

Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

CATEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACION

“Identificar las Barreras que Impiden la Aplicación del Parto Respetado por el Equipo de Salud”

Estudio a realizarse en el Servicio de Gineco-obstetricia del Sanatorio Allende
en los meses de Enero y Febrero del año 2017.

ASESOR METODOLÓGICO: Lic. Esp. Mirta Piovano

AUTORAS: Colfer Mendoza, Ana Carolina
Fernández Dávila Becerra, Jennifer

Córdoba, Diciembre 2016

*“Para cambiar el mundo primero es preciso
cambiar la forma de nacer”*

Michel Odent

DATOS DE LAS AUTORAS

COLFER MENDOZA, ANA CAROLINA:

27 años de edad,

Enfermera Profesional egresada de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2014.

Se desempeñó como enfermera operativa en el Servicio de Gineco-obstetricia de la Clínica y Maternidad del Sol

Enfermera Operativa en el Servicio de Internado General Post-quirúrgico adultos del Hospital Italiano de Córdoba.

Actualmente se desempeña como estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería

FERNÁNDEZ DÁVILA BECERRA, JENIFFER:

26 años de edad,

Enfermera Profesional egresada de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2014.

estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería, y

Se desempeña como enfermera operativa en el Área de Internación General del Hospital Raúl Ángel Ferreira desde el año 2015.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme cumplir este sueño tan anhelado,

A mi abuelo Jorge que me guía y acompaña desde el cielo, en su memoria.

A la Lic. Mirta Piovano y a la Lic. Gabriela Colella por su orientación metodológica, dedicación y paciencia para guiarnos.

A mis padres por alentarme a continuar a lo largo del recorrido de la carrera.

A mis compañeros y colegas por sus palabras de aliento en los momentos difíciles.

A mis amigos por darme aliento cuando estaba por bajar los brazos.

A todas las personas que colaboraron revisando y sugiriendo correcciones para realizar el presente trabajo.

Y a mis mascotas Negro y Nacho por la ternura y compañía que me brindaron en mis horas de estudio.

Colfer M., Ana Carolina

Primeramente, a Dios por darme la vida para el cumplimiento de esta meta,

A mis padres, hermana y demás familiares por su apoyo constante en los malos y buenos momentos de este proceso.

A colegas y amigos por el ánimo constante para continuar.

A los que colaboraron con sus aportes personales, académicos y experiencias durante el desarrollo de este proyecto, contribuyendo en la estructura y contenido, resolviendo las dudas a lo largo de la elaboración del mismo.

Fernández Dávila B., Jennifer

ÍNDICE

Datos de las autoras.....	III
Agradecimientos.....	IV
Prólogo.....	7
CAPÍTULO I	
Planteo y Definición del Problema	9
Justificación del Problema.....	16
Marco Teórico.....	17
Definición Conceptual de la Variable	47
Barreras Profesionales	48
Barreras de Infraestructura	48
Barreras Institucionales.....	49
Objetivo general y específicos.....	50
CAPITULO II	
Diseño Metodológico	51
Tipo de Estudio.....	52
Operacionalización de la Variable.....	52
Universo y Muestra.....	54
Fuente, Técnica e Instrumento	54
Plan de Recolección de los datos	55
Plan de Procesamiento de los datos	56
Plan de Presentación de los datos.....	57
Plan de Análisis de los datos.....	61
Tabla de Presupuesto.....	62
Diagrama de Grant.....	63
Bibliografía.....	64

ANEXOS

Anexo I - Parto Humanizado - Ley Nacional Nº 25.929	67
Anexo II - Nota de autorización del problema.....	70
Anexo III - Consentimiento informado al profesional.....	71
Anexo IV - Consentimiento informado a la paciente.....	73
Anexo V - Instrumento de recolección de datos.....	75
Anexo VI - Cuestionario autoadministrado	77
Anexo VII -Tabla matriz	80
Anexo VIII - Imágenes de un paritorio (Sala De Parto Humanizada).....	81

PROLOGO

El parto respetado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de la mujer y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio para que se desarrolle de la manera más natural posible siempre y cuanto su vida y la de su bebe no corran peligro.

La importancia de esta investigación se enfoca entonces, en identificar *las barreras: Profesional, Institucional y de Infraestructura*, que impiden la implementación del parto respetado en el Servicio de Gineco-Obstetricia de una institución privada, con el objetivo de que los profesionales de la salud que intervienen brinden obligatoriamente información, atención, compañía y respeto , ofreciéndole un ambiente saludable donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndole el derecho y la libertad para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, es decir en consonancia con la Ley del Parto Humanizado en Argentina.

El proyecto se estructura en dos capítulos:

Capítulo I: Comprende los aspectos introductorios del tema que conlleva al planteo y definición del problema a investigar, se realiza la justificación correspondiente y de acuerdo a revisión bibliográfica que incluye diferentes estudios que promueven el parto humanizado, se confecciona el marco teórico del cual se desprenderán la definición conceptual de la variable los objetivos.

Capitulo II: Incluye la descripción del diseño metodológico donde se encuentra definido el tipo de estudio, la operacionalizacion de la variable con sus respectivos indicadores, la población, fuente, técnica e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.

Se muestran también la descripción del plan de recolección, procesamiento, presentación y análisis de los datos con las tablas correspondientes a cada dimensión en estudio. Cuenta además con un presupuesto y un cronograma de actividades.

Está disponible también toda la bibliografía utilizada para el desarrollo del proyecto, con sus citas correspondientes.

CAPÍTULO I

El Problema De Investigación

PLANTEO Y DEFINICION DEL PROBLEMA

El parto es el momento más importante en la vida de una mujer y su familia, y hacerlo de manera respetada y humanizada valora el mundo afectivo y emocional de sus protagonistas: la madre, el bebé y el papá, sin dejar de lado a aquellas personas que participan con felicidad de este nacimiento.

La atención del parto es un hecho tan antiguo como la humanidad la cual ha sido realizada por diferentes profesionales a lo largo de la historia: parteras, comadronas, médicos, etc., sin embargo, en las últimas décadas se ha visto fuertemente afectada por la medicalización e instrumentación que dio como resultado la institucionalización del parto, que afecta el bienestar físico, emocional de la mujer para su posterior adaptación a la maternidad y en su vínculo madre/hijo; sin considerar sus derechos y sentimientos para decidir junto a su familia, como protagonista y participante activa de su propio parto

Se obtiene de la base de datos de una institución privada con una antigüedad no superior a los cinco años lo siguiente: 448 cesáreas programadas, 456 partos normales, 30 partos instrumentales, 310 cesáreas interactiva, 16 cesáreas electiva y 11 cesáreas de urgencia. Desde su inauguración en el año 2011 se realizaron un total de 905 partos, en 2012 un total de 1.131 partos, en el 2013 se observan 1.513 nacimientos, en el año 2014 se registran 1270 nacimientos, en el año 2015 se registraron 1350 partos y en lo que va del 2016 se registraron un total de 900 partos.

A medida que pasan los años se incrementa la cantidad de nacimientos, y en su progreso, se observan cada vez más embarazadas que asisten a la parte privada con la intención de que el trabajo de parto sea de la manera más cómoda, menos dolorosa e invasiva posible. Con esta realidad se produce un aumento en la aplicación de peridural durante el trabajo de parto, recomendada en la mayoría de los casos por sus médicos, generándose así *mayor medicalización* en este proceso; además se observa que la ideología *medico hegemónica* es la que

predomina en el equipo de salud y como consecuencia de esto, *se pueden evidenciar barreras en la implementación del parto respetado.*

En la sala de obstetricia se sigue un cumplimiento de protocolo que tienen tanto los médicos, enfermeros y demás personal para su desempeño en la institución, lo que provoca en la mayoría de los casos realizar prácticas sin brindar la información precisa a la paciente y los familiares, y como consecuencia de esto, se los excluye de toda decisión que puedan tomar que altere el protocolo del lugar; siendo el profesional el protagonista y no así la mujer y su entorno en un momento tan trascendental de su vida.

Las prácticas enmarcadas en los protocolos, que cobran mayor relevancia por su índice de realización son: la episiotomía e inducción con oxitocina sintética, en ambos casos aumentando el estrés en la mujer y su entorno, lo que provoca que el parto, se torne invasivo.

Se define entonces que en éste ámbito hospitalario privado prevalece la realización de cesáreas con un total de 630, por sobre un total de 270 partos normales de los cuales en la mayoría de ellos se realizan prácticas invasivas tales como inducción con oxitocina sintética, episiotomía, utilización de fórceps y maniobra de Kristeller (presión en la zona abdominal para expulsar el bebé), entre otras.

Se describe a continuación el proceso de atención de un parto en la institución donde se realizará el estudio:

- Luego de que la paciente ingresa al servicio, se acondiciona (vestimenta y elementos a utilizar por parte de la paciente), se realiza la anamnesis y el control de signos vitales.
- Después de haber informado a la paciente se procede a la colocación de la venoclisis e inicia del plan de hidratación.
- El médico de guardia realiza procedimientos de rutina para evaluar el estado y progreso del parto (anamnesis, control de monitorización fetal, tacto vaginal, maniobras de Leopold, entre otros).
- Si no ha progresado el trabajo de parto se inicia la infusión de solución fisiológica con 10UI de oxitocina a 7 gotas (según protocolo), con esto

se desencadena el borramiento y la dilatación. En caso contrario, se realiza el rompimiento manual de la bolsa de agua.

- La paciente es trasladada a la sala de parto donde es colocada en posición de litotomía dándose inicio al periodo expulsivo bajo las indicaciones del personal de enfermería.
- El médico valora el estado general de la paciente y si requiere la realización de episiotomía.
- Luego del nacimiento del neonato y el inicio del alumbramiento se cambia el goteo de la infusión y se administra 20 UI de oxitocina en un plan de hidratación a 35 gotas.
- La madre continúa siendo atendida por el ginecólogo y el obstetra, y a su vez el neonato es valorado por la nursery y el neonatólogo.
- Se realiza higiene perineal y confort,
- La paciente es trasladada a la sala de internación conjunta con el neonato si este no necesita de cuidados especiales.

La violencia obstétrica puede ser cualquier práctica invasiva, trato deshumanizado o falta de respeto personal que ejerce el profesional hacia la mujer en el ambiente de la salud reproductiva (Ley Nacional N° 26.485, 2009).

A finales del siglo XX la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a replantear este modelo de atención al reconocer que no se respetaban los deseos de las mujeres sobre cómo y con quien parir. En 1985 se realizó una reunión en la ciudad brasileña de Fortaleza, de ese encuentro, surgió la declaración “El nacimiento no es una enfermedad”. Fue el inicio del proceso de transformación del modelo de atención, llegándose al concepto del PARTO HUMANIZADO.

“El parto humanizado es, por definición, aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar.” (Zimmer, 2002)

Un parto humanizado significa:

- ❖ Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas, no intervenir ni interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.

- ❖ Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en el domicilio).
- ❖ Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- ❖ Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante el trabajo de parto (en cuclillas, en el agua o como desee).
- ❖ Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- ❖ Respetar las necesidades de elección de la mujer respecto a las personas que la acompañarán en el parto (familiares, amigos) y cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido y evitar someter al niño a cualquier maniobra innecesaria.

Desde 2004, Argentina es uno de los países que tienen leyes creadas para proteger a la mujer en el campo del parto humanizado y para promoverla como protagonista de su propio parto (Ley Nacional N° 25.929, 2004) **(ver anexo 1)**. Pese a este avance en las políticas sobre los derechos de las mujeres, todavía existen barreras y una brecha entre lo que dice la ley, lo que conocen los profesionales y lo que se practica en las maternidades.

Las leyes son herramientas para alcanzar una meta, sin embargo, la existencia de la ley del parto humanizado no determina su implementación, por lo tanto, el personal de salud debe tener una postura clara respecto al tema a través del acompañamiento, comunicación y la relación de confianza, respetando la intimidad de la madre y evitando así muchas prácticas innecesarias, garantizando un cuidado humanizado y sin la necesidad de grandes intervenciones,

Teniendo en cuenta las observaciones realizadas con anterioridad se determina que existen barreras para realizar un parto humanizado, por lo que surgen las siguientes interrogantes:

- ¿La medicalización y la ideología médico hegemónica del personal de salud, son las únicas barreras que impiden la implementación del parto respetado?

- ¿La medicalización e institucionalización del parto que han transformado a la mujer embarazada en el momento del parto en un cuerpo “enfermo” necesitado de atención, hace menos factible la implementación de un parto respetado?
- ¿Cómo perciben las gestantes el cuidado brindado por los profesionales de enfermería durante las etapas del parto?
- ¿De qué manera las perspectivas y adhesión de los profesionales al tema influyen en el momento del parto si una mujer exige una atención de acuerdo a la ley?

Para abordar y dar respuesta a los interrogantes antes formulados, se encontraron investigaciones vinculadas al tema que servirán de guía para la estructura del marco teórico.

En Argentina, la salud es un derecho garantizado por el Estado según lo establecido por la ley 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” y la ley 25.929 “Ley de Parto Humanizado” que insta los derechos de la madre como usuaria del servicio de salud en el momento del parto. Según indica esta ley la mujer puede elegir como, con quien y en qué lugar tener su parto.

La medicalización de la salud dio como resultado la institucionalización del parto horizontal y la dependencia de la mujer embarazada de los conocimientos del profesional que la atiende para todo lo que tiene que ver con su embarazo y parto, transformándola en un “cuerpo enfermo necesitado de atención”, creando una distancia entre el profesional y el sujeto y olvidando a la mujer como persona con derechos y sentimientos (Bledel, 2011). Con esta sumisión de la parturienta al modelo médico-hegemónico, surgieron muchas prácticas innecesarias y dirigidas hacia la comodidad del profesional considerándola, así como un objeto de estudio.

Biurrun Garrido & Goberna Tricas (2013) realizaron un estudio titulado “La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto” donde se buscó conocer el origen y el significado del concepto de “humanización del parto” y sus características, concluyeron que se trata de un término polisémico, que se basa en tres aspectos fundamentales: *“convertir a la mujer en el centro de la*

atención, facilitarle apoyo emocional y prestarle una atención clínica fundamentada en la evidencia científica”.

En un trabajo titulado “¿Cuáles son los componentes de parto humanizado en un hospital altamente especializado?” Un caso de estudio de la organización concluye que el parto humanizado no queda limitado a una definición específica o a un criterio concreto, ya que el movimiento del parto humanizado tiene por objetivo promover que el parto sea una experiencia positiva, independientemente del lugar de nacimiento, y pretende «empoderar» a la mujer respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos y reduciendo su excesiva medicalización mediante la adopción de prácticas basadas en la evidencia. (Behruzi R., 2011)

Oyarzun & Suarez (2007), elaboraron un trabajo titulado “*Atención del parto y la reforma de salud*” donde concluyen que se debe considerar el apoyo emocional continuo, diferentes alternativas farmacológicas de analgesia-anestesia para el trabajo de parto, así como métodos alternativos de alivio del dolor durante la dilatación; libertad de posición y movimiento durante todo el parto, uso restrictivo de la episiotomía, eliminación del enema evacuante y rasurado genital, y contacto temprano piel a piel, de las madres y sus recién nacidos para la atención de parto humanizado.

Son diferentes las razones por las cuales la implementación de una atención humanizada de parto traería consigo múltiples beneficios tanto en la salud materna como la del recién nacido, así como también en la percepción de la calidad de atención brindada por parte del profesional de salud.

Cayunir H. & Hernandez S. (2007) realizaron un trabajo titulado “Humanización del nacimiento: para cambiar la vida, es necesario cambiar la manera de nacer”, donde se evidencia las dificultades a las que los profesionales se enfrentan para el cambio en el modelo de asistencia de parto, la resistencia al cambio es considerada como uno de los impedimentos más grandes.

Se encuentra un estudio sobre la percepción del trato digno para la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería que la mujer percibe el trato digno otorgado como bueno. En relación al indicador trato digno, el cual es evaluado con un estándar de 95% de cumplimiento, se obtuvo que cada una de las variables se encontraban por debajo del mismo, sobresaliendo el que las

enfermeras no se presentan con el paciente, el no llamarlos por su nombre y no resguardar su intimidad y pudor. (González., Romero, M., Córdoba, M. & Campos, M., 2011). Estos tres aspectos, son importantes para la seguridad del paciente en cuanto a su identificación con el profesional de la salud.

A la luz de la medicina basada en las evidencias científicas hoy podemos asegurar como lo dice la OMS que "el nacimiento no es una enfermedad".

(1985) Informe sobre Tecnologías de Parto apropiadas".

Un trabajo titulado " Humanización del parto en la medicina de excelencia" en donde actualiza los conocimientos que se tienen hasta el momento sobre el parto humanizado, encontraron también el efecto positivo que produce el apoyo personalizado durante el trabajo de parto, como resultado de una sólida evidencia científica que respalda el parto humanizado; lo que permite contribuir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, reducción de la cesárea y mejor calidad de atención a la parturienta, que conducen a un nacimiento feliz. (Pujadas Ríos et al, 2011).

En base a estos antecedentes, se puede inferir que, por la presencia de barreras no se aplica un parto respetado en las instituciones, y que además los cuidados prestados en las mismas son mecánicos y protocolizados, dejando de lado los principios propuestos por la OMS, y el no respeto de los derechos de la mujer, por lo que se define entonces el problema de investigación:

¿Cuáles son las barreras que impiden la aplicación del parto respetado por el equipo de salud del servicio de gineco-obstetricia del Sanatorio Allende en los meses de Enero y Febrero del año 2017?

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La presente investigación está orientada a identificar las barreras que impiden la implementación del parto respetado, para que los profesionales de la salud intervinientes, puedan evitar aquellas prácticas invasivas e innecesarias que no respeten las necesidades y deseos de la mujer y su familia.

Las autoras consideran que este modelo de atención debiera priorizarse en todas las instituciones, garantizándose un espacio en donde la mamá y él bebe sean los protagonistas en un hecho tan trascendental en sus vidas., brindándoles más seguridad, una atención de calidad, respetando su cultura, sus derechos y su plan de parto, con especial participación del personal de enfermería altamente cualificado en sus funciones asistenciales, fundamentada en su objeto de estudio disciplinar.

Es necesario el compromiso de profesionales sensibilizados y capacitados para abrir espacios y romper las barreras y el paradigma rígido y mecanicista de la medicina occidental , con el conocimiento de que la humanización va más allá de realizar un simple procedimiento, estando atentos a las necesidades individuales y dirigiéndose a las pacientes en trabajo de parto como seres humanos, quienes poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida y que fueron aprendidas directamente o transmitidas de generación en generación;

Porque permite que se promueva el crecimiento de la profesión de manera multidisciplinaria, ya que se tiene como objetivo el respeto de la persona y a su integridad, esta investigación pretende convertirse en una herramienta de trabajo que contribuye al desarrollo del conocimiento enfermero, promoviendo el pensamiento crítico para reconocer las barreras que impiden la práctica del parto respetado, interviniendo activamente protegiendo los derechos de las mujeres que se encuentran en un estado de gran vulnerabilidad , logrando los beneficios de salud que este modelo propone para el binomio madre-hijo.

MARCO TEÓRICO

A principios del siglo XX el parto comenzó a realizarse en instituciones sanitarias con el propósito de disminuir la mortalidad materna y neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de manejar la atención del parto como una enfermedad. Las mujeres en particular perdieron protagonismo en el hecho más trascendental de sus vidas y aceptaron las reglas de las instituciones; de este modo, el parto, se transformó en un “acto médico” cuyo significado dejó de lado aspectos esenciales como la preferencia de la paciente y el derecho de las mismas a elegir su posición de parto, tener acompañamiento, etc. En respuesta a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1985, realiza una reunión en Fortaleza, Brasil, en donde surge una declaración denominada “El nacimiento no es una enfermedad” que da origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención. A esta se sumaron múltiples iniciativas para “humanizar” la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las maternidades en instituciones “centradas en la familia” y no en el Equipo de Salud, ambientarlas en forma “hogareña”, entre otras. Esto incluye el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y la familia. (AAP-ACOG 2002).

Una maternidad “centrada en la familia” promueve la idea de que la mujer y su entorno deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo. Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cadena que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño. Estos pueden minimizarse con el apoyo de familiares e incluso del equipo de salud.

La aplicación de conocimientos y habilidades actualizados tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y

autonomía de cada usuario; además los prestadores deben crear un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitar la participación de la pareja y la familia, aprovechando la oportunidad de la consulta para educar más allá de las preguntas expresadas. (OPS 1999).

Según Checa S. (1997) “Es esencial que se produzca un cambio hacia este tipo de modelo, ya que en general, hasta el momento, se ha priorizado un modelo asistencial curativo, médico dominante”.

La “Iniciativa para mejores nacimientos” de Sudáfrica (OMS-BSR, 2002), tiene propósitos similares a los enunciados por la OMS, pero incorpora otros aspectos que la complementan:

- Humanitarismo: las mujeres deben ser tratadas con respeto.
- Evidencia: la atención ofrecida se debe basar en la mejor evidencia disponible.
- Compromiso: los proveedores de salud deben comprometerse a mejorar la atención ofrecida.
- Acción: estrategias efectivas para modificar las prácticas actuales. Entre las estrategias que propone para ayudar a modificar la práctica de atención médica general y para el nacimiento se citan:
 - ✓ Capacitación de todo el personal.
 - ✓ Auditoría y acreditación de los centros de atención.
 - ✓ Participación del consumidor de los servicios.
 - ✓ Búsqueda de una segunda opinión.
 - ✓ Participación de profesionales destacados en el proceso de cambio de prácticas.

Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) dependiente de la OPS/OMS, publica en el año 2003 el siguiente Decálogo que apoya los conceptos vertidos precedentemente y también incorpora otros aspectos que los completan, haciendo un llamado para que se transformen en metas para la región de América y el Caribe.

1. Conocer la epidemiología de nuestra realidad para enfocar nuestras acciones a los problemas prioritarios.
2. Que toda mujer de la región pueda alcanzar su salud reproductiva.

3. Que las prácticas utilizadas en la atención sean basadas en la mejor evidencia disponible.
4. El trato brindado debe ser humanitario y centrado en la familia receptora.
5. El resultado de nuestra atención debe basarse no sólo en los aspectos físicos, sino también emocionales y sociales.
6. Que la mujer esté involucrada en sus cuidados y en el proceso de la atención.
7. Que las tecnologías sean evaluadas antes de ser introducidas en la práctica clínica.
8. Que la región investigue en forma mancomunada la búsqueda de soluciones a los problemas prioritarios.
9. Exigir que los profesionales de la salud cuenten con un sistema de certificación periódica por organismos de pares.
10. Todas las mujeres deben recibir calidad de la atención igualitaria.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y meta-análisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias. Por este motivo, han sido identificados una serie de principios acerca del cuidado perinatal y se han desarrollado materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa.

El año 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un trabajo donde participaron más de 50 profesionales de salud entre ellos obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, quienes realizaron una revisión de conocimientos y adoptaron diez valores y principios para proteger, promocionar y apoyar el cuidado efectivo sobre la tecnología apropiada para el parto donde se señaló que se continúan practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar de que existe una aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias.

Los diez principios del Cuidado Perinatal que la OMS señaló en la reunión fueron:

1- Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando la menor tecnología posible.

2- Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.

3- Ser basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.

4- Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.

5- Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstétricas, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, científicos sociales, etc.

6- Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias, y no solamente un cuidado biológico.

7- Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.

8- Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.

9- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

10- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo.

En la desmedicalización, el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible. Para que esto sea una realidad se necesita un cambio conceptual del embarazo, que debería entenderse como un evento

fisiológico más que como una enfermedad, el parto no debería verse, a priori, como un problema y los recién nacidos no deberían ser considerados pacientes.

La tecnología perinatal apropiada se define como el conjunto de acciones para resolver un problema específico que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas validadas científicamente y aceptadas tanto por el que las imparte como por el que las recibe. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o de la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o superiores.

Además, los cuidados deben ser regionalizados y basados en un sistema eficiente de referencia desde los centros de cuidado primario a niveles de cuidado técnicos. Con esto se intenta conseguir una distribución racional de los servicios médicos, asegurando el acceso de la población a los tres niveles de cuidados: primarios, secundarios y terciarios y que estos cuidados sean costo-efectivos.

La comunicación entre niveles es muy importante, cuando las transferencias son necesarias. Para ello es preciso protocolizar la manera de hacerlo y dotar a los niveles de los medios necesarios para el trabajo en equipo.

En cuanto a los cuidados basados en evidencias, las prácticas habituales, las habilidades profesionales, los protocolos y las políticas de cuidados deben estar avaladas por las mejores evidencias científicas disponibles y por estudios clínicos controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado, además de actualizarlas regularmente.

El equipo de salud neonatal debería ser multidisciplinario y estar compuesto al menos por:

- Neonatólogos,
- Enfermera,
- Médico de Familia,
- Psicólogo,
- Trabajador social,
- Acompañante,
- Familia,
- Grupos de Apoyo.

La colaboración interdisciplinaria debe ser transparente y estrecha, es muy importante que el equipo de salud brinde cuidados integrales sin dejar de tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus bebés y su familia y no solamente sus necesidades biológicas.

La desmedicalización y la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) son la base para satisfacer las necesidades biológicas.

Para la satisfacción de las necesidades emocionales son necesarias: Apoyo de la familia, apoyo desde el equipo sanitario, consejería en situaciones normales y complicadas, satisfacción de los usuarios/clientes, cuidado respetuoso.

Para las necesidades intelectuales son necesarias: Preparación al parto y a la maternidad/paternidad, involucrarse en la toma de decisiones.

También se deben tener en cuenta las necesidades de la mujer, su bebé y su pareja y los cuidados perinatales, centrándose en la información, motivación y participación de toda la familia y comunidad local.

Cuando sea posible todas las prácticas de cuidado tradicionales deben ser respetadas después de haber sido analizada su seguridad y efectividad. Cada intervención debería ser evaluada en cada contexto y facilitada su aceptación a través de la información y el debate.

En la República Argentina desde el año 2004 el parto respetado está regulado por la Ley 25.929, aplicable en el ámbito público y privado, es conocida también, con el nombre de Ley de Parto Humanizado, establece en su artículo 2 que toda mujer, en relación con el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

Cabe señalar que el incumplimiento de las obligaciones emergentes de la ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Por otro lado, la Ley 26.485 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, que busca la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, establece en su artículo 6 inc. e) como una de las modalidades que puede tener la violencia de género a la “violencia obstétrica”, y dice que es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

En un parto respetado: la **dilatación** comprende que la fisiología del parto reporta sobre un hecho esencial que debemos tener siempre en mente: el antagonismo adrenalina-oxitocina. Este quiere decir que cuando los mamíferos segregan adrenalina no pueden segregar oxitocina. Todos sabemos que la

adrenalina es una hormona que los mamíferos segregan en situación de urgencia, particularmente cuando sienten miedo, cuando se sienten observados o tienen frío. La oxitocina provoca las contracciones uterinas eficaces para el parto y es la hormona del amor, por lo cual es necesaria para la expresión del comportamiento maternal. Si comprendemos este hecho simple, podemos enunciar fácilmente una primera conclusión, que, para parir, **la mujer necesita sentirse segura, estar en un lugar suficientemente cálido y no sentirse observada.**

Cuando se alienta a la mujer en trabajo de parto que se ponga de pie y camine, esta indicación entra en contradicción con nuestra comprensión de la fisiología, pues la condición para que el parto se desarrolle armoniosamente es que la tasa de adrenalina sea muy baja, y cuando esto ocurre hay una tendencia a ser pasivo y a no querer movernos ya que todos los músculos voluntarios están en situación de reposo. (Michel Odent, 2006, pag.108-109)

Estudios clínicos muestran que la posición supina durante el primer período del trabajo de parto afecta el flujo sanguíneo en el útero, dado que el peso del mismo puede causar la compresión aortocava, reduciendo el flujo sanguíneo y comprometiendo así la condición fetal. También la posición supina reduce la intensidad de las contracciones (Flynn 1978, McManus y Calder 1978, Williams 1980, Chen 1987) y esto interfiere en el progreso del trabajo de parto. En cambio, **en posición de pie y en decúbito lateral, las contracciones son de mayor intensidad facilitando así el progreso del trabajo de parto.**

Algunos estudios demostraron que **cuando se da libertad de movimientos se requiere menos analgesia** (Chan 1963, Flynn 1978, McManus y Calder 1978, Díaz 1980, Williams 1980, Hemminki 1983, Melzack 1991). Un estudio (Flynn 1978) halló una significativa reducción de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal en la posición de pie (OR 0.10 IC 95% 0.03 - 0.41), pero otros estudios no detectaron diferencias en los resultados neonatales. Gupta et al. en el año 2003 demostraron una reducción en la tasa de nacimientos por operación cesárea (OR 0,82 IC 95% 0,69 – 0,98), en episiotomías (OR 0,73 IC 95% 0,64–0,84) y en el dolor en el segundo estadio del parto (OR 0,59 IC 95% 0,41–0,83) en las embarazadas que permanecieron de pie versus las que permanecieron en posición supina.

A pesar de que se conoce la evidencia sobre el efecto positivo de las distintas posiciones que puede adoptar la mujer en el primer período del trabajo de parto, la posición supina prevalece sobre otras, dado que la libertad de movimiento se ve limitada por el uso indebido de vías intravenosas y el equipamiento en la monitorización. Esto impide que las mujeres puedan caminar, pararse, sentarse, tomar una ducha relajante, etc.

El examen vaginal es fundamental en el diagnóstico del trabajo de parto y para la evaluación del progreso del mismo. Debe ser realizado siempre en condiciones de asepsia, con lavado de manos y uso de guantes estériles descartables. La OMS (1993) recomienda en el partograma que **el tacto debe realizarse cuando sea estrictamente necesario, en el comienzo cada 4 horas. Si el progreso del trabajo de parto es muy rápido los exámenes vaginales pueden limitarse a uno.** Hay situaciones en las cuales es necesario realizarlo con mayor frecuencia: cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones disminuyen, ante la pérdida repentina de líquido amniótico, cuando la embarazada refiere necesidad de pujar o antes de administrar analgesia.

Una forma de aliviar el dolor es la administración de fármacos o de analgesia peridural. Sin embargo, **es importante el manejo no farmacológico del mismo.** Este comienza durante el cuidado prenatal, y continúa durante la atención del trabajo de parto y del parto, **brindando toda la información necesaria acerca de la evolución del mismo.** Esto hace que la mujer sepa qué le pasará y porqué, y en consecuencia esté preparada para enfrentar el dolor. **El apoyo brindado por el acompañante es el factor más importante para el alivio del dolor.** Se ha comprobado que disminuyen el stress y el temor, ambas causas de aumento del dolor. Se debe dar la oportunidad a la mujer para que adopte la posición en la que se sienta más cómoda, ya sea en la cama o fuera de ella. Puede caminar, permanecer sentada o acostarse según ella lo desee. La única posición que debe desaconsejarse es el decúbito dorsal durante el primer estadio del trabajo de parto.

Muchas mujeres se sienten aliviadas con una ducha, un baño. **La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas,**

mejora la perfusión uterina, acorta el periodo de dilatación y aumenta la sensación de control del dolor y la satisfacción. También es recomendable algún tipo de masaje, que puede ser brindado por el familiar.

En algunas culturas aborígenes el rezo durante el trabajo de parto produce alivio. Otras técnicas como acupuntura, baños de inmersión, hierbas y aromaterapia con aceites no han demostrado ser efectivas en trabajos randomizados hasta el momento (OMS 1996).

Durante el **periodo expulsivo** la mejor posición a adoptar es la semisentada (vertical) o en decúbito lateral. Se ha demostrado que **las posiciones verticales en el expulsivo tienen beneficios evidentes.** Por ello, si la mujer lo elige durante el parto, se debería favorecer la posición vertical y evitar el uso de la posición supina, particularmente la de litotomía. Sin embargo, en las posiciones verticales parece producirse un aumento del sangrado estimado y un mayor porcentaje de desgarros de segundo grado. En general, las posiciones alternativas a las supinas presentan una serie de ventajas evidentes, especialmente sobre la de litotomía (ver anexo VIII Imagen 2), las cuales son:

- Acortamiento del segundo periodo del parto. En estas posiciones la mecánica del parto se ve favorecida por la ampliación de los diámetros de la pelvis y por la utilización de la gravedad, y ello sucede tanto en mujeres primíparas como multíparas.

- Disminución del dolor y la necesidad de analgesia. La posibilidad de que la mujer pueda elegir la posición en que le resulta más cómoda estar, así como cuándo y cómo iniciar los pujos, aumenta el flujo de endorfinas y disminuye la sensación dolorosa. Las posiciones verticales, sentadas y de rodillas, parecen reducir el dolor lumbar de las contracciones y disminuyen la necesidad de analgesia.

- Mejora de la dinámica uterina. Con las posturas verticales aumentan la frecuencia y la eficacia de las contracciones uterinas. La oxitocina se segrega en forma de pulsos por el mecanismo reflejo relacionado con la estimulación del cuello uterino durante el parto (efecto Ferguson Harris). Cuando la mujer adopta cualquier posición vertical, se produce una mejor presión de la presentación fetal sobre el cuello del útero, mientras que, en las posiciones horizontales, la presentación suele tener que remontar el promontorio del sacro.

- Disminución de partos instrumentales y cesáreas. Las posiciones verticales mejoran la estática fetal, disminuyen el porcentaje de mal posiciones de la cabeza fetal y favorecen un mejor alineamiento de la cabeza fetal. Además, las posiciones verticales (especialmente las de cuclillas y cuadrupedia) incrementan los diámetros pélvicos.

- Menor porcentaje de patrones anómalos de la frecuencia cardiaca fetal por una disminución en el riesgo de compresión de los grandes vasos de la pelvis y una mejor oxigenación fetal.

- Una disminución en el porcentaje de episiotomías.

Las cifras reveladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), (citado por Bourbotte, S. & Santiago, L. 2012) indican que en Argentina el índice de episiotomías es del 87% y el de cesáreas 22,8% en el sector público (aún mayor en el sector privado), cuando las recomendaciones del organismo son de 30% y de 15% respectivamente. Aunque la OMS indica que la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal), la inducción del parto, la administración por rutina de analgésicos o anestésicos y las cesáreas sólo deben realizarse para corregir o evitar una complicación en el parto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que en muchos casos se practica como una obligación cuando debería ser una elección.

Los humanos tienen la fama de tener nacimientos difíciles comparados con los otros mamíferos y con otros primates, y el principal motivo es el gran desarrollo de la parte del cerebro que llamamos NEOCORTEX, o nuevo cerebro.

El desarrollo enorme del neocortex en nuestra especie representa uno de nuestros inconvenientes, ya que las inhibiciones que se dan durante el parto provienen de esta parte del cerebro. Sin embargo, la naturaleza encontró una solución a esta problemática y es que el neocortex esté en reposo, y que en su lugar se desempeñen unas estructuras cerebrales muy primitivas que llamamos hipotálamo e hipófisis. Esas son las partes del cerebro que tienen que estar activas durante el parto, la mujer que está pariendo necesita sentirse protegida de toda estimulación de su neocortex, y para entenderlo solo necesitamos recordar todo lo que estimula el neocortex a fin de evitar su actividad. Hay un estímulo específico que es el lenguaje, cuando nos hacen una pregunta

estimulamos el neocortex para poder responder, entonces redescubrimos la importancia del silencio.

El neocortex de los seres humanos también puede estar estimulado por la luz, muchas mujeres en trabajo de parto, buscan reducir ellas mismas los estímulos visuales, además se estimula por la sensación de ser observado, ya que ante esto la tendencia es cambiar la actitud. No sentirse observado se convierte en una necesidad básica de esta parturienta, se debe desconfiar de cualquier instrumento que pueda ser percibido como una forma de observación (cámara de fotos, filmadora, monitoreo fetal electrónico). También cuando percibimos un supuesto peligro estimulamos el neocortex y tenemos necesidad de estar alerta, prestar atención y protegernos. (Michel Odent 2006)

La tarea de las enfermeras es evitar la estimulación del neocortex de la mujer que está pariendo, a través del cuidado de su entorno, asegurándose que tanto ella como la persona que la está acompañando mantengan un bajo nivel de adrenalina.

Es muy importante para la supervivencia de la madre que **el alumbramiento** se haga fácilmente y sin hemorragia. Inmediatamente después del nacimiento del bebé, las mujeres experimentan la capacidad de alcanzar un pico de oxitocina extremadamente alta, para que esto suceda tienen que haber ciertas condiciones:

La secreción de oxitocina es muy dependiente del entorno, y la primera condición es que la madre no sienta frío. Otra condición es que lo único que tenga que hacer la mujer es sentir el contacto de su piel con él bebé, mirarlo a los ojos, sentirle el olor sin que nada la distraiga. (Michel Odent 2006)

La evidencia disponible sugiere que la oxitocina es mejor que los derivados de la ergotamina.

Clampeo del cordón: El cordón umbilical puede ser clampeado inmediatamente luego del parto o más tardíamente y esto tiene efectos sobre la madre y el recién nacido. (Prendiville and Elbourne 1989). Los efectos sobre la madre han sido evaluados en algunos estudios (Dunn et al. 1966, Botha 1968, Nelson et al. 1980) y no hay evidencias que el tiempo de clampeo del cordón tenga efectos indeseables sobre la incidencia de hemorragia pos-parto OR 1.22 IC 95% (0.42-3.53), ni sobre la transfusión feto-materna. Los efectos sobre el

recién nacido han sido evaluados en estudios observacionales y en estudios randomizados (Buckels and Usher 1965, Spears et al. 1966, Yao et al. 1971, Nelson et al. 1980). Si luego del nacimiento se coloca al recién nacido por debajo o a nivel de la vulva, durante tres minutos antes del clampeo del cordón, o hasta que éste deje de latir, esto permite el pasaje de 80 ml. de sangre desde la placenta al recién nacido (Yao et al. 1971), (Dunn 1985).

Si bien los eritrocitos transfundidos en este volumen pueden ser destruidos por hemólisis, aportan 50 mg de hierro para las reservas del recién nacido y reducen la frecuencia de anemia por déficit de hierro durante el primer año de vida, de muy elevada incidencia en nuestro país. (UNICEF 2001)

Por el contrario, los recién nacidos con un clampeo inmediato del cordón tienen menor valor de hemoglobina y de hematocrito.

Examen de la placenta y membranas: Una vez eliminada la placenta se debe proceder al examen minucioso de la misma colocándola sobre una superficie plana a los efectos de reconocer su integridad. (Schwarcz, 2001).

La propuesta del parto humanizado incorpora a los servicios de maternidad el trato respetuoso y digno para las madres y sus bebés, y convierte a la información en herramienta de toma de decisiones para que la madre pueda asumir la responsabilidad sobre su maternidad, eligiendo las mejores opciones para ella y su bebé.

El escenario humano del parto ubica a la mujer como la protagonista, con su pareja y su bebé, con una vivencia de poder y apropiación de su cuerpo, del parir y del nacer. Los intermediarios y acompañantes (otras personas o familiares) solamente son un apoyo. La pareja, (compañero y/o padre), es también un protagonista importante.

Para él es una oportunidad de crecimiento como varón, una posibilidad de relacionarse con su compañera de manera profunda y de establecer las bases para una paternidad afectiva, presente y gozosa.

Desde la enfermería como disciplina profesional y teniendo en cuenta la taxonomía de clasificación de intervenciones, según las universidad de Iowa (NIC), se encuentra la intervención "Cuidados Intraparto (6830)", la cual se define como la monitorización y manejo de los estadios uno y dos del parto, en donde se mencionan entre otras actividades: determinar el dolor, la integridad de las

membranas, ingreso al área de trabajo de parto, preparación de la gestante para el parto según el protocolo, asegurar la intimidad de la paciente durante el examen, realizar las maniobras de Leopold para determinar posición fetal, monitorización de frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina determinando frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, fomento de la deambulación durante los primeros dolores; explorar posiciones que mejoren la comodidad materna y mejore la perfusión placentaria, ayudar con la analgesia y brindar opciones, documentar características del líquido amniótico después de la amniotomía o ruptura espontánea de las membranas, mantener limpio el perineo, monitorizar el progreso de la dilatación, posición y descenso; explicar el objeto de las intervenciones requeridas; enseñar técnicas de pujo y dirigir el segundo estadio del parto, todo esto estimulando la participación de la familia y proporcionando consuelo y apoyo. Estas actividades no son más que directrices para el cuidado durante esta etapa, las cuales se pueden complementar con otras intervenciones según el diagnóstico de enfermería y las necesidades particulares de la gestante. Además, como se trata de un proceso fisiológico pero que conlleva riesgos para la salud de la madre y del hijo por nacer, se requiere una evaluación constante del progreso la cual se puede realizar sustentado en la clasificación de resultados en enfermería (NOC). De esta clasificación se retoma el estado materno durante el parto, definido como el grado en que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde el comienzo del parto hasta el alumbramiento, el cual mediante el seguimiento de indicadores como el uso de técnicas para facilitar el parto, frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, progresión de la dilatación cervical, dolor producto de las contracciones, sangrado vaginal, entre otros, sirven para realizar un monitoreo continuo de las intervenciones de enfermería durante el trabajo de parto y parto.

A continuación, se describen las dimensiones del problema de investigación que resultaron relevantes luego de la recopilación bibliográfica:

BARRERAS PROFESIONALES,
BARRERAS DE INFRAESTRUCTURA
BARRERAS INSTITUCIONALES

BARRERAS PROFESIONALES

Abarcan los siguientes aspectos:

- ✚ Perfil profesional
- ✚ Actitud profesional
- ✚ Trabajo en equipo
- ✚ Los Procedimientos rutinarios
- ✚ Acompañamiento y asistencia durante el parto
- ✚ Cultura

El Perfil profesional comprende

- ❖ La formación universitaria de los profesionales de la salud orientada al modelo clínico asistencialista, centrado en la enfermedad y en el modelo de consultorio privado o práctica liberal de la profesión es decir no ofrece al estudiante otras alternativas teoricas-tecnicas de acción profesional.
- ❖ No comprensión de los modelos con enfoques salubristas: Paciente como ser bio-psico-social, proceso salud-enfermedad como proceso complejo, histórico y social, noción de promoción y prevención y la participación de la comunidad en las acciones de salud.
- ❖ Falta de formación para el trabajo en equipo interdisciplinario
- ❖ Percepción por parte del equipo profesional de que las pautas culturales de la comunidad obstaculizan la atención y prevención de enfermedades.
- ❖ La práctica médica individualista que permite al profesional diagnosticar y tratar pacientes individualistas, pero que le impide analizar tratar los problemas de salud y sus causas dentro de una población.

“Para que el equipo de salud funcione adecuadamente, es imprescindible que parteras y médicos reconozcamos nuestros respectivos roles. Que se establezca entre nosotros una relación horizontal en la toma de decisiones, pero donde los

límites del oficio de cada uno estén a la vez claramente definidos. Juntos debemos saber contener a cada mujer, ayudarla a encontrar su deseo y respetarlo.” (Schallman, Raquel, 2007)

Actitud profesional

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1999), (citado por Lomuto, 2010) refiere que la aplicación de conocimientos y habilidades actualizados tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada usuario. Los prestadores deben crear un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitar la participación de la pareja y la familia. (...).

La actitud profesional hace referencia a la postura que toma el equipo de salud frente a la paciente hospitalizada, de esto depende que se observen acciones positivas o negativas. También es la manifestación física y emocional que puede verse en la cual se generará la expresión del cuidado, llamada como respuesta ante la acción que percibe la otra persona.

El personal de enfermería es quien debe brindar una actitud acogedora y humanizada debido a que transcurre la mayor parte del proceso con las mujeres y deben demostrar participación en los sentimientos o ideas de las mismas.

La actitud para trabajar requiere el conocimiento profundo y detallado de las funciones esenciales del trabajo. La valoración de la aptitud para trabajar se define como la evaluación de la capacidad psicofísica del individuo para realizar su trabajo sin riesgo para su propia salud o la de otros.

Principios de la actitud profesional del equipo de salud:

a) Calidez.

Para brindar cuidado se debe tener constantemente la experiencia como sujetos de cuidado, también brindar un cuidado de calidad y preservar un compromiso ético de cuidar a los seres humanos con conocimiento, sensibilidad y compasión. Entonces la calidez es procurar que la atención se realice mediante la entrega de un cuidado humanizado, íntimamente ligado con el respeto hacia la integridad física y moral de la persona.

El contacto físico y verbal entre el equipo y las mujeres es la forma de llevar a cabo el cuidado, en estos encuentros es donde se da una valoración entre ambos: El equipo evalúa el estado de salud, las respuestas físicas y psicológicas

de la mujer y, a la vez valoran las actitudes, el deseo de ayudar, los gestos y su disposición.

Las mujeres necesitan y esperan que el equipo de salud le brinde respuesta oportuna de lo que sucede en su estado de salud.

b) Familiaridad.

Familiarizarse es parte del acercamiento con el que se da inicio a las interacciones del cuidado; es lo que le permite a la mujer saber que puede esperar de cada miembro del equipo de salud, si puede confiar o no en el personal.

El personal de la salud debe presentarse y dar a conocer el cargo y la participación que va a tener en el cuidado con la mujer. Lamentablemente esto no ocurre, lo que conlleva a un trato frío que no resulta útil para construir una relación. Durante el trabajo de parto la familiaridad que la mujer necesita es: compañía y palabras de aliento, entonces la falta de diálogo y de explicaciones necesarias desfavorecen la aceptación y la confianza de la mujer-personal de salud.

c) La mirada.

Con respecto a la mirada podemos decir que una persona utiliza su sentido de la visión principalmente cuando aplica la comunicación no verbal, a través de ella comunica o expresa también sus pensamientos o sentimientos.

d) Tono de voz.

La expresión verbal y el tono de voz que utiliza el equipo de salud tiene el poder de ayudar en la recuperación, calmar en la enfermedad y tranquilizar a la mujer. La comunicación es una forma de transmitir compañía y debe estar presente durante las intervenciones terapéuticas, comunicando a las mujeres de manera clara y sencilla cada uno de los procedimientos que se realizarán.

En la comunicación las áreas más destacables son la empatía, la confortación, la expresión de disponibilidad, la exploración de emociones y la aportación de información con el fin de tranquilizar y reducir la ansiedad que este proceso provoca en la mujer.

e) La expresión corporal.

Se sabe que no solo la palabra es mediación en la comunicación, hay que tener en cuenta aspectos como gestos, sonidos, miradas y contacto, los cuales adquieren significado de acuerdo con cada cultura. Cuando no hay una sola expresión facial, postura o posición del cuerpo que tenga el mismo significado en todas las sociedades pueden ser interpretadas de diferentes maneras. Lo importante es una buena comunicación de tal forma que se genere una verdadera relación de ayuda con las mujeres y su familia.

Trabajo en equipo:

"Es un método de trabajo colectivo en el que los participantes intercambian experiencias, respetan sus roles y funciones para lograr un objetivo u objetivos comunes al realizar una tarea conjunta". (Peter Pritchard, Kenneth Low y Merrill Whalen, Gestión en Atención Primaria, Ministerio de Sanidad y Consumo España, 1990, págs. 107 – 115).

Según Marques, L. L. en el año (1994), define al trabajo en equipo como "Un sistema de organización del trabajo capaz de crear una atmósfera que permita, trabajando juntos dirección y trabajadores, alcanzar los objetivos de competitividad de la organización, elaborando un producto de alta calidad, bajo costo y potenciando las posibilidades de desarrollo de todos los empleados en un entorno de mejora continua"

Para el desarrollo de un trabajo en equipo deben existir ciertas características comunes a cualquier equipo que se detallará a continuación:

- Grupo de personas con objetivos y metas en común
- Comunicación fluida entre sus miembros
- Liderazgo efectivo
- Trabajo armónico que promueva la participación de sus miembros
- Responsabilidades compartidas entre sus miembros
- Desarrollo de actividades en forma coordinada
- Cada miembro posee una visión clara de sus propias funciones y de los intereses comunes
- Los intereses del equipo sobrepasan los intereses particulares
- Respeto por los roles y funciones de cada miembro
- Existe apoyo mutuo y colaboración entre sus miembros

Factores que dificultan el trabajo en equipo

- Falta de tiempo, presión asistencial.
- Desconocimiento de la visión, misión, objetivos y metas de la organización.
- Insuficiente o inadecuada capacitación
- Clima laboral inadecuado falta de unidad, lucha por poder, temor, desconfianza.
- Falta o falla en el liderazgo.
- Falta de reconocimiento de parte de los líderes de la organización.
- Fracasos.

Procedimientos Rutinarios.

El inicio del vínculo mamá - bebe está muy condicionado a la vivencia del parto y a los primeros encuentros entre ellos; en la mayoría de los partos las mujeres reciben una atención masificada, esto significa que los partos tienden a ser parecidos en cuanto a la duración, dolor y resultados. Casi todas las decisiones se toman en función de terminar el procedimiento lo más rápido posible convirtiendo al parto en una sucesión de actos rutinarios que se describen a continuación:

- 1- Historia Clínica Perinatal: durante la consulta de ingreso existen tres posibilidades: que la mujer tenga en su poder una historia perinatal con los controles prenatales completos, que la misma esté incompleta o que carezca de ella.
- 2- Enemas: todavía son utilizados en muchísimos lugares, debido a la creencia que estimulan las contracciones uterinas y que el intestino grueso evacuado permite un mejor descenso de la presentación. En el pasado se pensaba que reducían la contaminación perinatal y, por lo tanto, la infección de la madre y del niño. Sin embargo, los enemas son indudablemente molestos, llevan implícito un riesgo potencial de lesión intestinal y aumentan innecesariamente los costos de la atención y el tiempo no útil del personal.
- 3- Rasurado perineal: Desde hace muchísimos años se ha demostrado que el rasurado perineal no es una práctica beneficiosa, sin embargo, es

todavía muy usado, con el criterio de reducir la infección y facilitar la sutura de la episiotomía o de los desgarros. Las evidencias científicas muestran que el riesgo de infección no disminuye (O.R. 0.76 IC 99% 0.33-1.77) (Basevi, 2002), incluso su uso rutinario puede aumentar el riesgo de infección por VIH y por el virus de Hepatitis B. También aumenta los costos sin ningún beneficio. Es posible reemplazar el rasurado por el recorte del vello perivulvar/perineal con tijera.

- 4- Ingesta de alimentos y líquidos: En muchos lugares se prohíbe la ingesta de alimentos y se limita la administración de líquidos durante todo el trabajo de parto. Esto se debe al temor de que, si se utiliza anestesia general, se produzca una aspiración de contenido gástrico - Síndrome de Mendelson - (Mendelson D.L., 1949). En general, la suspensión de la ingesta de alimentos no molesta a las mujeres en trabajo de parto, ya que la mayoría no experimenta deseos de comer durante el mismo, pero muchas necesitan tomar líquidos los que no deben ser restringidos. Por otra parte, el parto requiere una gran cantidad de energía. Como la duración del mismo no puede predecirse, no debería restringirse en forma absoluta el ingreso de alimentos. En un parto prolongado esta restricción puede conducir a deshidratación y cetosis. Estas complicaciones pueden evitarse permitiendo una alimentación ligera y líquida por boca. La imposición de restricciones favorece la idea de que el parto es un evento médico y no un evento natural.
- 5- Venoclisis: La colocación rutinaria de venoclisis con soluciones glucosadas ha sido evaluada en numerosos trabajos. Los aumentos de los niveles de glucosa en la sangre materna se acompañan del aumento de niveles de insulina y esto produce aumento en plasma de los valores de glucosa en el recién nacido y disminución del pH en la sangre arterial en el cordón umbilical. Si la madre recibe más de 25 g de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto y parto, se puede producir hiperinsulinismo fetal. Esto puede producir hipoglucemia neonatal y aumentar los niveles de lactato en sangre. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales puede llevar a la hiponatremia, tanto a la madre como al recién nacido La colocación rutinaria de venoclisis,

además, interfiere con el proceso natural del parto y disminuye las posibilidades de las mujeres de moverse libremente. La restricción absoluta a la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto no es de utilidad, genera disconformidad en las mujeres y puede ser riesgoso. Debe desaconsejarse el uso rutinario de venoclisis si se asegura la hidratación oral. No hay evidencias que sean de utilidad para una eventual emergencia obstétrica.

- 6- Analgesia farmacológica: Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, aunque la reacción frente al mismo tiene características distintas según la personalidad de la misma. Una de las tareas más importantes que debe realizar la persona que asiste el parto es la de ayudar a la mujer a tolerar el dolor. Sin duda, distintas circunstancias pueden ocasionar mayor dolor. Los partos prolongados, los inducidos, los conducidos con oxitocina, los complicados por distocia, y los terminados en forma instrumental producen mayor dolor que los partos “normales” “Varias drogas han sido usadas para aliviar el dolor en el parto. La más común es la meperidina, pero también se usan derivados de la fenotiazida y las benzodiazepinas. Todas producen un razonable alivio, pero al mismo tiempo ocasionan efectos indeseables en la madre y en el recién nacido (Dickersin, 1989). Sobre la madre pueden producir hipotensión, náuseas, vómitos y mareos. Todas las drogas pasan al feto y tienen efectos sobre el recién nacido, desde dificultades en la succión, hipotonía, hasta depresión respiratoria. De todas las técnicas de analgesia usadas en el parto, la epidural es la más usada en todo el mundo. Sus efectos han sido investigados en numerosos ensayos, los cuales comparan esta técnica con otras usadas para aliviar el dolor en el parto. Esta técnica ofrece una mejor y más duradera supresión del dolor (Howell C.J. 2000). Sin embargo, su realización requiere cierta complejidad: el parto debe realizarse en un centro asistencial bien equipado, el equipo a utilizarse debe ser el apropiado, debe haber un profesional con entrenamiento disponible en forma continua y debe realizarse un constante monitoreo de las condiciones maternas y fetales. Con la analgesia peridural la duración del primer período suele ser un poco mayor y la oxitocina suele usarse

más frecuentemente. Ciertos ensayos mostraron que el parto instrumental fue más utilizado, sobre todo cuando el efecto analgésico se mantenía en el segundo período y por lo tanto estaba suprimido el reflejo del pujo. En un ensayo realizado en EE.UU. el número de cesáreas aumentó, especialmente cuando se inició el procedimiento antes de los 5 cm de dilatación (Thorpf, 1993). En una reciente revisión sistemática (Lieberman, O'Donoghue 2002) concluyen que hay suficiente evidencia para asegurar que la anestesia epidural se asocia con menos partos vaginales espontáneos, más partos vaginales instrumentales y trabajos de parto más largos, particularmente en mujeres nulíparas. Las mujeres tienen más posibilidad de presentar fiebre intraparto y sus hijos más frecuentemente son evaluados y tratados por sospecha de sepsis. En cambio, no hay evidencia suficiente para determinar que la anestesia epidural aumente el riesgo de operación cesárea o de mal posición fetal.

- 7- Control de la salud fetal durante el parto: Es un componente esencial en el cuidado del parto, ya que la misma puede alterarse aún en casos de partos normales y de gestaciones de bajo riesgo. El pasaje de meconio al líquido amniótico puede ser desde fisiológico hasta asociarse a muerte fetal intraparto y morbimortalidad neonatal (Matthews and Martín 1974, Gregory et al. 1974, Fujikura and Klionsky 1975, Meis et al 1978, Mac Donald et al. 1985). Su presencia en forma aislada no es signo de alteración de la vitalidad fetal. El meconio espeso tiene el peor pronóstico ya que refleja una reducción del líquido amniótico que es por sí solo un factor de riesgo. El meconio diluido es menos importante como factor predictor de riesgo. Esto no ha sido suficientemente investigado (OMS 1996). La relación entre bienestar y frecuencia cardíaca fetal ha sido investigada en numerosos estudios. Es sabido que anomalías de la frecuencia cardíaca fetal como bradicardia (160/ min), disminución de la variabilidad y desaceleraciones, pueden reflejar una alteración de la salud fetal. Hay dos métodos para controlar la frecuencia En la asistencia del parto normal los métodos no farmacológicos deben priorizarse. No hay duda que la analgesia epidural es muy útil en algunos partos (distócicos, prolongados o con dolor mal tolerado), sin embargo, su utilización en

forma rutinaria medicaliza el parto innecesariamente. En los casos en que su uso es necesario, debe realizarse luego de los 5 cm de dilatación. La auscultación intermitente puede realizarse con un estetoscopio de Pinard o con aparato de ultrasonido doppler manual. Se realiza habitualmente cada 30 minutos en el período dilatante y después de cada contracción en el período expulsivo. Sus ventajas son su simplicidad y su escaso costo. El monitoreo electrónico continuo se realiza durante el trabajo de parto de alto riesgo. Su uso está habitualmente limitado a instituciones de mediana y gran complejidad. Aunque la información es más objetiva con este método que con la auscultación intermitente, la interpretación de los trazados puede ser difícil y puede que la misma sea distinta con diferentes observadores y aun con el mismo observador en distintos momentos (Cohen et al. 1982, Van Geijin 1987, Nielsen et al. 1987). La sensibilidad de este método para detectar alteraciones de la salud fetal es alta, pero su especificidad es baja (Grant 1989). Por lo tanto, existe un alto porcentaje de falsos positivos con un número elevado de intervenciones innecesarias, sobre todo si se usa en casos de bajo riesgo (Curzen et al. 1984, Borthen et al. 1989). < Comparación entre auscultación intermitente y monitoreo electrónico continuo Estos dos métodos han sido comparados en numerosos estudios (Haverkamp et al. 1976, Kelso et al. 1978, Mac Donald et al. 1985, Wood et al. 1981). La tasa de operación cesárea fue más alta en todos los grupos de monitoreo electrónico continuo (O.R. 1.41 I.C. 99% 1.23-1.61). Lo mismo ocurrió con los partos instrumentales (O.R. 1.20 I.C. 99% 1.11-1.30). La revisión Cochrane (Thacker S.B., Straup D.F. 2001 y 2003) evaluó nueve ensayos clínicos en los cuales se enrolaron 18.000 embarazadas. Los resultados indican que el monitoreo electrónico continuo de la FCF no disminuyó la mortalidad perinatal y se asoció con un aumento significativo en la tasa de operación cesárea y de partos vaginales asistidos. En uno de estos ensayos, el grupo con monitoreo continuo tuvo un menor número de convulsiones neonatales. El monitoreo electrónico continuo cuenta con una aceptación muy grande por parte de los equipos de salud y de las mujeres embarazadas. Los primeros creen que es el método más conveniente para la valoración fetal y que puede

ser más útil en caso de problemas médico legales. Las embarazadas creen erróneamente que el uso de tecnología más sofisticada produce mejores resultados neonatales.

- 8- Restricción del contacto madre –niño (COPAP): es preciso que se le dé espacio a la mujer para que permanezca con su bebe inmediatamente después del parto y durante toda la internación, siempre y cuando no requieran cuidados especiales, nos referimos a bebes prematuros y/o enfermos y aquellos ingresados en una Unidad de Neonatología/ UCI.
- 9- Clampeo del Cordón Umbilical: El cordón umbilical puede ser clampeado inmediatamente luego del parto o más tardíamente y esto tiene efectos sobre la madre y el recién nacido. Los efectos sobre la madre han sido evaluados en algunos estudios y no hay evidencias que el tiempo de clampeo del cordón tenga efectos indeseables sobre la incidencia de hemorragia pos-parto, ni sobre la transfusión feto-materna. Los efectos sobre el recién nacido : Si luego del nacimiento lo se coloca por debajo o a nivel de la vulva, durante tres minutos antes del clampeo del cordón, o hasta que éste deje de latir, esto permite el pasaje de 80 ml. de sangre desde la placenta al recién nacido .Si bien los eritrocitos transfundidos en este volumen pueden ser destruidos por hemólisis, aportan 50 mg de hierro para las reservas del recién nacido y reducen la frecuencia de anemia por déficit de hierro durante el primer año de vida.

Acompañamiento y asistencia durante el parto

Es conveniente que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada por una persona elegida por ella: pareja, familiar, amiga. La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuó que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y por lo tanto nacen niños en mejores condiciones. Sería ideal iniciar la preparación de la embarazada y su acompañante en forma conjunta durante el embarazo, para establecer claramente el rol a desempeñar por el acompañante en el trabajo de parto (tratar de mejorar el control de la madre verbalmente o con demostraciones afectuosas: sostener sus manos, masajear la espalda, acompañar su

deambulaci3n), pero si no se ha podido realizar esta preparaci3n no debe ser un limitante para impedir el ingreso de un acompa1ante. El concepto actual de la atenci3n durante el trabajo de parto no s3lo implica la vigilancia cl3nica, sino que tiene en cuenta a igual nivel los aspectos psicoafectivos relacionados con la maternidad. De esta manera, el acompa1ante en las salas de parto y parto se transforma en un complemento de la calidad de atenci3n a brindar.

En diversas publicaciones se analiza el concepto de la participaci3n de “doulas” (persona no profesional, entrenada para tal fin), todas con resultados similares. Las caracter3sticas socio culturales de nuestra poblaci3n parecieran responder mejor a la presencia de la persona elegida por la misma embarazada. No obstante, esta podr3a ser una estrategia a tener en cuenta por los servicios para aquellas mujeres que no cuentan con la presencia de un familiar o amigo. Varias comunicaciones y ensayos randomizados y controlados demostraron que el acompa1amiento y apoyo por parte de una persona entrenada para tal fin durante todo el parto produce muchos beneficios. Estos incluyen: menor duraci3n del trabajo de parto (O. R. 0.04 IC 99% 0.00-0.51), menos medicaci3n (O. R. 0.25 IC 99% 0.10-0.61), menos analgesia peridural (O. R. 0.35 IC 99% 0.19- 0.67) (Kennell, 1991), menos cantidad de ni1os con Apgar menor de 7 y menos partos instrumentales y ces3reas (O. R. 0.73 IC 99% 0.58-0.92) (Klaus et al 1986, Hodnett y Osborn 1989, Hemminki et al 1990, Hojmeyr et al 1991, Hodnett 2000). El desarrollo de un trabajo de parto normal necesita acompa1amiento afectivo y control profesional.

En un art3culo cient3fico publicado en la Revista de Chile de Obstetricia y Ginecolog3a publicada por Soto C. L., (2006) afirma que el acompa1amiento de la gestante durante el embarazo, y proceso de parto hasta el nacimiento por la doula y su pareja fue una de las propuestas m3s importantes de la investigaci3n.(...), mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto tienen resultados significativos en t3rminos de reducci3n en la tasa de ces3rea, partos instrumentalizados, menos anestesia, episiotom3a, uso de oxitocina y mayor tiempo de apego.

La Argentina posee un n3mero importante de obst3tricas con una capacitaci3n universitaria espec3fica para el control y apoyo de la mujer en el momento del parto. Se deber3a aprovechar este recurso en los lugares donde

existe o gestionar su incorporación en todos los servicios donde se asisten partos normales, si bien su rol no reemplaza al acompañante familiar, o seleccionado por la mujer.

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (AAP-ACOG, 2002), (citado por Martínez, I. et al. 2010) considera que las Maternidades centradas en la familia presupone un proceso de empoderamiento de la familia. El Equipo de Salud deben reconocer que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y del recién nacido por lo que deben ser informados, facilitar su participación, involucrarlos en las actividades, destinarles áreas específicas y respetar sus decisiones y prioridades. Esto incluye el respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y la familia.

Cultura

Se refiere a las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas. Están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores. Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y frustraciones por la manera en la que se imparte la atención médica, por el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, calificándolo como falta de sensibilidad, de respeto y discriminatorio.

Esto puede propiciar, la resistencia al uso de los servicios, y en casos extremos llegar a la confrontación y el choque cultural, o al atropello de los derechos humanos de las pacientes.

Desde la perspectiva del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud, se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario. Por ello la “cultura” se considera como negativa y causa de problemas que impiden: establecer un diagnóstico certero, explicar adecuadamente las indicaciones

médicas, establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas, entablar una empatía que posibilite una relación personal de salud-paciente respetuosa y cercana y obtener un impacto eficaz de las acciones educativas. Esto explica en parte como a pesar de los grandes avances en el desarrollo científico, tecnológico y de ampliación de cobertura de los servicios de salud, tienen un impacto limitado. Así también, explica porque otros modelos de atención a la salud, como la medicina tradicional siguen vigentes en las preferencias de la población.

Las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos:

1. Las que se presentan desde la estructura y de los servicios (sistema)
2. En el establecimiento o espacio de salud,
3. En los prestadores de salud y
4. En los usuarios.

En la estructura de los servicios (el sistema) Los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la organización de los servicios, la dirección de los mismos, intersectorialidad, marcos éticos, ejercicio del poder, programas, planes, normas, prejuicios, valores, participación de los usuarios y ejercicio de la ciudadanía en ellos. En tanto que sistema, las relaciones que establece la institución de salud con los usuarios, están determinados “culturalmente” por el desbalance de poder y la valoración peyorativa sobre la percepción de la salud que poseen los usuarios.

En el establecimiento o espacio de salud Tienen que ver principalmente con la concepción del confort de parte del usuario con respecto a: El aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, dietas, espacios para los niños y hospedaje para familiares acompañantes.

En los prestadores del servicio Las principales barreras que se presentan en este ámbito son: Ubicación social y status, ejercicio del poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, forma de ejercer el poder, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus capacidades y carencias.

En los usuarios Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con otros servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, etc.

La diversidad cultural trae consigo diferentes maneras de concebir, expresar y vivenciar el parto. Tanto durante el embarazo como en el momento del parto, la mujer se valió de diversos rituales, creencias, costumbres que se han acumulado a través del tiempo.

Los rituales tienen importantes dimensiones simbólicas tanto sociales como psicológicas, cuyo lenguaje, expresado a través de diversas maneras, movimientos, palabras, canciones, música, objetos etcétera, se entiende bien en un contexto cultural específico y sólo por aquellos que conocen su significado. Cada ritual es un cúmulo de símbolos y actos que revelan algo acerca de los valores de la sociedad: el alumbramiento es un momento único, de una importancia innegable.

La placenta es un órgano único, esencial en la asombrosa formación de cada ser humano. No es de extrañar que sea venerada en muchas culturas y se ritualice la culminación de su labor.

Muchas madres y padres que desean conservar la placenta -o tan solo mostrar agradecimiento tocándola y mirándola unos minutos-, a menudo se encuentran con obstáculos e incomprensión. Afortunadamente, son cada vez más las mujeres que exigen apropiarse de sus partos y también de sus placentas, tanto si dan a luz en casa como en una institución.

BARRERAS DE INFRAESTRUCTURA

Es importante generar un ambiente distendido, cálido y humano, la mayoría de los hospitales ha logrado avanzar mucho en esa dirección. Sin embargo, no todos están al mismo nivel. "La estructura de algunos centros, o la presión asistencial que soportan, provoca que no puedan adaptarse de un modo homogéneo; algunos tienen más dificultades que otros"

El mejor ambiente de parto es una combinación de varios factores entre los que se destacan tres aspectos claves:

El espacio físico: la habitación, la iluminación, el sonido ambiente, la posibilidad de moverse...

Los elementos de ayuda: como las pelotas hinchables de goma, las cintas, las camas que permiten adoptar diversas posturas para la dilatación y el expulsivo, las bañeras de relajación, disponer de analgesia...

El factor humano: la presencia de la pareja o un ser querido, la cualificación del personal sanitario, la calidez de la atención, la comprensión, el apoyo constante, el respeto a las necesidades de la mujer...

La combinación adecuada de estos tres aspectos genera un ambiente óptimo y un parto más sencillo ya que, como indica Astrain, "está demostrado científicamente que cuanto más tranquila está la mujer, mejor va su parto".

La corriente de humanizar las salas de parto está empezando a calar en los distintos hospitales del país. La necesidad de escuchar a las mujeres ha hecho que algunos hospitales comiencen a introducir cambios en sus salas de parto, tal y como recomienda el Ministerio de Sanidad en su Estrategia de Atención al Parto Normal desde hace casi 10 años.

Pero no siempre se entiende el concepto de paritorio humanizado como el lugar más agradable posible para acoger el proceso de parto y nacimiento. Un entorno agradable, que transmita confianza a la mujer y permita a las parejas y profesionales acompañar las largas horas de un parto tiene que integrar conceptos tan variados e importantes como la privacidad, el contacto visual con el exterior, la regulación y control de la temperatura, de la luz (artificial y natural), de los sonidos del interior y del exterior, el espacio que permita la libertad de movimiento, la utilización del agua y otros métodos no invasivos para el alivio del dolor o la inclusión ordenada del material de apoyo en cada momento. El color,

textura y temperatura de los materiales constructivos y mobiliario también ayudan a concebir una sala, un lugar en el que la mujer se sienta a gusto, reconozca como suyo al cabo de poco tiempo, y le permita las variaciones y escenarios suficientes para que encuentre, durante el tiempo que dure el parto, todo lo que puede ayudarle o necesita.

Esta habitación está equipada con todo lo necesario para que el parto transcurra de la manera más natural y fisiológica posible: silla de dilatación, hamaca/balancín, pelotas, camilla especial para favorecer posiciones más cómodas durante la dilatación y el período expulsivo (permite la ayuda de tu pareja).(Ver anexo VIII Imagen 1)

BARRERAS INSTITUCIONALES

Son simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial obsoleto que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi exclusivamente en la enfermedad

Falta de apoyo y supervisión adecuados, la política debe apoyar el enfoque multidisciplinario de la atención integral.

Los estudios de Robles, Lachapelle y Lane convergen en que la identificación de barreras se ubica en dos categorías: pobres prácticas de planificación (objetivos confusos, visión estéril, componentes ausentes, pobre conceptualización) y la ineficiencia burocrática de las instituciones encargadas de la planificación. (Pobre capacitación en el personal)

Las prácticas empleadas son las barreras más fáciles de identificar y para las cuales hay muchos documentos con consejos para evitarlas.

El contexto institucional en que se realiza la planificación puede presentar muchas barreras. Para Costa Rica, Robles en el año 2007, Identificaron obstáculos tales como:

- Poca motivación en el personal por lo político del cambio.
- Conflictos sobre la toma de decisión entre niveles del sistema

Profundizar en esta clase de barrera implica dos retos. Primero, no hay un marco teórico único para integrar la mirada de barreras institucionales. Segundo, solucionarlos normalmente corresponde a estratos políticos más altos. Además,

hay indicaciones de que estas dos clases de barreras sólo explican un porcentaje minoritario de la no implementación. Existe un tercer grupo de barreras que explica mucho mejor esta problemática, Crisis del viejo paradigma

El cambio de paradigma institucional puede causar mucha tensión y dificultad en los servicios debido a la práctica de un modelo de atención centrado en la enfermedad y que privilegia los saberes y la comodidad de los profesionales durante el ejercicio además de la dotación insuficiente de los servicios sanitarios y recursos mal distribuidos.

La falta de protocolos con respecto al parto respetado es un claro ejemplo de barrera institucional, esto se refleja en la atención del mismo como mecanización y generalización del cuidado.

Los protocolos deberían ser una guía de actuación que les permita realizar a los profesionales de salud, la entrega de una atención segura, de calidad y con nuevas concepciones que reconocen a las mujeres como protagonistas de su parto respetando sus derechos en beneficio de ellas mismas y el recién nacido.

A partir de la reglamentación de la Ley de Parto Humanizado, profesionales de la salud, hospitales públicos, empresas de medicina privada y/o prepagas deberán tomar las medidas necesarias e instrumentar los protocolos que hagan falta para que, tanto en el embarazo como en el parto, post-parto y el puerperio se cumplan con los derechos que promulga la ley.

“Toda mujer tiene derecho a **ser informada** de manera entendible y clara sobre las distintas intervenciones médicas que puedan tener lugar durante el embarazo, trabajo de parto, post-parto y puerperio, de manera que pueda elegir libremente cuando existieren diferentes alternativas “(art. 2 inc. a)

“**A ser informada** sobre la evolución de su parto el estado de su hijo/a y en general a que se le haga participe de las diferentes actuaciones de los profesionales” (art.2 inc. e)

“**A ser informada**, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. (art 2 inc. i)

“**A recibir asesoramiento e información** sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña” (art 2 inc. j)

“**A ser informada**, específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma” (art 2 inc. k)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Variable: El presente proyecto aborda la temática referida a identificar las barreras que impiden la aplicación del parto respetado por el equipo de salud.

El mismo estará basado en las barreras previamente analizadas en el marco teórico y que a su vez son dimensiones de la variable en estudio. Ellas son:

BARRERAS PROFESIONALES

Estas barreras incluyen los impedimentos de un parto humanizado derivados de aspectos vinculados al perfil profesional de todos y cada uno de los miembros del equipo médico que interviene en la asistencia del mismo, los procedimientos rutinarios, el trabajo en equipo de los profesionales intervinientes como así también la cultura organizacional que está determinada por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios, además esto puede propiciar la resistencia al uso de los servicios, y en casos extremos llegar a la confrontación y el choque cultural, o al atropello de los derechos humanos de las mujeres que defienden sus creencias, ritos y costumbres al momento del parto y la postura que toma el equipo de salud frente a la mujer, aplicando sus conocimientos y habilidades actualizadas que tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada usuario, creando un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitar la participación de la pareja y la familia.

BARRERAS DE INFRAESTRUCTURA

Están constituidas por los impedimentos para la implementación de un parto humanizado causado por motivos físicos materiales del mismo como: el espacio físico (dimensiones de la sala de parto que permitan la libertad de movimiento, iluminación (artificial o natural), temperatura, privacidad, el contacto visual con el exterior, la existencia o no de sonidos del interior y del exterior y

elementos de ayuda, entre los que encontramos: silla de dilatación, hamaca/balancín, pelotas, camilla especial para favorecer posiciones más cómodas durante la dilatación y el período expulsivo (permite la ayuda de la pareja), bañeras de relajación para facilitar el parto en el agua.

BARRERAS INSTITUCIONALES

Corresponden a los impedimentos para un parto humanizado causado por lineamientos burocráticos o protocolos que facilitan la actuación profesional por sobre la comodidad de la mujer en trabajo de parto, falta de políticas institucionales y escaso asesoramiento e información clara y precisa por parte del equipo de salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar las barreras que impiden la implementación del parto respetado por parte del equipo de salud en el servicio de gineco-obstetricia del Sanatorio Allende de la provincia de Córdoba en el periodo de enero-febrero del 2017

Objetivos Específicos:

- 1- Determinar cuáles son las barreras profesionales que impiden la implementación del parto respetado
- 2- Identificar la presencia de barreras de infraestructura en la institución
- 3- Identificar las barreras institucionales que se constituyen como los impedimentos para la atención de un parto humanizado.

CAPÍTULO II:

Diseño Metodológico

TIPO DE ESTUDIO

• **Según las condiciones y el contexto en el cual se realiza la observación o medición de los fenómenos: Observacional:** Se centrará, de manera predominante, en la investigación social de los aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación. No se tratará de manipular la variable y se observará tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

• **Según el análisis y el alcance de los resultados: Descriptivo,** ya que se apunta a realizar una descripción del fenómeno bajo estudio, mediante la caracterización de sus rasgos generales. Se tiene como finalidad conocer la situación de las variables en estudio, pretendiendo describir los diferentes indicadores que determinan la existencia o no de las barreras que impiden la implementación del parto respetado

• **Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: Sincrónica,** ya que se indagará sobre hechos que ocurren en el momento de la recolección de la información.

• **Según el periodo y la secuencia del estudio: Transversal,** ya que la variable será estudiada en una sola oportunidad, sobre hechos que ocurren en un lugar y momento determinado.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

La variable a estudiar será las barreras que impiden la aplicación de un parto respetado por el equipo de salud del servicio de gineco-obstetricia del Sanatorio Allende en el periodo de Enero y Febrero del año 2017.

Las dimensiones y sus indicadores que se van a utilizar, están basados en las barreras previamente descritas en el marco teórico.

Variable	Dimensiones	Indicadores
Las barreras que impiden la aplicación de un parto respetado por el equipo de salud	Profesionales	Carencia de respaldo en un modelo de cuidado/atención que priorice a la mujer y la vea como protagonista de su parto , respaldarse en un paradigma de atención en salud biologista que concibe el embarazo como una enfermedad, no comprensión de los modelos con enfoques salubristas
		Paciente considerada como enferma, parto respetado como generador de riesgos
		Capacitación interdisciplinaria, espacios de discusión como equipo,
		Realización de procedimientos rutinarios (historia clínica, enemas, rasurado, venoclisis, ingesta de líquidos, sólidos, analgesia, monitoreo fetal, rotura artificial de las membranas, clampeo inmediato del cordón umbilical, colocar en posición de litotomía, realización de maniobra de Kristeller, utilización de fórceps, realización de episiotomía en el parto, ofrecimiento y colocación de anestesia peridural durante el trabajo de parto, uso de oxitocina y aceleramiento del parto natural, restricción del contacto madre niño)
		Ausencia de la persona elegida por la madre para que acompañe su parto
		Capacidad para incorporar la cultura de la madre en la atención del parto : costumbres ritos y creencias respecto al parto (conservación de la placenta, utilización de elementos tales como saumerios, rezos, amuletos, entre otros) , atención del recién nacido (higiene del cordón, baño del recién nacido, vestimenta, posición para el descanso, vacunación) lactancia (posición para la lactancia, frecuencia de la lactancia, consumo de alimentos para generar la producción de leche materna), cuidado en el puerperio de la madre(episiotomía, higiene de la madre, vestimenta para mantener la temperatura corporal, utilización de faja)
		Dimensiones de la sala de parto (amplitud, espacio para desplazamiento de la mujer y su acompañante)
	Infraestructura	Iluminación según los requerimientos de la mujer (presencia de cortinas, persiana, vela dor)
		Temperatura adecuada para el confort y comodidad de la madre durante el trabajo de parto (calefacción, aire acondicionado, ventanas exteriores que se puedan abrir y cerrar)
		Sonidos del interior y del exterior que puedan ser modificados por el equipo de salud (voces de los profesionales y acompañante, aparatología como el monitor fetal encendido constantemente, celulares encendidos) que puedan perturbar a la madre durante el trabajo de parto.
		Delimitación y organización del espacio que permita el respeto de la privacidad de la mujer (biombos, puertas abiertas, ventana interna sin cortina)
		Existencia de elementos que faciliten el trabajo de parto (pelotas, telas, camas que favorezcan las distintas posiciones durante la fase de dilatación y el expulsivo, banquito para parto vertical y la bañera de relajación para el parto bajo el agua, baño amplio, ducha, bañera inflable)
	Institucional	Existencia de Protocolos relacionados al parto respetado
		Existencia de Políticas institucionales que faciliten los medios y los recursos para esta forma de parto (inversión, espacios de discusión, capacitación)
		Déficit en el asesoramiento e información por parte de los profesionales durante la atención en el trabajo de parto.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: el universo de los profesionales estará constituido por todo el personal de salud del servicio de gineco-obstetricia del Sanatorio Allende en el periodo de enero y febrero del año 2017. Estará conformada por profesionales que asistan los partos, y serán distinguidos según sus disciplinas de especialización en las que desempeñen su labor:

Médicos Ginecólogos Residentes: 10 profesionales, 3 por turno.

Médicos Obstetras: 10 profesionales; tres por turno

Medicos Neonatologos: 3 profesionales, 1 por turno

Enfermeras: 16 profesionales; tres enfermeras por turno. 5, enfermeras de nursery (2 por turno y 1 a la noche), y la enfermera jefe.

Estará constituido por 39 profesionales que intervienen en los partos normales, realizados en la sala de obstetricia.

FUENTE, TÉCNICA E INSTRUMENTO

Fuente: Primaria, porque el mayor porcentaje de los datos surgirá del equipo de salud del servicio, así como también la infraestructura donde se lleva a cabo este estudio;

Técnica: Se utilizará como técnica la observación directa con una guía de observación, la que será realizada sistemática y consecutivamente en tres oportunidades a cada uno de los profesionales que asisten. Teniendo en cuenta que la conducta puede variar cuando se es observado en la práctica - de estas tres observaciones que se realizaran- se identificara la observación más representativa y objetiva posible.

También se empleará para la recolección de información, una encuesta en su modalidad de cuestionario auto administrado mixto, el que será entregado al equipo de salud.

Instrumento:

Para la recolección de los datos se utilizarán dos instrumentos:

Una lista de cotejo y un cuestionario estructurado auto administrado mixto con preguntas cerradas con múltiple opción y preguntas abiertas sin opciones que le dan libertad de repuesta al encuestado. Ambos instrumentos incluirán una breve descripción del estudio, destacando las razones que llevaron a realizarlo

y el manejo de la información. Esto permitirá recolectar los datos necesarios para dar cumplimiento a los objetivos formulados

Lista de Cotejo, elaborada por las investigadoras, incluirá los indicadores referentes a las barreras profesionales (procedimientos de rutina) y los indicadores referentes a las barreras de infraestructura. Esta lista está dividida en dos partes, debido a la cantidad de observaciones que se realizarán y que serán diferentes para cada dimensión.

Cuestionario Autoadministrado, este instrumento abarcará los aspectos no tratados en la lista de cotejo (perfil profesional, actitud profesional, trabajo en equipo, cultura) de la barrera profesional y la barrera institucional.

Se realizó una prueba piloto de la lista de cotejo y el cuestionario, a 5 profesionales del servicio, para verificar la validez y confiabilidad de los datos y se realizaron los ajustes necesarios. (Anexo II)

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Antes de llevar a cabo este proyecto se solicitará autorización mediante nota, a las autoridades del Sanatorio Allende y a la jefatura del servicio de gineco-obstetricia del mismo, para realizar la investigación (**ver anexo III y IV**).

Para la recolección de los datos se requerirán tres personas que sean idóneas y conozcan la temática a investigar, uno para cada turno, quienes observaran la situación e identificarán en el proceso de trabajo de parto y parto los procedimientos que se aplican (3 observaciones) y la infraestructura (1 observación).

Los profesionales serán observados, en 3 oportunidades diferentes, previo consentimiento informado, en días y horarios elegidos de manera aleatoria y en los diferentes turnos. Se realizará una observación detallada solo al personal que asiste durante el trabajo de parto y parto: médico residente, médico obstetra y las enfermeras y la realización del cuestionario será a todo el personal del servicio: médico residente, médico obstetra y médico neonatólogo, enfermeras incluyendo a las de nursery y a la jefa de servicio.

El investigador realizará de manera directa y objetiva una recolección de datos, lo que permitirá la participación activa en el desarrollo de las observaciones hacia los profesionales, detallando los datos requeridos en cada

una de las listas de cotejo, donde se encontraran afirmaciones a marcar en el casillero correspondiente de las columnas presente o ausente para cada indicador.

Luego de realizada las observaciones se entregará el cuestionario auto administrado a los profesionales del servicio procurando aclarar en el momento toda duda posible. El tiempo estimado para la realización del cuestionario es de 5 a 10 minutos.

PLAN DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Finalizada la recolección de datos (lista de cotejo y el cuestionario auto administrado), serán organizados, controlando que no se hubiere cometido algún error en el llenado de los instrumentos mencionados, los mismos serán ordenados, codificados, y enumerados por separado, a partir de un número y una letra correspondiente, hasta finalizar el total de cada uno de ellos.

Con respecto a los indicadores establecidos para determinar la presencia o ausencia de las barreras en la aplicación del parto respetado, serán enumerados con la finalidad de establecer una correspondencia con cada una de las respuestas cerradas del cuestionario las que se clasificarán y codificarán con letras por indicador y agrupándolas según cada dimensión: profesional o institucional. Para procesar los datos que resulten de las preguntas abiertas, se agruparan formando patrones que sean similares de acuerdo a las dimensiones profesionales o institucionales.

Los aspectos de la lista de cotejo de la barrera de infraestructura serán codificados con números, luego clasificados y agrupados de acuerdo a los indicadores. Los ítems de la lista de cotejo correspondiente a la dimensión profesional (procedimientos rutinarios) serán codificados con números y clasificados por profesional, para establecer la frecuencia de realización de cada uno de ellos. Esta información, agrupada según un código, se volcará a una tabla matriz, facilitando establecer de manera objetiva la presencia de barreras que impidan el cumplimiento del parto respetado dentro de la institución

La categorización de los datos se establecerá de la siguiente manera:

Dimensión profesional: si se establece que 4 de los 6 aspectos están presentes, se puede inferir que la misma es una barrera. Se utiliza este criterio en base a la bibliografía descrita en el marco teórico que indica que en la barrera profesional algunos aspectos son más evidentes que otros y factibles de ser identificados en la práctica.

Dimensión infraestructura: si se establecen que menos de 3 de los 6 elementos que constituye esta barrera no están presentes en la sala, la infraestructura es una barrera. Este criterio se basa en el marco teórico que especifica que actualmente algunas instituciones están adaptando su sala de parto para implementar el parto respetado, por lo cual es esperable que no se encuentren todos elementos necesarios en la sala de partos.

Dimensión Institucional: Si 2 de los 3 aspectos que abarca esta barrera no están presentes en los resultados, decimos que esta dimensión es una barrera que impide la aplicación del parto respetado dentro de la institución, este criterio está basado en lo expuesto en el marco teórico, sobre estos aspectos que los define como tangibles, y factibles de ser identificados.

PLAN DE PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

La misma se realiza a través de tablas de doble entrada donde se mostrará la información obtenida. Se distinguirán según los datos que muestren y representarán las dimensiones anteriormente mencionadas; donde se detallarán los indicadores que abarca cada una y que impiden el cumplimiento del parto respetado. Los resultados obtenidos se expresarán en porcentaje y frecuencia absoluta que mostrará el valor numérico, es decir la cantidad de respuestas obtenidas para cada aspecto en cada una de las barreras.

Se realizarán dos tablas de doble entrada o de contingencias donde se especificará barreras profesionales e institucionales. Para la barrera de infraestructura, también se utilizarán dos tablas que mostrarán los resultados de la observación en presente o ausente; una de ellas detallara los aspectos edilicios y la otra, los elementos de ayuda,

Se realizará además una tabla con resultados generales en relación a cada dimensión.

Luego se realizarán gráficos de barras continuas para mostrar los resultados obtenidos correspondientes a cada indicador, teniendo un total de 3 gráficos.

Tabla 1: Barreras profesionales para la implementación del parto respetado en el servicio de gineco-obstetricia del Sanatorio Allende. Año 2017.

BARRERA PROFESIONAL	F	%
Perfil Profesional: Paradigma y modelo de atención predominante entre los profesionales del equipo (modelo medico hegemónico)		
Actitud Profesional para con la madre		
Trabajo en equipo		
Realización de procedimientos rutinarios		
Ausencia de la persona elegida por la madre para que acompañe su parto		
Desconocimiento de la cultura de la mujer.		
TOTAL	39	100%

Fuente: Lista de cotejo y cuestionario auto administrado

Tabla 2: Barreras infraestructura, aspectos edilicios, para la implementación del parto respetado del servicio de gineco-obstetricia Sanatorio Allende Año 2017

ASPECTOS EDILICIOS	PRESENTE	AUSENTE
Dimensiones de la habitación		
Iluminación según las necesidades de la mujer		
Sonidos del interior y del exterior que pueden ser manejados por el personal de salud		
Temperatura adecuada para el confort de la mujer		
Delimitación y organización del espacio que permita el respeto de la privacidad de la mujer		

Fuente: lista de cotejo

Tabla 2.1: Barreras infraestructura, elementos de ayuda para la implementación del parto respetado del servicio de gineco-obstetricia Sanatorio Allende año 2017.

ELEMENTOS DE AYUDA PARA EL TRABAJO DE PARTO	PRESENTE	AUSENTE
Pelota		
Banquito para parto vertical		
Cama adaptable a las distintas posiciones		
Telas para el parto de pie		
Bañera de relajación para parto bajo el agua (ducha, tina inflable)		

Fuente: lista de cotejo

Tabla 3: Barreras institucional para la implementación del parto respetado del servicio de gineco-obstetricia Sanatorio Allende. Año 2017

BARRERA INSTITUCIONAL	<i>f</i>	%
Políticas institucionales que faciliten medios y recursos (Inversión, discusiones de grupo, capacitación)		
Protocolos con respecto al Parto respetado		
Información sobre la evolución del parto, respeto a la intimidad de la paciente.		
Total	39	100%

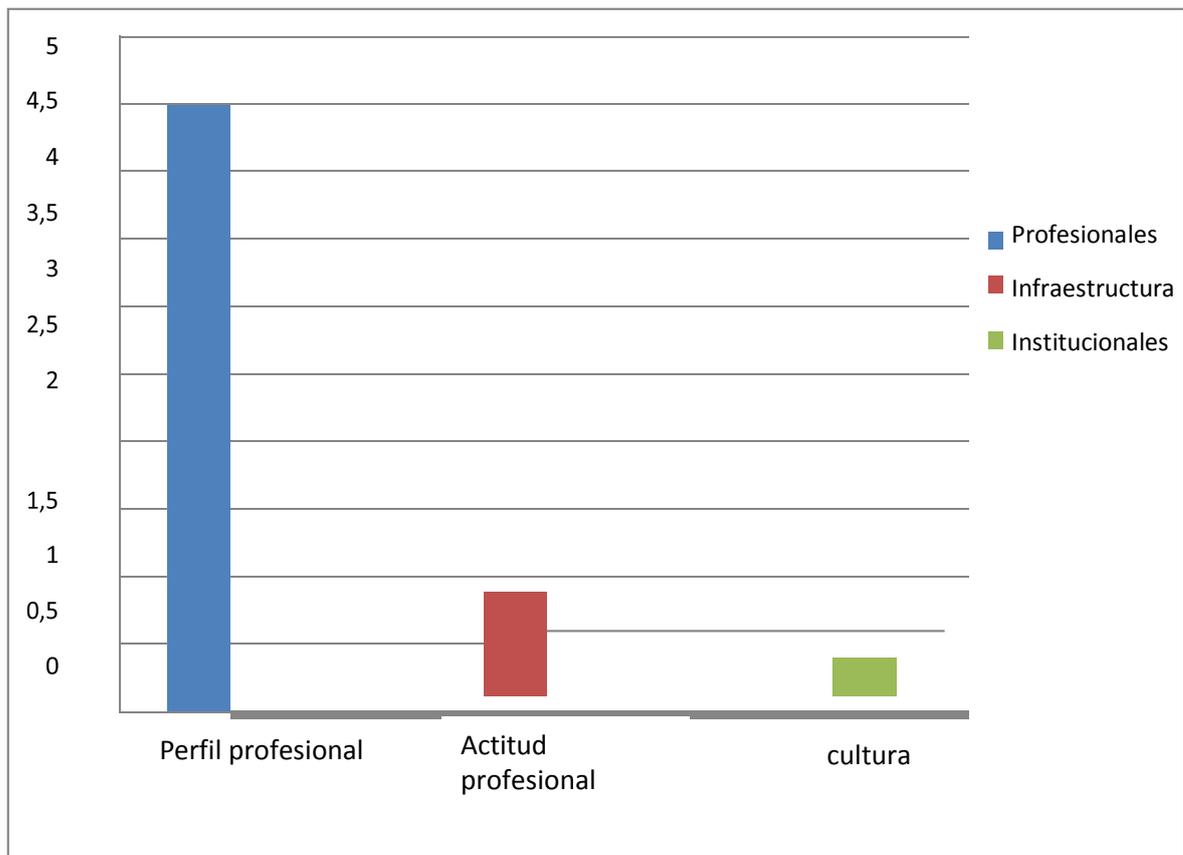
*f*uente: Sanatorio Allende. Año 2017. cuestionario autoadministrado

Tabla 4: Barreras identificadas para la implementación del parto respetado en el servicio de gineco-obstetricia. Sanatorio Allende Año 2017

Resultados tablas	Tabla N°1	Tabla N°2		Tabla N° 3
Barreras		edili	elem	
Profesionales				
Infraestructura				
Institucionales				
TOTAL				

Fuente: Sanatorio Allende. Año 2017.

Gráfico 1: barreras profesionales. Sanatorio Allende. Año 2017.



Fuente: elaboración propia

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se llevará a cabo mediante la aplicación de la estadística descriptiva, en la que se compararan los resultados obtenidos luego del procesamiento de los datos, analizando la presencia de barreras que impiden la aplicación del parto respetado.

TABLA DE PRESUPUESTO

<u>Rubro</u>	<u>Actividad</u>	<u>Precio Unitario</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Precio Total</u>	<u>Total Parcial</u>
Recolección de datos	Impresión de formularios	\$1,25	80	\$100	
	Lapiceras	\$6,50	3	\$19.50	
	Refrigerios	\$60	10	\$600	
	Transporte	\$120	2	\$240	
					\$ 960
Procesamiento de datos	Cuadernos	\$30	3	\$90	
	Transporte	\$160	3	\$480	
					\$ 570
Análisis de datos	Asesoramiento	\$ 950	1	\$950	
	Estadísticas	\$250	1	\$250	
					\$ 1200
Presentación de datos	Impresión de Resultados	\$ 1,50	19,00	\$28.50	
					\$28.50
Imprevistos					\$250
Total General					\$ 3008,50

DIAGRAMA DE GRANT

ACTIVIDADES	Año 2017							
	Meses							
	Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE I								
Revisión del Proyecto								
Realización Prueba Piloto								
Recolección de Información								
FASE II								
Tabulación de datos								
Análisis								
Interpretación de datos								
FASE III								
Elaboración de documento								
Revisión y Presentación								
Comunicación y/o Publicación								

BIBLIOGRAFÍA

- Westbrook, L. K. (2015). *El parto humanizado: perspectivas de los profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires*. Buenos Aires: SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos.
- Odent, M. (2011). *El fenómeno doula: el nacimiento en la era de plástico*. Buenos Aires: Crea Vida.
- La placenta arbol de la vida (2016) recuperado de www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/01/20/la-placenta-arbol-de-la-vida 4/12/16
- Libertad, M. A. (2004). *Acercas del concepto de adherencia terapéutica*. Revista cubana Salud Pública, Vol. 30, N (4). Ciudad de la Habana Sept. –Dic. Ed.: Ciencias Médicas. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008 el día 13/11/2014.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. (2014). *Violencia de Género*. Recuperado de: <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/tipos-y-modalidades-de-violencia.aspx#tope-superior> el 17/09/2014.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de:
- http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf el 14/09/2014.
- Unicef, (2009). *Salud Materna y Neonatal*. Recuperado de:
- [http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_1229_2008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_1229_2008(10).pdf) El día 30/08/2016 .
- Lauzon, L. & Hodnett (2002). *Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labor at term*. The Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Organization Mundial de la Salud (1996). *Care in Normal Birth*. WHO/FRH/MSM/96.24.

- Federación de matronas (2012), informe sobre Posiciones durante el parto Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/rs/110/d112d6ad-54ec-438b-93584483f9e98868/ed0/rclang/es-ES/filename/posiciones.pdf> 30/08/2016
- Ministerio de salud de México, barreras culturales (2015) recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/barreras_culturales.pdf 2/09/2016
- Preparación al parto (2012) recuperado de <http://www.consumer.es/web/es/bebe/parto/preparacion/2012/03/15/207966.php#sthash.mNREF3OM.dpuf> 5/09/2016
- Mazzani Ignacio, parto natural donde y como (2013) recuperado de <https://ignaciomazzanti.com/2013/08/20/parto-natural-donde-como/> el 10/09/16
- Organización mundial de la salud, ¿Qué repercusiones tiene la escasez de personal sanitario? (2016) recuperado de <http://www.who.int/workforcealliance/media/qa/01/es/> 13/09/2016
- Parto en agua (2016) recuperado de <http://www.centraldeenfermeras.com.mx/index.php/noticias/94-parto-en-el-agua.html> 5/12/16
- Trabajo en equipo (2015) recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos87/trabajo-en-equipo/trabajo-en-equipo.shtml#definicioa#ixzz4JyCLAE7K> 12/09/2013

Anexos

ANEXO I

PARTO HUMANIZADO - LEY NACIONAL Nº 25.929

De Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento.

Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN DECLARA:

Solicitar al Poder Ejecutivo, que a través del organismo que corresponda, inicie dentro de sus actividades una campaña destinada a concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación. Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales. c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo

consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña. k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3º.- Toda persona recién nacida tiene derecho: a) A ser tratada en forma respetuosa y digna. b) A su inequívoca identificación. c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla. e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4º.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos: a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento. b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia. c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud. e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

Artículo 5º.- Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

Artículo 6º.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 7º.- La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

Artículo 8º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro. Sanción. - 25 de agosto de 2004 Promulgación. - 17 de septiembre de 2004

ANEXO II - NOTA DE AUTORIZACION DE INVESTIGACION

Córdoba,

AL SR. DIRECTOR

HOSPITAL..... Dr.

S ___/___D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de poner en conocimiento que la enfermera....., es alumno regular de la Cátedra de Taller de Trabajo Final y está elaborando un estudio de investigación sobre el tema de

“.....”.

Por tal motivo se solicita su inapreciable colaboración, que consiste en facilitar la información que requieran y/o permitir la consulta de documentación.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saluda atte.

PROF. LIC. MIRTA PIOVANO

ANEXO III - CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PROFESIONAL

Identificación de barreras que impiden la implementación del parto respetado

Investigadoras:

- Colfer Mendoza, Ana Carolina.
- Fernández Dávila Becerra Jennifer

Las investigadoras que realizan el presente trabajo son enfermeras profesionales que estudian cuales son las barreas que impiden el cumplimiento del parto respetado en la institución privada por parte del personal de salud. Este estudio no solo será beneficioso para el plantel de profesionales que asisten los partos sino también para mejorar la calidad de atención de todo el personal de salud interviniente, exponiendo de manera categórica las posibles falencias que se identifican en el proceso del parto

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas apropiadas y los consejos de revisión de la Universidad Nacional de Córdoba y la cátedra de Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye: 1) Observar la situación institucional en el que usted se encuentre, 2) Rellenar una hoja de información. 3) Responder un cuestionario. La participación en el estudio comenzara en el momento en que la investigadora tenga la confirmación de su presencia en el proceso y evolución del trabajo de parto, quedando claro que para rellenar la hoja con sus afirmaciones es necesario estar el tiempo en que se mantenga el trabajo de parto y parto. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste a las investigadoras Ana Carolina Colfer Mendoza y Jennifer Fernández Dávila al número (0351)153180370 o al correo aniss303@gmail.com

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera y su relación laboral con la institución no se verá en absoluto afectados.

La información del estudio será codificada para que no pueda

relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni cuando haya sido publicado. Toda la información del estudio será recopilada por los investigadores, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso. Se mantendrá en secreto estadístico.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma del sujeto

Fecha

Rep. Legal

Fecha

He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del Investigador **Fecha**

ANEXO IV - CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA PACIENTE

Identificación de barreras que impiden la implementación del parto respetado

Investigadoras:

- Colfer Mendoza, Ana Carolina.
- Fernández Dávila Becerra Jennifer

Las investigadoras que realizan el presente trabajo son enfermeras profesionales que estudian cuales son las barreras que impiden el cumplimiento del parto respetado en la institución privada por parte del personal de salud. Este estudio no solo será beneficioso para el plantel de profesionales que asisten los partos sino también para mejorar la calidad de atención de todo el personal de salud interviniente, exponiendo de manera categórica las posibles falencias que se identifican en el proceso del parto

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas apropiadas y los consejos de revisión de la Universidad Nacional de Córdoba y la cátedra de Taller de Trabajo Final de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye: 1) Observar la situación institucional en el que usted se encuentre, 2) rellenar una hoja de información. La participación en el estudio comenzara en el momento en que la investigadora tenga la confirmación de su presencia en el proceso y evolución del trabajo de parto, quedando claro que para rellenar la hoja con sus afirmaciones es necesario estar el tiempo en que se mantenga el trabajo de parto y parto. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste a las investigadoras Ana Carolina Colfer Mendoza y Jennifer Fernández Dávila al número (0351)153180370 o al correo aniss303@gmail.com.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar.

Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni cuando haya sido publicado. Toda la información del estudio será recopilada por los investigadores, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso. Los resultados del siguiente trabajo de investigación

se mantendrán en secreto estadístico.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

_____.

Firma del sujeto

Fecha

Rep. Legal

Fecha

He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

_____.

Firma del Investigador **Fecha**

ANEXO V- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El siguiente instrumento se presenta para obtener datos, con el fin de analizar la existencia de barreras profesionales (procedimientos de rutina) que impiden el cumplimiento del parto respetado por los profesionales que asisten este procedimiento en el mes de enero y febrero del 2017.

Lista de cotejo:

Barreras Profesionales (aplicación de procedimientos rutinarios)

Nº Orden:	Profesional:						
Dimensión	Observaciones	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	Indicadores	P	A	P	A	P	A
Barrera profesional (Aplicación de procedimientos rutinarios)	Utilización de fórceps						
	Realización de episiotomía en el parto						
	Ruptura artificial de membranas						
	Colocar en posición de litotomía						
	Realización de maniobra de Kristeller						
	Ofrecimiento y colocación de anestesia peridural durante el trabajo de parto						
	Uso de oxitocina y aceleramiento del parto natural						
	Rasurado perivulvar en institución						
	Realización de enemas						
	Administración de analgésicos						

NOTA: corresponde al médico obstetra y médico residente ítem 1-7, y enfermería del ítem 8-10

Lista de cotejo: Barreras de Infraestructura

Dimensión	Indicadores	Observación	
		Presente	Ausente
Barrera de infraestructura	Habitación amplia y espaciosa		
	Ventanas con cortinas		
	Lámparas		
	Persianas		
	Voces altas del personal de salud		
	Voces altas de los acompañantes		
	Aparatología (monitor fetal encendido constantemente)		
	Celulares		
	Biombos		
	Puertas abiertas		
	Ventanas internas sin cortina		
	Calefacción		
	Aire acondicionado		
	Ventanas cerradas		
	Pelota		
	Banquito		
	Cama adaptable a las distintas posiciones		
	Telas para parto de pie		
	Bañera relajante para parto bajo el agua		
	Baño amplio		
Ducha			
Bañera inflable			

ANEXO VI: Cuestionario auto administrado

A continuación, se presenta una serie de preguntas sobre aspectos relacionados a la implementación del parto respetado en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Sanatorio Allende, con el fin de identificar cuáles son las principales barreras. Este cuestionario es anónimo y se manejará de forma discreta. Agradecemos su colaboración para llevar a cabo esta investigación.

A. Sexo:

Femenino

Masculino

B. Indique el rango de su edad.

De 18 a 25 años

De 26 a 35 años

De 35 a 45 años

Más de 45 años

C. ¿Desde cuándo trabaja en este servicio?

más de 1 año

más de 5 años

más de 10 años

D. ¿Qué rol desempeña dentro del servicio?

Obstetra

Gineco-residente

Neonatólogo

Enfermera: Piso Nursery

Otro: _____

1. ¿Desde qué modelo de atención/cuidado efectúa su atención de un parto?

2. ¿En el servicio donde Ud. desempeña sus tareas, se implementa el parto respetado?

- Sí
- No
- Se encuentra en proceso de implementación

3. ¿Cuál es su nivel de adhesión con respecto al parto respetado?

- 0 %-30 %
- 31 %-70 %
- 71 % - 85 %
- 86 % - 100 %

4. ¿Considera Ud. que las decisiones tomadas por la mujer en el momento del parto son:

- Importantes y las toma en cuenta
- No son importantes pero las respeta igual
- Significan una pérdida de tiempo y obstaculizan su trabajo

5. ¿Considera necesario la elaboración de protocolos relacionados al parto respetado?

- SI NO

¿Por Qué?

6. ¿Cuáles de los siguientes aspectos profesionales considera usted que impiden la implementación del parto respetado? Puede marcar más de un aspecto.

- Diferencias culturales entre el profesional y el paciente.
- Resistencia a la innovación en las prácticas clínicas
- Dificultades en la organización y toma de decisiones en equipo
- Otro: _____

Justifique las opciones seleccionadas:

7. Al Momento De Planificar Los Cuidados durante el trabajo de parto , parto y puerperio ¿Considera Ud. la cultura de la mujer en la toma de estas decisiones?
Siempre () Casi Siempre() A veces () Nunca ()

8. ¿Cuáles de los siguientes aspectos considera Ud. como impedimentos para que se lleve a cabo un parto respetado en esta institución? Puede elegir más de un aspecto

- () Escasa información brindada sobre evolución del parto.
- () Falta de acuerdos institucionales para la implementación de esta practica
- () Falta de inversión en recursos específicos
- () Falta de información y asesoramiento sobre parto respetado en la consulta prenatal.

Justifique las opciones seleccionadas

9. ¿Considera Ud. que el parto respetado representa riesgos para la madre y él bebe? ¿Por qué?

10. En el equipo ¿se han generado espacios de discusión para la implementación del parto respetado?

SI () NO () A VECES ()

¿A qué conclusiones llegaron?

Muchas gracias

ANEXO VIII IMÁGENES DE UN PARITORIO (SALA DE PARTO HUMANIZADA)



FUENTE: <http://www.clinicauandes.cl/images/default-source/relatos/sala-de-atenci%C3%B3n-integral-del-parto.jpg?sfvrsn=0>



FUENTE: <http://queportal.fcc.unc.edu.ar/2016/04/15/parto-respetado/>