

PERCEPCIÓNES DE LAS MATERNAS SOBRE ATENCIÓN DE PARTO
HUMANIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN EL 2016

ANDREA MARCELA CAVIEDES GIL
MIGUEL ANGEL HERRERA
RENATA ALEJANDRA DEL MAR ROA SERRANO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
AREA DE INVESTIGACIÓN
NEIVA, HUILA
2016

PERCEPCIÓN DE LAS MATERNAS SOBRE ATENCIÓN DE PARTO
HUMANIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN EL 2016

ANDREA MARCELA CAVIEDES GIL
MIGUEL ANGEL HERRERA
RENATA ALEJANDRA DEL MAR ROA SERRANO

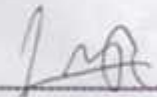
Trabajo de investigación presentado para optar el título de enfermero(a)

Asesor
JORGE ANDRES RAMOS CASTAÑEDA
Enfermero MSc en epidemiología clínica

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
AREA DE INVESTIGACIÓN
NEIVA, HUILA
2016

Nota de aceptación:

Excelente trabajo de investigación
digno de ser publicado.
Felicidades y muchos éxitos.



Firma del presidente del jurado



Firma del jurado



Firma del jurado

Neiva, 27 de Mayo del 2016.

DEDICATORIA

A Dios, quien nos ha amado y acompañado

A mis padres, por su apoyo incondicional

A Salomé, el mayor amor de mi vida

Andrea, Miguel y Renata

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

Al asesor Jorge Andrés Ramos Enfermero MSc en epidemiología clínica por servir de guía en este capítulo de la vida que es la investigación.

Adicionalmente a la universidad Surcolombiana por ser el pilar en la formación profesional.

En última instancia y no menos importante al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo por facilitar los espacios para el desarrollo del presente estudio.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	13
1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	14
1.1 ANTECEDENTES	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3 JUSTIFICACIÓN	22
4 OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GENERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
5. MARCO TEÓRICO	25
5.1 TEORIA DE RAMONA MERCER: ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO	25
5.1.1 Conceptos principales y definiciones	25
5.1.2 Metaparadigmas desarrollados en la teoría:	26
5.2 TRABAJO DE PARTO	27
5.2.1 Tipos de parto:	27
5.2.2 Etapas del parto: Primera Etapa O Dilatación	28
5.2.3 Mecanismos del parto	29
5.2.4 Fisiología del parto	30
5.2.5 Control del trabajo de parto	31
5.2.6 Lesiones del canal blando	32
5.2.7 Apoyo durante el parto.	34
5.2.8 Alivio del dolor durante el parto	35
5.2.9 Complicaciones del parto	37
5.2.10 Atención de parto humanizado	43
6. DISEÑO METODOLÓGICO	48
6.1 TIPO DE ESTUDIO	48
6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	48
6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	48
6.3.1 Criterios de inclusión:	48

	Pág
6.3.2 Criterios de exclusión:	48
6.4 MUESTRA	49
6.5 METODO Y TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
6.5.1 Método	49
6.5.2 Técnica.	49
6.5.3 Formato de recolección de la información	49
6.5.4 Confiabilidad	50
6.5.5 Validez.	50
6.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	50
6.6.1 Análisis estadístico	50
7. ASPECTOS ÉTICOS	51
8.RESULTADOS	52
9. DISCUSIÓN	59
10. CONCLUSIONES	65
11. RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Características Sociodemograficas	51
Tabla 2 Apoyo emocional brindado a las maternas durante febrero, marzo y abril del 2016	52
Tabla 3 Apoyo informativo brindado a las maternas durante febrero, marzo y abril del 2016	53
Tabla 4 Apoyo físico brindado a las maternas durante febrero, marzo y abril del 2016	54
Tabla 5 actividades institucionales brindadas a las maternas durante febrero, marzo y abril del 2016	55

LISTA DE GRÁFICAS

Grafica 1 Contacto con el recién nacido

57

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables	74
Anexo B. Formato de recolección de la información	81
Anexo C. Consentimiento informado	85
Anexo D. Cronograma de actividades	88
Anexo E Presupuesto	90

RESUMEN

OBJETIVO: determinar la percepción de las mujeres de la atención de parto humanizado brindadas por el equipo de salud en el Hospital Universitario de Neiva.

METODOLOGÍA: estudio descriptivo de tipo transversal, la población fueron maternas mayores de 18 años cuyo trabajo de parto fue atendido a cabalidad en el HUHMP, se utilizó la fórmula de tamaño muestral para población finita, se creó un formato de recolección de la información.

RESULTADOS: se entrevistaron un total de 146 mujeres de pos parto vaginal espontaneo, el promedio de edad fue de 25.2 años, las pacientes corresponden principalmente a los estratos socioeconómicos bajos (97.2%) y nivel educativo bajo (15%). El acompañamiento del equipo de salud fue percibido siempre (92.3%), el apoyo físico fue brindado a las maternas en promedio al 81.3%, en cuanto a las actividades con el recién nacido se permitió el contacto piel a piel (93.2%) y el inicio de la lactancia materna (90%) se realizó la maniobra de kristeller (17.8%), y la episiotomía (25.3%), finalmente al 90% de las maternas no se les permitió caminar durante el trabajo de parto ni escoger la posición deseada para el parto.

CONCLUSIÓN: las mujeres en trabajo de parto perciben un adecuado apoyo emocional y acompañamiento por parte del equipo de salud, así también el apoyo informativo sobre el avance clínico estuvo presente, el apoyo físico brindado fue adecuado exceptuando las posibles opciones físicas o psicológicas para el manejo de dolor.

PALABRAS CLAVE: parto Humanizado, Apoyo social, Bienestar Materno, contacto con el recién nacido.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the perception of women about humanized childbirth care provided by the health team in the university hospital of Neiva.

METHODOLOGY: A descriptive study, cross-sectional, population were women over 18, whose labor was treated fully at the HUHMP. The formula for finite population sample size was used. A format of data collection was created.

RESULTS: A total of 146 women after spontaneous vaginal delivery were interviewed, the average age was 25.2 years, patients correspond mainly to the lower socioeconomic background (97.2%) and low educational level (15%), support from the health team was always perceived (92.3%), physical support was given to women 81.3%, in terms of activities with the newborn, the skin to skin contact was permitted (93.2 %) and the initiation of breastfeeding (90%) the maneuver of Kristeller (17.8%) was performed, and the episiotomy (25.3%), finally 90% of women were not allowed to walk during labor or choose the desired position for delivery.

CONCLUSION: women in labor receive the proper emotional support and guidance by the health team, and also information support on clinical progression was perceived, the physical support provided was adequate except for possible physical or psychological options for handling pain.

KEY WORDS: Humanized childbirth, Social Support, Maternal welfare, Contact with the new born.

INTRODUCCIÓN

Traer una vida al mundo es un privilegio, una manifestación natural y una bendición, parto humanizado, significa que todas las mujeres en compañía de su parejas tengan la posibilidad de vivir plenamente una experiencia enriquecedora, que todas las decisiones sobre este especial momento sean de libre elección y que no se les apliquen procedimientos rutinarios y en forma indiscriminada, es por eso que la organización mundial de la salud (OMS) desde 1985 habla acerca de la transformación en la atención del parto, con la finalidad de lograr la consecución del trato digno a las usuarias y el fomento del parto humanizado, cambiando la perspectiva de su concepción, ya que se ha catalogado como un acto médico, mas no un proceso natural, inherente a la mujer. Por tal motivo la investigación se apoya en la teoría de Ramona Mercer titulada “la adopción del rol materno”, donde estipula el apoyo que debe ser brindada a una materna y se tiene en cuenta las consideraciones proporcionadas por la OMS en este tema.

En consecuencia se tiene como objetivo, determinar la percepción de las mujeres de la atención de parto humanizado brindadas por el equipo de salud en el HUHMP en el año 2016

1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

1.1 ANTECEDENTES

Parto humanizado es la forma como este proceso se realiza de la manera más natural posible en compañía de la pareja, reconociendo a su vez que son la triada madre, padre y recién nacido, los únicos protagonistas de este suceso y que del mismo modo poseen derechos como el respeto a la intimidad y el derecho a elegir quien les acompañe; la intervención de los profesionales en salud de ninguna manera debe interferir; es por esta razón que diversos investigadores se han interesado por estudiar este tema.

Tras la revisión literaria, se encontró que Julie Gonzales y Diana Quintero en su estudio “percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención” realizado en el año 2009 en la ciudad en Bogotá, concluyó que la percepción del cuidado humanizado fue percibido casi siempre en un 11%, el 12% algunas veces percibió el cuidado humanizado y el 4% nunca percibió el cuidado humanizado, y recomienda concientizar al personal de enfermería sobre la importancia de brindar un cuidado individualizado (1).

Desde otro punto de vista Luis Alberto Villanueva en su estudio “el maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra” realizado en el 2010 en el cual concluye que constitucionalmente los hombres y mujeres tienen los mismos derechos, pero esta expectativa está muy alejada de la realidad, por otro lado el personal de salud en su atención, tiene intereses sesgados por las condiciones económicas de los pacientes, llegando a la discriminación social y finalmente recomienda que el estado se encargue de concientizar a los ciudadanos de la apropiación de sus derechos civiles (2).

También Pablo Terán y colaboradores en su estudio “violencia obstétrica: percepción de las usuarias” realizado en Venezuela en 2011, concluyó que el 66,8% manifestó la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado, 49,4% fue objeto de algún tipo de trato deshumanizante, solo 20,5% percibió trato no violento. Entre los reportes de trato deshumanizante predominó el obstaculizar el apego precoz (23,8%). El trato deshumanizante fue percibido con más frecuencia por las gestantes tardías y las adolescentes. Los principales

perpetradores señalados son las enfermeras y los médicos. Entre los procedimientos sin consentimiento el más frecuentemente reportado fue la realización de múltiples tactos (37,2%) y la administración de oxitócicos (31,3%). A más alto nivel de educación se observó menor percepción de violencia. Una de cada 4 usuarias conoce el término violencia obstétrica, y 1 de cada 5 sabe dónde denunciarla, finalmente existe una elevada percepción de violencia en la atención obstétrica dada por la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud (3).

Seguidamente, Silva y colaboradores en el año 2011 en su estudio denominado “La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia” realizado en el sur de Brasil indica que la efectividad de la atención humanizada en los centros obstétricos depende principalmente de la estructura organizacional de las instituciones hospitalarias y de un equipo de salud comprometido y preparado para acoger a la gestante adolescente, su compañero y la familia en este momento impar de la vida que es el nacimiento de un nuevo ser. Se constató que, a pesar de que los profesionales de salud conocían la propuesta de atención humanizada al parto preconizada por el Ministerio de Salud, todavía mantienen una asistencia hegemónica, pautada en acciones intervencionistas, muchas veces desconsiderando los derechos de las parturientas, haciéndolas meras espectadoras de sus propios partos (4).

También, Valenzuela y colaboradores en el año 2011 realizaron en Chile un estudio titulado “Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno” en el cual se concluye que es necesario desarrollar estrategias de intervención que permitan abordar el cuidado de la mujer de manera más integral y humanizada. La sensibilización de los profesionales de la salud es clave en este proceso, la humanización se debe abordar desde la docencia a las futuras generaciones de enfermeras-matronas, gineco-obstetras y matronas, sin descuidar la capacitación continua de todos los profesionales en este ámbito. Es necesario contar con profesionales formados, capaces de apoyar, reforzar emocionalmente a la mujer, educar y dirigir positivamente la actitud de su conducta en algunas situaciones críticas, así como de respetar y hacerla partícipe en la toma de decisiones, transformando el buen cuidado en un elemento fundamental en la percepción de la satisfacción, devolviéndole el papel protagónico de su parto, que parece haber sido minimizado por la excesiva y a veces innecesaria intervención (5).

Arnau Sánchez y colaboradores, en su estudio denominado “los conceptos del parto normal, parto humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia” realizado en España en el año 2012, pretende aclarar los conceptos de parto normal y parto humanizado, para los profesionales, en este caso matronas

y tocólogos, este estudio concluye que no existe una diferencia clara para estos profesionales entre parto normal y parto natural, pero al hablar de parto humanizado entienden que es la satisfacción de la mujer en su esfera espiritual psicológica y social, la cual está muy relacionada con su definición en la literatura. (6)

Por otro lado Esther García Cuesta en su estudio “la episiotomía en la era del parto humanizado” realizado en Cantabria España, en el año 2013 el cual muestra las complicaciones de la episiotomía, también expresa como contraparte la atención humanizada del parto, poniendo como ejemplos, el parto en el agua, parto en casa, medidas de confort, posturas para la mujer, finalmente concluye que la episiotomía es realizada por comodidad o cultura de los profesionales de salud, ya que esta no trae beneficios para la mujer y se deberían plantear nuevas técnicas para evitar desgarros (7).

Igualmente, Ainoa Biurrún-Garrido en 2013 en su estudio realizado en España identificado como “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía” encontraron que el cuidado basado en la evidencia y en el conocimiento científicamente sólido es un componente esencial de la atención humanizada al nacimiento; sin embargo, no se debe confundir el modelo humanizado con un movimiento anti tecnológico, ni tampoco con un regreso al pasado que implique una visión idealizada y romántica del parto tradicional. La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad. Para conseguir la humanización, se necesita basar los conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar competencias ético-actitudinales como el respeto, la empatía y la escucha activa, para tomar en consideración el respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto, y de esta forma situarla en el centro de la asistencia (8).

Además, en el año 2014 Norma Casal Moros y colaboradora en su estudio realizado en Valencia España denominado “Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu” se puede concluir que el parto debe tratarse de un proceso guiado por la naturaleza y no debe medicalizarse, se defiende la existencia de cierto equilibrio, donde hayan de cumplirse ciertos requisitos para la elección de una u otra opción. Y esto va a requerir el uso de sentido común por parte de los profesionales. Estos deben ser los encargados de observar y vigilar el estado de la madre, del futuro bebé y del proceso en sí; pero siempre reservando el uso de determinadas prácticas para aquellas situaciones en las que sea estrictamente necesario, evitando de este modo el exceso de intervencionismo, de igual forma es necesario promover una relación de diálogo con la futura madre que permita superar la desigualdad entre

gestante-profesional, de modo que se involucre a la mujer de manera activa en el proceso y en la toma de decisiones. No creemos que sean descartables los nuevos procedimientos empleados en el mundo de la obstetricia. En nuestra opinión, los avances surgen para superar problemas, todo tiene una utilidad justificada y lo único que debemos hacer es saber cuándo es realmente necesario hacer uso de ellos (9).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una alternativa para que las mujeres puedan traer al mundo a sus hijos de una manera más armónica está tomando fuerza, se trata de una práctica llamada “parto humanizado”.

Humanización es el acto de compenetrarse, ser conscientes que los seres humanos ocupan un sitio especial en este universo y que somos las únicas criaturas capaces de entenderlo. Una mirada sobre la persona humana dice que ella es de una condición distinta de los objetos: es un sujeto que ante todo razona, aunque eso no quiere decir que no sienta. Esta definición significa que "el enfermo no es un objeto técnicamente tratable y modificable a voluntad. No es jamás un instrumento para hacer algo y la única justificación para intervenir en él, es la de ayudarlo a crecer y florecer hacia su propio fin" (10).

Por otro lado se tiene la definición de compasión, la cual es una emoción humana que se manifiesta a partir del sufrimiento del otro ser, y es con frecuencia combinada con un deseo de aliviar o reducir su sufrimiento, por lo tanto la humanización en salud debe tener un barniz de compasión.

El cuidado humanizado es más que un buen trato o la satisfacción del usuario, es que "el otro" necesita ser cuidado y al realizarlo el equipo de salud y el usuario obtienen beneficios, es un sistema dinámico en el que las partes involucradas se complementan y no sólo recibe el paciente y su familia sino que también el profesional y el equipo que entrega los cuidados.

Según el ministerio de la protección social colombiana, humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores conllevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. (11)

La organización mundial de la salud (OMS) en su constitución afirma:” toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes”. Es por ello que cobra importancia el trato humanizado y holístico que permita

lograr esa calidad de atención de los usuarios que consultan a los servicios de atención en salud. (1)

De todo lo anterior se desprende que la humanización se compone de una actitud que intenta poner especial énfasis en la dignidad y el valor de la persona humana, considerándola como un ser racional.

Tras la revisión bibliográfica es continuo en el tiempo encontrar inconformidades sobre, tratos poco dignos a los usuarios, incluyendo en estos; la no individualización del cuidado, el no reconocimiento al ser humano integral, y simplemente que lo consideren como una patología, un número, un examen por realizar, un afiliado a determinada empresa, una cuenta que presentar o un ingreso que generar. (12)

Observando la realidad global se tiene que las expectativas de la atención humanizada, no son acordes a lo esperado, partiendo que la humanización es una pieza fundamental en la prestación de cualquier servicio de salud en la que se busque el bienestar de una persona, aún más si se trata del nacimiento de un nuevo ser, el cual merece un ambiente que le proporcione completo bienestar, y le asegure cuidado digno desde su inicio de la vida.

Todas las mujeres tienen el derecho a tener una experiencia del parto que sea significativa y recordada con agrado, realidad que inconcebiblemente no se ve reflejada, ya que paradójicamente es el equipo de salud el cual toma decisiones no solo de carácter científico, si no también emocionales y físicas las cuales son inherentes a la materna. Ningún procedimiento en la atención del parto debería de existir simplemente por la comodidad del personal que lo atiende, sería que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir a las necesidades individuales y sus deseos particulares. (13)

Pero ¿Qué es lo que ocurre cuando esta experiencia no es atendida de manera adecuada?, se generan consecuencias de la atención deshumanizada del parto, que puede desencadenar, un parto traumático, denominado como: un peligro real o amenaza vital para la madre o su bebe, dejando secuelas psicológicas y emocionales, La experiencia de parto traumático se acompaña de miedo, indefensión y terror, y suele ir seguida de toda una serie de pensamientos que incluyen recuerdos vívidos del suceso, flashbacks, pesadillas e irritabilidad.

La revisión literaria de artículos nacionales e internacionales da a conocer estudios cualitativos que muestran que un tema central para estas mujeres traumatizadas es el haber recibido unos cuidados inadecuados en los cuales las mujeres describían como habían sentido que no tenían ningún control sobre su experiencia de parto y que simplemente eran un instrumento más del quirófano; les habían tratado de forma autoritaria en la toma de decisiones y sus opiniones habían sido ignoradas. Los profesionales no les habían respetado como personas, ni respetado su derecho al consentimiento informado.

Muchas contaban que habían sido tratadas de forma deshumanizada, irrespetuosa y descuidada. Para describir el trato recibido por los profesionales utilizaban palabras como “bárbaro, invasivo, terrible y degradante. Otras decían haber sido tratadas como “*un cacho de carne*” o “*una baldosa de la pared*” para explicar el trato deshumanizado recibido durante el parto, describiendo una falta total de consideración hacia ellas como seres humanos dignas de respeto.

Probablemente el maltrato tenga un impacto mucho mayor cuando sucede intraparto, un momento en que el cerebro materno está bañado en neurohormonas específicas que lo preparan para el inicio del vínculo. En general las anteriores investigaciones demuestran que las mujeres con frecuencia salen traumatizadas de sus partos como consecuencia única y exclusiva de las acciones y omisiones del equipo de salud que las atendió durante su parto.

Nombrar el abuso que sufren muchas mujeres en el parto es el primer paso para erradicar el problema, según Hodges Presidenta de Citizens for Midwifery, drogar o cortar a una embarazada sin que haya una indicación médica estricta, es un acto de violencia, incluso cuando dentro de una institución de salud.

También se destacó como algunas mujeres sienten el parto como una forma de violación, y como muchas mujeres que han sufrido un parto traumático presentan los mismos síntomas que las víctimas de violaciones de todo tipo y aberraciones sexuales. El término “violación en el parto” (birth rape) lo han utilizado mujeres que sienten que fueron violadas en sus partos y forzadas a consentir a algunos procedimientos sin que se les hubiera informado con detalle ni se les hubiera explicado los riesgos de las mismas.

El primer país que ha reconocido la violencia obstétrica como concepto legal ha sido Venezuela. En la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia publicada el 19 de marzo de 2007 se define como violencia obstétrica: “*La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres*

por prestadores 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”

La restructuración del cuidado y las condiciones en las que se atiende el nacimiento de un nuevo ser, que desencadena trastorno de estrés pos traumático en las mujeres, el maltrato y las causas que favorecen ese tipo de cuidado degradante por parte de los profesionales, es urgente. Además hay que visibilizar el alto y profundo sufrimiento emocional que llevan consigo muchas mujeres y abordarlo terapéuticamente.

A nivel local es una realidad latente que no se debe desconocer y aunque no se encuentran evidencias literarias la opinión de las usuarias y su inconformismo demuestran que la existencia de la problemática no es una utopía.

Es por esta razón y después del planteamiento del problema anterior que se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de las mujeres, de la atención de parto humanizado brindadas por el equipo de salud en el HUHMP en el año 2016?

3 JUSTIFICACIÓN

El parto es una experiencia gratificante y mágica, indicadores básicos del fondo de las naciones unidas para la infancia (Unicef) muestran que en el año 2012 se presentaron un total de 138.314.000 nacimientos a nivel mundial, así mismo en Colombia para el mismo año hubo 912.000 nacimientos, (14) estos datos no son alarmante ya que la llegada de un nuevo ser es algo natural. Lo que recobra importancia es que en las últimas décadas el parto se ha tornado traumático para algunas mujeres, en las que se encuentra gran prevalencia de síntomas de estrés postraumático y secuelas tanto físicas como psicológicas tras el proceso de traer vida al mundo. Dándole validez a lo anterior se encontraron datos como los de un estudio británico en el que un tercio de las mujeres describían su parto como traumático y referían haber temido por su vida o la de su bebé, o que este tuviera serias secuelas por otro lado en Australia y Reino Unido se observa que entre el 1 y el 6% de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés postraumático completo tras el parto (15).

Lo anterior puso en manifiesto la importancia en la educación y concientización al equipo de salud en la atención humanizada, aún más si se trata de la atención del parto, ya que aunque se cuente con conocimientos científicos sólidos, la atención integral a un ser humano va más allá de la capacidad de razonar y decidir las mejores alternativas de tratamiento, es sencillamente la posibilidad de empatizar, entender, comprender y valorar a la persona a la cual se le está prestando un servicio.

Despertó interés profundizar en el tema, atención del parto humanizado, el déficit de apoyo tanto legislativo como social, que se evidencia actualmente en el territorio colombiano, ya que no se cuentan con estatutos que afirmen la importancia de una atención humanizada, pero si se cuenta actualmente con leyes que protegen a la materna y promueven un parto seguro, por otro lado también se protege al recién nacido, pero esto se enfatiza en un antes y un después del momento de parir, aunque hay recomendaciones dadas por la OMS y proyectos de ley colombianas referentes al tema, no se ha logrado avalar ninguno de estos.

Fue viable la realización del estudio teniendo en cuenta que es un tema de interés en salud pública y desde los objetivos del milenio se dejó en manifiesto la necesidad por la reducción de la mortalidad materna, la deshumanización en el proceso del parto las deja a merced de ser atendidas por una partera o por personal que no se encuentra capacitado para enfrentar las complicaciones inherentes al parto, teniendo en cuenta esto las agencias mundiales de salud

también recomiendan que todas las mujeres en el mundo reciban la atención de asistentes especializadas en el parto normal, como son las parteras profesionales, con el respaldo de servicios médicos en caso de complicaciones. Las recomendaciones de la OMS indican que la causa subyacente del problema de morbi-mortalidad materna y perinatal es que no hay suficiente parteras capacitadas en todo el mundo (UNICEF, 1999) (16).

El paso número 4 de la estrategia institución amiga de la madre y la infancia (IAMI) es Trabajo de parto y parto con calidez y calidad, pero tras la exhaustiva exploración se evidenció déficit de información que evidenció la problemática a nivel local y es necesario su profundización.

En el marco docencia servicio fue factible trabajar en conjunto con el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, pues se tuvo acceso total a la información y fue permitida la interacción con las maternas asistentes al lugar.

Los principales beneficios de la presente investigación fueron la generación de conocimiento el cual servirá para diseñar estrategias o programas sobre atención de parto humanizado, además se aportó información para ampliar el concepto sobre violencia obstétrica, la cual es experimentada por varias mujeres durante su trabajo de parto.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de las mujeres de la atención de parto humanizado brindadas por el equipo de salud en el HUHMP en el año 2016

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características sociodemográficas de las mujeres en trabajo de parto asistentes al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el año 2016

Identificar el apoyo emocional brindado por el equipo de salud a las mujeres en trabajo de parto en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el año 2016

Establecer el apoyo informativo proporcionado por el equipo de salud a las mujeres en trabajo de parto en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el año 2016

Reconocer el apoyo físico suministrado por el equipo de salud a las mujeres en trabajo de parto en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el año 2016

5. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo investigativo se apoyó en la teoría de Ramona Mercer titulada “la adopción del rol materno”, la cual estipula el apoyo que debe ser brindado a una materna, además se da a conocer todo el proceso del trabajo de parto y las consideraciones de la OMS en cuanto a la atención de parto humanizado.

5.1 TEORIA DE RAMONA MERCER: ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO (17)

Ramona T. Mercer comenzó su carrera de enfermería en el año de 1950, en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Recibió el premio L; L. Hill por su excelencia en sus estudios, en 1964 obtuvo la licenciatura en enfermería materno-infantil en la universidad de Emory y completo su doctorado en la universidad de Pittsburgh en 1973. Mercer ha recibido varios premios. En 1963 cuando trabajaba y estudiaba enfermería recibió el premio del departamento de salud, educación y servicio público de salud y bienestar de la universidad de Emory, recibió la beca Bixler para la educación e investigación enfermeras, del consejo regional del sur para estudios de doctorado. En 1982 recibió el premio de enfermería materno-infantil. En la escuela de enfermería de San Francisco recibió el cuarto premio anual Helen Nahm premio al profesor en 1984. Los premios que Mercera obtenido gracias a sus investigaciones son: sociedad Americana en psicoprofilaxis en obstetricia 1987, el distinguido premio de la cátedra de investigación occidental del instituto de enfermería en 1988 y una distinguida contribución de la fundación científica americana de enfermeras del premio en 1990.

5.1.1 Conceptos principales y definiciones. Aunque la teoría de Mercer posee diferentes definiciones, para la presente investigación se tuvo en cuenta las relacionadas con el apoyo social y su respectiva clasificación.

APOYO SOCIAL: Cantidad de ayuda que recibe realmente la materna, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan, hay cuatro áreas de apoyo.

- **APOYO EMOCIONAL:** Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido

- APOYO INFORMATIVO: “Ayuda al individuo a solucionar problemas por si solos ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación”
- APOYO FÍSICO: Tipo directo de ayuda
- APOYO DE VALORACIÓN: Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás

5.1.2 Metaparadigmas desarrollados en la teoría.

Persona: La individualización de una mujer puede aumentar su conciencia como persona. El núcleo propio evoluciona a través de un contexto cultural y determinan como las situaciones que se definen y se conforman. Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal. La madre como persona se considera una entidad independiente pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa.

Cuidado o enfermería: La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar las base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente; la enfermera proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados con el cliente incapaz de proporcionárselos el mismo y se interpone entre el entorno y el cliente.

Enfermería se refiere como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.

Salud: Define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés parto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles.

Entorno: Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el

apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

5.2 TRABAJO DE PARTO

Se denominó así al conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, tienen por objetivo la expulsión del fruto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos. El parto es un proceso maravilloso y natural para el que el cuerpo de la mujer está programado sin necesidad de emplear ningún tipo de sustancia o herramienta externa y ajena a la madre y al bebé (18).

5.2.1 Tipos de parto.

Parto vaginal espontáneo: Proceso en el que el feto nace por la vagina de la mujer. Se inicia con contracciones o dolores en la espalda que se extienden hacia el vientre, disminuyen y nuevamente terminan en la espalda. Estas contracciones producen la dilatación del cuello uterino. A través de la vagina la mujer expulsa una secreción de color rosado y se rompe el saco amniótico, comúnmente conocido como romper fuente. El cuello del útero se dilata para permitir el paso del feto que luego pasa por la vagina y sale de la mujer. Después de que nace el feto se expulsa la placenta.

Parto instrumentado con fórceps o con espátulas: En este proceso se utilizan espátulas que tienen la forma de cucharas, que se ajustan alrededor de la cabeza del feto para ayudarlo a salir. A medida que la madre puja bajo anestesia local, el feto es retirado suavemente. Casos en los que es necesario utilizar fórceps:

- Enfermedades de la mujer que no permiten el pujo.
- Hipertensión, enfermedades del corazón o edema pulmonar de la mujer
- Infección intraparto
- Agotamiento materno
- Fase de expulsión del feto prolongada
- Desprendimiento de la placenta
- Sufrimiento fetal

- Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal

Parto con utilización de vaccum o vacío: Método que ayuda a acelerar el parto, se utiliza cuando el feto comienza a mostrar signos de sufrimiento por falta de oxígeno o cuando las contracciones no son suficientemente fuertes. Se emplea una especie de gorro de metal que fijado a la cabeza del feto ayuda a extraerlo con suavidad.

Parto por cesárea: Es una intervención quirúrgica que dura entre 45 y 60 minutos aproximadamente y consiste en practicar un corte en el abdomen y en el útero para extraer al feto. La madre permanece consciente todo el tiempo con anestesia desde la cintura hasta los pies, no siente dolor, sólo la sensación que le producirá la extracción del feto.

La cesárea está indicada en los siguientes casos:

- Alteraciones en la pelvis de la mujer o en el canal de parto que lo obstruyen y no permiten la salida del feto
- Peso exagerado del feto, fetos muy pequeños o muy prematuros
- Falta de dilatación del cuello uterino
- Antecedente de cirugías en el útero de la mujer
- Desprendimientos de la placenta (19)

5.2.2 Etapas del parto.

Primera Etapa O Dilatación: esta etapa se subdivide en 3 fases Latente, activa y transitoria

- Fase Latente: Inicia cuando las contracciones empiezan a volverse más frecuentes, cada 5 a 20 minutos. El cuello uterino se dilata, se abre aproximadamente hasta tres o cuatro centímetros adelgazándose. En primerizas suele ser de 6 horas con 3 - 4 cm de dilatación y en multíparas es de 5 horas con 4 cm de dilatación, suele ser también la más larga y la menos intensa, esta es la fase en que la futura madre ingresa en el hospital para efectuar exámenes pélvicos que determinan la dilatación del cuello uterino.

- Fase Activa: está definida por la dilatación del cuello uterino de 4 a 7 centímetros. Las contracciones se vuelven más prolongadas, intensas y frecuentes por lo general cada 3 o 7 minutos.
- Fase de Transición: Durante la transición el cuello uterino pasa de 8 a 10 centímetros, en esta fase las contracciones suelen ser muy intensas y duran de 60 a 90 segundos cada minuto.

Segunda Etapa O Periodo Expulsivo: Comienza cuando el cuello uterino se encuentra completamente dilatado y finaliza con la expulsión del bebé.

La posición del parto más habitual es en litotomía o semi-flowler, en una cama que permita las maniobras, la visión y la protección del periné. Generalmente a esta etapa se le conoce como periodo de "pujar".

La mujer toma parte activa pujando para que el bebé atraviese el canal de parto y salga al mundo exterior. Es el momento en que la cabeza del bebé se asoma por la abertura de la vagina y se denomina "coronamiento". La segunda etapa es más corta que la primera, y puede tomar de 30 minutos a dos horas.

Tercera etapa o alumbramiento: Después de dar a luz al bebé, la nueva madre entra en la tercera y última etapa del parto: la expulsión de la placenta, el órgano que nutrió al bebé mientras se encontraba dentro del útero.

Esta etapa no suele durar más de 15 minutos en la mayoría de los partos y consiste en la salida de la placenta del útero y las membranas a través de la vagina. El alumbramiento podrá ocurrir de forma espontánea o farmacológica. (20)

5.2.3 Mecanismos del parto. Durante el proceso del parto, los diámetros menores del feto pasan por los diámetros mayores de la pelvis materna. Con el fin de no quedar encajado en algún punto durante su trayectoria fuera del útero, el bebé pasa por una serie de movimientos naturales que constituyen el mecanismo del parto.

Descenso: Ocurre por acción de la gravedad una vez dilatado el cuello uterino, así como de las poderosas contracciones uterinas y de los músculos abdominales

maternos. El descenso tiende a ser lentamente progresivo basado en la estructura pélvica materna.

Flexión: la cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico.

Encajamiento: el diámetro de la cabeza del feto que va desde un hueso parietal al opuesto, llamado diámetro biparietal, alcanza el estrecho superior de la pelvis a nivel de las espinas isquiáticas. Por lo general ocurre en la fase tardía del embarazo, justo al iniciarse el trabajo de parto.

Rotación interna: ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre el músculo elevador del ano y los ileocoxígeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.

Extensión: la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero por el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo.

Rotación externa: una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.

Expulsión: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna. Estos movimientos son todos debido a la relación que existe entre la cabeza y hombros del feto y el anillo óseo de la pelvis materna. (21)

5.2.4 Fisiología del parto. El inicio de las contracciones uterinas puede que se deba a un aumento de la concentración de ciertas prostaglandinas y del aumento en el número de receptores para la oxitocina.

Los amnios y el corion producen fosfolípidos que son metabolizados en ácido araquidónico, del cual se sintetizan los eicosanoides prostaglandina I (PGI) y F

(PGF), los cuales aumentan durante el trabajo de parto. Los cambios bioquímicos que anteceden al trabajo de parto tienen como finalidad liberar al miometrio de los elementos inhibitorios presentes durante el embarazo, como lo son la progesterona, prostaciclina, relaxina, lactógeno placentario humano y el óxido nítrico. Igualmente, el útero es activado o estimulado por otras proteínas asociadas a la contracción muscular, como la oxitocina y otras prostaglandinas estimuladoras (22).

5.2.5 Control del trabajo de parto (23). Los centros asistenciales equipados con salas de parto tienen diferentes procedimientos y protocolos en la atención del parto. Entre los más frecuentes usados para el monitoreo de la madre y su bebé, están:

Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal: existen dos tipos de Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal

La auscultación: es el método mediante el cual se escuchan periódicamente los latidos del corazón del bebe y se realiza ya sea con un estetoscopio o con un transductor doppler, este convierte las señales de los latidos del bebe en ondas sonoras, al presionarlo sobre el abdomen de la materna.

La monitorización electrónica fetal (MEF): registra continuamente los latidos del bebe y las contracciones del útero durante el trabajo de parto. La MEF usa un equipo especial para medir la frecuencia cardiaca fetal, cuando el útero se contrae, este método proporciona un registro continuo y detectar posibles problemas a tiempo, algunos de estos criterios son:

- Preeclampsia
- Trabajo de parto prematuro
- Crecimiento fetal deficiente
- Diabetes

La MEF puede ser interna, externa o mixta

Monitorización externa: mediante este método se colocan dos cinturones alrededor del abdomen, un cinturón usa Doppler para detectar el ritmo cardiaco

fetal. El otro mide la duración de las contracciones y el intervalo de tiempo entre ellas.

Monitorización interna: se usa un cable llamado electrodo el cual se coloca en él bebe, en la parte más cercana al cuello uterino, generalmente es el cuero cabelludo, este instrumento se usa para registrar el ritmo cardiaco fetal, también se usa para monitorear las contracciones uterinas mediante un tubo especial llamado catéter de presión intrauterino, el cual se coloca por vía vaginal en el útero, este catéter mide la intensidad de las contracciones. La monitorización interna se puede usar solo después de la ruptura de membranas del saco amniótico.

Dinámica uterina: es el control de las contracciones uterinas puede ser realizado de manera mecánica, usando un manómetro y ocasionalmente un catéter de presión intrauterino mencionado anteriormente.

Control de signos vitales: tales como el pulso, la Presión arterial y la frecuencia respiratoria de la madre durante el trabajo de parto. Todos estos valores son registrados en un partograma que dura mientras dure el trabajo de parto.

El tacto vaginal: es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios.

La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido. El estudio de la frecuencia cardiaca fetal constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto (24).

5.2.6 Lesiones del canal blando. En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrostomia fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural. También son más frecuentes las lesiones si se trata de un parto instrumental, particularmente si se usan fórceps. La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal:

En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6 %).

Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas.

En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos).

Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53 %) y la tasa más baja de perinés intactos (<42 %) se dan en la posición de cuclillas para las nulíparas. También en nulíparas se produce la tasa más alta de desgarros de tercer grado (3,2 comparado con el 0,9 % del total).

Por tanto, las posiciones menos lesivas para el periné en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo. Sin embargo, se debe dejar a la mujer elegir la postura en la que se encuentre más cómoda (25).

Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal. Un porcentaje del 10 % de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar. Entre los beneficios de esta práctica se encuentra el hecho de que previene el traumatismo perineal de la zona anterior, y entre sus inconvenientes:

- Mayor lesión perineal y sus secuelas.
- No previene la debilidad de la musculatura del suelo pélvico y sus secuelas.
- No protege al feto de la asfixia intraparto.
- Aumenta la pérdida sanguínea de la mujer.

- Incrementa la profundidad media de los desgarros perineales posteriores.
- Aumenta el riesgo de lesión al esfínter anal.

Incrementa los problemas de cicatrización y el dolor en los primeros días posparto. Diferentes estudios apoyan concluyendo que: La episiotomía restrictiva, en comparación con el uso rutinario, se asoció con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior, de la necesidad de sutura; y menos complicaciones en la cicatrización. No hubo diferencias en el riesgo de trauma vaginal o perineal agudo; dispareunia; incontinencia urinaria.

Por otro lado las conclusiones de los revisores de Cochrane fueron: “la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo”.

En función de los datos anteriores, se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía únicamente en las indicaciones maternas o fetales siguientes: (26)

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Parto vaginal complicado.
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores mal curados

5.2.7 Apoyo durante el parto. La vivencia de la historia emocional, cultural y social de la mujer que hace que su experiencia de parto sea individual y única, ante la necesidad emocional y física que la parturienta experimenta es necesario estar atento a sus necesidades, los cuales van mucho más allá de los cuidados técnicos. La atención o acompañamiento ayudan a la mujer a pasar por esta experiencia propiciándole beneficios físicos y emocionales.

Los beneficios ya fueron reconocidos por la OMS “Las parturientas que reciben apoyo personalizado permanente tienen menos probabilidades de recibir analgesia o anestesia regional, de tener un parto vaginal instrumentado o una cesárea. Los efectos positivos del apoyo son más contundentes en mujeres que

no cuentan con otra fuente de apoyo y donde la anestesia peridural y el monitoreo electrónico fetal no son una práctica de rutina” (27).

A nivel investigativo se evidencia que el elemento común en muchos trabajos apunta a los indicadores de parto donde se presenta una disminución del índice de cesáreas, del uso de analgesia, del uso de oxitócicos y del uso de fórceps. Además se destacan estudios que evalúan otros beneficios tales como; mayor nivel de interacción entre madre y bebe, mayor índice de amamantamiento, sensación de control sobre si misma y el parto, y mejor percepción sobre el proceso en general (28).

Por otro lado cada vez es más evidente, que la participación de la pareja de la mujer durante el nacimiento conduce a mejores partos y también afectan de manera positiva los resultados postparto. Las investigaciones también muestran que las mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto, como un miembro de la familia de la paciente, tienen resultados significativos en términos de reducción en la tasa de cesárea, partos instrumentalizados (como el uso de fórceps), menos anestesia, episiotomía, uso de oxitocina y mayor tiempo de apego, así como una reducción de la duración del trabajo de parto y el bebé nace con una mayor puntuación Apgar La pareja puede proporcionar apoyo físico y emocional: ayudando a la mujer a que comprenda cómo progresa el parto, apoyarla en las contracciones, las respiraciones adecuadas, etc (29).

5.2.8 Alivio del dolor durante el parto (30). Existen numerosas opciones para controlar las molestias que se experimentan durante el trabajo de parto y el alumbramiento del bebé. En general, las madres y los médicos eligen recurrir al método de alivio del dolor más seguro y eficaz, tanto para la madre como para el bebé. La elección estará determinada por:
Las preferencias de la paciente y su familia.

- La salud de la paciente.
- La salud del feto.
- La recomendación del médico.

Existen tres tipos principales de control del dolor durante el trabajo de parto y el parto:

Medidas sin medicación - procurar que la madre esté cómoda y aliviar el estrés, llamado a veces parto natural. Muchas mujeres aprenden técnicas especiales que las ayudan a sentirse más cómodas y a controlar la situación durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Algunas de esas técnicas incluyen:

Relajación - técnicas como la relajación progresiva, en la que se relajan varios grupos de músculos por series, pueden ayudar a que la mujer detecte la tensión y la libere.

Masajes y caricias - puede incluir masajes o caricias ligeras para aliviar la tensión. Una ducha durante el trabajo de parto también puede constituir una manera efectiva de aliviar el dolor o la tensión.

Terapia de calor o frío - empleada para relajar zonas tensas o con dolor aplicando, por ejemplo, una toalla caliente o una compresa fría.

Visualización - técnica que consiste en recurrir a imágenes mentales que ayuden a crear una sensación de relajación.

Meditación o pensamiento dirigido - si se concentra el pensamiento en un objeto o tarea, tal como respirar, se ayuda a distraer la mente de las molestias.

Respiración - técnicas que consisten en el uso de diferentes patrones y tipos de respiración que ayudan a alejar la mente de las molestias experimentadas.

Cambios de posición y movimiento - muchas mujeres descubren que cambiar de posición y moverse durante el trabajo de parto las ayuda a aliviar las molestias, y puede incluso acelerar el trabajo de parto.

Analgésicos - medicamentos para aliviar el dolor, poseen potenciales efectos adversos sobre el feto, aun si se administra la dosis mínima. Estos medicamentos pueden atravesar la placenta fácilmente y llegar al feto, y es posible que lleve mucho tiempo eliminarlas del sistema del niño, incluso después del nacimiento. Muchos analgésicos pueden causar depresión respiratoria en la madre y el bebé si se administran en grandes cantidades o en dosis repetidas.

Anestesia - los medicamentos que provocan pérdida de sensación incluyen bloqueo pudendal, anestesia y analgesia epidural, anestesia y analgesia espinal, y anestesia general.

Bloqueo local: anestesia inyectada en la zona del perineo, para adormecerla durante la sutura de un desgarro o de la episiotomía después del parto.

Bloqueo pudendo: un tipo de anestesia local que se inyecta en la zona de la vagina y actúa sobre el nervio pudendo, causando el adormecimiento total de la zona vaginal sin afectar a las contracciones del útero.

Anestesia epidural: este tipo de anestesia consiste en la infusión de medicamentos a través de un catéter delgado que se coloca en el espacio epidural, ocasionando la pérdida de sensación en la parte inferior del cuerpo. Este tipo de anestesia se utiliza para los partos por cesárea. La complicación más frecuente cuando se aplica un anestésico epidural es la baja de presión sanguínea de la madre. Por ese motivo, en la mayoría de los casos es necesario administrar fluidos por vía intravenosa antes de suministrar anestesia epidural.

Anestesia espinal: esta clase de anestesia consiste en inyectar una dosis única del agente anestésico directamente en el canal de la médula espinal. La anestesia espinal actúa con mucha rapidez y causa la pérdida completa de sensación y movimiento en la parte inferior del cuerpo. Se suele emplear en alumbramientos por cesárea.

Anestesia general: consiste en la administración de un agente anestésico que hace que la paciente se duerma. Puede ser utilizada en alumbramientos por cesárea de emergencia.

5.2.9 Complicaciones del parto. Parto prematuro: es aquel que se produce después de la semana 22 de gestación, pero antes de la semana 37, (31) la OMS lo define como un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- Prematuros extremos (<28 semanas)
- Muy prematuros (28 a <32 semanas)

- Prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo, en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad. La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema, entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades. A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales (32).

La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, si bien algunos se desencadenan a resultas de la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas.

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética (33).

Rotura prematura de membranas: (34) Actualmente, la rotura prematura de membrana (RPM) se define como la rotura de las membranas ovulares, después de las 21 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la rotura prematura de membrana ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF).

Hay varias clasificaciones una de ellas es:

- Ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “previable” (menos de 23 semanas en países desarrollados).

- Ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “lejos del término” (desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación).
- Ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “cerca al término” (aproximadamente 32-36 semanas de gestación).

La ruptura prematura de membrana se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento de nacimiento y se llama muy prolongada cuando supera una semana.

El periodo latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo.

La causa de la rotura prematura de membranas es incierta, muchos autores señalan como primera causa a la infección, se recogen otras como el bajo nivel socioeconómico, bajo peso materno, parto prematuro previo, metrorragia del 2do y 3er trimestres, polihidramnios, embarazo gemelar, entre otras. La rotura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial.

La rotura prematura de membranas tiene complicaciones maternas y fetales, se destacan la amnionitis, endometritis, aumento del índice de cesárea, infecciones fetales y neonatales, hipoxia, deformidades fetales, hipoplasia y pulmonar.

Meconio: (35) El hallazgo de una tinción verdosa o amarillenta del líquido amniótico ocurre entre el 10 y el 20% de los partos a término, y se produce por la liberación de meconio desde el intestino fetal. El meconio está compuesto por restos del líquido amniótico deglutido, secreciones intestinales y material de descamación, lanugo y pequeñas cantidades de sangre. Contiene enzimas pancreáticas, ácidos grasos libres, porfirinas, interleuquina 8 y fosfolipasa A2 1 . Su riqueza en biliverdina le confiere el color característico. La incidencia de líquido amniótico meconial aumenta con la edad gestacional, y aunque llega a ser del 30% (23 al 52%) en las gestaciones pos término rara vez se produce en gestaciones de menos de 32 semanas.

La emisión de meconio en los casos de presentación cefálica, se produce como consecuencia de un estímulo transitorio o permanente del sistema nervioso para

simpático que causa un aumento del peristaltismo intestinal y la relajación del esfínter. Se ha descrito el efecto sobre el peristaltismo fetal de ciertas sustancias administradas a la madre, como la quinina, los para simpaticomiméticos y muy posiblemente prostaglandinas. Dependiendo de la cantidad de meconio liberado por el feto y de la cantidad de líquido presente en la bolsa amniótica la coloración verdosa será más o menos intensa. La existencia de meconio espeso supone la existencia de un oligohidramnios previo y este hecho condiciona una mayor frecuencia de resultados perinatales adversos. La consecuencia más grave de la existencia de meconio en el líquido amniótico es el desarrollo del síndrome de aspiración meconial que ocurre en el 3-4% de las ocasiones, con mayor frecuencia en los casos de oligohidramnios. Este síndrome presenta una elevada mortalidad sobre el 5-40%.

Sufrimiento fetal: (36) No existe consenso respecto a una definición precisa de Sufrimiento Fetal (SF). Se acepta generalmente que es sinónimo de hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto. Es conocida la correlación entre SF y diversos cuadros patológicos del recién nacido, especialmente respiratorios. Esto se explica porque la hipoxia fetal se acompaña de diversas alteraciones metabólicas, enzimáticas y del equilibrio ácido base que se traducen, entre otras, en acidosis, aspiración de líquido amniótico y depresión respiratoria del recién nacido.

Se distinguen dos tipos de SF: uno crónico (SFC) que afecta al feto durante su gestación y el otro, agudo o intra parto (SFA), que aparece como un accidente durante el periodo de dilatación o el expulsivo. Ambos pueden ser independientes o estar interrelacionados. Así, es frecuente que el SFA se instale en un feto crónicamente dañado durante el embarazo. En el fondo, ambos tipos representan una condición deficiente del feto durante su vida intrauterina, ya sea a lo largo de su crecimiento y desarrollo, o durante el trabajo de parto.

Las causas de SF son muy variadas y pueden agruparse en maternas, fetales, feto placentarias y en factores accidentales. Existe además SF de causa desconocida u iatrogénica.

Prolapso de cordón umbilical: (37) se define como la Protrusión del cordón umbilical en el canal del parto por delante de la presentación fetal. Se trata de una complicación fetal severa, que se ve facilitada por todas aquellas circunstancias que dificulten la adaptación perfecta de la presentación al estrecho superior de la

pelvis y, a menos que pueda llevarse a cabo un parto rápido, puede ocasionar la muerte fetal.

Se clasifica en:

- Procidencia de cordón (PC), descenso del cordón a través del cuello o del orificio cervical cuando las membranas están rotas.
- Laterocidencia de cordón es la presencia de cordón umbilical entre la presentación y el cuello en presencia de membranas íntegras.
- Procúbito de cordón es la presencia del cordón umbilical entre la presentación y la pared vaginal o el cuello en presencia de membranas íntegras. La incidencia de PC es de 0,1 a 0,6% de todos los nacimientos.

En presentaciones pelvianas la incidencia es levemente superior al 1%. La incidencia es mayor en fetos masculinos y en gestaciones múltiples. Se estima que se asocia a una mortalidad perinatal de 9,1%. Prematurez, malformaciones congénitas y asfixia perinatal son las patologías más frecuentemente asociadas.

La principal causa de asfixia es la compresión del cordón y el vaso espasmo de la arteria umbilical que altera el flujo de sangre hacia y desde el feto.

Entre los factores de riesgo se destacan:

Generales (multiparidad, peso al nacer menor de 2.500 gramos, prematurez, malformaciones congénitas, presentación pelviana, situación transversa, oblicua o inestable, segundo gemelar, polhidramnios, presentación móvil, inserción baja de la placenta).

Asociada a procedimientos (ruptura artificial de membranas (RAM), versión externa, versión interna, inserción de transductor de presión intrauterina.)

Distocia de hombros (DH): según la OMS La distocia de hombros se presenta cuando el hombro del feto queda trabado detrás de la pelvis materna después de la salida de la cabeza. Se considera como una de las situaciones de alto riesgo en obstetricia y su imprevisibilidad continúa siendo una preocupación importante para

los obstetras de todo el mundo. Se calcula que la incidencia de la distocia de hombros oscila entre 0,6% y 1,4% para neonatos con un peso al nacer de 2500 g a 4000 g y entre el 5% y el 9% para neonatos que pesan de 4000 g a 4500 g. (38)

Se reconocen algunos factores de riesgo para la distocia de hombros como:

Macrosomía fetal: Es el mayor factor de riesgo para DH y se define como un peso mayor de 4500 g al nacimiento. La incidencia de DH aumenta progresivamente cuando el peso del recién nacido es mayor de 4000 g sin embargo el 50% de las DH ocurren en fetos de menos de 4000g. Por desgracia no es fácil identificar el feto macrosómico antes del parto. La macrosomía tiende a repetirse, siendo la incidencia de fetos macrosomas en el 2º parto de mujeres que ya han tenido uno anterior del 32%.

Diabetes mellitus: Hay mayor incidencia de macrosomia fetal en embarazadas con diabetes gestacional o pregestacional que en no diabéticas. Se producen diferencias en las medidas antropométricas de los hijos de madres diabéticas a expensas del aumento de los ratios pecho/cabeza y hombros/cabeza, incrementando el riesgo de DH independientemente del peso fetal de dos a seis veces por encima de la incidencia en madres no diabéticas.

Parto vaginal operatorio: Es un factor de riesgo para DH aunque no se sabe si la DH es el resultado de descender al feto con ayuda instrumental o es la razón subyacente por la que el feto no desciende de forma natural. Una revisión concluyó que Medicina Materno-Fetal el parto instrumental fue el factor de riesgo intraparto mayormente asociado con lesión permanente del plexo braquial.

Antecedente de DH: La incidencia de DH recurrente es del 1-25% en estudios retrospectivos y se cree que puede haber una infraestimación debida a que en embarazos posteriores a una DH se opta por la cesárea por el obstetra ante la petición de la gestante. Las características asociadas a DH recurrente incluyen: peso materno pre gestacional mayor que en el embarazo previo; mayor ganancia de peso durante el embarazo que en el previo; mayor duración de la segunda fase del parto; mayor peso del recién nacido que en el parto previo o peso mayor de 4000 g.

Embarazo pos término: Una proporción significativa de partos con DH ocurren en embarazos posttermino aunque la mayoría de los embarazos posttérmino no acaban con DH. En un estudio de cohortes de partos a término y posttérmino se

vió que el riesgo relativo de DH era 1,3 en los partos postérmino aunque el tamaño del recién nacido era responsable del aumento de riesgo de DH ya que la diferencia de riesgo desapareció al estratificar por peso al nacimiento¹³.

Obesidad y ganancia de peso elevada en el embarazo: Algunos estudios han informado que la obesidad materna (IMC>30) o la excesiva ganancia de peso en el embarazo son factores de riesgo para DH mientras que otros no encuentran esta asociación tras ajustar variables de confusión.

En la mayoría de los casos la DH sucede de manera inesperada, lo que lleva a episodios que pueden ser muy traumáticos no solo para la madre sino también para los profesionales de la salud involucrados. Las complicaciones maternas pueden incluir desgarros perineales, rotura uterina y hemorragia postparto, mientras que las consecuencias para el neonato pueden variar desde diferentes niveles de asfixia hasta lesiones del plexo braquial transitorias o permanentes. (39)

5.2.10 Atención de parto humanizado (40). “El parto humanizado se fundamenta en la valoración del mundo afectivo - emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hijo o hija y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre donde, como y con quien parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia” Dr. Luis burgos.

El parto humanizado es la forma como este proceso se realiza de la manera más natural posible en la compañía de la pareja, reconociendo a su vez que son la triada madre, padre, hijo o hija, los únicos protagonistas y que del mismo modo poseen derechos como el respeto a la intimidad, el derecho a elegir quien les acompañe, por tal razón la intervención de los profesionales en salud no deben interferir en estos.

Al referirse a la atención del parto humanizada se deben tener en cuenta los derechos humanos en el parto; en los que se incluye: derecho a la dignidad personal, derecho a la vida y la seguridad, derecho a la salud y derecho a la igualdad en la atención en salud. Contrario a esto es claro que muchos derechos son vulnerados en el trabajo de parto de este grupo se destacan: derecho a la intimidad, derecho la integridad corporal, derecho a la información y toma de decisiones libre e informada, derecho a no recibir tratos crueles y degradantes, derecho al más alto nivel de salud posible.

A lo largo de los años se observa la evolución que ha tenido el concepto del parto, inicialmente eran las parteras, quienes atendían el parto en casa, estas fueron sustituidas por un modelo medicalizado, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia, actualmente se tiene nuevos enfoques para la atención del parto y nacimiento, los cuales son:

- Humanizada: vivificando el respeto por los derechos humanos y reproductivos
- Basada en la evidencia: en la cual se tiene a la OMS como pilar de esta atención humanizada, y se establecen unas recomendaciones prácticas

Por el bienestar de la nueva madre, durante el parto:

- Un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- La inducción y conducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.
- No está indicado rasurar el vello púbico o administrar un enema antes del parto.
- Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo.
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

- No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos.
- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.
- Durante el periodo expulsivo: Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- Debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

Sobre Cesáreas: Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.

No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica

Después del Nacimiento, por el bienestar de la nueva madre y su bebé:

No separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud física, emocional y mental del bebé y de la madre; además no aporta ningún beneficio.

No separar significa:

- No cortar el cordón umbilical hasta que deje de latir.

- La placenta sigue enviando sangre, rica en oxígeno, al bebé, además de otros nutrientes, facilitándole el inicio de la respiración pulmonar.
- Que el bebé sea puesto inmediatamente en contacto piel con piel con su madre y permanezca así durante horas, sin interrupción.
- El contacto piel con piel inmediato del recién nacido y su madre tras el nacimiento, regula el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucosa en sangre y el sistema inmunitario del bebé. La separación provoca que el recién nacido se sienta desamparado y sufra estrés. Las exploraciones pediátricas necesarias tras el nacimiento pueden hacerse sobre el pecho de la madre, mientras se inicia la lactancia. Siempre que el apgar del bebé lo permita.
- Facilitar el inicio temprano de la lactancia materna.
- Debe proporcionarse a la madre la intimidad necesaria para que el bebé tome el pecho en las primeras dos horas de vida por sí mismo. El cuerpo de la madre proporciona todo el calor que el bebé necesita, además de numerosos beneficios.
- Promover el alojamiento conjunto durante la estancia en el hospital.
- Esto facilita el apego materno y la lactancia, a la vez que disminuye la incidencia de depresión postparto.

Además la OMS menciona algunas prácticas consideradas dañinas, que se deben abandonar:

- Suplementos de hierro si no están indicados, sabiendo que un nivel de hierro más bajo es fisiológico durante el embarazo
- Prohibición del acompañamiento de un familiar
- Rasurado, enema y monitoreo fetal electrónico rutinario
- Restricción de líquidos y comidas durante el trabajo de parto

- Exámenes vaginales frecuentes durante el trabajo de parto
- Infusión intravenosa de rutina en el trabajo de parto
- Despegue de membranas y amniotomía para la inducción del trabajo de parto
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto y posición horizontal durante el parto
- Esfuerzos de pujos sostenidos y dirigidos (maniobra de valsalva y kristeller)
- Cesárea rutinaria después de una cesárea previa
- Lactancia con restricciones

Así mismo en el territorio colombiano se cuenta con la guía de atención integral, para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo parto o puerperio, en la cual se destacan la atención del parto no medicalizada, es decir con un mínimo de intervenciones, atención interdisciplinaria e integral, vigilar el bienestar fetal durante el expulsivo, realizar pinzamiento del cordón y alumbramiento adecuado, permitir el contacto piel a piel, entre otras las cuales fueron expuestas previamente por la OMS.

Con enfoque intercultural: si la mujer es la protagonista se debe tener respeto por sus tradiciones, lenguaje, y otros aspectos de su cultura.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Fué un estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, ya que pretendió identificar la percepción de la atención de parto humanizado brindadas por el equipo de profesionales de la salud a las mujeres en trabajo de parto en el HUHMP en el año 2016, fue transversal con respecto al tiempo de medición de las variables y según periodo de recolección de la información, debido a que se hizo un corte en el tiempo y se valoraron las parturientas que acudieron al hospital en dicho periodo de tiempo.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo de la presente investigación fueron las maternas en trabajo de parto admitidas al servicio de ginecobstetricia del HUHMP (institución de alto nivel de complejidad) en el primer trimestre del año 2016.

La población elegible fue representada por mujeres adultas atendidas en este servicio, que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.3.1 Criterios de inclusión:

- Aceptación de participar en el estudio y firma del consentimiento informado.
- Edad cumplida mayor a 18 años.
- Trabajo de parto atendido en su totalidad en el hospital

6.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes sin un adecuado registro de la información.
- Enfermedades psiquiátricas

6.4 MUESTRA

Se utilizó la fórmula de tamaño muestral para población finita, con un nivel de confianza del 95%, un error del 5 %, una prevalencia del 50%, para una población de 269 casos, los cuales fueron notificados en el último trimestre del año 2015 en el HUHMP, la formula arrojó 159 mujeres en trabajo de parto, que comprendieron la muestra del presente estudio investigativo.

$$n = \frac{269 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (269 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 159$$

6.5 METODO Y TÉCNICA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.5.1 Método. La unidad de análisis y de información correspondió a las maternas y a sus respectivas historias clínicas. El método utilizado fue la aplicación del formato de recolección de información , que establece una relación directa entre el investigador y el investigado, de modo que mediante una serie de preguntas aplicadas a la unidad de información, se pudo obtener respuestas concretas sobre las variables de interés.

6.5.2 Técnica. La técnica que se aplicó corresponde a la aplicación del formato de recolección de información y revisión de las historias clínicas. La revisión de las historias clínicas y el diligenciamiento de las encuestas fueron realizadas por los integrantes de la investigación. Para dicho proceso se asistió los días lunes, miércoles y viernes al hospital universitario en horas de la mañana preferiblemente, durante la visita se escogieron las parturientas que cumplieran con los criterios de inclusión, se hizo firmar el consentimiento informado, y se recolectó la debida información.

6.5.3 Formato de recolección de la información. Para la recolección de la información se contó con un formato, que se aplicó de manera dirigida a todas las mujeres que cumplieran con los criterios de selección. (Ver anexo B)

6.5.4 Confiabilidad. Se refiere al nivel de exactitud y consistencia de los resultados obtenidos al aplicar el instrumento (41) en condiciones similares al objetivo de la investigación, para este fin se realizó una prueba piloto aplicada al 10% de la muestra es decir 21 mujeres en posparto que cumplían con los criterios de selección.

6.5.5 Validez. Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (41), para dicho fin el instrumento utilizado en la presente investigación fue evaluado por expertos en el área de ginecología, obstetricia y docencia.

6.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La tabulación de la información se realizó en una base de datos creada para tal fin, en el programa Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corporation). Dicha base de datos y su registro fue manejada por los investigadores, quienes ingresaron la información recolectada a esta base de datos, para posteriormente continuar en su proceso de análisis.

6.6.1 Análisis estadístico.: Para la descripción de las características individuales de los participantes y de las variables en general, se utilizaron medidas de tendencia central como la media y la moda y de dispersión como la desviación estándar, en variables cuantitativas. La presentación de los resultados se hizo mediante tablas y gráficas.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Según la resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia del Ministerio de Salud se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Para el desarrollo de esta investigación se hizo énfasis en el Título II, de la investigación en seres humanos, capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos , artículo 5 sobre el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar, artículo 6 sobre los criterios a tener en cuenta en una investigación en seres humanos, artículo 8 sobre la protección de la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Para efectos de esta investigación se clasifica en investigación de riesgo mínimo según el artículo 11, en la que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

La realización de la presente investigación no conlleva en su concepto, en su desarrollo, ni en la publicación de resultados, lesiones a la dignidad humana y menos aún en su integridad, de las personas que intervienen en el estudio. Se garantizaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, ya que por medio del consentimiento informado se le permitió a la parturienta su participación o no en el estudio, para el manejo de todos los datos e información recolectada en la revisión de las historias clínicas, la información se utilizó exclusivamente con fines investigativos y ésta no fue utilizada en detrimento de la integridad física, moral y espiritual de los participantes. Se tuvo acceso a las mismas, con previa autorización del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la investigación fue realizada por personal en formación profesional, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Con respecto a los beneficios que pudo obtener la participante, se tuvo la satisfacción personal gracias a que su colaboración contribuyó al entendimiento de sus perspectivas y sentimientos, estableciendo así, un marco de acción para mejora continua del personal de salud, además la generación de nuevo conocimiento referente a la importancia del trato humanizado en el trabajo de parto . Además se fortaleció el buen trato hacia el paciente, aunque no se pretendía evaluar esto, lo que se buscaba era disminuir los tratos poco empáticos, con esto se benefició el HUHMP ya que según las normas de habilitación y acreditación se colaboró en el fomento de la atención con calidad.

8. RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 146 mujeres de pos parto vaginal espontaneo en las cuales se estudiaron características sociodemográficas, apoyo emocional, informativo y físico y además se tuvieron en cuenta las actividades institucionales recomendadas por la OMS.

Tabla 1 Características Sociodemográficas

DATOS	N (%) 146
EDAD, AÑOS	
Promedio (D.E)	25,25 (6,01)
LUGAR DE RESIDENCIA	
urbano	94 (64,38)
rural	52 (35,62)
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	
1	111 (76,03)
2	31 (21,23)
3	2 (1,37)
5	2 (1,37)
NIVEL DE ESCOLARIDAD	
ninguno	3 (2,05)
básica primaria incompleta	20 (13,70)
básica primaria completa	14 (9,59)
bachillerato incompleto	37 (25,34)

bachillerato completo	55 (37,67)
técnico	9 (6,16)
tecnólogo	1 (0,68)
universitario	6 (4,11)
especialización	1 (0,68)
COMPLICACIONES DEL PARTO	
parto prematuro	5 (3,42)
meconio	1 (0,68)
ninguna	140 (95,89)

D.E (desviación estándar)

La edad mínima fue de 18 años y la máxima fue de 43 años; los casos presentan una ligera tendencia al aumento alrededor de los 20 - 24 años (42%), con un promedio de edad de 25.25 y una desviación estándar de 6.01 años. Las pacientes atendidas corresponden principalmente a los estratos socioeconómicos 1 y 2 en un 97.2%; y a un nivel educativo más bajo, aproximadamente un 15% de los casos no logran completar los estudios de la básica primaria y solo un 4.1% tiene formación profesional. En cuanto al tipo de parto el 100% de los casos fueron parto vaginal no instrumentado. Solamente el 4.1% de las pacientes presentaron alguna complicación, siendo el parto prematuro el más frecuente.

Tabla 2 Apoyo emocional brindado a las maternas durante febrero, marzo y abril del 2016

DATOS	N (%)
Acompañamiento del equipo de salud	
Tranquilidad brindada por el equipo de salud durante el trabajo de parto	
Siempre	132 (90,41)
Cuidado delicado y afectuoso por parte del equipo de	

salud durante el trabajo de parto	
Siempre	128 (87,67)
Trato respetuoso por parte del equipo de salud durante el trabajo de parto	
Siempre	138 (94,52)
Satisfacción de las maternas por la atención del equipo de salud	
Siempre	135 (92,47)
Agradecimiento de las maternas por la atención del equipo de salud	
Siempre	141 (96,58)
Acompañamiento constante por parte del equipo de salud	
Siempre	135 (92,47)
Acompañamiento familiar	
Acompañamiento familiar durante el trabajo de parto	
Ninguno	112 (76,71)
Acompañamiento familiar durante el expulsivo	
Ninguno	146 (100,00)
Prácticas culturales durante el trabajo de parto	
Decisión de las maternas sobre la vestimenta del bebe y prácticas culturales importantes	
Si	137 (93,84)

En promedio 92.3% mujeres en pos parto inmediato calificaron de manera positiva el acompañamiento del equipo de salud, siendo el cuidado delicado y afectuoso el de menor frecuencia con un 87.6%.

En un 76.71% de los casos no se permitió el acompañamiento familiar durante el trabajo de parto, por otro lado se tiene que el 13.01% de las maternas estuvieron acompañadas por su pareja, el acompañamiento durante el expulsivo fue denegado en el 100% de los casos. Las prácticas culturales tenidas en cuenta como lo fue la autonomía en la toma de decisiones sobre la vestimenta del bebe se respetó en un 93.84%

Tabla 3 Apoyo informativo brindado a las maternas durante febrero, marzo y abril del 2016.

DATOS	N (%)
Educación sobre la etapas del parto	
Información del equipo de salud sobre el periodo de dilatación	
Siempre	124 (84,93)
Educación sobre el manejo del dolor	
Información del equipo de salud sobre técnicas de respiración y masajes en la parte baja de la espalda	
Siempre	110 (75,34)
Educación en el periodo expulsivo y post parto inmediato	
Información del personal sanitario sobre qué hacer en el momento expulsivo	
Siempre	129 (88,18)
Información sobre los procedimientos	
Información del personal sanitario de los procedimientos durante el trabajo de parto	
Siempre	120 (82,19)
Acompañamiento del personal de salud durante los procedimientos	

Siempre	138 (94,52)
---------	-------------

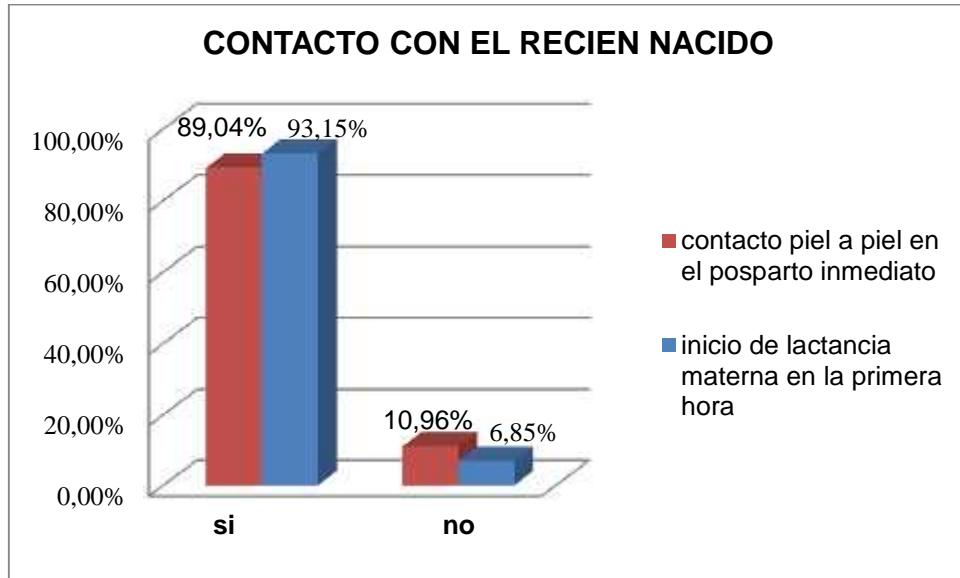
En cuanto a la educación brindada a las maternas se logró establecer que en promedio 82.81% maternas recibieron información sobre el periodo de dilatación, técnicas de respiración y como actuar en el periodo expulsivo, por otro lado la información y el acompañamiento durante los procedimientos fue descrita en promedio por el 88.35% mujeres en trabajo de parto.

Tabla N° 4 Apoyo Físico brindado a las maternas durante febrero, marzo y abril del 2016.

DATOS	N (%)
	146
La miraron cuando le hablaban durante el trabajo de parto	
Siempre	127 (86,99)
Ayudaron a disminuir el dolor físico	
Siempre	73 (50)
Atendieron necesidades básicas	
Siempre	119 (81,51)
El equipo de salud se esforzó por brindarle comodidad física	
Siempre	141 (96.58)
El equipo de salud brindó privacidad	
Siempre	134 (91,78)

En promedio 81.37% parturientas percibieron como bueno el apoyo físico brindado por el equipo de salud, igualmente se encontró que a tan solo la mitad de la población se le ayudó mediante técnicas de relajación y de control del dolor, a disminuir el mismo.

Gráfica 1 Contacto con el recién nacido



En cuanto a las actividades con el recién nacido se encontró que al 6.85% no se le permitió realizar contacto piel a piel con el neonato de manera inmediata, por otro lado el inicio de la lactancia materna se postergó a más de una hora pos parto en un 10.96%. Vale la pena resaltar que en la mayoría de los casos se evidencia la práctica del fortalecimiento del vínculo con el recién nacido.

Tabla 5 Actividades institucionales brindadas a las maternas durante febrero, marzo y abril del 2016

DATOS	N (%)
	146
Le rasurarón el vello púbico	
No	146 (100)
Administraron un enema	
No	146 (100)
Realizarón maniobra de Kristeller	
No	120 (82,19)

Realizarónepisiotomía	
No	109 (74,66)
La dejaroncaminarduranteladilatación	
No	130 (89,04)
Pudoescoger la posición en la quenacieraalbebé	
No	132 (90,41)

Se encontró que al 17.81% le realizaron actividades durante el parto utilizadas para hacer salir al bebé con mayor rapidez como lo es, la maniobra de Kristeller, la episiotomía fue realizada en un 25.34% de las maternas, se tiene que aproximadamente al 90% de las maternas no se les permitió caminar durante el trabajo de parto ni tampoco escoger la posición deseada para el nacimiento de su bebé.

9. DISCUSIÓN

En cuanto a la información obtenida en el presente estudio se encontró que la mayoría de casos estuvieron en un rango de edad identificado como edad fértil, cuyas edades comprenden de los 20 a los 35 años, siendo estas un 76.7% del total de las maternas incluidas en el estudio.(42) Este dato se corrobora con el promedio obtenido de 25.25.

Según la OMS se estima que un bajo nivel educativo se asocia con la adolescencia y su creciente problemática del embarazo adolescente, a diferencia del presente estudio donde las maternas que lograron una educación básica y media fue del 86.1%, siendo estas en su totalidad mayores de edad, no se asocia un bajo nivel educativo con una corta edad, sino con diferentes circunstancias del entorno socioeconómico(43).

La complicación que tuvo mayor presentación fue el parto prematuro con un 4.1% es decir solo 5 maternas, diferente a los datos de Estados Unidos de Norteamérica (USA) donde la frecuencia del parto prematuro es entre 12 y 13% y similar a los países europeos donde su presentación está entre 5 y 9% (44). La OMS ha estudiado 184 países, donde la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos(45), datos que son cercanos a los encontrados en la presente investigación.

La atención del parto de forma humanizada comprende varios aspectos físicos y emocionales, ya que la humanización de la atención de salud constituye un foco de interés social, transformándose en una estrategia que permite incrementar el bienestar de los usuarios. En salud de la mujer, el cuidado humanizado, tiene especial importancia en la atención del parto. En él, mujer e hijo/a experimentan una situación de vulnerabilidad y el buen cuidado recibido, y constituye un elemento clave en la percepción de satisfacción y bienestar referido por la mujer (46). Una de las características del trato humanizado es el apoyo emocional el cual se midió en tres grandes grupos los cuales comprendieron el acompañamiento del equipo de salud, el acompañamiento familiar y las prácticas culturales, los resultados obtenidos arrojaron que el acompañamiento y buen trato por parte del equipo de salud fue percibido de manera positiva por las maternas, en promedio por un 92.3% las cuales expresaron que siempre el equipo de salud les acompañó durante el trabajo de parto, semejante a esto se tiene en Bogotá, Colombia el 73% de las personas hospitalizadas en la clínica de saludcoop de Veraguas (clínica materno infantil) siempre percibieron los comportamientos de cuidado humanizado en los enfermeros (1), seguidamente el 86.7% de las

personas hospitalizadas en la clínica el country siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería (47), los datos encontrados a nivel nacional son similares y se asocian a un trato digno por parte del personal de salud.

El parto genera un sin número de sentimientos y sensaciones, genera ansiedad y tensión, lo cual lo convierte en un evento altamente estresante, coloca a la mujer en un plano de vulnerabilidad, creando la necesidad y el fuerte deseo de un apoyo. Este apoyo es aportado por la familia, pareja o un ser querido y tiene varias funciones. Una de estas funciones, es que aporta a la gestante un apoyo emocional que incluye sentimientos, entre ellos de seguridad, afecto y sobretodo confianza que le permiten comunicar sus deseos y miedos (48). El acompañamiento familiar permitido en horarios de visitas establecido institucionalmente por dos horas en el día fue reconocido en un 76.1%, las personas que ingresaron principalmente fueron los futuros padres en un 13%, adicional a esto no se permitió el acompañamiento durante el periodo expulsivo al total de las maternas. A nivel mundial se establece que el acompañamiento brinda numerosos elementos positivos a la tríada familiar ya que ayuda a conseguir un vínculo sólido, mejoran la ansiedad, los sentimientos de autocontrol y los índices de depresión posparto, se produce una mejora de la satisfacción por parte de la gestante y su pareja, y por otro lado, mejora la adopción del rol de padre (49).

Aunque existen diversas prácticas culturales en el presente estudio solo se tuvo en cuenta la ropa del recién nacido, es decir el respeto por la decisión de la madre sobre su escogencia, los resultados obtenidos fueron que en un 93.84% esta decisión fue respetada, vale la pena resaltar que para la madre, descubrir el mundo de su hijo se convierte en un aprendizaje continuo tanto para ella en su nuevo rol como para su hijo, y esto hace parte del cuidado cultural a partir de las prácticas culturales, particulares para cada grupo social. (50)

Con respecto el apoyo informativo, el 88,17% de las puérperas determinaron que el equipo de salud, siempre les suministro información sobre qué hacer en el momento expulsivo, así mismo en la revistas de la facultad de ciencias de la salud SPARTA se afirma que es necesario animar a la mujer en el periodo expulsivo utilizar la técnica fisiológica, la cual disminuye la necesidad de practicar episiotomías y partos instrumentales de forma rutinaria.

El 84,93% afirmaron que siempre se le informaba sobre el progreso de la dilatación y que esta información era brindada por el equipo de salud en el trabajo de parto, según el artículo de Cristina Ortiz Fernández, suministrar este tipo de información, como también su evolución y las complicaciones que puede

presentar permite combatir el miedo y confiar en sus capacidades de afrontamiento.

Con relación a la educación sobre el manejo del dolor el 75,34% manifestó que siempre recibieron educación sobre las técnicas de respiración y masajes en la parte baja de la espalda, según lo anterior el artículo realizado por Fernández Medina evidencia que el masaje en la región lumbar durante el parto se considera eficaz para la reducción del dolor en la primera etapa del parto, sin embargo, existe controversia sobre la eficacia para la reducción del dolor en la segunda parte del parto y además es necesario una correcta respiración para llegar en la etapa expulsiva a una técnica fisiológica o empuje dirigido.

En un 82,19% aseguraron que siempre le brindaron información previa sobre los procedimientos a realizar en el trabajo de parto, datos muy similares al artículo realizado por Acosta Revollo y colaboradores, donde más del 50% afirmaron que siempre se le explicó con anterioridad la realización de un procedimiento, y en el artículo de investigación realizado por Gonzales De Burgos, propone el apoyo informativo como una categoría pro activa en la atención y concluye que el 72% siempre percibieron la pro actividad en el personal de enfermería para la toma de decisiones.

El presente estudio arrojó ,que en promedio el 81,37%de las maternas siempre percibieron de manera positiva el apoyo físico proporcionado por el equipo de salud, encontrándose similar al estudio realizado por Julie Gonzales y colaboradores sobre “percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia de una institución de II y III nivel de atención” el cual estableció que el 76% del total de las maternas encuestadas siempre percibieron el apoyo físico (1).Resaltando de esta forma que ambos estudios coinciden en que el equipo de salud se esforzó por brindar ayuda directa e individualizada a cada una de las maternas que fueron atendidas en las respectivas investigaciones.

Los estudios actuales indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayudan a iniciar la lactancia materna y aumentan la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente hasta el sexto mes de vida, es por esto que se convierte en una práctica indispensable en el momento del parto.

De acuerdo a los datos arrojados en el presente trabajo , se encontró que al 89% de las usuarias se les realizó contacto piel a piel y al 93.1% se le permitió iniciar

lactancia materna inmediatamente después de producirse el nacimiento, lo que indica que aunque esta práctica no se está realizando al 100 % de las usuarias debido a complicaciones inherentes al parto, el HUHMP se encuentra a vanguardia y hay una significativa equivalencia con los datos proporcionados por la UNICEF y su artículo “Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial” (51) en el que se informa que los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses, que los niños no amamantados.

A nivel de sur América, en Chile se investigó sobre “Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre” y se encontró que las maternas que realizaron dicho proceso, mostraron una mejora significativa en las variables: sensibilidad materna y autorregulación infantil, en comparación con las prácticas habituales de separación entre ambos (52)

Permitiendo así, reforzar que en las instituciones de salud se debe favorecer el contacto piel a piel entre la diada materna, recién nacido y el inicio de la lactancia sin restricciones desde la sala de partos.

Algunos de los datos obtenidos en la presente investigación se encuentran acordes con las recomendaciones proporcionadas por la OMS pues al total de las maternas encuestadas no se les rasuro el vello púbico, no se les administro enema antes de desencadenarse el proceso expulsivo, ni se les realizó la maniobra de Kristeller en un 82.19%, esta cifra permite identificar que aunque en una pequeña proporción, si se está realizando esta maniobra, en contraste a los estudios que no la recomiendan, como la investigación denominada “La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas” realizada en España que demuestra que la maniobra no se debe utilizar para ayudar al descenso de la presentación, e incluso puede ser contraproducente, ya que favorece la distocia de hombros por impactación (53).

Actualmente la episiotomía es un procedimiento que no se encuentra avalado para su uso debido a sus posibles complicaciones y la utilización de manera rutinaria e indiscriminada tras omitir las condiciones propias de cada materna.

Esto se puede observar en las recomendaciones dadas por la OMS y en estudios recientes, como lo es el realizado por Berzain Mary y colaboradores, denominado “Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina” (54) el cual destaca que aun después de diversos estudios, con diferentes metodologías, no se ha logrado descartar totalmente el uso de esta técnica.

En concordancia a esto, en nuestro estudio se encontró que el 25,34%, de las maternas encuestadas fue sometida a esta práctica y también se observa la exclusión de otras recomendaciones al momento del parto como la libre elección de la posición durante el periodo expulsivo, cuyo porcentaje fue de un 90.41%.

Esto permite discernir que actualmente el porcentaje de mujeres a las que se les realiza episiotomía va disminuyendo con la tendencia del parto humanizado y que día tras día aparecen novedosas técnicas donde la mujer embarazada es protagonista y debe preparar su suelo pélvico ayudando a que el canal de parto responda mejor, sin necesidad de realizar una episiotomía.

Existen relatos que describen las diferentes culturas y la manera como adoptaban diversas actividades que permitían tener un desarrollo humanizado del parto. Con el transcurrir del tiempo las múltiples e innovadoras investigaciones que ahondan en el tema han demostrado los grandes beneficios que estas prácticas poseen como lo refleja la investigación denominada “El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura” en la que además se resalta el caminar durante el periodo de dilatación, y su efecto positivo en el posicionamiento de manera cefálica, el avance rápido por el canal vaginal (55).

Pese a que se han demostrado con evidencias estos beneficios no existe una recomendación clara o estandarización dentro de protocolos de práctica clínica establecido por las instituciones, como lo evidencian los resultados encontrados en la presente investigación que indican que en un 90% no fue permitido la escogencia de la posición más cómoda para la materna al momento del parto, poniendo en evidencia la no individualización en la administración del cuidado y la omisión hacia las preferencias de la paciente.

Las limitaciones del estudio fueron: no incluir los antecedentes ginecológicos de cada una de las usuarias, dejando vacíos de diferenciación en la manera como percibían la atención de parto humanizado las usuarias primigestantes y las multigestantes, además la realización del estudio en una sola institución siendo esta Empresa social del estado condicionó a que las usuarias que ingresaron fueran en su mayoría de estrato socioeconómico bajo.

En la medición de variables sobre apoyo físico no se tuvo en cuenta valorar por separado cada uno de los ítems que comprende la disminución del dolor físico durante el trabajo de parto, quedando confusa una característica fundamental de la percepción de las maternas.

Debido a que el estudio fue cuantitativo las usuarias no tuvieron total libertad para expresar la opinión de como percibieron la atención proporcionada por el equipo de salud, pues se debían enfocar a responder estrictamente las preguntas del formato y quedo información subjetiva sin tenerse en cuenta.

La investigación fue novedosa debido a que se estudiaron características de una población que no había sido estudiada a nivel local, ni ampliamente a nivel nacional y servirá de punto de partida para investigaciones futuras que permitan nuevas inferencias ,igualmente permitirá hacer un llamado a la acción e implementar estrategias de gran impacto en pro del bienestar de las maternas y sus recién nacidos especialmente en el departamento del Huila ya que es necesario fomentar e implementar el parto humanizado.

10. CONCLUSIONES

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres en trabajo de parto, se observa una clara tendencia al aumento en el número de partos entre los 20 a los 35 años, considerándose esta como la edad fértil. Así mismo, el estrato socioeconómico bajo fue el predominante, acompañado de un nivel educativo bajo, por otro lado la complicación más presentada fue el parto prematuro el cual coincide con lo encontrado en la literatura.

Las mujeres en trabajo de parto perciben un adecuado apoyo emocional por parte del equipo de salud, el acompañamiento del mismo fue constante. Por otra parte la presencia de un familiar, es permitida con restricciones durante el trabajo de parto y no permitida durante el periodo expulsivo.

El apoyo informativo sobre el avance clínico del proceso de parto, técnicas de relajación y actividades que favorecen el periodo expulsivo fue en general percibido como adecuado. Esta conducta explicativa también es brindada en los procedimientos que tuvieron lugar durante la atención.

El apoyo físico brindado fue el adecuado por parte del personal de salud, exceptuando las posibles opciones físicas o psicológicas para el manejo de dolor que no fueron ofrecidas constantemente.

La relación afectiva del binomio madre-hijo, fue favorecida por un contacto piel a piel y un inicio de la lactancia materna de manera temprana, gracias al equipo de salud.

En relación a otras actividades generales exhibidas, se observa un alto porcentaje en la realización de prácticas no recomendadas por la OMS como la maniobra de Kristeller, la episiotomía y pérdida de la autonomía materna para decidir como sobrellevar su trabajo de parto.

11. RECOMENDACIONES

A nivel regional se recomienda la implementación de las recomendaciones de atención de parto humanizado establecidas por la OMS, en todos los centros de salud donde se pueda llevar a cabo un parto, haciendo especial énfasis en el acompañamiento familiar a la materna y sus beneficios, siendo esto una de las principales falencias encontradas.

A nivel local, teniendo en cuenta la institución donde se realizó la investigación se recomienda fortalecer las falencias encontradas como lo fueron la falta del apoyo y acompañamiento familiar durante el trabajo de parto y el expulsivo, además el respeto por la decisión de la materna sobre la posición deseada para dar a luz a su hijo, dejando a un lado las políticas institucionales y la comodidad para el profesional que atiende el parto, haciendo de este momento un instante más natural para el binomio madre e hijo.

Al equipo de salud y estudiantes se recomienda desarrollar investigaciones referentes al tema con enfoque cualitativo, midiendo variables ya estudiadas, con el objetivo que los resultados aporten al cuerpo de conocimientos ya construido y permitan comparar la evolución de los resultados en el tiempo, de igual forma realizar estudios longitudinales con tamaño de muestra y período de seguimiento mayores que permitan determinar la atención del parto humanizada de forma comparativa para parto vaginal y cesáreas, además de evaluar concomitantemente violencia obstétrica y violencia de género.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Julie G, Diana Q. Percepcion del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia en una isntitucion de II y III nivel de atención. Biblioteca universidad javeriana. 2009.
2. Alberto VL. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. revista CONAMED. 2010 julio- septiembre; 15(3).
3. Pablo T, Carlos C, Mireya GB, Damaris R. Violencia onstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013 septiembre; 73(3).
4. RC Silva MS. La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. Enfermeria Global. 2011 Octubre; 10(4).
5. Valenzuela M, Uribe C, Contreras A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. SciELO. 2011 Diciembre; 20(4).
6. Jose S, emilia MM, Dolores NM, Encarnación B. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso el area 1 de salud de la región de murcia. Revista de Antropologia Iberoamericana. 2012 mayo- abril; 7(2).
7. Ester GC. La episiotomia en la era del parto humanizado. universidad de cantabria. 2013 junio.
8. Biurrun A, Goberna J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Matronas Profesion. 2013; 14(2).
9. Casal N, Alemany M. Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. SciELO. 2014 junio; 23(1-2).
10. Elena CC, Susana G. sitio Web, bdigital. [Online].; 2012 [cited 2015 septiembre. Available from: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion_servicios_salud.pdf.
11. Carlos BJ. sitio Web, acreditación en salud. [Online]. [cited 2015 septiembre. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>.

12. Edgar RC. Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud. salud y bienestar. .
13. Araoz R. Parto natural humanizado. Revista SCientífica. 2007 septiembre; 5(5).
14. Unicef. EL ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA DE 2014 EN CIFRAS, TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS CUENTAN. 2014..
15. Soet JE BGDC. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. PubIMed. 2003 marzo; 36(46).
16. Tyndall ML. midwifery today. [Online]. [cited 2015 septiembre. Available from: <http://www.midwiferytoday.com/articles/mortasp.asp>.
17. Nursing UCo. teorías intermedias. [Online].; 2013 [cited 2015 septiembre. Available from: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>.
18. Parto Td. GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. [Online].; 2010 [cited 2015. Available from: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/guias_gineco/17_trabajo_parto.pdf.
19. PROFAMILIA. Profamilia Colombia. [Online].; 2013 [cited 2015. Available from: http://www.profamilia.org.co/index.php?view=items&cid=4%3Aembarazo&id=163%3Ai-cuántas-clases-de-partos-hay-&option=com_quickfaq.
20. El blog de la Enfermera. [Online].; 2013 [cited 2015 octubre. Available from: <http://enferlic.blogspot.com.co/2011/08/el-parto-definicion-el-trabajo-de-parto.html#>.
21. Leon H, Rodriguez A. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. [Online]. [cited 2015 septiembre. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%207.%20%20MANEJO%20DEL%20TRABAJO%20DE%20PARTO,%20PARTO%20Y%20SUS%20COMPLICACIONES.pdf>.
22. Ortega R, Candia M. Red Nacer. [Online].; 2009 [cited 2015 septiembre. Available from: <http://www.rednacer.cl/fisiologia.html>.

23. <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Monitorizacion-de-la-frecuencia-cardiaca-fetal-durante-el-trabajo-de-parto>. Patient Education. [Online].; 2011 [cited 2015 septiembre. Available from: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Monitorizacion-de-la-frecuencia-cardiaca-fetal-durante-el-trabajo-de-parto>.
24. PLÚAS GWJ. dspace. [Online].; 2009 [cited 2015 septiembre. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4451/1/JIMENEZ%20GALO%20-%20CARPIO%20DENNYS.pdf>.
25. Oswaldo H, Bolívar Q, Carlos F. Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía. revista colombiana salud libre. 2008 julio - diciembre; 3(2).
26. parto normal. [Online].; 2013 [cited 2015 septiembre. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:v0yi92Twdv0J:parto-normal.org/lesiones-del-canal-blando-en-el-parto-normal+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>.
27. A L. Apoyo continuo a las mujeres durante el parto. 2007. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/Alcom2/es/.
28. Cibele C, Carmen L. Enfermería y apoyo emocional: la perspectiva de la parturienta. Revista de psicología de la universidad de Chile. 2006; 15(1).
29. Carmen S, Hilda T, Clemencia. C. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006; 71(2).
30. Chicago Uo. uchospitals. [Online]. [cited 2015 septiembre. Available from: <http://www.uchospitals.edu/online-library/content=S04320>.
31. Codificación clínica con la CIE-9-MC. boletín. España: Instituto Información Sanitaria, Madrid; 2005. Report No.: 3.
32. col VELY. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecología y Obstetricia de México. 2008 septiembre; 76(9).
33. Salud CdPOMdl. who. [Online].; 2013 [cited 2015 septiembre. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.

34. col. Kmoy. Rotura prematura de membranas. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina. 2008 junio; 182.
35. col. GEy. hvn. [Online].; 2011 [cited 2015 septiembre. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_02meconio_espeso_intraparto.pdf.
36. Jose E. Sufrimiento Fetal. revista chilena de pediatria. ; 44(6).
37. Eduardo V. Guía de prociencia de cordón. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2008; 27(4).
38. col. BMy. hvn. [Online].; 2011 [cited 2015 septiembre. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_04_distocia_de_hombros.pdf.
39. B M. Intervenciones intraparto para la prevención de la distocia de hombros. 2010. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
40. Furszyfer G. partu humanizado. [Online]. [cited 2015 septiembre. Available from: <http://www.partohumanizado.org/recomendaciones-de-la-OMS-para-el-nacimiento.html>.
41. M aA. SlideShare. [Online].; 2014 [cited 2015 noviembre 27. Available from: <http://es.slideshare.net/MarielaNuez4/validez-y-confiabilidad-32642343>.
42. R GA. Edad máxima en la que una mujer puede ser madre con sus propios óvulos. Revisión sistemática. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013 oct; 78(5).
43. OMS. boletin de la organizacion mundial de la salud. 2009 junio; 87.
44. Ovalle A. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Revista médica de Chile. 2012 enero; 140(1).
45. OMS. organizacion mundial de la salud. [Online].; 2015 [cited 2016 mayo 12. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
46. Bravo P. EL CUIDADO PERCIBIDO DURANTE EL PROCESO DE PARTO: UNA MIRADA DESDE LAS MADRES. Revista chilena de obstetricia y

ginecología. 2008; 73(3).

47. alvarez LnR. percepcion de comportamientos de cuidado humanizado de enfermeria en la clinica del country. avances de enfermeria. 2007 enero - junio; 25(1).
48. LAGO NDA. INFLUENCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO DEL PADRE DURANTE EL PARTO, EN EL APEGO PADRE-HIJO/HIJA, EN NIÑOS/NIÑAS NACIDOS/NACIDAS EN EL HOSPITAL DE PANGUIPULLI, DURANTE EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL 2013. BASE DE DATOS ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA CHILE. 2013.
49. Peláez HR. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica. matronas profesion. 2014 mayo; 15(4).
50. B. BMP. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. base de datos universidad de la sabana. 2013 febrero.
51. Unicef. Unicef Organizacion. [Online]. [cited 2016 Mayo 1. Available from: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html].
52. Raies CL. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index de Enfermería. 2012 octubre - diciembre; 21(4).
53. Díaz CR. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. Matronas Profesion. 2011; 11(3).
54. Rodríguez MCB. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Ciencia Médica. 2014; 17(2).
55. Botell ML. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 enero - marzo; 38(1).
56. Julie G DQ. Percepcion del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia en una institución de II y III nivel de atención.. Biblioteca universidad javeriana.. 2009..
57. Martín S. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Pediatría Atención Primaria. 2011 enero - marzo; 13(49).

58. M^a Elena Benito González MRO. TÉCNICAS DE EMPUJE DURANTE LA SEGUNDA FASE DEL PARTO. [Online].; 2005. Available from: <http://www.uax.es/publicacion/tecnicas-de-empuje-durante-la-segunda-fase-del-parto.pdf>.
59. CRISTINA ARA. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADOS SOBRE EL CUIDADO. [Online].; 2013. Available from: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/617/PERCEPCI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20HOSPITALIZADO%20%20SOBRE%20EL%20CUIDADO%20HUMANIZADO%20BRINDADO%20POR%20ENFER.pdf?sequence=1>.
60. BURGOS JTG. percepción del parto humanizado en pacientes que llegan al servicio de hospitalización urgencias de ginecobstetricia de I y III nivel de atención. [Online]. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>.
61. FERNANDEZ CO. Influencia de la educación maternal en el embarazo, parto, puerperio y salud neonatal. [Online].; 2014. Available from: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5229/OrtizFernandezC.pdf?sequence=1>.
62. Medina IMF. Alternativas analgésicas al dolor de parto. [Online].; 2014. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100020&script=sci_arttext.

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	PREGUNTA	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles	Edad	¿Qué edad tiene?	Años cumplidos	Razón
		género		Femenino Masculino	Nominal
		Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico de su vivienda	1 2 3 4 5 6	ordinal
		Nivel educativo	¿Qué nivel educativo tiene?	1. Ninguna 2. Básica primaria completa 3. Básica primaria incompleta 4. Bachillerato Completo	Ordinal

				5. Bachillerato incompleto 6. Técnico 7. Tecnólogo 8. Universitario 9. especialización 10. Maestría 11. Doctorado	
		Atención del personal de salud	Le inspiran confianza Son una compañía durante los procedimientos Le dan tranquilidad Su cuidado es amoroso y dedicado Su atención se fundamenta en el apoyo emocional	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Casi siempre 4. siempre	ordinal
		Empatía	El personal de salud le brinda	1. Nunca 2. Algunas veces	ordinal

APOYO EMOCIONAL	Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido		<p>confianza</p> <p>Hacen sentir al paciente como ser individual</p> <p>Cuando le explican algo el paciente se siente bien informado</p> <p>Cuando se dirigen a usted se siente bien atendido</p> <p>Cuando lo atienden se siente satisfecho</p> <p>Se siente agradecido cuando lo atienden</p>	<p>3. Casi siempre</p> <p>4. siempre</p>	
		Acompañamiento del equipo de salud durante el trabajo de parto	Le brindaron acompañamiento	<p>1. Ginecoobstetra</p> <p>2. Medico</p> <p>3. Enfermero</p> <p>4. Personal</p>	nominal

				auxiliar	
		Acompañamiento de la familia durante el trabajo de parto	Hubo acompañamiento familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esposo 2. Padres 3. Hermanos 4. Familia extensa 	nominal
		Prácticas culturales	En el caso de ser relevante pudo decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes	Si no	nominal
		Educación sobre las etapas del parto	El personal sanitario la educo sobre el progreso de la dilatación y el borramiento del cuello uterino	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Algunas veces 3. Casi siempre 4. siempre 	ordinal
		Educación sobre manejo del dolor y técnicas de	El personal sanitario la educo sobre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Algunas veces 3. Casi siempre 	Ordinal

APOYO INFORMATIVO	Ayuda al individuo a solucionar problemas por si solos ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación	relajación	técnicas de respiración, masaje en la parte baja de la espalda.	4. siempre	
		Información sobre los procedimientos	El personal sanitario le informo todos los procedimientos que le iban a realizar	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Casi siempre 4. siempre	Ordinal
		Educación en el periodo expulsivo y post parto inmediato	El personal sanitario la educo sobre qué hacer en el momento expulsivo	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Casi siempre 4. siempre	Ordinal
APOYO FÍSICO	Tipo directo de ayuda	Atención del personal de salud	Hacen que el paciente se sienta bien físicamente Lo miran cuando le hablan Le ayudan a disminuir el	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Casi siempre 4. siempre	Ordinal

			<p>dolor físico</p> <p>Atienden sus necesidades básicas(alimentación, baño, vestido)</p> <p>Se esfuerzan por brindar comodidad física</p>		
		<p>Contacto piel a piel</p>	<p>Inmediatamente después del nacimiento del bebe, hubo contacto piel a piel</p>	<p>Si</p> <p>no</p>	<p>Nominal</p>
		<p>Inicio de la lactancia materna</p>	<p>Inicio la lactancia materna en las primeras 2 horas posteriores al</p>	<p>Si</p> <p>no</p>	<p>nominal</p>

			nacimiento.		
		actividades institucionales	<p>Le rasuraron el vello púbico</p> <p>Le administraron un enema en el trabajo de parto</p> <p>Le permitieron caminar durante el periodo de dilatación</p> <p>Pudo escoger la posición en la que quería que naciera el bebé</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	nominal

Anexo B. Formato de recolección de la información

PERCEPCIONES DE LAS MATERNAS SOBRE ATENCION DE PARTO
HUMANIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN EL 2016
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
AREA DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO: Determinar la percepción de las mujeres de la atención de parto humanizado brindadas por el equipo de salud en el HUHMP en el año 2016.

Marque con una X la respuesta adecuada, agradecemos su sinceridad

Fecha: _____

Nombre y apellidos: _____

Tipo y documento de identidad: _____

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____

Lugar de residencia: Urbano _____ Rural _____

Estrato socioeconómico: _____

Nivel de escolaridad:

Ninguna. _____ Básica primaria incompleta _____ Básica primaria completa _____

Bachillerato incompleto _____ Bachillerato completo _____ Técnico _____

Tecnólogo _____ Universitario _____ Especialización _____ Maestría _____

Doctorado _____

Apoyo emocional

Acompañamiento del equipo de salud

Interrogantes	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿El personal de salud le inspira confianza?				
¿El personal de salud es una compañía durante los procedimientos?				
¿El personal de salud le proporciona tranquilidad?				

El cuidado del personal de salud es amoroso y dedicado				
¿La atención del personal de salud se fundamenta en el apoyo emocional?				
¿El personal de salud le brinda confianza?				
¿El personal de salud la hace sentir al cómo ser individual?				
¿Siente que la información brindada por el personal de salud es suficiente?				
¿Cuándo el personal de salud se dirige a usted se siente bien atendida?				
¿Cuándo el personal de salud la atiende se siente satisfecha?				
¿Se siente agradecida con la atención brindada por personal de salud?				
¿El personal de salud la acompaña constantemente durante el trabajo de parto?				

Acompañamiento de la familia durante el trabajo de parto

	Ninguna	Esposo	Padres	Hermanos	Familia extensa
Hubo acompañamiento familiar					

Prácticas culturales

	Si	No
Pudo decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes		

Apoyo informativo

Educación sobre las etapas del parto

Interrogante	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
El personal sanitario la educo sobre el progreso de la dilatación y el borramiento del cuello uterino?				

Educación sobre el manejo del dolor

Interrogante	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
El personal sanitario la educo sobre técnicas de respiración, masaje en la parte baja de la espalda?				

Información sobre los procedimientos

Interrogante	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
El personal sanitario le informo todos los procedimientos que le iban a realizar?				

Educación en el periodo expulsivo y post parto inmediato

Interrogante	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
El personal sanitario la educo sobre qué hacer en el momento expulsivo?				

Apoyo físico

Atención del personal de salud

Interrogantes	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

		veces	siempre	
¿La atención del personal de salud hace que se sienta bien físicamente?				
¿La miran cuando le hablan?				
¿Le ayudan a disminuir el dolor físico?				
Atienden sus necesidades básicas (alimentación, baño, vestido, etc.)				
¿El personal de salud se esfuerza por brindarle comodidad física?				

Contacto piel a piel

Pudo decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes	Si	No

Inicio de la lactancia materna

Inicio la lactancia materna en las primeras 2 horas posteriores al nacimiento.	Si	No

Actividades institucionales

Interrogantes	Si	No
¿Le rasuraron el vello púbico?		
¿Le administraron un enema en el trabajo de parto?		
¿Le permitieron caminar durante el periodo de dilatación?		
¿Pudo escoger la posición en la que quería que naciera el bebe?		

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

PERCEPCIÓN DE LAS MATERNAS SOBRE ATENCIÓN DE PARTO HUMANIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN EL 2016

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Andrea Marcela Caviedes Gil
Renata Alejandra Roa Serrano
Miguel Ángel Herrera

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Objetivo del estudio: Determinar la percepción de las mujeres de la atención de parto humanizado brindadas por el equipo de salud en el HUHMP en el año 2016

1. **Justificación del estudio:** El parto es una experiencia gratificante una vivencia mágica e irreplicable, que en las últimas décadas se ha tornado traumático para algunas mujeres, en quienes se encuentra gran prevalencia de síntomas de estrés postraumático y secuelas tanto físicas como psicológicas tras el proceso de traer vida al mundo, de igual forma el déficit de apoyo tanto legislativo como social, que se evidencia actualmente en el territorio colombiano, despierta interés en profundizar en el tema pues no se cuentan con estatutos que afirmen la importancia de una atención humanizada .
2. **Beneficios del estudio:** Las participantes de este estudio sentirán satisfacción personal; gracias a que su colaboración contribuye al entendimiento de sus perspectivas y sentimientos, estableciendo un marco de acción para mejora continua del personal de salud, además la

generación de nuevo conocimiento referente a la importancia del trato humanizado en el trabajo de parto.

3. **Procedimientos del estudio:** Se realizara una entrevista dirigida hacia la participante y una revisión detallada de la historia clínica.
4. **Riesgos asociados al estudio:** Según la resolución 8430 de 1993, título II, capítulo 1, la investigación se clasifica en la categoría B, es decir, Investigación con riesgo mínimo.
5. **Aclaraciones:** Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
 - No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
 - Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
 - No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
 - No recibirá pago por su participación.
 - En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
 - La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con Andrea Marcela Caviedes Gil al celular 3132597484, Renata Alejandra del Mar Roa al celular 3112938001 Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

EN CONSIDERACION DE LO ANTERIOR

Yo, _____ identificado(a) con C.C N° _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma del Participante
C.C N° _____

Nombre del Testigo

Firma del Testigo
C.C N°

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)
He explicado al Sr. (a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

Anexo D. Cronograma de actividades																										
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																										
ACTIVIDADES	AGOSTO 2015		SEPTIEMBRE 2015				OCTUBRE 2015				NOVIEMBRE 2015				FEBRERO – ABRIL 2016				MAYO 2016				JUNIO 2016			
	3s	4s	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Anteproyecto																										
Revisión bibliográfica																										
Formulación marco teórico																										
Realización de diseño metodológico																										
Realización de Consideraciones Éticas																										

Anexo E. Presupuesto

Recursos Económicos

CONCEPTO	COSTO
Asesorías Presenciales	\$20.000.000
Transportes	\$320.000
Material Bibliográfico	\$0
Papelería	\$130.000
Equipo de Computo Propio	\$2.400.000
Microsoft Office	\$300.000
Energía eléctrica	\$560.000
Servicio de Internet	\$300.000
Servicios Técnicos	\$200.000
Salidas de Campo	\$250.000
TOTAL	\$24´460.000





Recursos Humanos:

La presente investigación se encuentra asesorada por el Enfermero magister en epidemiología clínica Jorge Ramos, quien guio el proceso formativo en la rama investigativa.

El equipo ejecutivo está conformado por estudiantes de Enfermería Andrea Marcela Caviedes Gil, Renata Alejandra del Mar Roa Serrano y miguel herrera quienes llevaron a cabo el desarrollo de la investigación

Recursos Institucionales:

Las instituciones donde se llevara a cabo la investigación son: la Universidad Surcolombiana, lugar que vio nacer este proyecto y el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. La anterior institución prestadora de servicios de salud proporcionara el acceso a la base de datos sistematizada que abarca las historias clínicas de los pacientes.

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS						  
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 2

Neiva, 07 de Junio de 2016

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

Los suscritos:

Andrea Marcela Caviedes Gil, con C.C. No. 1075280824,

Renata Alejandra del Mar Roa Serrano, con C.C. No. 1014221162,

Miguel Ángel Herrera Perdomo, con C.C. No. 1082802386,





Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Percepciones de las maternas sobre atención de parto humanizado en el hospital universitario de Neiva en el 2016, presentado y aprobado en el año 2016 como requisito para optar al título de Enfermero; autorizamos al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

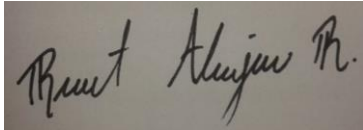
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

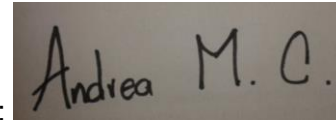
	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS						  
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:



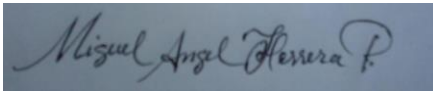
Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:







Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:



Firma:

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS						  
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 3

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Percepciones de las maternas sobre atención de parto humanizado en el hospital universitario de Neiva en el 2016

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Caviedes Gil	Andrea Marcela
Roa Serrano	Renata Alejandra del Mar
Herrera Perdomo	Miguel Ángel

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramos Castañeda	Jorge Andrés

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermera (o)

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Enfermería

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2016

NÚMERO DE PÁGINAS: 98

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___
 Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
 Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros X



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 3

SOFTWARE: Ninguno

MATERIAL ANEXO: Ninguno

PREMIO O DISTINCIÓN: Ninguno

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Parto	Childbirth	6. Apoyo Emocional	Emotional Support
2. Humanización	Humanization	7. Bienestar Materno	Maternal welfare
3. Apoyo Social	Social Support	8. Recién Nacido	New Born
4. Apoyo Informativo	Informative support	9. Acompañamiento	Accompaniment
5. Apoyo Físico	Physical support	10. Cuidado	Watch out

RESUMEN DEL CONTENIDO:

OBJETIVO: determinar la percepción de las mujeres de la atención de parto humanizado brindadas por el equipo de salud en el Hospital Universitario de Neiva.

METODOLOGÍA: estudio descriptivo de tipo transversal, la población fueron maternas mayores de 18 años cuyo trabajo de parto fue atendido a cabalidad en el HUHMP, se utilizó la fórmula de tamaño muestral para población finita, se creó un formato de recolección de la información.

RESULTADOS: se entrevistaron un total de 146 mujeres de pos parto vaginal espontaneo, el promedio de edad fue de 25.2 años, las pacientes corresponden principalmente a los estratos socioeconómicos bajos (97.2%) y nivel educativo bajo (15%). El acompañamiento del equipo de salud fue percibido siempre (92.3%), el apoyo físico fue brindado a las maternas en promedio al 81.3%, en cuanto a las actividades con el recién nacido se permitió el contacto piel a piel (93.2%) y el inicio de la lactancia materna (90%) se realizó la maniobra de kristeller (17.8%), y la episiotomía (25.3%), finalmente al 90% de las maternas no se les permitió caminar durante el trabajo de parto ni escoger la posición deseada para el parto.

CONCLUSIÓN: las mujeres en trabajo de parto perciben un adecuado apoyo emocional y acompañamiento por parte del equipo de salud, así también el apoyo informativo sobre el avance clínico estuvo presente, el apoyo físico brindado fue adecuado exceptuando las



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

3 de 3

posibles opciones físicas o psicológicas para el manejo de dolor.

PALABRAS CLAVE: Parto Humanizado, Apoyo social, Bienestar Materno, contacto con el recién nacido.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

OBJECTIVE: To determine the perception of women about humanized childbirth care provided by the health team in the university hospital of Neiva .

METHODOLOGY: A descriptive study, cross-sectional, population were women over 18, whose labor was treated fully at the HUHMP. The formula for finite population sample size was used. A format of data collection was created.

RESULTS: A total of 146 women after spontaneous vaginal delivery were interviewed, the average age was 25.2 years, patients correspond mainly to the lower socioeconomic background (97.2%) and low educational level (15%), support from the health team was always perceived (92.3%), physical support was given to women 81.3%, in terms of activities with the newborn, the skin to skin contact was permitted (93.2 %) and the initiation of breastfeeding (90%) the maneuver of Kristeller (17.8%) was performed, and the episiotomy (25.3%), finally 90% of women were not allowed to walk during labor or choose the desired position for delivery.

CONCLUSION: women in labor receive the proper emotional support and guidance by the health team, and also information support on clinical progression was perceived, the physical support provided was adequate except for possible physical or psychological options for handling pain.

KEY WORDS: Humanized childbirth, Social Support, Maternal welfare, Contact with the new born.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Jorge Andres Ramos

Firma:

Nombre Jurado: Alex Yometh Perdomo A

Firma:

Nombre Jurado: Juan Camilo Calderón Forján

Firma:

Nombre Jurado: Rhonald A. Hernandez R.

Firma: