

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE”



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

TEMA:

**PARTO LIBRE Y NATURAL, CON UNA MIRADA A LA HUMANIZACIÓN
DEL TRABAJO DE PARTO HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE,
NOVIEMBRE 2016 - ENERO 2017.**

Autora:

Dra. Antonia Margarita Gutiérrez Mendoza.

Tutor:

Dra. Adalgia Porras Bojorge
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Asesor metodológico:

Dr. José Antonio Delgado Alvarado.

Managua, 2017

Índice

I.Introducción.....	1
II.Antecedentes	3
III.Justificación	5
IV.Planteamiento del problema	6
V.Objetivos	8
VI.Marco teórico.....	9
VIII.Operacionalización de variables	37
IX. Resultados.....	40
X.Análisis de resultados.....	41
XI.Conclusiones.....	43
XII.Recomendaciones	44
XIII.Referencias.....	45
XIV.ANEXO	47

Dedicatoria

A Dios todo poderoso por estar en mi camino cada uno de los días que pasaron durante estos cuatro años de mi vida académica, por darme la fortaleza y valentía de seguir creciendo en mi vida profesional a pesar de cada obstáculo y dificultades que se me presentaron durante el proceso de formación como especialista.

A mis Tías por tenerme siempre presente en cada una de sus oraciones, por cada consejo motivador que me dieron cuando más lo necesite y por formarme siempre como una persona de bien.

Agradecimientos

Al Hospital alemán nicaragüense por acogerme y abrirme puertas de enseñanza en el año 2014 después del cierre del HFVP

A mis docentes padres del saber por su dedicación, esmero y esfuerzo por compartir el pan de la enseñanza. De manera especial agradezco a mis tutores Dr. Hebert Cesar y Dra. Adalgia Porras por regalarme un momento de su tiempo y orientarme durante la realización de mi trabajo monográfico.

Resumen

Se realizó una investigación destinada a evaluar el conocimiento sobre los derechos de la embarazada durante el trabajo de parto por el personal de salud que labora en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense , ubicado en el Municipio de Managua Departamento de Managua, en el periodo Noviembre 2016- enero 2017. Donde se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo de corte transversal ya que estudia datos actuales de dicha investigación, tomando en cuenta al personal de salud que labora en sala de labor y parto que estuvo presente en los momentos que se realizó el estudio. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron las encuestas dirigidas al personal de salud para medir su conocimiento, relación teórica-práctica del parto; desde la perspectiva de la humanización ,durante este período de recolección de información se logró cumplir con los objetivos descritos en la investigación, en conclusión se evaluó el conocimiento que posee el personal de salud con respecto a los derechos de la embarazada en la atención del parto humanizado, encontrando como resultados que en su mayoría el grupo en estudio tiene pleno conocimiento de los derechos y todos los aspectos dirigidos a que las pacientes puedan sentirse protagonistas de su proceso biológico, más sin embargo en un grupo minoritario se encontró déficit de conocimiento sobre el concepto de humanización el cual es amplio y no solo radica en el apego precoz y la toma de decisiones libres de la paciente. A pesar de que se comprobó que todos los participantes tienen conocimientos básicos, sobre los derechos de la embarazada en la humanización del parto, por lo tanto se recomienda al personal la actualización constante en pro de conocer todas las consideraciones que aborda la normativa y aplicarla en las pacientes para mejorar la atención del parto y lograr que las pacientes obtengan una mejor atención de calidad y con calidez, y recurran a la atención del parto institucional brindado en la unidad de salud HAN.

I. Introducción

A principio del siglo XX el parto comenzó a realizarse en instituciones sanitarias con el propósito de disminuir la mortalidad materna y neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de manejar la atención del parto como una enfermedad. Las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones, de este modo el parto se transformó en un “acto médico” cuyo significado dejó de lado aspectos esenciales como la preferencia de la paciente y el derecho de la misma a elegir su posición de parto, tener acompañamiento, etc. En respuesta de ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985 realizó un encuentro en Brasil donde surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”, que inició el proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado. (Coral, 2016)

En este contexto la adecuación cultural para atención del parto, forma parte de un conjunto de estrategias desarrolladas por el MINSA (Plan de Parto, Casas Materna, cuidados obstétricos neonatales esenciales (CONE) y planificación familiar) desarrolladas con participación de la comunidad organizada para mejorar el acceso y la calidad de atención

Cualquier acción que patologice los procesos reproductivos naturales y biológicos, expresados en un trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud, relacionadas con todo el procedimiento que conlleva un embarazo, desde el período de gestación hasta el post parto, afectando de manera directa o indirecta, el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. 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. (Sabatino, 2010)

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

La atención al parto dentro del régimen hospitalizado ha cambiado mucho en los últimos años. Antes se desconocía o no se tenía en cuenta la importancia de la fisiología del parto: se distorsionaba todo el torrente hormonal necesario para el parto normal mediante prácticas rutinarias como la excesiva medicalización, la separación de la madre y el bebé sin motivos médicos en los primeros minutos u horas después del nacimiento, la escasa o nula participación del padre, etc. Se consideraba a la madre y al bebé como sujetos pasivos y se centraba toda la atención en los profesionales sanitarios. (Gibbons, 2010)

En Nicaragua el Parto Institucional Humanizado, fue aprobado como un derecho a la salud de las mujeres. Para ello se creó una normativa de humanización del parto institucional en mayo del 2010, en el acuerdo ministerial N° 250-2010. Con el objetivo que Nicaragua logre significativo avance y esté muy cerca de alcanzar este Objetivo de Desarrollo del Milenio con una atención en mejoría del ámbito obstétrica-neonatal, por lo cual fue aprobado el documento de “Normas de humanización del parto institucional. (MINSAL, 2010)

En este trabajo, pretendemos encontrar que tanto el personal médico y de enfermería conoce a cerca de los derechos de la embarazada durante el trabajo de, también se abordaran algunos aspectos sobre la atención obstétrica desde la perspectiva de género, se estudiará al personal médico y de enfermería, mediante el uso de una ficha de recolección de la información la que será llenada por los participantes del estudio.

II. Antecedentes

A pesar de los grandes avances científicos en materia de la salud, el sector de la población integrado por las mujeres y los niños, continúa recibiendo un tipo de atención de salud, afectado por las implicaciones de una creciente “tecnificación y deshumanización en la atención, la deficiencia o baja calidad del servicio, no solo puede generar problemas de salud física, personales o psicológicos si no que atenta en contra los derechos humanos de las usuarias. (Jones, 2009)

La atención a embarazadas y parturientas, inmersa en la realidad citada, proporciona un espacio apropiado para investigar acerca de los estilos que adopta la relación médico paciente, de las formas como cada actor se comporta, valoraciones e interpretaciones que hace. Y justamente, de una serie de observaciones sobre el comportamiento del personal de salud y las mujeres embarazadas en la sala de labor y parto (Pérez 2001).

En Brasil en el 2011, se realizó un estudio sobre la atención del parto humanizado, el cual los resultados de esta temática manifiestan, que las unidades de salud municipales, según la situación cultural local y nacional y la falta de acondicionamiento, no hay una práctica excelente del parto humanizado en las zonas rurales de distintos municipios, por lo cual han construido una metodología muy sencilla y fácil para su práctica, a través del diálogo con la parturienta con un contenido humanista actuando de manera psicosocial-espiritual, de esta manera surge un enfoque hacia la práctica del parto humanizado institucional, integrando a la mujer, partera, personal de salud y otros miembros de la red comunitaria. (Suarez, 2011)

Garzón, N, (2008), afirma que la humanización del parto comprende también los aspectos culturales, históricos y espirituales de la mujer, para lo cual los profesionales de la salud deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas.

Goberna J. y Col (2009) publicaron en España el estudio “tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres”. Los resultados señalaron que la estructura hospitalaria, los profesionales y la tecnología les

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

proporcionaban seguridad. En relación a la percepción y valoración del dolor a la hora del parto, para algunas mujeres, el dolor del parto aporta una vivencia gratificante. Se concluyó que las mujeres prefieren una atención menos medicalizada y quieren sentirse protagonista de su embarazo y parto.

En Nicaragua se ha hecho un esfuerzo gigantesco y con la evidencia que hay desde el punto de vista científico podemos decir que logrará alcanzar la meta, destacando que se encuentra entre los 11 países de América y el Caribe, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han logrado significativos avances en la reducción de la mortalidad materna con la implementación del parto humanizado institucional.

Alcaldía de Bonanza, (2014), en la Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN), Municipio de Bonanza, las orientaciones del Gobierno Central hacia el personal médico fue la restitución de Seminario de graduación elaborado por Cinthia Turcio, Glenda Vargas. Los derechos de las mujeres del campo o urbanas para tener partos más acordes con su cultura y con las atenciones médicas formales que garanticen sanidad y una atención a tiempo ante cualquier dificultad imprevista, por lo tanto fue construida la primera sala de parto humanizado habilitado con el equipamiento completo para la atención del parto humanizado.

En Jinotega en el 2015, se realizó una investigación por estudiantes de quinto año de enfermería destinada a evaluar el conocimiento y la atención del parto humanizado por el personal de salud en el Hospital Victoria Motta, ubicado en el Municipio de Jinotega con el objetivo principal evaluar el conocimiento y la atención del personal de salud con respecto al parto humanizado dando como resultados la falta de cumplimiento de la normativa del parto humanizado, focalizado en la deshumanización del parto, a pesar de tener los conocimientos básicos, por lo tanto recomendaron al personal una mejor implementación del parto humanizado, para mejorar la atención del parto y lograr que las pacientes obtengan una mejor experiencia en la atención de calidad y calidez, y recurran a la atención del parto institucional brindada en dicho Hospital.

III. Justificación

El parto humanizado es un derecho de toda mujer embarazada que consiste en brindar información de calidad sobre su estado gravídico, con amabilidad y respeto a su religión y cultura de manera que entienda lo que se le quiere informar, acerca de la libertad de elegir un acompañante, posición de parir y la alimentación que ella desee, brindar comodidad a la embarazada con un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser lo mejor y más seguro para ella y su bebé con el fin de garantizar la satisfacción de la usuaria.

La importancia de realizar este estudio radica en la obtención de información sobre cómo se está realizando la atención del parto humanizado por el personal de salud del Hospital Alemán Nicaragüense, será de utilidad para mejorar en aquellos criterios y aptitudes que no se están cumpliendo en la atención del parto humanizado y poder brindarle a las mujeres embarazada una estancia grata y de calidad en la atención del parto.

IV. Planteamiento del problema

Nos encontramos en la actualidad en un momento de importancia para el desarrollo y devenir de las prácticas relacionadas con el proceso de atención del parto, si bien, en los últimos años, podemos identificar avances en términos normativos, en torno a la atención del proceso de concepción y parto, no podemos referir lo mismo en relación con las representaciones y prácticas vigentes en los sistemas de salud públicos, privados y de la seguridad social. Continúa imperando un paradigma que lo concibe ajeno a la mujer, en su totalidad física, emocional, social y ambiental, ubicándola en el lugar de un mero objeto de intervención. Prevalece aún la construcción médico-social de la mujer incapaz de parir, mujer que debe ser asistida ineludiblemente a bien de facilitar el trabajo de parto y parto para el “feliz logro del objetivo” por parte de un equipo médico. Rígidas, inmovilizadas, pasivas, incapaces de ser protagonistas de su parto y, en consecuencia, conducidas y dirigidas por el personal médico.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta: **¿Cómo es el parto libre y natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto Hospital Alemán Nicaragüense, noviembre 2016- Enero 2017?**

Preguntas de Sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los participantes del estudio?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal médico y de enfermería de los derechos de las embarazadas en la humanización de la atención del trabajo de parto?
3. ¿Cuál es el nivel de profesionalización del personal de salud que atendió a las participantes del estudio?

V. Objetivos

Objetivo general:

Describir al personal de salud en el parto libre y natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto hospital alemán nicaragüense, noviembre 2016 enero 2017.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio-demográficas y laborales del personal de salud que atiende partos en el hospital alemán nicaragüense.
2. Determinar el nivel de conocimiento del personal médico y de enfermería de los derechos de la mujer embarazada durante la atención del parto.
3. Identificar el nivel de profesionalización del personal de salud que labora en la sala de labor y parto.

VI. Marco teórico

6.1 Parto

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona, y contrario a la muerte. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino. El proceso del parto humano natural se categoriza en tres estadios: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. (Fernández, 2006)

Desde los inicios de la historia la asistencia al parto, pese a ser éste un proceso fisiológico, ha precisado cuidados y atenciones. La comadrona ha sido la persona encargada de ayudar en el trabajo de parto a lo largo de la historia, manteniendo en la mayor parte de los casos una actitud expectante y no intervencionista. En el periodo clásico y medieval los médicos centraron su interés en el conocimiento teórico del proceso procreativo, actuando únicamente en casos excepcionales, como cuando se necesitaba desmembrar a algún feto muerto para sacarlo del útero. (Schwarcz, 2008)

A partir del siglo xvii esta tendencia cambia, debido a la incorporación de los cirujanos en la atención al parto y al uso de la instrumentación con fórceps, iniciándose de este modo la tecnificación de la asistencia al nacimiento. Desde finales del siglo xix, la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica que el proceso del parto comience a ser atendido en los hospitales, a los que acuden las mujeres con partos complicados y en los que se representa a la gestante como una mujer enferma que requiere asistencia médica. Después de la Segunda Guerra Mundial, en pleno siglo xx, la medicalización de los servicios de maternidad pasa a ser un fenómeno global, aunque las prácticas de asistencia al parto

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

difieren de un lugar a otro debido a componentes culturales, o incluso dentro de una misma zona por las diferencias en las políticas hospitalarias o praxis obstétricas. Es fundamentalmente durante la segunda mitad del siglo xx cuando cambia el escenario de la asistencia al parto normal, al trasladarse éste del interior del hogar a una sala de hospital, justificándose en las mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos. Progresivamente, se va imponiendo un dominio médico del proceso, con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El poder de los sanitarios subordina la maternidad al modelo biomédico, por lo que comienza a valorarse la gestación desde una perspectiva fundamentada en un modelo tecnocrático, paternalista y autoritario. Sin embargo, en la década de 1980 empezaron a cuestionarse las praxis médicas, gracias a algunas voces críticas y a diversos movimientos sociales que influyeron en un cambio de las ideas dominantes y que calaron en el imaginario colectivo, produciéndose cambios en la conceptualización de lo que debía ser una atención de calidad, tanto por parte de algunas parturientas como de algunos profesionales de la salud, y reivindicándose un empoderamiento de la mujer. (Salinas, 2014)

A consecuencia de este cambio de mentalidad, algunos Estados y organismos internacionales iniciaron modificaciones legislativas en esta línea. En 1985, en Fortaleza (Brasil), la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, a la que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, administradores sanitarios y madres. Esta conferencia hizo que la OMS revisara el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía. Por este motivo, la OMS promulgó unas recomendaciones para evitar ciertas prácticas, no justificadas, que estaban llevándose a cabo de manera sistemática. Además, este organismo especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral y holística. (OMS, 2013)

En las últimas décadas se ha producido una cierta polémica entre aquellas visiones tradicionales que contemplaban una atención medicalizada del parto y un nuevo movimiento que defiende su humanización. Son muchos los autores que han reivindicado la humanización de la atención al parto, relacionando su deshumanización con una alta tecnificación, aunque un parto no tecnificado, por sí solo, no es garantía de un parto humanizado. Todo esto hace necesaria una correcta y detallada definición del concepto de humanización de la asistencia al parto. (Blanco, 2012)

6.2 Reseña Histórica del Parto humanizado

Aunque el concepto de “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (sabatino, 2010)

Ya en el siglo XX, en 1930, El obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, los médicos Nikolaïev y Platonov comenzaron a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que “limpiar la mente” con un reacondicionamiento, conocido después como psicoprofilaxis.

Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de cómo el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó el método psicoprofiláctico, como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor. El método de Lamaze ganó renombre en los Estados Unidos después de que Marjorie Karmel escribiera sobre su experiencia en 1959 en su libro Thank You, Dr. Lamaze. En ese mismo año se creó la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA).

En 1976 se publicó el libro “Por un nacimiento sin violencia”, de Frederick Leboyer, que revolucionó la obstetricia y enriqueció el modelo de atención psicoprofiláctica, al describir por primera vez el proceso del parto desde el punto de vista de la persona próxima a nacer, como principal protagonista. La mujer da a luz, el bebé nace. Leboyer reflexiona sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo convencional y, para mitigarla, ofrece una serie de claves para un nacimiento sin violencia. (Castillo, 2011)

En los años ochenta se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell, del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent Y del médico David Chamberlain, con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto. Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical. (Kitzinger, 2012)

Previamente, el tema de la lactancia materna había empezado también a tomar relevancia con la fundación de la Liga Internacional de la Leche, en 1956, por un grupo de mujeres de Illinois, Estados Unidos, que habían amamantado a sus hijas/os, para ayudar a quienes por diferentes razones a menudo debido a la falta de información o a la presión social, tenían dificultades o dudas sobre cómo amamantar a sus bebés. En

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

1964 se abrieron grupos en México y, en la actualidad, la Liga se extiende a más de 65 países, atendiendo mensualmente a más de 300,000 mujeres.

En la década de los noventa, se unificó el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”.

En América Latina surgieron, entre otras, tres organizaciones de la sociedad civil que han promovido arduamente y que proveen de información sobre el parto humanizado: La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa), La Coalición para mejorar los servicios de maternidad (CIMS) y la Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y el nacimiento (Relacahupan). (Jones, 2009)

Existe consenso en llamarle “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. Se ha insistido también en que el papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos”. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque basado en evidencias, con intervenciones técnico-medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones. (Caldeyro, 2012)

También se ha acuñado el término de “nacimiento humanizado”, el cual incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el bebé recién

nacido/a y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos. (Osorio, 2014)

6.2.1 Consenso en considerar para el parto y nacimiento humanizados

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
 - No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
 - Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
 - Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
 - Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
 - Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
 - Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
 - Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de salud.
 - Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
 - Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios. (Bruce, 2015)

6.2.2 Humanización del parto

La idea de humanizar el parto viene de hecho, de que muchos servicios médicos no han incorporado las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos que reglamentan la atención del parto.

Estas son algunas de las intervenciones que son cuestionadas pero que continúan en la práctica, en las rutinas de las maternidades de hospitales y en muchos centros privado de nuestro país.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

Intervención	Porque todavía se hace	Porque debería ser abolido
La prohibición de la presencia de un/a acompañante, que ya es aprobada por ley estatal en muchos estados...	Se dice que los acompañantes entorpecen y que no hay espacio para ellos.	Porque la acompañante da más tranquilidad a la parturienta e inhibe abusos del equipo hospitalario.
enemas	Se dice que acelera el trabajo de parto y que las heces podrían contaminar al bebé.	Es incómodo para la maniobra de las mujeres y los estudios comprueban que su uso no trae ninguna ventaja.
Rasurado del pubis	Se hace porque se asegura que el parto es más higiénico.	Puede haber inflamación local y el crecimiento del vello es incómodo. Se ha comprobado que su práctica no es necesaria.
Uso de violencia verbal y psicológica, frases como no grites que no te voy a ayudar, cuando lo hiciste no gritabas	Se asegura que las palabras de orden y bronca pueden calmar mujeres nerviosas y asustadas y así organizan el servicio médico.	Lo que hace una mujer gritando perdiendo el control en el trabajo de parto, generalmente puede ser resuelto con un halago y un poco de atención.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

<p>Uso rutinario de suero con hormona oxitocina</p>	<p>Porque provoca más contracciones y logrando así que el parto sea más rápido y que la cama quede libre</p>	<p>Los dolores de parto con oxitocina son insoportables Y pueden provocar sufrimiento fetal.</p>
<p>Ayuno durante el trabajo de parto.</p>	<p>Se dice que en caso de una cesárea, puede haber problemas de aspiración de alimentos.</p>	<p>El ayuno provoca debilidad y puede causar serios problemas en el parto. el hecho de aspiración es tan raro que no puede ser usado como justificativo</p>
<p>Restricción de movimientos haciendo que la mujer quede acostada durante todo el trabajo de parto.</p>	<p>Se dice que no hay espacio en los centros obstétricos para que las mujeres caminen y cambien de posición y que esto es más seguro.</p>	<p>Los estudios probaron, hace mucho tiempo, que la mujer debe tener libertad de posición y movimiento durante todo el trabajo de parto.</p>
<p>Parto en posición ginecológica con la mujer acostada de espalda con las piernas en alto.</p>	<p>Facilita la acción y la intervención del medico</p>	<p>Hace que el parto sea más lento, disminuye la oxigenación del bebé y no es cómodo para la mujer.</p>
<p>Uso rutinario de episiotomía (corte para aumentar la abertura de la vagina) en un 70 u 80 % de partos normales,</p>	<p>Se dice que la episiotomía es necesaria. La verdad es que hay una gran desinformación de los médicos sobre la necesidad de este procedimiento.</p>	<p>Aumenta la chance de sangrado, inflamaciones e infecciones. Puede causar problemas en la relación sexual. Puede</p>

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

cuando solo es recomendado en un 15 o 20 %.		provocar incontinencia urinaria.
Separación del bebe después del parto, sin que él y la madre se puedan tocar, oler y tener la primera posibilidad de amamantamiento.	Está hecho para que el bebé sea examinado y lavado.	Después del parto es el momento más importante para la madre y el bebé, ya que allí se establece el vínculo. El Amamantamiento provoca más rápidamente la salida de la placenta y con menos sangrado.

(Herrera, 2013)

6.2.3 Atención del Parto

En primera instancia debe preparar el instrumento necesario y una adecuada higiene vulva perineal con toda las medidas de asepsia y antisepsia, colocar a la paciente en posición de litotomía, si es parto normal decúbito dorsal con las piernas elevadas, y en ginecología decúbito dorsal con los talones al mismo nivel de los glúteos, estas son las posiciones más comunes en estos momentos, la parturienta debe colaborar activamente con pujos y respiración adecuada.

La función del personal que atienda el parto en este periodo es la protección del periné para evitar los desgarros (depende de la elasticidad de los tejidos, de la paridad, del tamaño de la presentación, velocidad del desprendimiento), para ello se permitirá el avance de la presentación, manteniendo su flexión hasta que el diámetro sub

occipitobregmatico haya traspasado el anillo vulvar distendido, en este momento se pide a la parturienta que deje de pujar y mantener la respiración jadeando. Se enlentecerá el desprendimiento apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la deflexión se realice lentamente a fin de evitar desgarros.

Se colocará la mano derecha, provista del apósito sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar y los dedos restantes, sosteniendo la presentación para que no efectúe su avance y deflexión bruscamente, acercando a su vez hace el rafe perineal los tejidos laterales del periné, como si se quisiera fruncir los mismos, con lo que disminuye su tensión. Se terminará el desprendimiento, siempre a la máxima lentitud posible, con la salida de la frente, cara y el mentón suavemente.

Con la protección perineal termina el desprendimiento de la cabeza. Aunque, el resto del cuerpo con frecuencia se desprende espontáneamente, es habitual ayudar a su salida final. Para ello una vez desprendida la cabeza, esta realiza su restitución y rotación externa, se observa si hay algún circular de cordón ajustada al cuello, la que de existir debe deslizarse sobre la cabeza o sobre el hombro. Si la tensión de la misma lo impide, se secciona de inmediato el cordón entre dos pinzas de Kochers. Se toma la cabeza con ambas manos de los parietales anterior hasta sobre pasar el pubis, luego se tracciona hacia arriba, con lo que se obtiene el desprendimiento del hombro posterior, el resto del cuerpo, al ser menos voluminoso que los segmentos ya desprendidos, se expulsa fácilmente el resto del cuerpo. (Suárez, 2014)

6.2.4. Criterios para no realizar parto vertical

- ✓ Cesárea anterior de tipo corporal.
- ✓ Desproporción céfalo pélvica.
- ✓ Sufrimiento fetal agudo.
- ✓ Presentación podálica.
- ✓ Embarazo gemelar.
- ✓ Presentación del niño o niña Distócica.
- ✓ Contracciones distócicas.
- ✓ Distocia de cordón.

6.2.5 Técnicas que se utilizan en la atención del parto humanizado

Son el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato (Schwarcz, Duverjes, & Díaz 2008).

A) Ejercicios Profilácticos

Estos ejercicios proveen efectos beneficiosos a la embarazada entre ellos tenemos:

a. Relajación

La relajación ha sido empleada en la preparación psicoprofiláctica del parto como una base de condicionamiento, como uno de los sistemas para cerrar el cerebro. Al hablar de reflejos condicionados; la relajación muscular constituye uno de los ejemplos de estos, puesto que esta injertado sobre un reflejo innato de relajación que se efectúa el musculo oponente cuando se contrae su antagonista. Esta relajación es la respuesta condicionada durante el curso por medio de la palabra, con la cual la madre va a responder al estímulo de la contracción durante el parto.

Técnica de relajación

Existes una variedad de técnicas para efectuar la relajación. Con el propósito de facilitar la aplicación de la relajación, se describirán dos de las más comunes:

Técnica No. 1: consiste en contraer y relajar las diferentes partes del cuerpo, esta técnica puede efectuarse de dos variedades en forma simétrica o por grupos musculares.

Técnica No. 2: consiste en relajar las diferentes partes del cuerpo por grupos musculares.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

Este ejercicio permite que la embarazada desarrolle un adecuado manejo de las emociones, elimina la tensión y el estrés, la cual la hace indispensable en el momento del parto.

b. Respiración

La respiración habitual es el resultado de un reflejo innato, modificando el ritmo respiratorio resulta un reflejo condicionado construido sobre ese reflejo respiratorio.

Al aprendizaje de ese ritmo respiratorio crea una relación condicionada: contracción, respiración. De esta manera la contracción uterina se convierte en la señal de actividad respiratoria y no del dolor. Es decir en el momento en que se produce la contracción uterina, la ejecución de la respiración crea un foco de excitación que impide la irradiación del estímulo uterino a toda la corteza y reduce a su más simple expresión. Ejemplo la gestante solo percibirá una ligera tensión uterina o un cambio en la forma o consistencia del útero.

Respiración abdominal: consiste en tomar aire por la nariz y ver como se llenan los pulmones, al tiempo que se hincha poco a poco el abdomen. A continuación, se suelta progresivamente el aire por la boca mientras se contraen los músculos del diafragma; este tipo de respiración se debe realizar cuando inician las contracciones fuertes.

Respiración jadeante. Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior de tórax suba y baje, sucesivamente. Este tipo de respiración es muy útil en el periodo de dilatación, impidiendo que durante las contracciones el fondo del útero y el diafragma entren en contacto y también sirve para controlar el deseo de pujar cuando todavía no es el momento de hacerlo.

Técnica de respiración

Para realizar esta técnica se debe tener en cuenta que hay dos tipos de respiración: la respiración profunda, lenta, la rápida y superficial.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

Para efectuarse la respiración profunda y lenta se le indica a la persona que inhale el aire por la nariz con toda su capacidad y luego vaya exhalándolo por la boca suavemente, hasta hacerlo por completo. Estas respiraciones se pueden utilizar en el periodo de dilatación cuando las contracciones ya sean rítmicas y regulares, acompañadas de la relajación neuromuscular.

La respiración rápida y superficial se utiliza al final del periodo de dilatación, cuando las contracciones son intensas, más largas y difíciles de controlar. Esta se inicia y termina con una respiración profunda, inspiración por la nariz y aspirando por la boca como si fuera un suspiro (Suárez, 2014).

6.2.6 Posiciones durante el trabajo de parto

A) Fase de dilatación. En el parto humanizado la mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico.

La compresión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal.

La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de estar favorecida por la fuerza de la gravedad.

El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.

El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.

La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un 25 %. El caminar o la misma posición de pie estimula

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino. Haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.

La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta.

B) Fase de expulsivo

No hay posiciones correctas o incorrectas, mejores o peores para dar a luz. Depende de donde la embarazada se sienta más cómoda y de lo que esté sucediendo.

Cualquiera que sea la instrucción del médico o de la obstetra o también la orientación de la partera, siempre puede atender las señales de su cuerpo para determinar qué posición es mejor para la parturienta y que ayuda a que el parto progrese. Recuerde que, cualquiera sea la posición en la que éste, siempre hay opciones.

Las posiciones que pueden adoptar la embarazada son las siguientes:

- Posición de cuclillas: Variedad anterior y variedad posterior.
- Posición de rodillas.
- Posición sentada y Semi- Sentada.
- Posición cogida de la soga.
- Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo).

Posición de cuclillas (variedad anterior)

Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

Esta posición se realiza de la siguiente manera:

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

- ✓ El personal de salud se ubica arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquillo bajo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- ✓ La embarazada debe mantener las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
- ✓ El acompañante actúa como soporte de la embarazada, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la embarazada, la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.

Posición de cuclillas (variedad posterior)

Esta posición se realizará:

- ✓ El personal de salud protege el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la embarazada y posteriormente se adecuará para hacer el alumbramiento dirigido.
- ✓ El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

Ventajas

- ✓ Puede requerir menos puje.
- ✓ Se encuentra con la fuerza de gravedad a favor.
- ✓ Las pelvis se abre más que en otras posiciones.
- ✓ Favorece una rotación del bebe si es que así se necesitara.
- ✓ Facilita la salida del bebé.
- ✓ La fuerza de gravedad actúa a favor de la mujer. El diámetro de la pelvis se amplía más, con mayor facilidad, y la dilatación necesaria para el parto se alcanza en menos tiempo. Esto se traduce en un acortamiento del trabajo de parto, tanto en casos de mujeres primíparas como en las que son multíparas.

"Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto".

- ✓ El feto sufre menos y está más oxigenado. Al evitar la posición horizontal, los vasos sanguíneos de la pelvis tienen menos posibilidades de comprimirse. Mejora la circulación de la madre y, por tanto, la frecuencia cardíaca del feto.
- ✓ Las contracciones son más frecuentes y eficaces. Al estar en cuclillas, se favorece que el feto presione el cuello del útero de manera adecuada, sin tener que remontar el promontorio del sacro (como sucede cuando la mujer está en posición horizontal).
- ✓ El dolor disminuye y, con ello, la necesidad de administrar analgésicos. Dar a luz en cuclillas supone que, durante el trabajo de parto, la mujer puede adoptar las posiciones que le resulten más cómodas. Las posturas verticales reducen las molestias lumbares y el dolor de las contracciones. Se liberan más endorfinas las "hormonas de la felicidad", que ejercen un poderoso efecto calmante en el organismo.
- ✓ Reducción de malas posiciones fetales. Cuando la futura mamá está en cuclillas, la cabeza del feto se alinea mejor con el canal de parto. Esto facilita el parto natural, disminuye la utilización de instrumentos médicos y reduce el índice de cesáreas y episiotomías, con todo lo que ello supone.
- ✓ Pero es muy importante tener en cuenta una complicación que podría surgir, y es que al ejercer la cabeza del bebé presión sobre la pelvis, puede producir desgarros en la zona del periné, y como consecuencia, una recuperación lenta y dolorosa para la madre.
- ✓ El parto en cuclillas tiene más beneficios que desventajas, aunque también es importante conocer estas últimas para tomar una decisión bien informada sobre cómo dar a luz a los hijos. Los problemas principales de esta postura son los siguientes:
 - ✓ Puede producirse un aumento del sangrado.
 - ✓ Hay un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado.
 - ✓ El periné de las mujeres primíparas puede sufrir más lesiones en esta posición.

Posición de rodillas

- ✓ El personal de salud se ubica cara a cara con la gestante y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- ✓ El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazará a la embarazada por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

- ✓ En esta posición la embarazada va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad. (MINSAs, 2010)

Ventajas

- ✓ Mejora la eficacia y dirección de las contracciones.
- ✓ Alivia el dolor de la parte baja del vientre.
- ✓ Posición sentada y Semi Sentada
- ✓ Es la más recomendable porque con esta posición ambos, tanto como la parturienta como el bebé por nacer son beneficiados y hay una mejor control y mejor sensación por la madre y mejor descenso del bebé.
- ✓ El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- ✓ El acompañante debe estar sentado con las piernas separadas o arrodillada sobre la tarima, abrazará a la embarazada por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse.
- ✓ En esta posición la embarazada se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicado debajo de la gestante.
- ✓ En la posición Semi Sentada la gestante se apoyará sobre almohada o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia adelante en el piso o en el borde de la cama esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.
- ✓ En este punto, muchas mujeres encuentran que una opción erguida, ya sea de rodía, sentada, en cuclillas o incluso de pie, es más cómoda que estar acostada (MINSAs, 2010).

Posición agarrada de la soga.

- ✓ Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.
- ✓ El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

- ✓ La embarazada se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.

Ventajas

- ✓ Facilita la salida del feto con más rapidez.
- ✓ Hay disminución de sangrado.
- ✓ Hay menos dolor en la parte baja del abdomen.

Posición pies y manos

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda

- ✓ El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- ✓ La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.

6.2.7 Cuidados en el período de laboreo y en periodo del expulsivo.

Cuando hablamos del período de laboreo nos referimos al trabajo de parto donde se dan un conjunto de fenómenos que tienen por objetivo la salida de un feto viable de los genitales maternos, en este periodo es donde se da la medición de las contracciones uterinas, el tono uterino y la amplitud del pujo (Suárez, 2014).

En el periodo del expulsivo inicia cuando la madre siente espontáneamente la necesidad de pujar y tiene una dilatación completa de 10cm, este periodo tiene una duración media de 15 minutos. Sin las contracciones uterinas, con ayuda de los pujos hacen progresar el descenso y la rotación de la cabeza. La vigilancia de las contracciones y de los latidos cardíacos deben de ser continuos durante este periodo es posible que se presente bradicardias fetales importante el descenso con repercusiones una vez que la madre deja de pujar.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

Las bradicardias no tienen repercusiones sobre la vitalidad del feto siempre y cuando en el periodo del expulsivo no dure más de 60 minutos. Es fundamental que la enfermera enseñe a la mujer como flexionar sus muslos sobre el abdomen y las piernas, debe tomarse de las rodillas para aumentar la fuerza en cada contracción a la hora de pujar. (MINSA, 2010)

6.2.8 Atención del Periodo del Alumbramiento

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición horizontal en razón que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

Se pueden utilizar costumbres de la zona rural:

- ✓ Provocarse náuseas estimulando la úvula con el objeto de provocar esfuerzo.
- ✓ Soplar una botella.
- ✓ Pinzar el cordón amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo
- ✓ Es importante evaluar si no se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.

- ✓ Se debe mantener las normas del proceso de alumbramiento. La restitución a la normalidad de la fisiología del sistema reproductivo se describe con el fundamento de cambios locales y generales detectados en el examen físico, estos son los cambios locales: ocurren en: Útero, loquios, vulva y vagina, mamas, cambios generales en la temperatura, pulso, sangre, peso, metabolismo.

- ✓ Pinza y corta del cordón umbilical.
- ✓ 10 unidades de Oxitocina. Está indicada para el inicio o mejoramiento de las concentraciones uterinas, se consideran las condiciones del feto y la madre para el parto vaginal. Está prescrito para iniciar la inducción de labor en pacientes con indicación médica como es en: problemas de Rh (-), diabetes materna, pre eclampsia o ruptura prematura de membranas y en el parto; y como adyuvante en el manejo de aborto inevitable. La oxitocina acelerará el proceso de parto, como siempre las prisas, si ésta hormona la producimos naturalmente cuando vamos a parir resultando contracciones

"Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto".

suaves y progresiva. Es por ello que se le debe informar a la embarazada el uso de oxitocina ya que puede de que esta está presentando alguna patología que esté afectando al feto como a ella. Se debe de informar que el hipotálamo -debajo del cerebro- que a su vez instruyen a la glándula hipófisis (alojada en las cercanías) para que segregue gran cantidad de una hormona especial, la OXITOCINA, que tiene por acción principal producir la contracción de la musculatura uterina.

- ✓ Masajes uterinos para formar el globo de seguridad de Pinard. La involución del útero: es la estructura del fondo uterino, esta debe ser firme, redondeada y lisa, cuando el fondo está suave y poco firme indica atonía o sub involución.
- ✓ La valoración fisiológica después del parto se dirige a: los procesos de involución de los órganos reproductivos, los cambios biofísicos de otros sistemas del organismo y el comienzo de supresión de la lactancia. La valoración que se produce durante esta etapa es una importante función del personal de enfermería, y el personal médico.

6.3 Disposición final de la placenta

Debe permitirse que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en aquellas situaciones que se identifique la placenta como un factor de riesgo de contaminación tales como VIH-SIDA, enfermedades de transmisión sexual u otras, las cuales deberá explicársele a la familia.

Se debe proceder a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo normas de bioseguridad.

6.3 Practicas rutinarias que se deben eliminar en el proceso del parto Humanizado.

a) Episiotomía: Es una incisión quirúrgica que se práctica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarró de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión del producto.

El perineo de una mujer es tejido suave y elástico, no es cemento, Quizás el razonamiento más absurdo de todos es el daño cerebral que puede ocurrir al "golpearse

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

la cabeza contra el perineo. Nadie ha demostrado nunca que una episiotomía protege el bienestar neurológico fetal, ni siquiera en el más diminuto y vulnerable bebé prematuro, mucho menos en un bebé sano y de término, mientras tanto como los autores señalan que la episiotomía, como cualquier otro procedimiento quirúrgico acarrea el riesgo de pérdida de sangre, infección y cicatrización deficiente.

Las indicaciones de episiotomía serán las siguientes:

- ✓ Parto vaginal complicado.
 - ✓ Nulípara con periné resistente.
 - ✓ Parto de nalgas.
 - ✓ Distocias de hombros.
 - ✓ Parto con fórceps.
 - ✓ Extracción por vacío (vacuum) o ventosa obstétrica.
 - ✓ Cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados.
 - ✓ Sufrimiento fetal. (MINSA, 2010).
- a) **Rasurado del vello púbico.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que “no está indicado rasurar el vello púbico o administrar una enema (lavativa) antes del parto”. De hecho, los estudios demuestran que el rasurado aumenta el riesgo de infecciones en la zona perineal (espacio entre el ano y los genitales), porque destruye los mecanismos naturales de defensa y pueden haber lesiones que pueden infectarse. Por otro lado, el rasurado provoca ardor y comezón en el posparto.
- b) **Aplicación de enema.** El enema es un líquido o suspensión que se introduce en el recto para desalojar el intestino. Anteriormente se utilizaba con el fin de que, al pujar, la mujer no tuviera la necesidad de evacuar. Sin embargo, la fisiología natural del trabajo de parto hace que la mujer vaya a evacuar sus intestinos espontáneamente varias veces antes del nacimiento del bebé. Aún en caso de que los intestinos no se vacíen por completo al iniciarse la etapa de expulsión, no existe el riesgo de que salga algo de excremento al momento de pujar.

- c) **Aspiración oro faríngea en el niño(a):** Puede ocasionar: hipoxemia, cambios en la presión intracraneal y la presión arterial, atelectasia, bacteriemia, arritmias cardíacas, apnea, reflejo vagal, paro cardiorespiratorio y erosión tisular. (MINSa, 2010)

6.4 Nacimiento humanizado

Nacimiento humanizado, es el derecho que tiene el o la recién nacida de recibir la atención afectiva y emocional, garantizando el inmediato acercamiento al abdomen de su madre, corte del ombligo cuando este deje de pulsar, inicio de la lactancia materna, los cuidados inmediatos según normas y recibir el pronto afecto de sus padres o familiares; lastimosamente muchos niños no gozan de estos beneficios debido a los problemas presentados durante el embarazo y parto, pero el bebé inmediato a su nacimiento o goce de estos derechos inmediatos a su recuperación o la de su madre podrá tenerlos ya que influirá de manera positiva en su salud y desarrollo. (Kitzinger, 2012)

6.4.1. Atención al recién nacido normal.

Estos cuidados inician con el secado de cara, incluyendo nariz y boca al desprenderse la cabeza. Para proceder a la ligadura de manera oportuna es cuando cesan los latidos funiculares; entre el nacimiento y cesación de los latidos de la placenta al feto pasan 90 a 100ml de sangre lo que para el feto significa un aporte sanguíneo de importancia, la ligadura se hará entre los 10 y 15 cm de la base del cordón con dos pinzas de Kocher y se secciona entre ambos con una tijera. La ligadura definitiva se realizara entre los 2 a 3 cm de la inserción umbilical se coloca un clamp, cuando los niños nacen asfícticos o de madres Rh negativo sensibilizada la ligadura es inmediata. Establecer el contacto precoz madre e hijo inmediatamente después de brindar los cuidados al recién nacido, así como el inicio de la lactancia materna (MINSa, 2008).

6.5 Norma de humanización del parto (normativa – 042)

El gobierno de unidad y reconciliación nacional a través del Ministerio de Salud puso a disposición en el año 2010 la norma “humanización del parto” con la finalidad de asegurar que el parto sea atendido en la posición que la mujer solicite por su comodidad, en especial cuando el parto es vertical; también con el propósito de respetar las costumbres y tradiciones de cada una de ellas durante el parto. Esta norma es dirigida a todas y todos los trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atención de los establecimientos públicos y privados, con el propósito de establecer acciones que permitan mejorar la calidad de atención a cada una de las embarazadas que son atendidas en dichos establecimientos durante su proceso de parto.

El cumplimiento de cada disposiciones generales y específicas de esta norma es de carácter obligatorio y sea aplicada en todas los establecimientos de salud y privados donde se oferten servicios obstétricos y neonatales. Por ende este documento sirve como instrumento para la lucha por eliminar la ausencia de humanismo y maltrato que por décadas han venido sufriendo nuestras mujeres nicaragüenses.

6.5.1. Derechos y deberes de la embarazada, acompañante y recién nacido según la Normativa-042.

Derechos de la Mujer Embarazada.

- ✓ Estar acompañada por la persona de su confianza preferiblemente el conyugue o compañero, siempre que no existan complicaciones ni se altere el normal desarrollo del parto. El acompañante que la embarazada elige está preparado, si lo desea, nada lo obliga, solo el deseo de ambos. Este puede estar para ver, para tomar al niño en el nacimiento, o solo para estar. Recordando que su presencia, sus caricias, su aliento, son un soporte magnífico para sostener a su mujer en el momento de parir a su hijo. El bienestar psicológico de la madre debe ser asegurado, no solamente por la presencia de una persona de su elección durante el parto, sino también por un sistema de apoyo adecuado por el personal de salud que la asiste.
- ✓ La embarazada tiene derecho a recibir información fidedigna y actualizada sobre las opciones para su parto y hacer lo que es mejor para ella y su bebé.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

- ✓ Tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita.
- ✓ Confidencialidad respecto de sus datos personales y sanitarios.
- ✓ Recibir información continua, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus ventajas e inconvenientes.
- ✓ Conocer el nombre completo y poder distinguir fácilmente la categoría profesional del personal de salud que le atiende.
- ✓ Recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de ella y de su hijo o hija, así como apoyo en el postparto que contribuya a la recuperación materna y al mejor cuidado del recién nacido, la cual debe incluir todos los datos del parto y del estado neonatal, que le permitan mantener la continuidad asistencial de los Servicios de Atención Primaria de Salud.
- ✓ Decidir sobre prácticas culturales o religiosas, siempre y cuando no suponga un riesgo para la salud de la mujer y del recién nacido.
- ✓ Recibir, del personal de salud, trato digno.
- ✓ Recibir orientación sobre la importancia del registro del niño y la niña posterior al egreso del hospital para garantizar sus derechos a un nombre, nacionalidad, salud y educación.

Derechos y Deberes de los Acompañantes.

Derechos

- ✓ Estar con su familiar que está internado u hospitalizado para brindarle un apoyo emocional y físico, así también constituya un apoyo en la atención integral de su paciente.
- ✓ Recibir información y conocer el estado de salud de su familiar inmediatamente después del pase de visita, así como las alternativas de tratamiento, su pronóstico y la evolución.
- ✓ Recibir un buen trato de parte del personal de salud, los enfermos y otros familiares acompañantes.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

- ✓ Participar en actividades educativas, recreativas y/o culturales dirigidas a los familiares.

Deberes.

- ✓ Cumplir con las normas establecidas en el hospital y sala donde está internada su familiar.
- ✓ Involucrarse en las actividades de cuidados como proceso de aprendizaje para el manejo de su familiar en el cuidado en su hogar.
- ✓ Permanecer en la sala al lado de su familiar.
- ✓ Comunicar a las autoridades correspondientes cualquier queja y/o sugerencia que contribuya a la mejora del funcionamiento de la sala, servicio u establecimiento de salud.
- ✓ Mantener el respeto y recato correspondiente para el resto de parturientas.
- ✓ No abandonar la sala sin comunicar al personal de enfermería de turno.
- ✓ Abandonar la sala al momento del pase de visita médica, procedimientos especiales a otra paciente o cuando lo solicite el personal de salud.
- ✓ Cuidar las instalaciones y mobiliarios utilizados para la atención de su paciente.
- ✓ No portar arma de fuego y/o corto punzante.
- ✓ No ingresar bajo efectos del alcohol, o cualquier otra droga.
- ✓ No introducir bebidas alcohólicas, cigarrillos u otra droga ilícita.
- ✓ Evitar ruidos innecesarios producidos por celulares u otros aparatos.
- ✓ Manejar una comunicación cordial y de respeto con el personal de salud. (MINSA, 2010).

Derechos del Recién Nacido.

- ✓ Si es necesario aspiran al RN con una perita.
- ✓ Hospitalización acorde a su estado de salud.
- ✓ Promoción y facilidades para recibir lactancia materna.
- ✓ Los establecimientos dispongan de los recursos humanos y materiales necesarios para prestarle una adecuada asistencia.

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

- ✓ Ser inmunizado después del parto contra las enfermedades infectocontagiosas según protocolo de inmunizaciones.
- ✓ Continuidad asistencial por los Servicios de Atención Primaria de Salud una vez dado de alta en el hospital.
- ✓ Ser trasladado a recibir estimulación temprana en el sistema de salud, en caso de sufrir alguna alteración que dificulte su adecuado desarrollo.
- ✓ Permanecer con su madre y no ser separado de su madre en ningún momento, salvo causa médica.
- ✓ Ser correctamente identificado en el momento de su nacimiento.

6.6 Características Laborales personal involucrado en el trabajo de parto

Años de antigüedad: Se refiere a la duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador. El trabajador tiene derecho a una indemnización por antigüedad por precisión unilateral del contrato del trabajo, el empleador está obligado conforme a la ley a pagar al trabajador o a quien corresponda la parte proporcional de las vacaciones y décimo tercer mes, ósea es decir el empleador está obligado a pagar años de antigüedad cuando él quiera terminar la relación laboral, esto se aplica después de un año, los primeros 3 años son un mes ya después del cuarto año se pagan 20 días.

Nivel de Profesionalización: es una categoría que tienen repercusión a nivel social, tiene un nivel más alto de privilegio, ejerce habitual y remunerada mente una determinada actividad intelectual o manual, es tener una eficacia en la propia profesión, es el alto nivel de autopercepción profesional, identificándose con nitidez y cierto grado de satisfacción-

Consideraciones éticas Este trabajo es realizara con fines estrictamente académicos y con previo consentimiento de los participantes, la identidad de los colaboradores no será expuesta y los resultados serán de mucha ayuda para visibilizar la humanización del trabajo de parto.

VII. Diseño metodológico.

Tipo de estudio

Tipo de estudio

De acuerdo al Dr. Piura (2006), según el tipo de estudio es **descriptivo** y según el método de estudio **observacional**. De acuerdo a Canales, Alvarado y Pineda (1996), según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la Información, el estudio **retrospectivo** y según el período y secuencia del estudio, es **transversal**.

Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Alemán Nicaragüense ubicado en Managua de la kilómetro cuatro carretera norte, del siemens 3 cuadras al sur, atiende la población Noreste de la ciudad de Managua, cuenta con cuatro especialidades básicas; Medicina, cirugía, Pediatría y Gineco Obstetricia.

Universo

Lo conformo 79 médicos y enfermeras que rotan en sala de labor y parto del departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense.

Muestra: Para el cálculo de la muestra se empleó un muestreo Probabilístico aleatorio simple, la conformaron 65 recursos entre médicos y enfermera que laboran el servicio de Gineco Obstetricia en la sala de labor y parto Del Hospital Alemán Nicaragüense, aplicando los siguientes criterios |de selección

Criterios de inclusión

- Que el personal de salud labore en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital.
- Que el personal este de acuerdo con la realización de dicho estudio y acepte participar

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

- Que participe en la atención de parto.

Criterios de exclusión

- Personal de salud que no labore en el hospital
- Personal de salud que no trabaje en el servicio de Gineco-obstetricia y /o en sala de labor y parto

Recolección de datos

La fuente de información fue primaria a través de encuesta aplicada al personal médico y de enfermería.

Plan de Análisis Estadístico de los Datos

Se realizó el análisis estadístico pertinente de los datos obtenidos de la ficha de recolección, según la naturaleza de c/u de las variables, utilizando software como Microsoft Office Excel 2013, SPSS 24.0 13, para la edición del documento Microsoft Office Word 2013.

VIII. Operacionalización de variables

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Sub-variables, Dimensiones	Variable Operativa	Técnicas de Recolección
<p>1. Caracterizar laboralmente y socio-demográficamente el personal de salud que atiende partos en el hospital alemán nicaragüense.</p>	<p>Características Laborales y sociodemográficas</p>	<p>Años de antigüedad</p>	<p>0 – 10 11 – 21 22 – 32 33 – 43 44 – 55 55 a mas</p>	<p>Encuesta</p>
		<p>Nivel de profesionalización</p>	<p>Lic. en enfermería con mención en obstetricia y perinatología Lic. En enfermería con mención en salud publica Médico(Interno, residentes, Especialista)</p>	<p>Encuesta</p>
		<p>Edad</p>	<p>20-25 26-31 32-37 38-42 43-48 49 a más edad</p>	<p>Encuesta</p>
		<p>Sexo</p>	<p>Femenino Masculino</p>	<p>Encuesta</p>

"Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto".

<p>2. Determinar el nivel de conocimiento del personal médico y de enfermería en la humanización de la atención del parto.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre los derechos de la embarazada en la atención del parto humanizado</p>	<p>Parto humanizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Concepto de parto humanizado -Estar acompañada -Recibir información -Confidencialidad de datos -Prácticas rutinarias que no debe realizarse -Elección de la paciente de la forma de parir durante el parto -Información continua en el trabajo de parto - Prácticas culturales - Realización de aspiración orofarígea al recién nacido -Importancia del registro del bebe 	<p>Encuesta</p>
--	--	-------------------------	---	-----------------

"Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto".

3. Identificar la categoría del personal de salud que realiza la atención del trabajo	Categorización	Atención del trabajo de parto	Especialistas Residentes Enf. Obstetras Enf. salud publica Auxiliares de enfermería	Encuesta
---	----------------	-------------------------------	---	----------

IX. Resultados

La edad del personal que más predominó fue de 26 – 31 años que corresponde al 67.6% (44) prevaleciendo el sexo femenino 69% (45).

Con relación a los años de antigüedad del personal de salud que labora en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en un 80% tenían de 0 a 10 años de antigüedad, 18.4% se encuentran de 11 a 21 años y un 1.5% con 22 a 32 años de antigüedad.

Según los datos obtenidos de las encuestas con relación al perfil laboral el 81.6% (53) son médicos y el 18.4% (12) son Lic. en enfermería.

En un 100% de los encuestados conocen que la paciente debe estar acompañada, 95.4% que se debe informar sobre su condición, 100% que los datos de la paciente son confidenciales, 94.9% no realiza prácticas rutinarias, y el 5.1% aún sigue realizando prácticas rutinarias (episiotomía y aspiración oro faríngea), el 89.2% de las pacientes elige la posición durante el parto, 95.4% de los recién nacido no se le realiza aspiración oro faríngea solo el 4.6% manifiestan que si se debe realizar, 100% sabe sobre el derecho de tener al recién nacido desde el momento del nacimiento y del registro civil de cada recién nacido.

Con relación a no realizar prácticas de rutina se encontró que 100% conoce que no se debe realizar rasurado de genitales externos ni aplicación de enemas, 95.4% (62) no se debe realizar episiotomía de rutina y 4.1% que se debe realizar este procedimiento de rutina

En las categorías profesional del personal de salud que labora en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, se encontró que en el 15.3% (10) son médicos especialistas, 53.2% (35) se encuentra los médicos residentes, 12.3% (8) los médicos internos y 10.7% (7) Licenciadas con Mención en Obstetricia y Perinatología, en el 1.5% (1) se encuentra la Licenciatura con Mención en Salud Pública, y en 6.1% (4) Auxiliar de enfermería.

X. Análisis de resultados

La edad del personal que más predominó fue de 26 – 31 años que corresponde al 67.6% (44) prevaleciendo el sexo femenino 69% (45). Esto obedece a que el hospital alemán Nicaragüense es un hospital escuela y el mayor número de encuestados fueron médicos residentes y del sexo femenino.

Con relación a los años de antigüedad del personal de salud que labora en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en un 80% tenían de 0 a 10 años de antigüedad, 18.4% se encuentran de 11 a 21 años y un 1.5% con 22 a 32 años de antigüedad. En el grupo comprendido de 0 a 10 años se encuentran médicos en formación como son médicos residentes y médicos internos. En el hospital Victoria Mota de Jinotega se obtuvo un 43% de los trabajadores oscilan entre 11 y 21 años de antigüedad. Este último es un hospital regional el que no tiene recursos en formación.

Según los datos obtenidos de las encuestas con relación al perfil laboral el 81.6% (53) son médicos y el 18.4% (12) son licenciadas en enfermería.

En un 100% de los encuestados conocen que la paciente debe estar acompañada, 95. % que se debe información sobre su condición, 100% que los datos de la paciente son confidenciales, 94.9% no realiza prácticas rutinarias, y el 5.1% aún sigue realizando prácticas rutinarias (episiotomía y aspiración oro faríngea), el 89.2% de las pacientes elige la posición durante el parto, 95.4% de los recién nacido no se le realiza aspiración oro faríngea solo el 4.6% manifiestan que si se debe realizar, 100% sabe sobre el derecho de tener al recién nacido desde el momento del nacimiento y del registro civil de cada recién nacido. En estudio realizado en el Hospital Victoria Mota de Jinotega sobre atención de parto humanizado en sala de labor y parto difieren ya que en este estudio el personal no permiten que la embarazada este acompañada por una persona de su confianza (98%), el personal orientan sobre las diferentes posiciones que deben adoptar (15%), con respecto a la educación el persona desempeña un buen

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

trabajo (66%), no hay respeto referente a cultura y costumbres de la embarazada (59%) durante la atención de su parto y el alumbramiento.

Con relación a no realizar prácticas de rutina se encontró que 100% conoce que no se debe realizar rasurado de genitales externos ni aplicación de enemas, 95.4% (62) no se debe realizar episiotomía de rutina y 4.1% que se debe realizar este procedimiento de rutina. En estudio realizado en el Hospital Victoria Mota de Jinotega se encontró, un 38% déficit regular sobre las prácticas rutinarias que se deben eliminar refiriéndonos a la episiotomía, rasurado de vello púbico.

En las categorías profesional del personal de salud que labora en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, se encontró que en el 15.3% (10) son médicos especialista, 53.2% (35) se encuentra los médicos residentes, 12.3%(8) los médicos internos y 10.7% (7) Licenciadas con Mención en Obstetricia y Perinatología, en el 1.5% (1) se encuentra la Licenciatura con Mención en Salud Pública, y en 6.1 % (4) Auxiliar de enfermería. Estos datos difieren los encontrados en el Hospital Victoria Motta de Jinotega, el 38% fueron médicos especialistas en Ginecoobstetricia (6), 31% médicos generales (5), 6% la Jefa de enfermería especializada en el área de Salud Pública (1), 25% (4) Licenciadas Obstetras.

XI. Conclusiones

El mayor número del personal encuestado son del sexo femenino en edades comprendidas 26-31, en su totalidad es personal que rota en la sala de labor y parto, con al menos 10 años de antigüedad.

En un 100% de los encuestados conocen que la paciente debe estar acompañada, que los datos de la paciente son confidenciales, saben sobre el derecho de tener a su lado al recién nacido desde el momento del nacimiento y de la importancia del registro civil de del recién nacido.

Con relación a no realizar prácticas de rutina se encontró un buen porcentaje que no las realiza (100% conoce que no se debe realizar rasurado de genitales externos ni aplicación de enemas, 95.4% (62) no se debe realizar episiotomía de rutina), aun se sigue realizando la práctica rutinaria de aspiración oro faríngea, un buen porcentaje conoce que la paciente debe elegir la posición durante el parto y de la información sobre su condición,

La mayoría del personal encuestado conoce el concepto de parto humanizado, los derechos que tiene la embarazada durante su trabajo de parto; habiendo un porcentaje relativamente bajo del personal que lo desconoce.

Las categorías del personal de salud encuestado en orden de frecuencia fueron médicos residentes, médicos de base, médicos internos, enfermeras obstetras, auxiliares de enfermería, y en último lugar, enfermeras con mención en salud pública.

XII. Recomendaciones

- Incluir la divulgación sistematizada de la normativa del parto humanizado en las sesiones conjuntas con participación de todo el personal del departamento de Gineco Obstetricia de los días jueves en el auditorio del Hospital Alemán Nicaragüense.
- Fomentar la práctica de los derechos de la embarazada y del acompañante para brindar una mejor atención, tomando en cuenta que en su mayoría el personal conoce sobre los derechos de las embarazadas con respecto a la humanización del parto
- Se debe orientar a todas las pacientes desde labor de parto sobre las diferentes posiciones que adoptan durante el proceso de atención del parto, así como brindarles toda la información de las ventajas y desventaja, y dejar que las mujeres elijan la posición que ella deseen.
- Fomentar la práctica de no realización de la episiotomía y de aspiración de la oro faringe del recién nacido de forma rutinaria por parte del personal que atiende partos en el Hospital Alemán Nicaragüense
- Realizar un estudio en el cual se entreviste directamente a la paciente en la cual se le realice una encuesta dirigida a la paciente antes de ser egresada del hospital.

XIII. Referencias

1. Bruce, J. (2015). *Elementos fundamentales de la calidad de atención del parto*. Lima-perú: Cuancil.
2. Caldeyro, R. (2012). *Bases Fisiológicas y Psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 69.
3. Castillo, I. F. (2011). *Revolución del nacimiento, en busca del parto humanizado*. Argentina: Granica.
4. Coral, G. d. (10 de diciembre de 2016). *percepción de las pacientes sobre la atención del parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Obtenido de cybertesis: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4278/1/Vela_cg.pdf
5. *Comisión de derechos humanos del distrito federal, (2012). El parto humanizado un derecho de las mujeres*. Recuperado de <http://partholibremexico.org/semanamundial.html>
6. Coral, R. (2008). *HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DURANTE Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo*, Managua, Agosto.
7. Herrera, E. (2013). *El parto humanizado*. salud Materna, 65.
8. Jones, R. (2009). *Crónicas de un Obstetra Humanista*. Argentina: CREAVIDA.
9. Kitzinger, S. (2012). *Nacer en casa*. Barcelona: Integral.
10. Maria Margarita Mazza, C. M. (2012). *Mortalidad Materna*. Revista de obstetricia y ginecologia de Venezuela, 20.
11. *Ministerio de Salud de Nicaragua, (2010). Norma de humanización del parto institucional, normativa – 042, Managua- Mayo*.
12. Osorio, I. M. (2014). *Calidad de atención del Parto Humanizado*. Colectivo Mujer, salud y medicina Social, 25.
13. *Organización de las Naciones Unidas. (2000). Nuevelunas*. Recuperado de <http://www.nuevalunas.org.mx/PARTOHUMANIZADO.pdf>
14. *sabatino, H. (2010). Parto Humanizado: formas alternativas*. Perú: Unicamp.
15. Salinas, P. (2014) *Metodología de la investigación científica*. Recuperado de http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/34398/1/metodologia_investigacion.pdf
16. Suarez, M. (2014). *Módulo de enfermería obstétrica y perinatal*. Polisal UNAN-Managua. Managua-Nicaragua.

"Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto".

17. Turcio Ruiz, C. and Vargas Ruiz, G. (2015). *Conocimiento y Atención del Parto Humanizado por el personal de salud, Hospital Victoria Motta de Jinotega I y II semestre 2015. Brs. Universidad Autónoma de Nicaragua, Instituto Politécnico de la Salud.*
18. Velasco, D. (2008). *Parto humanizado. Hospital María José Ramo, México. Recuperado de <http://partohumanizado.com.mx/parto.html>*
19. Wagner, M. (2006). *El cuidado maternal en España: La necesidad del parto humanizado. Recuperado de [http://Dialnet-ElCuidadoMaternalEnEspana2006-1986342%20\(2\).pdf](http://Dialnet-ElCuidadoMaternalEnEspana2006-1986342%20(2).pdf)*

“Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto”.

X. ANEXO

10.1 Características sociodemográficas y laborales del personal de salud que rota por la sala de labor y parto del hospital Alemán Nicaragüense

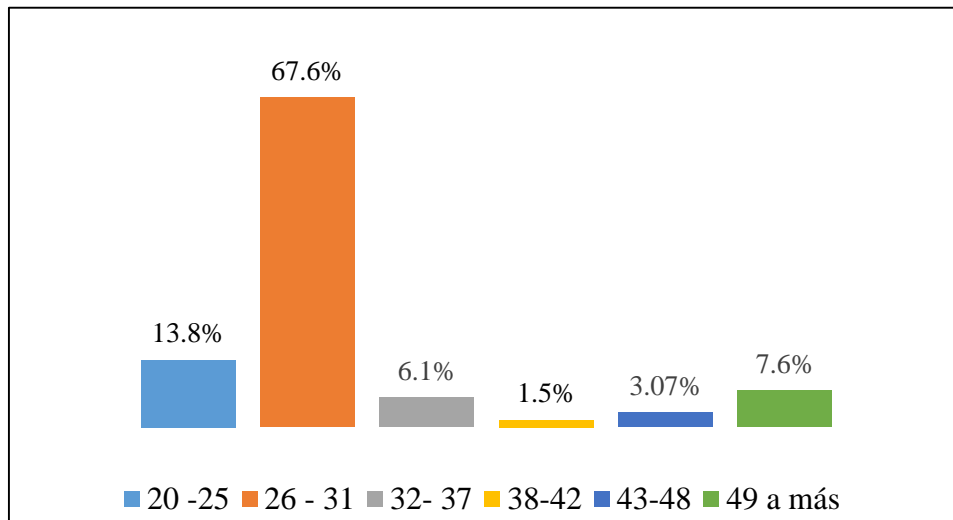
Tabla 1

Edad del personal de salud que rota en la sala de labor y parto, Hospital alemán Nicaragüense.

Edades	Numero	Porcentaje
20 – 25	7	10.7%
26 – 31	34	52.3%
32 – 37	12	18.4%
38 – 42	3	4.6%
43 – 48	2	3.0%
49 a mas	7	10,7%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta al personal de salud

Grafico 1:



Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 2

"Parto libre y Natural, con una mirada a la humanización del trabajo de parto".

Sexo del personal de salud que labora en la sala de labor y parto, Hospital Alemán Nicaragüense.

Sexo	Numero	Porcentaje
Femenino	45	69.2
Masculino	20	30.8
Total	65	1000%

Fuente: Encuesta al personal de salud

Grafico 2

Sexo del personal de salud que labora en la sala de labor y parto, Hospital Alemán Nicaragüense.

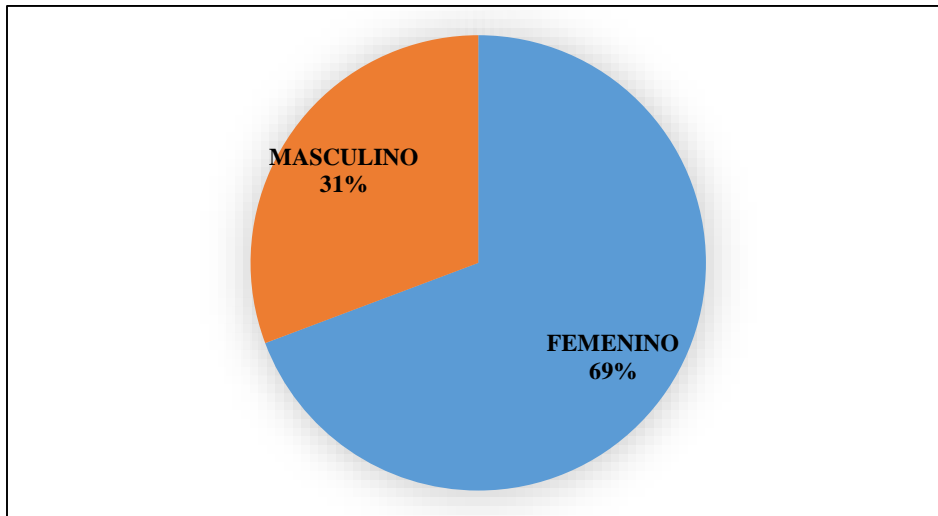


Tabla 3

Perfil profesional del personal que labora en la sala de labor y parto, Hospital Alemán Nicaragüense.

Perfil Profesional	Numero	Porcentaje
Médicos	53	81.5%
Lic. Enfermería	12	18.5%
Total	65	100%

Tabla 4

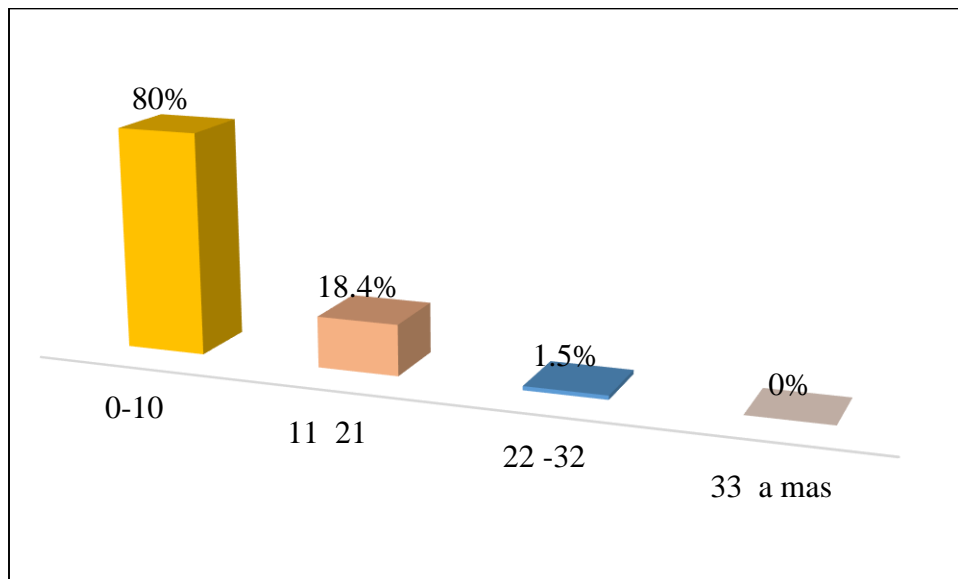
Años de antigüedad laboral del personal de salud que atiende partos en el hospital alemán nicaragüense

Años de antigüedad	Numero	Porcentaje
0 – 10	52	80%
11 – 22	9	13,8%
23 – 32	4	6.2%
33 a más	0	0%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta al personal de salud

Grafico 4

Años de antigüedad laboral del personal de salud que atiende partos en el hospital alemán nicaragüense



Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 5

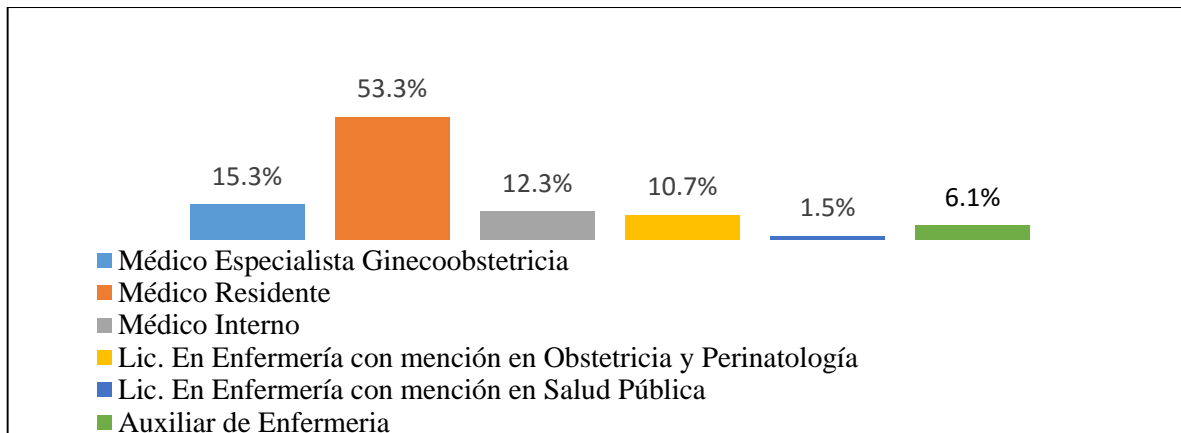
Nivel de profesionalización del personal de salud que labora en la sala de labor y parto, Hospital Alemán Nicaragüense.

Nivel de profesionalización	Número	Porcentaje
Médico especialista en ginecobstetricia	10	15.3%
Médico residente	35	53.8%
Médico interno	8	12.3%
Lic. En Enfermería con mención en Obstetricia y Perinatología.	7	10.7%
Lic. En Enfermería con mención en salud pública.	1	1.5%
Auxiliar de enfermería	4	6.1%
Total	65	100%

Fuente: Encuesta al personal de salud

Grafico 5:

Nivel de profesionalización del personal de salud que labora en la sala de labor y parto, Hospital Alemán Nicaragüense



Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 6

10.2 Conocimiento que posee el personal de salud acerca de los derechos de la embarazada en la atención del parto humanizado.

Derechos	Si		No	
	Núm.	%	Núm.	%
Estar acompañada	65	100%	0	0%
Recibir información	62	95.4%	3	4.6%
Confidencialidad de datos	65	100%	0	0%
No practica de rutinas	61	94.9%	4	5.1%
Elije la posición durante el parto	58	89.2%	7	10.8%
No aspiración orofarigea al recién nacido		95.4%		4.6%
Tener al RN desde el nacimiento	65	100%	0	0%
Importancia del registro del bebe	65	100%	0	0%

Grafico 6

Conocimientos generales que posee el personal de salud que rota en la sala de labor y parto acerca de los derechos de la embarazada durante el trabajo de parto.

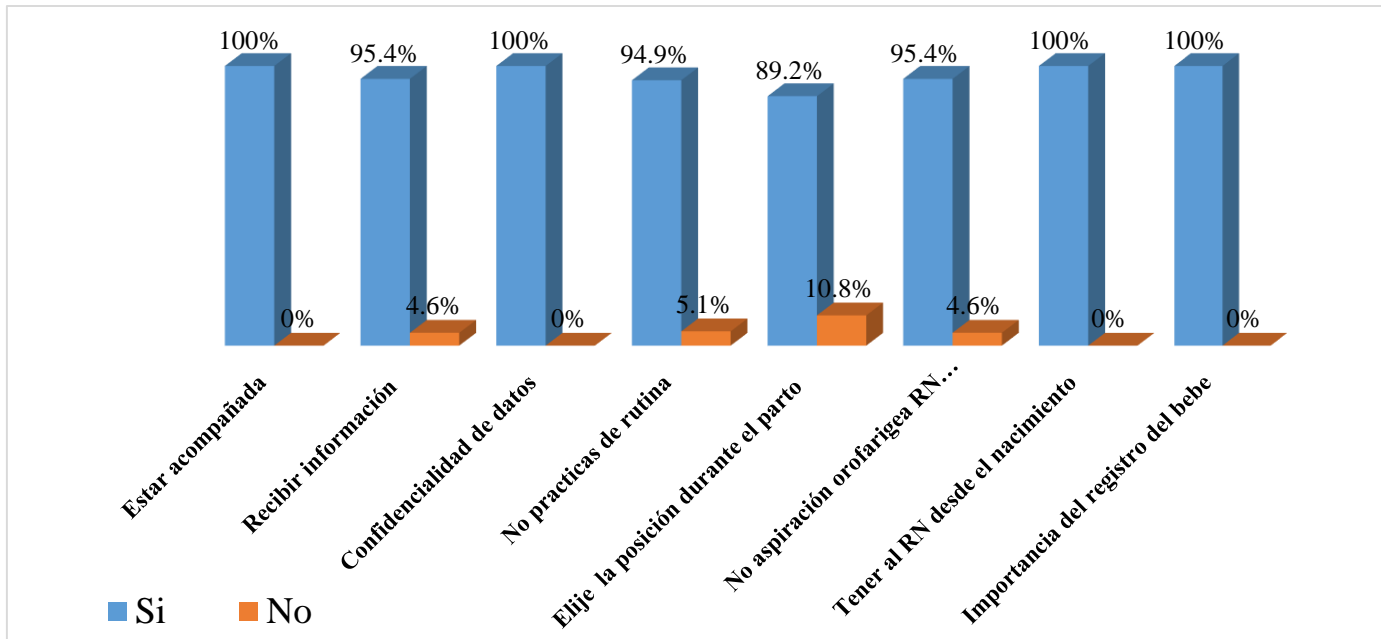


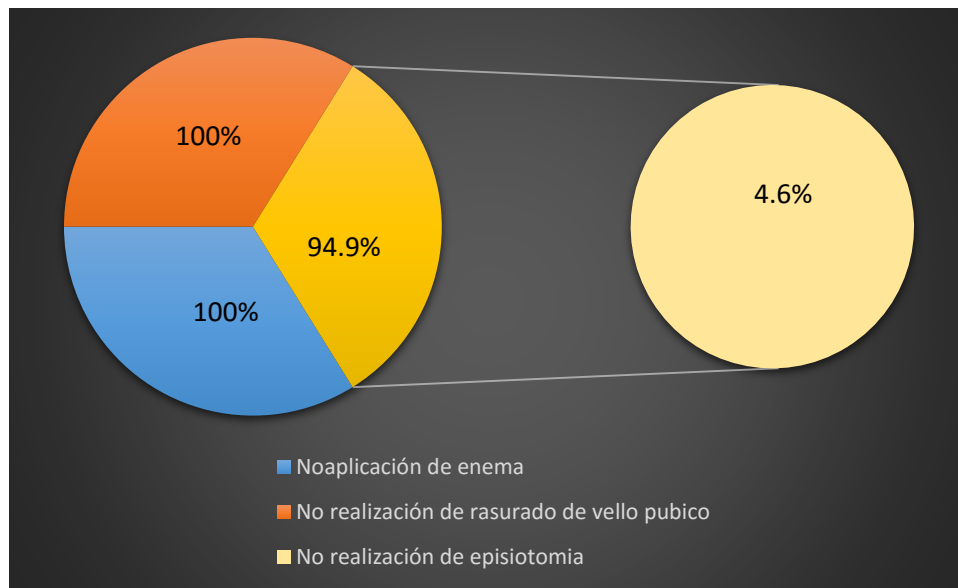
Tabla 7

Prácticas de rutinas que se deben eliminar durante el proceso de parto

Prácticas de rutinas	Si	No	Si	No
No aplicación de enema	65	100%	0	0.0%
No realización de rasurado de vello púbico	65	100%	0	0%
No realización de episiotomía	62	95.4%	3	4.6%

Grafico 7

Prácticas de rutinas que se deben eliminar durante el proceso de parto



Fuente: Encuesta al personal de salud



**Universidad Nacional Autónoma de
Nicaragua- Managua
Unan-Managua
“Hospital Alemán Nicaragüense”
HAN**

Encuesta sobre el conocimiento que posee el personal de salud acerca del parto libre y natural, con una mirada a la humanización del parto.

Estimado (a) compañero (a) el motivo de esta encuesta es valorar el grado de conocimiento que usted posee en cuanto a Parto Humanizado, esperando su colaboración que será de gran ayuda para nuestra investigación, desde antemano agradeciéndole y garantizándole que sus respuestas son confidenciales.

Edad ____ años

Sexo: F ____ M ____

Nivel profesional _____ Años de servicio: _____.

1. El parto humanizado es el derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, garantizando la satisfacción de la usuaria. **Si** ____ **No** ____
2. la paciente tiene derecho a elegir quien la acompañara durante el trabajo de parto
Si ____ **No** ____
3. Brindarle información sobre su condición y avance del trabajo de parto o cambios en el manejo medico terapéutico, así como confidencialidad es un derecho de la paciente.
Si ____ **No** ____
4. Durante el proceso de atención del parto se realiza rutinariamente Episiotomía, aplicación de enema, rasurado púbico. **Si** ____ **No** ____
5. Las indicaciones para la realización de episiotomía son las siguientes: nulíparas con periné resistente, parto vaginal complicado, distocia de hombro **Sí** ____ **No** ____
6. Recibir apoyo físico, psicológico y emocional durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio es parte de la humanización de parto **Si** ____ **No** ____
7. Se debe permitirle a la paciente la entrada de alimentos y bebidas tradicionales durante y después del trabajo de parto. **Sí** ____ **No** ____

8. La paciente tiene el derecho de decidir quién atenderá el parto siempre y cuando el parto no curse con una complicación obstétrica. **Sí**____ **No**____
9. Para garantizar la pronta recuperación de la paciente cuando haya riesgo de complicaciones prevalece las indicaciones médicas en todos los aspectos.
Sí____ **No**____
10. La paciente puede elegir la posición durante el parto. **Sí**____ **No**____
11. Se le debe realizar aspiración orofaríngea al recién nacido **Sí**____ **No**____
12. Durante el proceso de atención del parto se promueve el Acercamiento precoz, lactancia (excepto VIH positivo) y el alojamiento conjunto madre- hijo/a **Sí**____ **No**____
13. En el servicio de Gineco-obstetricia implementan estrategias educativas dirigida a las embarazadas en relación al parto humanizado **Sí**____ **No**____