 25) y que las opciones ofrecidas le permitieron aliviar el dolor del parto. (gráfico N° 26)

Gráfico N° 24: Conocimiento de alguna opción para aliviar el dolor del parto



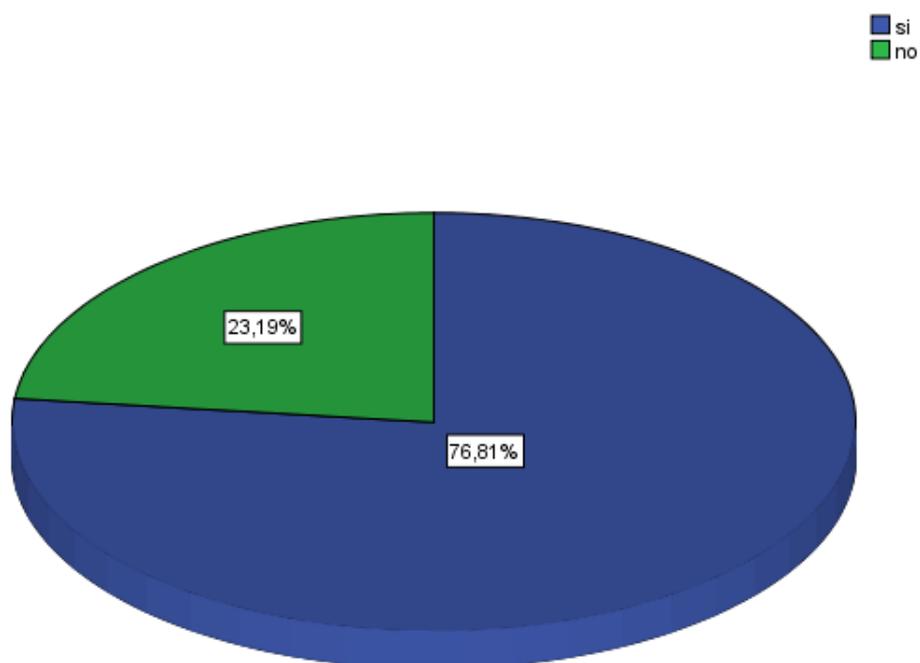
Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 25: Explicación de alguna opción para aliviar el dolor del parto



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 26: Aliviar el dolor del parto con las opciones ofrecidas

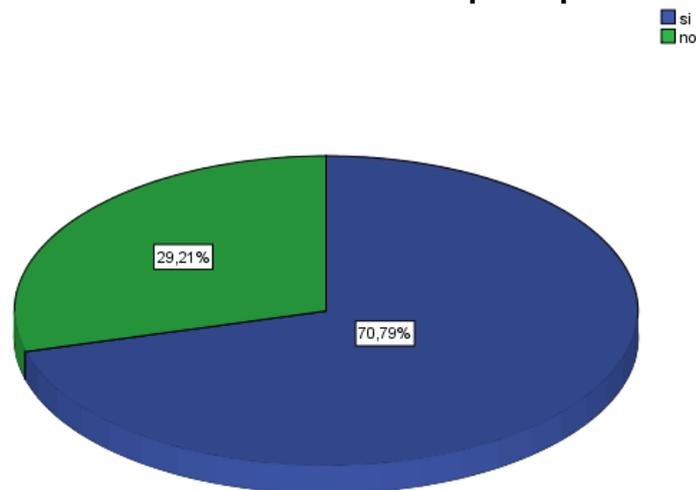


Fuente: elaboración propia

Contacto piel a piel del recién nacido con su madre

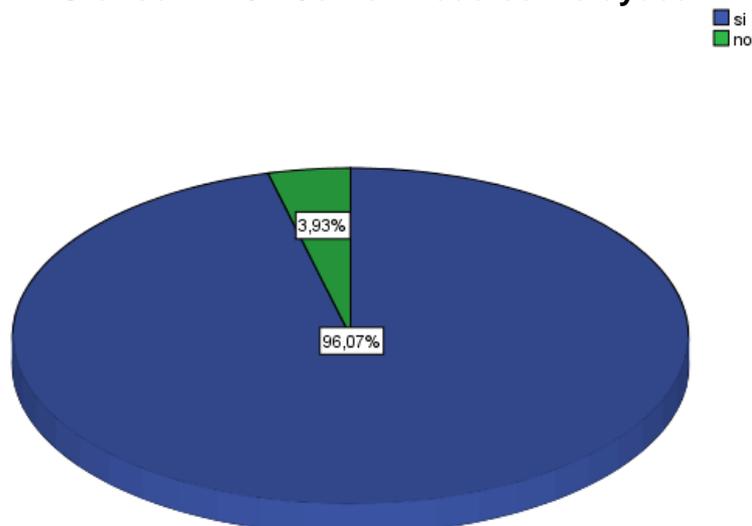
En lo referente al contacto piel a piel del recién nacido con su madre se puede apreciar que a la mayoría de las madres le permitieron tener contacto piel a piel con su bebé colocándolo en su pecho (gráfico N° 27) y se sintieron conformes con la ayuda recibida por parte de los profesionales. (gráfico N° 28)

Gráfico N° 27: Contacto piel a piel



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 28: Conformidad con la ayuda



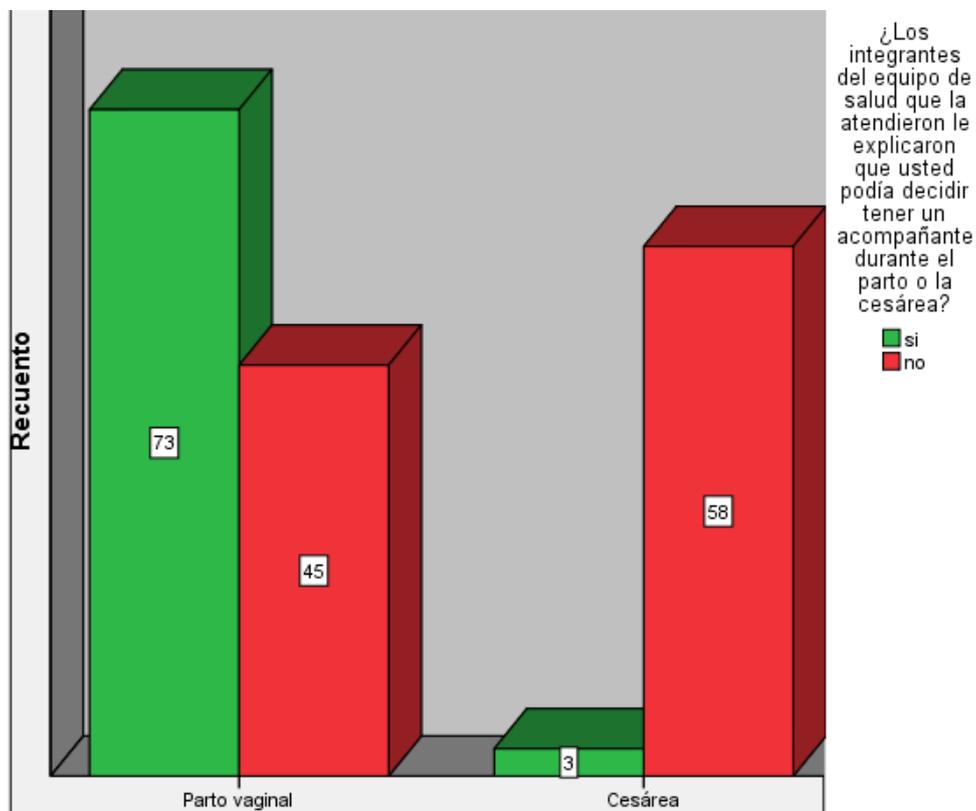
Fuente: elaboración propia

Factores asociados a la percepción de la calidad de la atención del parto

Se realizó un cruce de variables en el que se puede observar que cuando el parto es vaginal se les informa a las madres que pueden tener un acompañante, pero cuando es una cesárea se omite este punto. (gráfico N° 29)

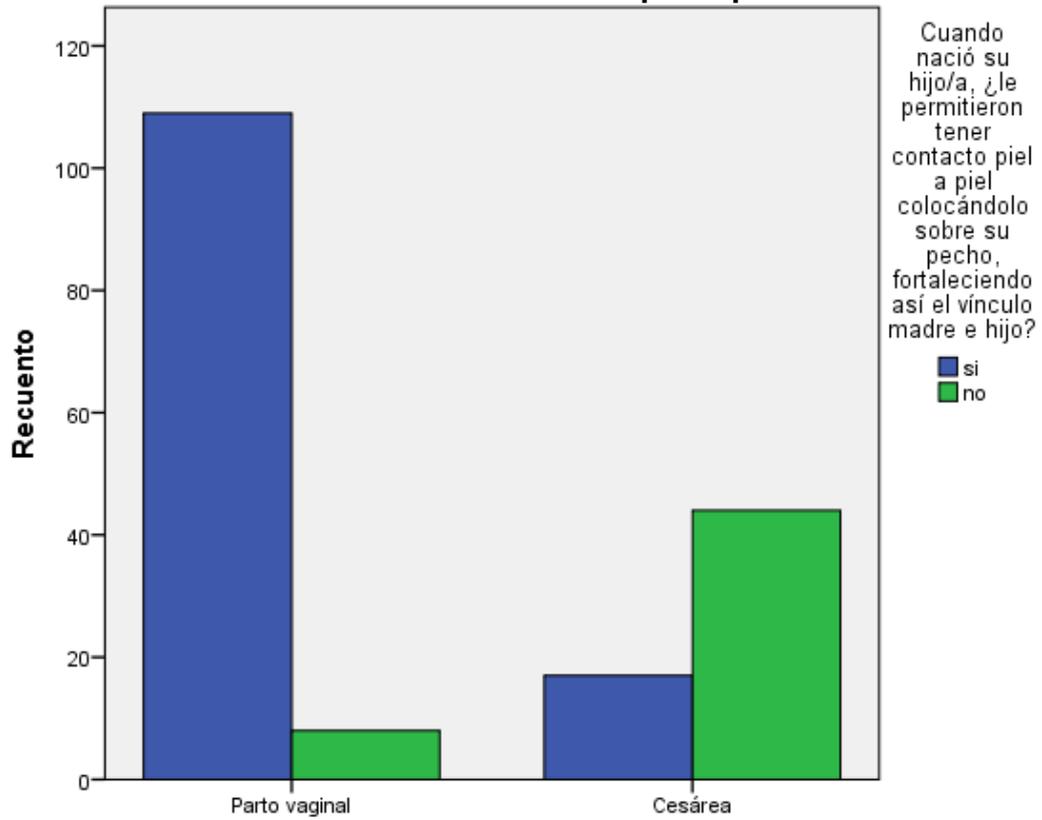
En el caso de contacto piel a piel del recién nacido con su madre, se hace un cruce de variables y se puede apreciar que en el caso de tener una cesárea disminuye la opción de colocar el bebé en el pecho de la madre, pero cuando es parto vaginal la mayoría de las veces si lo hacen. (gráfico N° 30)

Gráfico N° 29: Acompañante vs parto o cesárea



Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 30: Contacto piel a piel



Fuente: elaboración propia

7. Discusión y Conclusiones

Este estudio sobre parto humanizado permite hacer una observación general a las puérperas en sus necesidades de ser protagonistas de su embarazo y parto, de confiar totalmente en los profesionales y sentirse seguras con su apoyo. Las puérperas objeto de estudio generaron un total de 179 encuestas, mayoritariamente mujeres jóvenes con un bajo nivel de instrucción el cual se presume que podría estar relacionado con su desconocimiento con los derechos de los pacientes, la mayoría sin empleo, vivían en concubinato y algunas soltera.

Se analiza el estudio describiendo distintos aspectos que forman parte de la humanización del parto.

En la dimensión trato profesional 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.

Se pudo observar que la mayoría de las madres tuvieron una percepción favorable con respecto al trato recibido por los profesionales que las atendieron durante el parto; resultados parecidos se encontrados en el estudio de Saavedra (2013) de Colombia donde más del 50% de madres calificaron favorablemente las conductas de cuidado y trato. Así como también en la investigación de Vela Coral, (2015) de Perú sobre parto humanizado se observa que en la presentación del profesional 54,0%, la comunicación 82,0%, se le llamó por su nombre 59,0%, explicaciones sobre los procedimientos 80,0%, respeto de la intimidad 78,0%, amabilidad 73,0%.

Con respecto al acompañante en el parto, en el presente estudio el 62,50% de las madres 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 madres percibieron que los profesionales no les explicaron que pueden decidir tener un acompañante durante el parto o cesárea a pesar de que en el artículo 2º, g de la ley 25.929 de parto respetado, de argentina, manifiesta que: “...*si así lo deseara, la mujer puede solicitar ser acompañada por acompañantes. Todo lo*

referido en este inciso deberá ser considerado cualquiera sea la vía de parto”.
(Infojus, 2015)

En el estudio de Samar Quintanilla & Zagaceta Guevara (2011). De Perú, existe una asociación favorable entre el acompañamiento durante el trabajo de parto y los beneficios maternos-perinatales.

Callata & Zegarra (2011) de Perú sobre la percepción de la atención del parto con acompañante. Se encontró que los factores que limitan a la usuaria la atención de su parto con acompañante fueron la carencia de información el 38,5% acerca del tema. El 14,6% no hubieran deseado estar acompañadas en su parto, mientras que el 68,3% no obtuvo información sobre el parto con acompañante. En relación a la calidad de información la calificaron como regular (56,8%).

Olivares Martos, Flores Mercado, & Zagaceta Guevara (2012). De Perú realizaron un estudio para comparar el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante. Resultados el grupo con acompañante capacitado tuvo un inicio espontáneo del trabajo de parto, un menor uso de oxitócicos, menor uso de analgésicos, una menor duración del tiempo de trabajo de parto, menor uso de episiotomía y una menor ocurrencia de desgarros en comparación al grupo con acompañantes informados y con el grupo sin acompañantes. Los resultados maternos fueron significativamente favorables para el grupo con acompañantes capacitados.

El enfoque de parto humanizado incluye el respeto de las necesidades de elección de la posición en la cual cada mujer desea tener su parto, en este estudio se encontró que 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 durante el trabajo parto y el 59,50% percibieron que no se le permitió cambiar de posición. resultados semejantes fueron los de la investigación de Vela Coral (2015) donde aparece como resultado que el 75% de pacientes percibieron que nunca se les explicó que podían elegir su posición de parto, el 75% percibieron que nunca se les explicó que podían deambular libremente durante su parto y el 72% refirió haber percibido que nunca se le permitió cambiar de posición.

Según Castellanos & Col (2012) de Venezuela refiere que constituye un acto de violencia obstétrica, el “obligar a la mujer a parir en posición supina y con

las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical”, teniendo en cuenta esto, y la ley 25.929 que dictamina que: *“...Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulaci3n, posici3n, analgesia, acompa1amiento) y la v1a de nacimiento.”* (Infojus, 2015)

En relaci3n a la percepci3n sobre el alivio del dolor de parto se evidenci3 que el 70,73% percibieron que no conocen alguna opci3n para aliviar el dolor del parto, el 56,91 percibieron que le explicaron opciones para aliviar el dolor de parto, el 76,81 percibieron que las opciones ofrecidas le permitieron aliviar el dolor del parto, tal como lo refiri3 Quintana & col, en este sentido cobra tambi3n un papel importante la preparaci3n en Psicoprofilaxis obst3trica sobre el manejo del dolor como un m3todo no farmacol3gico.

A su vez, la OMS 2015 recomienda evitar la medicaci3n durante el trabajo de parto. Para mitigar el dolor, es preferible usar m3todos no farmacol3gicos, como la deambulaci3n, el cambio de posici3n, masajes, relajaci3n, respiraci3n, acupuntura, y otros. Evitar la analgesia epidural como un m3todo rutinario para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la general en la ces3rea. (G3lmezoglu Meten et al OMS 2015)

En referencia al contacto piel a piel del reci3n nacido con su madre se pudo apreciar que a la mayor1a de las madres le permitieron tener contacto piel a piel con su beb3 coloc3ndolo en su pecho 70,79% y se sintieron conformes con la ayuda recibida por parte de los profesionales 96,07%

Adem3s, se hace un cruce de variables y se puede apreciar que en el caso de ser parto vaginal la mayor1a percibieron que se les explic3 que pod1an decidir tener un acompa1ante y en el caso de ces3reas la mayor1a percibieron que no se les explic3 que pod1an decidir tener un acompa1ante.

Lo mismo ocurre cuando se hace el cruce de variables sobre el contacto piel a piel con el beb3, se puede apreciar tal como lo evidencian los resultados que la mayor1a de las madres que tienen parto vaginal les permiten tener contacto piel a piel y en el caso de las ces3reas a la mayor1a no le permiten tener contacto piel a piel. En contra posici3n de la Ley N3 25.929 sobre Parto Humanizado, que establece en el *Art1culo 23 h)* *“...Con el objeto de favorecer el v1nculo precoz, el equipo de salud deber3 fomentar desde el momento mismo del nacimiento e independientemente de la v1a del parto, el contacto del/la reci3n*

nacido/a con su madre y familiares directos y/o acompañantes que ésta disponga, con la acreditación de identidad como único requisito.” (Infojus, 2015)

Dentro de los aportes principales en esta investigación se pudo identificar las diferencias que existen entre los partos vaginales y cesáreas ya que en otros estudios solo se estudian partos vaginales pero las humanizaciones del parto también incluyen las cesáreas.

Además, existen algunos elementos de las pacientes como experiencias vividas, los valores individuales y sociales, los conocimientos, y las características individuales son las que les da enfoque de percepción particular.

Tomando en cuenta el contexto del hospital, esta investigación muestra las inadecuadas condiciones de trabajo, en cuanto a la parte edilicia del hospital, al espacio, al quirófano, a la sala de partos, sin embargo, existen otros factores, que estarán latentes y que se pueden evitar y controlar, como lo son la falta de conocimientos e instrucción del personal acerca del tema en cuestión, la naturalización de las prácticas rutinarias sin individualizar la atención de las pacientes. Asimismo, la promoción de la salud del paciente debe ser una prioridad, y depende no solo de los profesionales sino también de la organización, por esta razón es necesario que sea abordada en conjunto, con la participación de la población, lo que significa un trabajo unido a todos los involucrados.

Es posible que la institución satisfaga las expectativas de las pacientes en cuanto al trato, pero no en cuanto a la información previa de sus derechos. El cuidado brindado en el parto humanizado implica el respeto a sus derechos y elecciones. La atención integral y adecuada de las pacientes en las instituciones de salud son fundamentales para un resultado eficaz. También es importante destacar que el personal de salud que tiene el Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner son recursos humanos que pueden favorecer el parto humanizado de hecho cuenta con un equipo profesional interdisciplinario con obstetras, neonatólogos, anestesiólogos, licenciados obstétricos, enfermeros, psicólogos entre otros. Pero deberían interiorizar sobre el tema de parto humanizado para asegurar una atención humanizada.

En conclusión, con el objetivo de concientizar tanto a las pacientes como al personal de salud, es importante el acceso a información sobre los derechos del parto humanizado ya que constituye el punto de partida para producir un

cambio de comportamiento preciso y oportuno para trabajar en equipo permitiendo que las pacientes sean protagonistas de sus propios partos, siendo escuchadas y respetadas por los profesionales que eligieron, con la libertad de poder participar en las decisiones junto con los profesionales y permitiendo que esta experiencia sea agradable en uno de los momentos más conmovedores de la vida como lo es el nacimiento de un hijo.

8. Recomendaciones: Estrategias propuestas

El Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner cuenta con una sala de partos con cuatro camillas separadas por una cortina lo que dificulta responder a las necesidades de intimidad y privacidad que estipula la ley 25.929 de parto respetado como la ley 26529 de los derechos al paciente, en este punto es importante la construcción de una o dos salas de partos más, además teniendo cuatro camillas juntas las pacientes no siempre pueden ser acompañadas por quienes ellas designen.

También es importante construir otro quirófano ya que cuando hay una cesárea programada y llega una cesárea de urgencia tienen que realizarla en el mismo quirófano. Se ha notado la falta de acompañante en las cesáreas a pesar de lo que dicha Ley pone de relieve los derechos de toda madre que puede solicitar ser acompañada cualquiera sea la vía de parto. (Infojus, 2015)

Los actores institucionales pueden favorecer este cambio serían los directivos ya que son actores influyentes en las tomas de decisiones. Otro actor destacado es el intendente de la municipalidad de pilar ya que de ellos dependen que se pueda construir una o dos salas de parto más y un quirófano de emergencia ya que las condiciones que se encuentra no son compatibles con un parto humanizado ya que se está omitiendo condiciones básicas para el nacimiento de un bebé como la intimidad, privacidad y limpieza entre otros, dado que cuentan con una sala de partos con cuatro camillas divididas por una cortina y un solo quirófano. Cuando llega una urgencia mientras está ocupado el único quirófano, tienen que ingresar las dos pacientes en el mismo quirófano, también es importante construir una terapia para las madres ya que éstas deben ser derivadas al hospital de Pilar cuando se presenta la necesidad de cuidados intensivos para las madres. Para los recién nacidos hospital cuenta con una terapia neonatal.

- ✓ Es importante educar a la población, dar a conocer la ley 25.929 de Parto Humanizado, ley 26485 de protección integral a las mujeres, ley 26529 derechos del paciente, que habla de este tema y hacerla respetar. Difundir información acerca del tema, debatir, analizar.

✓ Organizar una estructura que se adecue a las necesidades del paciente y al respeto de las leyes, incorporar Doulas al equipo de salud que permita acompañar a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, ofreciéndole apoyo emocional continuo sin interrumpir la práctica profesional y estableciendo un vínculo entre el equipo de salud y la mujer, explicándole lo que va ocurriendo y transmitiendo las necesidades de la mujer al personal de salud. (Valdés & Morlans, 2005).

✓ Si bien es necesario darles un buen servicio también es preciso tener información acerca de cómo se sienten las madres con el servicio brindado por cada uno del personal, el proceso de producción de conocimiento que se espera generar es conocer las necesidades de las madres con respecto a la atención teniendo en cuenta sus derechos y necesidades emocionales.

Estrategias:

✓ Posibles estrategias de solución al problema sería realizar un cambio de la tecnoestructura, armar un comité interno generando condiciones y motorizando un proceso de reorganización formado por miembros de cada servicio responsable; encargado de leer, interpretar y estudiar la realidad externa (paciente y su familia) y la realidad interna (todos los agentes de salud involucrados), rastrear cambios y transformaciones, identificando oportunidades, reconociendo amenazas y dificultades o nuevos problemas que aparezcan, modificar lo que sea necesario ajustándose al bienestar de los pacientes.

✓ Estableciendo y estandarizando normas: ciertos patrones de conducta compartidos por los miembros del grupo, las cuales especifiquen el comportamiento que se considera adecuado o inadecuado en distintas situaciones, por ejemplo, que técnica se considera más adecuada para la preparación durante el embarazo y el parto; que conductas se consideran convenientes para preservar el vínculo madre - hijo en el momento del nacimiento, respetando la “hora sagrada”.

✓ Los valores y normas también implican a las actitudes respecto de los otros profesionales involucrados en la asistencia, el

liderazgo, el trabajo en equipo, establecer acuerdos, tolerancia a las diferencias.

✓ Proponer un proyecto con el personal con los cuales se trabaja y hacerlos partícipes del proyecto para que se sientan parte del mismo y se entusiasmen y se comprometan, sugerir una tormenta de ideas con el tema para tomar las decisiones necesarias para mejorar el servicio de atención con un objetivo bien definido, de esta manera aumentará la autonomía de los trabajadores.

✓ Es necesario también detectar las habilidades humanas, estimular a la participación, cooperación para resolver conflictos. Ayudar a concientizar al personal, reeducarlo y actualizar sus conocimientos con charlas y cursos periódicos para los agentes de salud en sus distintas funciones.

✓ Estudio de los diferentes casos para presentar en ateneos, escuchar propuestas, promover incentivos al personal que trabaja en este proyecto: distinciones, menciones honoríficas. Incentivos económicos, becas, formación académica, investigaciones, reconocimientos académicos, premios, categorizaciones, fomentar proyectos donde se los hace participar a los actores responsables en conjunto con los pacientes.

✓ Formar un comité donde se promueva un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos. Una actitud humana de reflexión profunda y respeto por el sentir, las necesidades y deseos de los otros.

✓ Darles a las madres un lugar de participación para que ellas sean protagonistas de su propio parto y que puedan ser parte del equipo que servirá tanto para satisfacer su derecho como para ellas puedan colaborar en el proceso del parto teniendo en cuenta sus particularidades.

✓ Identificar las necesidades de la familia, realizar las respectivas intervenciones y reconocer que es un derecho que tienen los familiares de ser informados sobre la situación de la mujer.

✓ Respetar el tiempo fisiológico de un trabajo de parto ya que este es relativo y diferente en cada mujer e incluso en cada embarazo de la misma mujer y depende también de las condiciones específicas de la madre o de complicaciones que se pueden presentar.

✓ Teniendo en cuenta la percepción sobre la libre elección de la posición de parto, se recomienda realizar intervenciones de tipo educativas y promover su derecho con respecto a la libre elección de la posición de parto.

✓ Teniendo en cuenta que la percepción hacia el alivio del dolor de parto se recomienda además de ofrecer técnicas de alivio de dolor, educar acerca de las alternativas existentes y explicar en qué consiste cada una de ellas con el objetivo de humanizar el proceso de parto.

✓ Teniendo en cuenta la percepción de las madres con respecto al acompañante en el parto se recomienda darles un espacio para que puedan tener un acompañante tanto en los partos vaginales como en las cesáreas.

✓ Se recomienda realizar posteriores estudios de que permitan relacionar los aspectos que afectan estas percepciones de las madres con respecto al parto con la finalidad de que los profesionales tenga en cuenta para brindar una mejor atención.

9. Bibliografía

Ageitos M L, Arce H, Báscolo E, Belmartino S, Bordoni N, Busso N, et al. (2012). Pacto argentino por la inclusión en salud/país. Una propuesta para reorganizar la cobertura y transformar la forma de construir salud en Argentina. Consultado en 16 de agosto de 2016. Disponible en <http://www.cippec.org/documents/10179/56531/Pacto+Argentino+por+la+Inclusion+en+Salud+-+PAIS+-+14FEB2013.pdf/966375ae-e59c-4df8-b06a-b60d01e4589d>

Amedee Peret FJA. (2010) Tratamiento del dolor para mujeres en trabajo de parto: resumen de revisiones sistemáticas. Comentario de la BSR (última revisión: 1 de marzo de 2013). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/

Amorim, M. M. R. y Katz, L. (2011) Apoyo continuo a las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de mayo de 2012). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/

Arnaus S, J. (2012). Estudio exploratorio de la humanización de la atención Perinatal de la Mujer del Área I de la Salud de la Región de Murcia. (tesis doctoral). Universidad de Murcia. Facultad de enfermería. Murcia. P,12. Consultado el 16 de febrero de 2016. Disponible en <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/37001/1/TJAS.pdf>

Asamblea Médica Mundial (1964 - 2013) Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet] Consultado el 31 de Agosto de 2016 Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Bravo V, Paulina, Uribe T, Claudia, & Contreras M, Aixa. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 179-184. Consultado el 1 de Octubre de 2016. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007> consultado 01/10/2016

Briones Guillermo (2002) Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales ARFO Editores e Impresores Ltda. Bogotá, Colombia consultado el 01 de febrero de 2017 disponible en <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/metodologia-de-la-investigacion-guillermo-briones.pdf>

Brown, H. C.; Paranjothy, S.; Dowswell, T.; Thomas, J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2013, Número 9. Art. n.º: CD004907. DOI: 10.1002/14651858.CD004907.pub3.

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/

Burgos C, (2004). Parir con pasión: escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento. 1° ed. Buenos Aires, Argentina. Editorial Longseller.

Calafell Sala, Núria; (2015) La violencia obstétrica y sus modelos de mundo; Universidad de León; Revista. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia; 10; 6-2015; 331-354, Consultado el 26 de julio de 2015. Disponible en http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/4288/Art_culo_Calafell_definitivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castelló López, M.I. (2006). Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio. *La matrona clave en la salud de la mujer*. Conferencia llevada a cabo en el XI Congreso Nacional de Matronas, Oviedo. Recuperado de http://aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/02_EM_BARAZO/09_VIVENCIA_EMOCIONAL.pdf

Callata Y, Zegarra S. (2011) Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. (Tesis de licenciatura). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Consultado el 7 de octubre de 2016. Disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3023/1/Callata_py.pdf

Coral Ibarra, R. (2008). Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 11(1), 47-56. Retrieved October 07, 2016, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262008000100007&lng=en&tlng=es.

Costa Sampere D., Velasco M., (2016). Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado el 16 de septiembre de 2016. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/>

Fresneda Carlos, 2016. Los expertos del parto natural exigen que se trate mejor a la mujer. Diario El Mundo España. Consultado el 31 de enero de 2017 disponible en <http://nacerycrecer.com.mx/los-expertos-del-parto-natural-exigen-que-se-trate-mejor-a-la-mujer/>

Goberna J, Palacio A, Banús R. Linares S, Salas D. (2008) Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.*; 9(1): 5-10. Consultado el 7 de septiembre de 2016. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6692/173/tecnologia-y-humanizacion-en-la-asistencia-al-nacimiento-la-percepcion-de-las-mujeres>

Gonzales B, J t.; Quinteros M. D, 2012. percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería. 2009 Bogotá. P 23-

25Consultado el 23 de noviembre de 2015. Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>

Gülmezoglu Meten, Souza João P, Widmer M, y Matthews Mathai, Olufemi Oladapo, Therese Dowswell et al (2015) Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Consultado el 5 septiembre de 2016 disponible en www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación cuarta edición. 2006 MCGRW-HILL pág. 45. Consultado 28 de agosto de 2016. Disponible en <http://www.la-tesis-tesinas.com.ar/content/descargar-el-libro-de-sampieri-en-pdf-descargar-el-libro-de-umberto-eco-en-pdf>

Hospital Posadas, Argentina (2013) Institucional. Artículo de divulgación [internet] Consultado el 14 de noviembre de 2014. Disponible en <http://www.hospitalposadas.gov.ar/institucional/historia/>

Hospital Posadas, Argentina (2015) Cine debate sobre el parto respetado en el Hospital Posada. Artículo de divulgación [internet] consultado el 28 de Julio de 2015. Disponible en http://www.hospitalposadas.gov.ar/noticias/noticia.php?noticia_n=141

Hospital Posadas, Argentina (2016). Programa de Nacimiento sin Intervención en el Hospital Posada. Artículo de divulgación [internet] consultado el 21 de Junio de 2016. Disponible en http://www.hospitalposadas.gov.ar/noticias/noticia.php?noticia_n=141

Infojus, (2015). Sistema Argentino de información jurídica. ARTÍCULO 2°. g). Decreto 2035/2015 Bs. As., 24/09/2015 Fecha de Publicación: B.O. 1/10/2015. Consultado el 15 de diciembre de 2016. Disponible en <http://www.saij.gob.ar/es-aprobada-poder-ejecutivo-nacional-reglamentacion-ley-25929-sobre-parto-humanizado-es-aprobada-poder-ejecutivo-nacional-reglamentacion-ley-25929-sobre-parto-humanizado-nv12895-2015-09-24/123456789-0abc-598-21ti-lpsedad Devon>

Lais J. (2006). Caminos hacia una maternidad diferente. Un estudio sobre el parto vertical. P, 7. (Tesis para título de magister en ciencias de la familia). Consultado el 21 de febrero. Disponible en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000267.pdf>

Larguía M., González M., Solana C., Basualdo M., Di Pietrantonio E., Bianculli P., Esandi M. (2011) Maternidad segura y centrada en la familia. 1ra edición. Argentina. Consultado el 10 de septiembre de 2015. Disponible en http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

Lavender T y Mlay R. (2006). Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la*

OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/

Lugones Botell, Miguel, & Ramírez Bermúdez, Marieta. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 134-145. Recuperado en 04 de octubre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es&tlng=es.

Marconi E., Guevel C., Fernández M., Martínez M., Santoro A., Loiacono K. et al (2003 – 2012) Análisis de la Mortalidad Materno Infantil República Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Consultado el 04 de octubre de 2016. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000616cnt-analisis_mortalidad_materno_infantil_argentina-2003-2012.pdf

Martis R. (2006) Apoyo continuo a las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/

Medina G (2009). Violencia Obstétrica. Revista de Derecho de Familia y de las Personas. Buenos Aires, Argentina. Consultado el 04 de Octubre de 2016 Disponible en <http://www.graciamedina.com/articulos-publicados/?start=48>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, (2016). Presidencia de la Nación. 2016 Ley 25929. Protección del embarazo y del recién nacido. Sancionada el 25 de agosto 2004. Reglamentada el 24 de septiembre de 2015. Información Legislativa [internet]. Consultado el 04 de octubre de 2016. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Ministerio de Salud de la Nación, Argentina (2015). Parto Respetado. Artículo de divulgación [internet] Consultado el 26 de septiembre de 2016. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>

Ministerio de salud, (2016). Provincia de Buenos Aires. Región Sanitaria V. Provincia de Buenos Aires. Argentina. Consultado el 03 de diciembre de 2016. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/http://region-v.com.ar/Default.aspx>

Moral Sosa, S. A. (2013). ¿Ritos Emancipatorios? Experiencias de parto respetado en Quito. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (Tesis para obtener el título de magíster en antropología visual y documental antropológico). www.flacsoandes.edu.ec [file:///C:/Users/Silvia/Downloads/TFLACSO-2013SAMS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Silvia/Downloads/TFLACSO-2013SAMS%20(1).pdf)

Oiberman, A. (Ed.). (2013) Nacer y acompañar: abordajes clínicos en Psicología Perinatal. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Olivares Martos, D. M., Flores Mercado, M., & Zagaceta Guevara, Z. (2012). Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Tesis de grado): Lima - Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ.

http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_0ff184cc1af452a7292bc23136bce555

Organización Mundial de la Salud (1996) Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Consultado el 6 de octubre de 2016. Disponible en http://www.durga.org.es/webdelparto/images/cuidados_parto_normal.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014, 1). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Artículo de divulgación [internet] consultado el 30 de Mayo de 2015. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/.../es/

Oria Vicharra, C. M., & Ibarra Puch, L. (2007). Influencia del apoyo del acompañante en el proceso del trabajo de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal. (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ. Consultado el 26 de septiembre de 2016. Disponible en http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_bb3d491aa74fcb1d09cac0908afa07fe

Orozco G, Peña A. (2010) Apoyo emocional a las mujeres en trabajo de parto. (Tesis de grado). Minatitlán-México: Universidad Veracruzana. consultado el 20 de septiembre de 2016 Disponible en cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/326/1/AlfonsoOrozcoPenaAlvarado.pdf

Pérez Porto J, Merino M. (2011) definición de buen trato Publicado: 2011. Actualizado: 2014. Definicion.de: Definición de buen trato Copyright © 2008-2016 [internet] consultado 04 de Septiembre de 2016 disponible en: [Definición de buen trato - Qué es, Significado y Concepto http://definicion.de/buen-trato/#ixzz4JIGiaS11](http://definicion.de/buen-trato/#ixzz4JIGiaS11)

Pineda E, de Alvarado E, de Canales F. (1994) Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2a. edición 1994. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Pág. 26 – 81

Puig G, Sguassero Y. (2006) Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/es/

Saavedra D. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la Clínica Palermo. (Tesis de maestría). Bogotá-Colombia: Universidad Nacional de Colombia. 2013.

Consultado el 19 septiembre de 2016 Disponible en www.bdigital.unal.edu.co/11168/1/deisylorenasaavedrainfante.2013.pdf

Samar Quintanilla, D. A., & Zagaceta Guevara, Z. (2010). *Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis Perú. http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_b3d491aa74fcb1d09cac0908afa07fe

Souza Minayo. [et al.]. (2007) *Investigación social: teoría, método y creatividad / ed. 2a reimp. - Buenos Aires: Lugar Editorial. 64 p.; 20x14 cm. (Salud Colectiva. Didáctica / Hugo Spinelli) cap. I* pág. 18. Consultado el 29 de Agosto de 2016. Disponible en http://capacitasalud.com/campus/pluginfile.php/16521/mod_resource/content/2/Souza%20Minayo-%20Investigacion%20social-%20cap%204.pdf

Terán, P, Castellanos, C, González B, Mireya, & Ramos, Damarys. (2013). *Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 73(3), 171-180*. Recuperado en 19 de septiembre de 2016, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es&tlng=es.

Uranga A., Urman J., Lomuto C., Martínez I., Weisburd M., García O., et al (2010). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Coordinación Editorial Área de Comunicación Social - DINAMI Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud Argentina 4ta. Edición. Consultado el 15 de junio de 2015. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Valdés L., Verónica, & Morlans H., Ximena. (2005). *Aportes de las Doulas a la Obstetricia Moderna. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 70(2), 108-112*. Consultado el 04 de Diciembre de 2016. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200010> http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200010

Vela Coral, G. (2015) *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado*. (Tesis de grado). Lima – Perú: Universidad Nacional de San Marcos. Consultado el 5 de Octubre de 2015. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>

Villegas Poljak, Asia. (2009). *La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 14(32), 125-146*. Recuperado en 31 de marzo de 2016, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010&lng=es&tlng=es.

10. Anexo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la evaluación: **Análisis de la percepción de las madres sobre la atención del parto humanizado en el Hospital Materno Infantil Comodoro Hugo Meisner en noviembre - diciembre de 2016.**

Se me ha invitado a participar de la siguiente evaluación, explicándome que consiste en la realización de una encuesta, que servirá de base a la presentación de la tesis de grado de maestría sobre el tema arriba enunciado, que será presentado por la Lic. Silvia Silvestri, estudiante de la carrera Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, del Centro de Estudios Interdisciplinarios, de la Universidad Nacional de Rosario.

La encuesta consiste en la recolección de datos relacionados con el tema arriba enunciado. La misma no provocará ningún efecto adverso hacia mi persona, ni implicará algún gasto económico, pero contribuirá en el conocimiento del parto humanizado, ya que el fin de este estudio es analizar la percepción de las madres sobre la atención de parto humanizado en el Hospital Comodoro Meisner, durante el período de Noviembre - Diciembre de 2016. La firma de este consentimiento no significa la pérdida de ninguno de mis derechos que legalmente me corresponden como sujeto de la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

Yo.....he recibido del estudiante de la carrera Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Lic. Silvia Silvestri, información clara y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la encuesta, en mi plena satisfacción sobre esta evaluación, en el que voluntariamente quiero participar. Puedo abandonar la encuesta en el momento que lo considere, además la información que brinde será confidencial y no habrá consecuencias por la misma. Doy mi consentimiento para que me efectúen la encuesta antes descrita, y los análisis complementarios que sean necesarios o convenientes a la realización de esta, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. He Informado al profesional el propósito y naturaleza de la investigación descrita arriba.

Firma del profesional _____

DNI _____

Firma del encuestado _____

DNI _____

Lugar y Fecha _____

Encuesta

ANALISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LA MADRE SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL COMODORO HUGO MEISNER EN NOVIEMBRE - DICIEMBRE DE 2016

Es grato dirigirnos a usted para solicitarle su participación en el presente estudio de investigación. Esta encuesta es de carácter anónimo y su finalidad es académica. Agradecemos de antemano su sinceridad y veracidad en los datos brindados.

N° de encuesta: Fecha:/...../..... Hora:

I. Características sociodemográficas

1. Edad:años

2. Estado civil: Casada Concubina Soltera Separada Viuda

3. Nivel de instrucción: Ninguno Primaria incompleto Primaria completo

Secundario incompleto Secundaria completo Terciario incompleto

Terciario Incompleto Universitario incompleto Universitario completo

4. Lugar de residencia: Pilar Derqui J. C. Paz Astolfi Otro

5. Ocupación: Ama de casa Trabajo dependiente Trabajo independiente

II. Características ginecobstetricias

6. Número de embarazos:

7. Número de partos:

8. ¿algunos de los partos que tuvo fue por cesárea?

Si No ¿cuántos?.....

9. Número de controles prenatales:

10. Actualmente, ¿su parto fue vaginal o por cesárea?

Parto vaginal Cesárea

11. ¿Concurrió a charlas y cursos de parto durante el embarazo?

Si No

12. ¿Recibió información acerca del parto y sus derechos por parte de los integrantes del equipo de salud?

Si No

III. Percepción sobre el parto humanizado

Trato del equipo de salud

13. ¿Cuál fue el profesional que tuvo mayor protagonismo / responsabilidad en la atención de su parto / cesárea?

.....

14. Cuando Ud. ingresó a la sala de parto o quirófano, (*profesional mencionado*) ¿se presentó con usted?

Si No

15. ¿Qué tanta comunicación existió entre el profesional que le atendió su parto y usted durante el trabajo de parto?

Ninguna comunicación poca comunicación Mediana comunicación

Mucha comunicación total comunicación.

16. ¿Alguno de los integrantes del equipo de salud que la atendieron durante el parto o cesárea le explicó en qué consistía el trabajo de parto o cesárea?

Si No

17. ¿Cuándo los integrantes del equipo de salud se dirigían a usted la llamaba por su nombre?

Nunca pocas veces medianamente casi siempre siempre

18. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron le explicaron los procedimientos que le iban a realizar durante su trabajo de parto o cesárea?

No me explicaron ninguno me explicaron algunos medianamente

casi siempre siempre

19. ¿Cuándo usted sentía que perdía el control de sí misma por dolores en el trabajo de parto, los integrantes del equipo de salud que la atendieron la ayudaron a controlarse?

Si No

20. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron respetaron su intimidad en todo momento?

Si No

21. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron le pidieron permiso antes de examinarla?

Si No

22. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron fueron amables y pacientes con usted?

Si No

23. ¿Se sintió conforme con el trato recibido por parte de los integrantes del equipo de salud que la atendieron?

Si No

Acompañamiento

24. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron le explicaron que usted podía decidir tener un acompañante durante el parto o la cesárea?

Si No

25. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron le explicaron que el acompañante que usted escogiera debía ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarla, darle seguridad y apoyo?

Si No

26. ¿En qué momento cree usted que su acompañante debe estar en el trabajo de parto?

antes durante después En todo momento

Libre elección de la posición para el parto

27. ¿Le explicaron que usted podía deambular libremente mientras dure el trabajo de parto, aunque sea alrededor de su cama?

Si No

28. ¿Qué posiciones para el parto conoce usted?

Acostada Semisentada De pie En cuclillas cuadrupedia

De costado No sabe

29. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron le explicaron las posiciones para el trabajo de parto?

Si No

30. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron le explicaron que usted podría escoger la posición para dar a luz?

Si No

31. ¿Le permitieron cambiar de posición para su mayor comodidad mientras duró el trabajo de parto?

Si No

Alivio del dolor de parto

32. ¿Conoce alguna opción para aliviar el dolor?

Si No

33. ¿Los integrantes del equipo de salud que la atendieron le explicaron las opciones disponibles para el alivio del dolor durante el trabajo de parto?

Si No

34. ¿Las opciones ofrecidas le permitieron aliviar el dolor?

Si No

35. Cuando nació su hijo/a, ¿le permitieron tener contacto piel a piel colocándolo sobre su pecho, fortaleciendo así el vínculo madre e hijo?

Si No

35. ¿Se sintió conforme con la ayuda recibida por parte de los integrantes del equipo de salud que la atendieron?

Si No

Muchas Gracias por su participación...

Anexo Fotos:

Frente del Hospital Materno Infantil Comodoro Meisner



Sala de parto o dilatantes



Sala de partos con tres camillas divididas por cortinas



Quirófano



Una habitación del hospital con tres camas separadas por mesas de luz

