

Guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y el parto

Enfermería basada en la evidencia (EBE)



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Alcalde Mayor de Bogotá

Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Mauricio Alberto Bustamante García

**Subsecretario de Servicios
de Salud y Aseguramiento**

Helver Guiovanni Rubiano García

**Jefe de la Oficina Asesora
de Comunicaciones en Salud**

Oriana Obagi Orozco

Corrección de estilo

Gustavo Patiño Díaz

Diseño y diagramación

Juan Carlos Vera

© Secretaría Distrital de Salud

ISBN: 978-958-8313-67-2

Documento controlado de Provisión
de Servicios de Salud

Impresión

Imprenta Distrital DDDI

Equipo técnico

**Dirección de Provisión
de Servicios de Salud**

Elsa Graciela Martínez Echeverry

**Coordinación del Grupo
Materno-Perinatal**

Martha Lucía Mora Moreno (2008-2014)

Marta Lucía Hincapié Molina (2014-2015)

Amanda Siachoque Rodríguez (2015)

**Apoyo Administrativo
al Grupo Materno-Perinatal**

Tatiana Valentina Cabrera Sierra
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Coordinación del proceso de
elaboración de las guías
de cuidado de enfermería**

Nubia Castiblanco López
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

**Revisión de las guías de cuidado
de enfermería**

Elizabeth Echandía Daza
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO
MATERNO PERINATAL

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Declaración de intencionalidad

Las autoras y colaboradoras de la *Guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y el parto. Enfermería basada en evidencia (EBE)* declaran que no tienen ningún tipo de conflicto de intereses.

Autores

Martha Patricia Becerra. Enfermera.

Especialista en Auditoría de la Calidad en Salud y Epidemiología. Candidata al título de magíster en Salud Pública. Profesional especializada SDS.

Javier Bula. Enfermero. Candidato a magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado cardiovascular, de la Universidad Nacional de Colombia.

Luz Mireya Castañeda. Enfermera del Hospital Militar.

Paula Andrea Castañeda. Enfermera de Sanitas.

Nubia Castiblanco. Enfermera, magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Profesional especializada SDS.

Rosiris Cogollo Mestra. Enfermera epidemióloga, del Hospital La Victoria.

Rosalía Janeth del Pilar Garzón Cárdenas. Enfermera, especialista en Gerencia de Salud Pública y magíster en Educación. Docente de la Pontificia Universidad Javeriana.

María Cristina Lancheros. Enfermera del Hospital Simón Bolívar.

Dilia Constanza Lozada Neira. Enfermera epidemióloga, de Cafesalud Saludcoop.

Norma Noguera. Enfermera. Especialista en materno-perinatal, candidata a magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Docente de la Pontificia Universidad Javeriana.

Myriam Patricia Pardo. Doctora en Ciencias de la Salud, de la Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana. Enfermera especialista en Enfermería Perinatal, de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Ivonne Puerto. Enfermera epidemióloga. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Isabel Rodríguez. Magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno-perinatal. Docente de Unisanitas.

Agustina Rodríguez Rico. Enfermera de la Fundación Santafé

Esperanza Ruiz Rubiano. Enfermera perinatóloga, del Hospital Simón Bolívar.

Luisa Soto Ruiz. Enfermera de la Fundación Santafé.

Sandra Sánchez. Enfermera, magíster en Cuidado para la Salud Materno-perinatal, del Hospital Chapinero

Neify Sierra Sánchez. Enfermera de la Clínica Palermo

Martha Yisel Vergara. Enfermera de la Clínica Magdalena.

Elizabeth Elvira Echandía Daza. Enfermera auditora, epidemióloga. Profesional especializada del Grupo Materno-perinatal de la Secretaría Distrital de Salud.

Brunhilde Goethe Sánchez. Enfermera perinatóloga, especialista del Hospital Simón Bolívar. Docente asistente de la Universidad Nacional de Colombia.

Colaboradoras

Vilma Sarmiento. Enfermera. Profesional especializada SDS.

Revisores pares

Nancy Lucía Bejarano Beltrán. Licenciada en Ciencias de la Enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería Perinatal, de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Docencia Universitaria, de la Universidad Antonio Nariño. Docente de la Universidad Nacional de Colombia, en el área materno-perinatal. Profesional especializada de la Secretaría Distrital de Salud, del grupo Materno-perinatal de la SDS.

Martha Lucía Mora Moreno. Enfermera especialista en Gerencia de Servicios de Salud, de la Universidad Jorge Tadeo Lozano. Epidemióloga de la Universidad de Antioquia. Profesional especializada de la Secretaría Distrital de Salud, referente del grupo Materno Perinatal de la SDS.

Destinatarios de la Guía

Profesionales del área de la salud, estudiantes y docentes universitarios del área de la salud y afines, grupos de investigación materna- perinatal en enfermería.

Incorporación de la evidencia de mujeres en trabajo de parto y parto y acompañantes (ver anexo 1)

Niveles de evidencia científica cualitativa y cuantitativa

Nivel 1. Estudios generalizados. Revisiones sistemáticas cualitativas, metasíntesis y estudios cualitativos que incluyan saturación, varios grupos de comparación, análisis cualitativo-cuantitativo, investigación exhaustiva del tema y grado de generalización de los resultados.

Nivel 2. Estudios conceptuales. Estudios que puedan guiar la selección de la muestra. Los estudios incluyen características metodológicas de estudios cuantitativos y cualitativos, como apropiada selección-reclutamiento de los participantes que demuestre la diversidad de la población, control de sesgos de investigador y recolección de datos; las limitaciones del estudio son descritas.

Nivel 3. Estudios descriptivos. Se enfocan en seleccionar un grupo específico de pacientes a un contexto particular. Estudios que describen simplemente las experiencias o puntos de vista de los participantes; se enfocan en citar textualmente los datos antes de analizarlos y analizar sus causas. Contienen sesgos de selección de participantes.

Nivel 4. Estudios de caso. Entrevistas con una o un número muy pequeño de personas; textos que proveen conocimiento acerca de un tema no explorado.

Grados de recomendación

- A.** Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1 y que sean directamente aplicables a la población diana de la guía.
- B.** Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2 y que sean directamente aplicables a la población diana de la guía.
- C.** Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 3 y que sean directamente aplicables a la población diana de la guía.
- D.** Evidencia científica de nivel 3 o 4.

Grado de recomendación por capítulos

Grado de recomendación	Capítulo 1. El rol de enfermería en sala de partos
A	Se recomienda a las y los profesionales de enfermería, usar NANDA, NIC y NOC para el cuidado de enfermería en sala de partos.
A	Las o los profesionales de enfermería se deben caracterizar por actuar interdependientemente, con empoderamiento y seguridad, aplicando los conocimientos científicos.
A	Las o los profesionales de enfermería se deben capacitar y actualizar permanentemente para brindar un cuidado con conocimiento, calidez, eficacia, eficiencia, pertinencia y continuidad.
A	Las o los profesionales de enfermería deben tomar, interpretar y analizar la monitoría electrónica fetal.

Grado de recomendación	Capítulo 2. El apoyo de los profesionales de salud y de la familia a la mujer en trabajo de parto y parto
A	Las o los profesionales de enfermería deben actuar con imparcialidad y juicio crítico, protegiendo los derechos y promoviendo el cumplimiento de los compromisos de la mujer en trabajo de parto, su hijo por nacer y su red de apoyo.
A	Las o los profesionales de enfermería deben establecer un plan de educación y preparación para el acompañante que va a participar activamente en el trabajo de parto y nacimiento.
A	Las o los profesionales de enfermería deben favorecer el ingreso y la participación del acompañante durante el proceso del trabajo de parto y nacimiento.
A	Las o los profesionales de enfermería deben facilitar un ambiente agradable y tranquilo favoreciendo la aplicación de las terapias alternativas y brindar apoyo psicológico y soporte espiritual.
A	Las o los profesionales de enfermería deben propiciar y abogar por la atención del parto humanizado (anexo 2).
A	Las o los profesionales de enfermería promueven la privacidad, llaman a la paciente por su nombre, mantienen contacto físico y psicológico con ella y dan información al familiar.

Grado de recomendación	Capítulo 3. El saber de la partera
A	Las o los profesionales de enfermería deben respetar las prácticas culturales de las parturientas enmarcados en conservar, negociar o reestructurar el cuidado de enfermería (teoría de Madeleine Leininger).
A	Las o los profesionales de enfermería deben reconocer el saber de las parteras como arte y experiencia.
A	Las o los profesionales de enfermería deben adoptar las prácticas favorables que usan las parteras en beneficio de la madre, el recién nacido y la familia.

Grado de recomendación	Capítulo 4. Parto humanizado
A	Las o los profesionales de enfermería deben disponer un ambiente cálido, seguro, tranquilo y confortable, que facilite el desarrollo de trabajo de parto humanizado.
A	Las o los profesionales de enfermería deben dar indicaciones para no realizar rasurado perineal, ni poner enema evacuador a las mujeres gestantes en trabajo de parto.
B	Las o los profesionales de enfermería deben propiciar alternativas terapéuticas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, para lograr así un parto humanizado.
A	Las o los profesionales de enfermería deben evitar lenguaje inapropiado por parte del equipo de salud, que pueda interferir con el buen desarrollo del trabajo de parto.
A	Las o los profesionales de enfermería deben motivar la comunicación clara y sencilla con la mujer gestante durante el trabajo de parto y el parto para disminuir la ansiedad.
A	Las o los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres que se encuentran en trabajo de parto necesitan especial atención en cada una de las fases, para tolerar el dolor, la ansiedad y el temor a complicaciones.
A	Las o los profesionales de enfermería deben establecer una relación con la gestante basada en la cordialidad, respeto y resolución de los problemas; deben estar atentos a las necesidades de la gestante y a sus expectativas.

Contenido

Siglas y acrónimos	7
Introducción	8
Justificación	8
Objetivos	9
Metodología	10
Capítulo 1	
El rol de enfermería en sala de partos	19
Capítulo 2	
El apoyo de los profesionales de salud y de la familia a la mujer en trabajo de parto y parto	29
Capítulo 3	
El saber de la partera	36
Capítulo 4	
Parto humanizado	43
Algoritmo	56
Anexos	57
Glosario	61
Referencias	62

Siglas y acrónimos

CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud
EBE	enfermería basada en la evidencia
ICNP	Internacional Clasificación for Nursing Practice
NE	nivel de evidencia
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
RA	grado de recomendación A
RB	grado de recomendación B
RC	grado de recomendación C
SDS	Secretaría Distrital de Salud
ZEFP	Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich

Introducción

El nacimiento de un hijo, para la mayoría de las mujeres, es considerado como la experiencia más importante de su vida; sin embargo, alrededor de ello se han creado muchos imaginarios que generan temor al momento de realizar el trabajo de parto y nacimiento.

El estrés y la ansiedad son respuestas comunes que se presentan en las mujeres gestantes en trabajo de parto y nacimiento; estos pueden ser generados por diversas causas: temores, creencias y tabús, entre otros, ante la expectativa de la maternidad y la paternidad.

Dichas situaciones aumentan o no, influenciadas por la calidad y calidez humana del cuidado y la asistencia que el personal de salud brinde a la mujer gestante en este periodo de la vida.

El hecho de enfrentarse al evento de ser padres, algo desconocido que implica responsabilidad y compromiso, también genera temor. Se considera importante el aporte que realiza la enfermera, con su labor constante de acompañamiento. Debe brindar seguridad y apoyo a la gestante de acuerdo con las necesidades percibidas, al integrar aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales que favorezcan la evolución del trabajo de parto y nacimiento, para fomentar la salud materna y el fortalecimiento de la relación madre-hijo y del bienestar familiar. Para tener una experiencia positiva de parto y alumbramiento, la gestante necesita información acerca de este momento clave de su vida.

Los profesionales de enfermería deben ser colaboradores en la implementación de cuidados que favorezcan el manejo del dolor de las gestantes y, además, faciliten la mejor evolución del parto. Así, se debe ofrecer un ambiente cálido, familiar, con poca luz, sin ruidos molestos y en compañía de quien le ofrece apoyo incondicional; escuchar y obedecer la naturaleza, compenetrándose con sensaciones y fuerzas irreprimibles, en un verdadero “espacio”, donde la mujer pueda parir en condiciones realmente naturales.

Justificación

Son pocas las mujeres y acompañantes o parejas que acceden a los cursos de preparación para la maternidad y paternidad, o que son preparados física y psicológicamente para el trabajo de parto y nacimiento en las instituciones de salud. Sin embargo, al llegar a la institución de salud se encuentran con un modelo de atención tradicional que no les concede el tiempo ni la importancia necesaria que requiere este evento. Desde que se entra a la sala de emergencia, jeringas, monitores, olores y hasta el mismo personal hacen que el trabajo del parto sea tenso y confuso.

Inmediatamente llega la mujer a la institución de salud, se inicia una serie de actividades que pueden alterar el proceso físico y psicológico de la mujer gestante: alejarla de su ambiente familiar a un ambiente hospitalario poco favorable para su bienestar emocional, ser considerada como una “enferma”, limitarla en su actividad a reposo en

cama, imponiendo la posición para parir; someterla a procedimientos invasivos y rutinarios, irrumpiendo de manera arbitraria con fármacos; el uso de fórceps y oxicóticos que pueden complicar la evolución fisiológica de este proceso natural.

En la actualidad, el nacimiento se realiza de manera rápida y mecanizada, excluyendo a la pareja y utilizando o no anestesia de manera indiscriminada; por tanto, podemos entender que es necesario realizar cambios en beneficio de las mujeres gestantes.

La enfermería, como profesión y disciplina, tiene como objetivo establecer un contacto directo con el paciente; el apoyo no debe ser solamente terapéutico, sino también psicológico y emocional. El producto de esta interacción brinda la posibilidad de conocer sus necesidades, para ofrecer alternativas que contribuyan al mejoramiento de su bienestar. Durante el trabajo de parto, el profesional de enfermería se involucra más estrechamente con la gestante, creando un vínculo afectivo, convirtiéndose en un apoyo imprescindible para el manejo y afrontamiento eficaz de esta etapa.

Por ello, es importante que los y las profesionales de enfermería tengan herramientas que les permitan desarrollar la verdadera misión de su quehacer, que puedan implementar el uso de terapias alternativas que favorezcan el manejo del dolor de las gestantes y, además, faciliten la mejor evolución del nacimiento; que propicien un ambiente cálido, familiar, con poca luz, sin ruidos molestos y en compañía de quien le ofrece apoyo incondicional.

Es preciso devolverle al nacimiento su verdadero sentido, donde la madre revalúa su autoestima, el padre transforma la visión de la mujer y de sí mismo, la familia se autoafirma en esa expresión de amor y la sociedad se fortalece en sus raíces. Dar a luz plenamente es posible si le devolvemos a la mujer la seguridad perdida, al prepararla para un nacimiento en pareja, rodeándola de un ambiente cálido y dejándola asumir la tarea de acuerdo con sus propias condiciones y necesidades. Así, el parto se convierte en un acto de entrega, que conduce a formar un niño sano y creativo.

Con la intención de cambiar esa manera tradicional de entender a la mujer que va a dar a luz, derribar mitos y transformar el ambiente en que es recibida, con el apoyo de las universidades, de las EPS y de las ESE e IPS del Distrito Capital, se desarrolla la *Guía de cuidado de enfermería a la familia gestante durante el trabajo de parto y el parto. Enfermería basada en evidencia (EBE)*, que permitirá renovar y reivindicar el quehacer de los profesionales en su labor diaria.

Objetivos

Objetivo general

Establecer recomendaciones basadas en evidencia clínica que le permitan al profesional de enfermería ofrecer cuidado eficaz, eficiente y oportuno con calidez humana a la mujer en trabajo de parto y nacimiento, así como al recién nacido y a la familia en las salas de parto, para lograr que esta experiencia sea positiva

Objetivos específicos

1. Orientar a las y los profesionales de enfermería para la aplicación de los diagnósticos NANDA, NIC y NOC durante el cuidado de enfermería a las mujeres gestantes en el trabajo de parto y nacimiento, aportándoles los conocimientos científicos.
2. Incentivar en los profesionales de enfermería el espíritu de liderazgo y empoderamiento durante el cuidado de enfermería.
3. Brindar herramientas a las y los profesionales de enfermería para que puedan dar a conocer los deberes y compromisos de la mujer y su familia durante el acompañamiento en el momento de trabajo de parto y nacimiento, aplicando terapias alternativas.
4. Orientar al profesional de enfermería para que reconozca las diversas prácticas favorables que realizan las parteras y compartir experiencias que mejoren el ejercicio de estas durante el trabajo de parto y nacimiento de la comunidad que atienden, teniendo en cuenta el respeto por la diversidad cultural.
5. Brindar elementos a las y los profesionales de enfermería para que implementen las medidas necesarias para el nacimiento humanizado en las instituciones de salud.

Metodología

Conformación del grupo

El grupo fue conformado por invitación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a profesionales de enfermería con amplia experiencia en la asistencia, tanto en los ámbitos públicos como privados, la docencia y la investigación, y representantes de asociaciones de enfermería, como la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), con el fin de participar en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal basadas en evidencia. Aunque se recomienda adaptar guías nacionales e internacionales antes de desarrollar nuevas guías, no fue posible acogernos a esta decisión, por cuanto no se encontraron guías propias basadas en evidencia de la profesión de enfermería al respecto.

En una primera reunión, todos los participantes estuvieron de acuerdo con las fases de la metodología por seguir en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal, enfermería basada en evidencia (EBE). Se presentaron las fases: 1. incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas. 2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces. 3. Incorporación de la evidencia del usuario (en este caso, el usuario se refiere a la gestante, quien es la persona que está viviendo la experiencia actualmente), por medio de encuestas a la gestante, simultáneamente con la revisión de la literatura. Categorías que en lo posible vale la pena considerar e incluir en el desarrollo de la guía. 4. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible: identificación de los estudios. 5. Desarrollo del contenido de la guía, recomendaciones y bibliografía.

1. Incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas

Luego de una discusión sobre las guías por desarrollar, se concluyó que la “Guía de cuidado en trabajo de parto y parto por profesional de enfermería” es esencial, por lo tanto fue seleccionada y priorizada como una de las más necesarias.

2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces

Para la elaboración de preguntas y determinación de desenlaces correspondientes a la guía de cuidado en trabajo de parto y parto por profesional de enfermería - EBE, se desarrolló un algoritmo de 20 preguntas. Al final de este proceso se obtuvieron cinco preguntas, para la formulación se utilizó la estrategia PICO (por sus siglas del inglés *patient or problem, intervention, control or comparison, outcomes*); esta consiste en determinar la población objeto de estudio, a quién va dirigida la guía, las intervenciones, los comparadores y los desenlaces.

3. Incorporación de la evidencia del usuario por medio de encuestas a la gestante

Se elaboraron dos tipos de encuestas, una dirigida a la mujer gestante en preparto, que se encuentra en sala de partos, y otra dirigida al acompañante de la mujer gestante, que se encuentra en la sala de espera. Luego se aplicaron en instituciones tanto públicas como privadas de Bogotá (Colombia) (anexo 1). A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Encuesta 1. Dirigida a la mujer en trabajo de parto

La encuesta se les realizó a 32 mujeres gestantes en diferentes clínicas y hospitales de Bogotá.

1. ¿Conoce sus derechos y compromisos como gestante y usuaria de los servicios de salud?

Opciones	Respuestas	%
Sí	26	81
No	6	18

2. ¿Usted asistió al curso de preparación para la maternidad y la paternidad?

Opciones	Respuestas	%
Sí	19	59
No	13	40

Si la respuesta es afirmativa, diga por qué

Respuestas	Razones
13	Recibir información acerca del momento del parto
7	Motivos laborales
3	Educación acerca de embarazo y cuidados del recién nacido
2	Tranquilidad

Si la respuesta es negativa, diga por qué no asistió al curso

Respuestas	Razones
1	Falta de tiempo
2	Desinformación ("no sabía" y "mi embarazo no es de alto riesgo")
1	Dificultad para desplazarse
1	Ya tenía experiencia y no veía necesario asistir nuevamente
1	No contesta
1	No recuerdo lo que me dijeron

3. ¿Cuántas veces ha consultado las instituciones de salud en las últimas 48 horas?

Opciones	Respuestas	%
Una vez	16	50
Dos veces	8	25
Tres veces	2	6,3
No contesta	6	18,7

Los motivos por los cuales asistieron a instituciones de salud fueron:

Respuestas	Razones
29	Para atención de parto
3	Tensión arterial alta

4. ¿Cómo se sintió cuando le dijeron que se quedara hospitalizada para la atención de este parto?

Opciones	Respuestas	%
Bien: aliviada, feliz, tranquila	17	53
Susto, miedo	8	28
Mal: preocupada, triste, nerviosa	6	18
No contesta	1	3,1

5. ¿Cómo se siente ahora?

Opciones	Respuestas	%
Bien: tranquila, segura	20	62,5
Ansiosa, nerviosa, cansada	11	34,3
No contesta	1	3,1

6. ¿Quién es su acompañante?

Opciones	Respuestas	%
Familiar: esposo	4	12,5
Familiar: hermana	1	3,1
Familiar: mamá	10	31,2
Pareja	15	46,8
Pareja y mamá	1	3,1
Sola	1	3,1

7. ¿Le gustaría que alguno de sus acompañantes entrara al trabajo de parto?

Opciones	Respuestas	%
Sí	26	81,2
No	5	15,6
No contesta	1	3,2

8. ¿Le gustaría que alguno de sus acompañantes entrara al parto?

Opciones	Respuestas	%
Sí	26	81,2
No	5	15,6
No contesta	1	3,2

Los que contestaron que sí desean que los acompañen, quieren estar acompañados por:

Opciones	Respuestas	%
Esposo	17	65
Mamá	5	19
Papá	1	3,85
Pareja	3	11,5

9. ¿Cree usted que las enfermeras están entrenadas para atenderla y cuidarla durante el trabajo de parto y el parto?

Opciones	Respuestas	%
Sí	30	93,7
Regular	1	3,1
No contesta	1	3,1

10. El trato brindado por el personal de enfermería ha sido:

Opciones	Respuestas	%
Regular	2	6,25
Bueno	30	93,7

11. ¿Fue clara la información que usted recibió al firmar el consentimiento de la atención de parto?

Opciones	Respuestas	%
No	2	6,25
Sí	28	87,5
Aún no lo han informado	2	3,1

Análisis: De las 32 gestantes encuestadas en las diferentes clínicas y hospitales de Bogotá se encontró lo siguiente: El 81% conocen los derechos y compromisos como gestante y usuaria de los servicios de salud; el 59% asistió al curso de preparación para la maternidad y paternidad; el 40% no asistió, por diferentes razones: falta de tiempo, desinformación, dificultad para transportarse o porque ya tenía experiencia y no veía necesario asistir nuevamente.

Respecto a la consulta a las instituciones de salud en las últimas 48 horas, el 50% de las mujeres respondieron que han asistido una vez.

Cuando se le preguntó cómo se sintió cuando le dijeron que se quedara hospitalizada para la atención de este parto, el 53 % respondió que sintió alivio, se sentía bien y estaba tranquila, un 28% manifestó miedo, el 18% preocupación, tristeza y nervios. Al preguntársele a las mujeres gestantes quién es su acompañante, el 63% respondieron que su esposo y/o pareja. Al 81% de las mujeres les gustaría que alguno de sus acompañantes entrara al trabajo de parto y al parto y al 77% les gustaría que fuera el esposo o pareja quien las acompañara. El 93% de las mujeres creen que las enfermeras están entrenadas para atenderla y cuidarla durante el trabajo de parto y el parto y que además el trato brindado es bueno. El 87,5% respondió que fue clara la información que recibió al firmar el consentimiento de la atención de parto.

Encuesta 2. Dirigida al acompañante

1. ¿Conoce sus derechos y compromisos como parte de la familia gestante?

Opciones	Respuestas	%
Sí	9	56
No	7	44

2. ¿Usted asistió al curso de preparación para la maternidad y la paternidad?

Opciones	Respuestas	%
Sí	4	25
No	12	75

Los acompañantes refieren que la asistencia a los cursos sirve para:

Respuestas	Opciones
2	Apoyo durante el embarazo
1	Estabilizar al recién nacido
1	Comprender el nuevo rol

3. ¿Le gustaría acompañar a su pareja y/o familiar en el trabajo de parto?

Opciones	Respuesta	%
Sí	11	69
No	5	31

Los acompañantes refieren que les gustaría acompañar a su familiar en el trabajo de parto por:

Opciones	Respuestas	%
Apoyo	7	64
Verificar que todo salga bien	2	18
Quiere vivir el nacimiento de su hijo	2	18

Los acompañantes refieren que *no* les gustaría acompañar a su familiar en el trabajo de parto por:

Opciones	Respuestas	%
Nervios	2	40
Es un momento de intimidad	2	40
Problemas de salud	1	20

4. ¿Le gustaría acompañar a su pareja y/o familiar al momento del parto?

Opciones	Respuesta	%
Sí	7	44
No	6	37
No responde	3	19

Los acompañantes refieren que les gustaría acompañar a su familiar en el parto por:

Opciones	Respuestas	%
Apoyo	2	29
Confianza	3	43
Aprender cómo nace un niño	1	14
Ver el nacimiento del hijo	1	14

Los acompañantes refieren que *no* les gustaría acompañar a su familiar en el parto por:

Opciones	Respuestas	%
Miedo, angustia	3	50
Confianza	2	33
No sabe	1	17

5. ¿Ha recibido información sobre el estado de salud de su familiar?

Opciones	Respuestas	%
Sí	14	87
No	2	13

Los acompañantes refieren que recibieron la información por parte de:

Opciones	Respuestas	%
Enfermería	7	50
Médico	2	14
Recepción	2	14
Seguridad (vigilante)	1	7
Esposa	1	7
No responde	1	7

6. ¿Cómo se sintió cuando le dejaron a su familiar gestante hospitalizada para atención de este parto?

Opciones	Respuestas	%
Ansioso, nervioso	4	25
Bien	4	25
Triste	2	13
Preocupado	2	13
Contento	2	13
Desorientado	1	6
No la han dejado hospitalizada	1	6

7. ¿Cómo se siente ahora?

Opciones	Respuestas	%
Bien	5	31
No responde	4	25
Ansioso	3	19
Muy bien	2	12
Preocupado	1	6
Triste	1	6

8. ¿Cree usted que las enfermeras están entrenadas para atender y cuidar durante el trabajo de parto a su familiar?

Opciones	Respuestas	%
Sí	16	100
No	0	0

Los acompañantes refieren que las enfermeras están entrenadas para dar la información por:

Opciones	Respuestas	%
Personal calificado	7	44
Atención brindada	3	18
Confianza	3	18
No responde	3	18

9. El trato brindado por el personal de enfermería ha sido:

Opciones	Respuestas	%
Bueno	13	81
Regular	1	7
No responde	2	12

10. ¿Qué espera de la atención por parte del profesional de enfermería?

Las respuestas a esta pregunta buscan recibir buena información de su familiar durante el proceso de trabajo de parto y el parto, y un trato respetuoso y cálido por parte del equipo de salud.

La encuesta se les realizó a 16 acompañantes en diferentes instituciones públicas y privadas, con los siguientes resultados: el 56% de los acompañantes manifiestan conocer sus derechos y compromisos como parte de la familia gestante. Solamente el 25% de estos asistieron al curso de preparación para la maternidad y paternidad, a su vez, cuatro acompañantes refirieron que el curso sirve para dar apoyo durante el embarazo, para estabilizar al recién nacido y para comprender su nuevo rol.

El 69% de los acompañantes manifiestan el deseo de acompañar a su pareja durante el trabajo de parto; refieren que les gustaría por que brindan apoyo, verifican que todo salga bien y quieren vivir el nacimiento de su hijo; de los que no asistirían, el 40% lo hace por nervios, el 40% porque es un momento de intimidad y el 20% por problemas de salud.

El 44% de los acompañantes respondieron que sí les gustaría acompañar a su pareja en el momento del parto por que les da confianza, apoyo y para aprender cómo nace el niño, y el 37% respondieron que no, al 50% les da miedo y angustia.

El 87% de los acompañantes entrevistados respondieron que sí les han dado información sobre el estado de su familiar y el 55% la han recibido por enfermeras y un 14% por médico y recepcionista.

El 25 % de los acompañantes manifestaron ansiedad y nerviosismo cuando le avisaron a la gestante que la iban a dejar hospitalizada, el otro 25% se sintió bien. El 100% de los acompañantes respondieron que la enfermera está capacitada para asistir a su compañera en el trabajo de parto y parto, por que consideran que es personal capacitado. El 81% respondió que la atención brindada fue buena.

4. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible: identificación de los estudios

Después se realizó una búsqueda de la literatura para identificar y resumir los estudios relacionados con el cuidado prenatal por profesional de enfermería. La clasificación de los niveles de evidencia y los grados de recomendación se actualizaron de acuerdo con la clasificación de la medicina basada en evidencia. Se realizó la búsqueda de estudios cuantitativos y cualitativos, y revisiones de metaanálisis para cada recomendación. Las fuentes de datos empleadas para la revisión sistemática de la literatura científica fueron: Cuiden, MedLine, Lilacs, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Google Scholar y las bibliotecas de las universidades.

Adicional a la revisión de literatura, la Guía se complementa con la construcción de la interrelación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), correspondiente al cuidado prenatal por profesional de enfermería.

5. Desarrollo del contenido de la Guía

Se desarrolló el contenido por capítulos, se hizo el planteamiento de las recomendaciones y se referenció la bibliografía. De la revisión de la literatura surgen los siguientes capítulos.

Capítulo 1

El rol de enfermería en sala de partos

Müller Staub, Lavin, Needham, et al. (2007), en una revisión sistemática, encontraron que la profesión de enfermería utiliza en la práctica varios sistemas de clasificación general de diagnósticos de enfermería, estos son: The Internacional Clasificación for Nursing Practice (ICNP), la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (ICF), North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich (ZEFP).

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permiten sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral.

Esta revisión sistemática verificó la validez, fiabilidad y aplicabilidad de los diferentes sistemas, con base en una escala que evalúa tres criterios relevantes para el diagnóstico de enfermería. El primer criterio corresponde a que un diagnóstico debe describir el conocimiento base y área sobre la cual se desarrolla la práctica de enfermería; el segundo criterio determina la pertenencia a un concepto central, y el tercer criterio identifica que cada diagnóstico debe tener una descripción, un criterio diagnóstico y estar relacionado con la etiología.

Con base en el análisis comparativo de la escala aplicada a los cuatro sistemas de diagnóstico, el estudio reportó que NANDA cumplía con la mayoría de los criterios de evaluación para diferentes tipos de pacientes. (NE: 1)

Moorhead, Johnson, Mas Meridian y Swanson (2009) en un estudio de investigación de la Universidad de Iowa presentan los resultados y las medidas relacionadas con el ámbito del individuo, la familia y la comunidad que pueden utilizarse para evaluar los cuidados de enfermería en diversos ámbitos. (NE: 1)

En este orden de ideas, se presentan los diagnósticos NANDA, NIC y NOC relacionados con el proceso del nacimiento

Dominio: percepción cognición

Clase 4: Cognición

Conocimientos deficientes (00126)

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el trabajo de parto, parto y alumbramiento.

Manifestado por:

- Comportamientos exagerados.
- Seguimiento inexacto de las instrucciones.
- Comportamientos inapropiados (histeria, hostilidad, agitación y apatía).

Relacionado con:

- Falta de exposición (preparación prenatal).
- Falta de interés en el aprendizaje.

Intervenciones de enfermería NIC

- Enseñanza individual.
 - Establecer compenetración.
 - Establecer credibilidad del educador.
 - Determinar la necesidad de enseñanza de la paciente.
 - Valorar el nivel educativo de la paciente.
 - Determinar la capacidad de la paciente para asimilar la información.
 - Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con la paciente.
 - Seleccionar el método de enseñanza.
 - Instruir a la paciente cuando corresponda.
 - Reforzar la conducta si es oportuno.
 - Incluir a la familia.
- Enseñanza de procedimiento y tratamiento.
 - Informar a la paciente acerca de dónde y cuándo tendrán lugar los procedimientos y tratamientos, si procede.
 - Explicar los propósitos de los procedimientos o tratamientos.
 - Explicar la necesidad de utilizar ciertos dispositivos.
 - Enseñar a la paciente cómo cooperar con el procedimiento.
 - Proporcionar información sobre la técnica del procedimiento.
 - Discutir tratamientos alternativos.
 - Darle tiempo a la paciente para que discuta sus inquietudes.
- Facilitar el aprendizaje.
 - Comenzar la instrucción después de que la paciente esté dispuesta a aprender.
 - Establecer metas.
 - Proporcionar información adecuada.
 - Utilizar un lenguaje familiar.

Resultados de enfermería NOC

Conocimiento: Parto y alumbramiento (1817)

Dominio: Conocimiento y conducta de salud

Código	Indicador	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final
181701	Opciones de nacimiento			
181702	Papel de la comadrona			
181703	Signos y síntomas del parto			
181704	Estadios y fases del parto y alumbramiento			
181705	Descripción de los métodos de control del dolor durante el trabajo de parto y el alumbramiento			
181706	Técnicas de respiración efectiva			
181707	Técnicas de relajación efectiva			
181708	Postura efectiva			
181709	Posibles procedimientos médicos			
181710	Posibles complicaciones del parto			
181711	Técnicas de pujo efectivo			
181712	Alumbramiento de la placenta			
181714	Expulsión del bebé			
Total		/65	/65	/65

Escala de evaluación: ningún conocimiento: 1; conocimiento escaso: 2; conocimiento moderado: 3; conocimiento sustancial: 4; conocimiento extenso: 5.

Dominio: afrontamiento y tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Ansiedad (00146)

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual, con frecuencia, es inespecífico o desconocido por el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro (complicaciones en el trabajo de parto, parto y alumbramiento).

- Características definitorias conductuales:
 - ✓ Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
 - ✓ Nerviosismo.
 - ✓ Agitación.

Relacionado con:

- Crisis situacional (trabajo de parto, parto y alumbramiento).
- Estrés.
- Amenaza para el estado de salud.

Intervenciones de enfermería NIC

- a. Apoyo emocional.
 - Comentar la experiencia emocional con la paciente.
 - Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo.
 - Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos de tristeza o soledad.
 - Escuchar sentimientos y creencias de la paciente.
 - Favorecer la conversación o el llanto.
 - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- b. Aumentar el afrontamiento.
 - Alentar a la paciente.
 - Utilizar un enfoque sereno de reafirmación.
 - Ayudar a la paciente a identificar la información más relevante.
 - Alentar a la paciente con una actitud de esperanza, pero a la vez realista.
 - Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses comunes.
 - Explorar éxitos anteriores de la paciente.
 - Fomentar la identificación de valores.
- c. Guía de anticipación.
 - Proporcionar información sobre expectativas realistas.
 - Ayudar a la paciente a adaptarse a los posibles cambios con anticipación.
 - Programar un seguimiento.
 - Involucrar a la familia de la paciente, si procede.

Resultados de enfermería NOC

Escala 1302: Afrontamiento de problemas

Código	Indicador	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final
130223	Obtiene ayuda de un profesional			
130203	Verbaliza sensación de control			
130204	Refiere disminución del estrés			
130205	Verbaliza aceptación de la situación			
130222	Utiliza el sistema de apoyo personal			
130210	Adopta conductas para reducir el estrés			
13018	Refiere aumentos del bienestar psicológico			
130213	Evita situaciones excesivamente estresantes			
130214	Verbaliza la necesidad de asistencia			
130216	Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés			
130217	Refiere disminución de los sentimientos negativos			
Total		/55	/55	/55

Escala de evaluación: nunca demostrado: 1; raramente demostrado: 2; a veces demostrado: 3; frecuentemente demostrado: 4; siempre demostrado: 5.

Dominio: afrontamiento y tolerancia al estrés*Temor (00148)***Definición:** Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.**Manifestado por:****Informes de:**

Alarma, aprensión, miedo, intranquilidad, tensión, inquietud, pánico o terror.

Característica definitoria cognitiva:

Disminución de la capacidad de aprendizaje.

Relacionado con:

Separación del sistema de soporte en el trabajo de parto y el parto.

Falta de familiaridad con el entorno clínico y la situación.

Intervenciones de enfermería NIC

- a. Potenciación de la seguridad.
 - Mostrar calma.
 - Pasar tiempo con la paciente.
 - Presentar los cambios en forma gradual.
 - Evitar producir situaciones emocionales intensas.
 - Escuchar los miedos de la paciente y la familia.
 - Responder a las preguntas sobre el estado de salud de una manera sincera.
- b. Presencia.
 - Mostrar una actitud de aceptación.
 - Ser sensible con las tradiciones y creencias de la paciente.
 - Establecer una relación de confianza.
 - Permanecer en silencio, si procede.
 - Permanecer físicamente con la paciente, sin esperar interacción o cambio.
 - Permanecer con la paciente para disminuir los miedos.
- c. Técnica de relajación.
 - Hablar suavemente.
 - Mantener contacto visual con la paciente.
 - Favorecer la respiración lenta.
 - Utilizar distracción, si procede.
- d. Aumentar los sistemas de apoyo.
 - Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
 - Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
 - Determinar el grado de apoyo familiar.
 - Observar la situación familiar actual.
 - Permitir el acompañamiento de un familiar.

Resultados de enfermería NOC*Autocontrol del miedo (1404)**Dominio III. Salud psicosocial*

Código	Indicador	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final
140401	Supervisa la intensidad del miedo			
140402	Elimina los factores precursores del miedo			
140403	Busca información para reducir el miedo			
140404	Evita fuentes de miedo cuando es posible			
140405	Planea estrategias de superación efectivas			
140407	Utiliza técnicas de relajación para disminuir el miedo			
140411	Mantiene las relaciones sociales			
140412	Mantiene la concentración			
140414	Mantiene el funcionamiento físico			
140417	Controla la respuesta el miedo			
Total		/50	/50	/50

Escala de evaluación: nunca demostrado: 1; raramente demostrado: 2; a veces demostrado: 3; frecuentemente demostrado: 4; siempre demostrado: 5.

Dominio: actividad y reposo

Clase 3: Equilibrio de la energía

Fatiga (00093)

Definición: Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico habitual.

Manifestado por:

- Compromiso de la concentración.
- Sentimientos de culpa por no cumplir con las responsabilidades.
- Aumento de las quejas físicas.
- Falta de energía.
- Cansancio.
- Verbalización de falta de energía.

Relacionado con:

- Factores psicológicos
 - ✓ Ansiedad.
 - ✓ Estrés.
- Factores fisiológicos
 - ✓ Aumento del requerimiento físico.
 - ✓ Gestación.

Intervenciones de enfermería NIC

- a. Manejo de la energía.
 - Determinar las limitaciones físicas de la paciente.
 - Favorecer la expresión verbal de sentimientos.
 - Facilitar la relajación.
 - Instruir a la paciente y la familia en reconocer los signos y síntomas de fatiga.
- b. Manejo ambiental.
 - Crear un ambiente seguro para la paciente.
 - Identificar necesidades de la paciente según función física y cognoscitiva.
 - Retirar del ambiente objetos peligrosos.
 - Ubicar los objetos de uso frecuente cerca de la paciente.
 - Disminuir estímulos ambientales.

Resultados de enfermería NOC

Escala 0002. Conservación de la energía

Código	Indicador	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final
000201	Equilibrio entre actividad y descanso			
000203	Reconoce limitaciones de energía			
000204	Utiliza técnicas de conservación de energía			
000209	Organiza actividades para conservación de energía			
Total		/20	/20	/20

Escala de evaluación: nunca demostrado: 1; raramente demostrado: 2; a veces demostrado: 3; frecuentemente demostrado: 4; siempre demostrado: 5.

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar*Patrón respiratorio ineficaz (00032)*

Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Manifestado por:

- Alteración en la profundidad respiratoria.
- Alteración de los movimientos torácicos.
- Disminución en la presión inspiratoria.
- Taquipnea.

Relacionado con:

- Ansiedad.
- Posición corporal.
- Fatiga.
- Hiperventilación.
- Dolor.
- Fatiga de los músculos respiratorios.

Intervenciones de enfermería NIC

- a. Disminución de la ansiedad.
- b. Ayuda en la ventilación.
 - Fomentar la respiración lenta y profunda.
 - Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
 - Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
 - Enseñar técnicas de respiración de labios fruncidos.
 - Ayudar en los cambios de posición.

Resultados de enfermería NOC**Escala 0403. Estado respiratorio: ventilación**

Código	Indicador	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final
040301	Frecuencia respiratoria			
040302	Ritmo respiratorio			
040303	Profundidad de la respiración			
040324	Volumen corriente			
Total		/20	/20	/20

Escala de evaluación: desviación grave del rango normal: 1; desviación grave del rango sustancial: 2; desviación grave del rango moderado: 3; desviación grave del rango leve: 4; sin desviación del rango normal: 5.

Es una función del profesional de enfermería tomar, interpretar y analizar el monitoreo electrónico fetal, el cual permite evaluar el bienestar fetal para tener un resultado posnatal satisfactorio; además, reconocer la respuesta fetal ante los estímulos, identificar cambios en la línea de base y el riesgo de hipoxia, anteparto, intraparto o ambos.

Vintzileos y Nochimson (2003), en un metaanálisis de nueve ensayos randomizados, publicado en 1995 con 18.561 pacientes, concluyó que el uso de monitoreo fetal electrónico intraparto se asoció con: Reducción del 60% de muerte por hipoxia fetal; puede ser prevenida una muerte perinatal por 1000 nacidos vivos.

Dominio salud funcional

Clase. Desarrollo y crecimiento

NIC

Monitorización fetal electrónica: antes del parto (6771).

- Revisar el historial obstétrico.
- Determinar el conocimiento de la paciente acerca de las razones de la prueba anterior al parto.
- Proporcionar a la paciente material de educación escrito de las pruebas anteriores al parto (pruebas de ausencia de estrés, test de prueba de oxitocina y de perfil biofísico, y monitorización fetal electrónica).
- Determinar signos vitales maternos
- Averiguar ingesta oral, incluyendo dieta, cigarrillos fumados y utilización de medicamentos.
- Etiquetar tira de monitorización, según protocolo.
- Verificar frecuencia cardíaca fetal y materna antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.
- Instruir a la paciente sobre la razón de la monitorización.
- Realizar maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.
- Aplicar de forma cómoda tocotransductores para observar la frecuencia y la duración de las contracciones.
- Aplicar transductores de ultrasonido a la zona del útero en la que se oyen los sonidos cardíacos fetales, y trazarlos claramente.
- Diferenciar entre múltiples fetos, que se documentan por el trazado cuando se realizan trazados simultáneos con dos monitores fetales electrónicos.
- Comentar la tira de ritmo con la madre y la persona de apoyo.
- Asegurarse de los signos de frecuencia cardíaca normales, incluyendo pérdida de señal con el movimiento fetal, frecuencia alta y aspecto irregular.
- Ajustar los monitores para conseguir y mantener la claridad de los trazados.
- Obtener trazados guía según protocolo.
- Interpretar la tira de monitorización electrónica para la frecuencia cardíaca fetal, variabilidad a largo plazo y presencia de aceleraciones, desaceleraciones o contracciones espontáneas.
- Proporcionar una estimulación cutánea según protocolo u orden médica o de la matrona.
- Iniciar infusión IV según protocolo para comenzar el test de oxitocina, si procede.
- Aumentar la infusión de oxitocina, según protocolo, hasta que consiga el número de contracciones adecuado (tres contracciones en diez minutos).
- Observar la tira de monitorización para ver si hay presencia o ausencia de desaceleraciones tardías.
- Interpretar el trazado para establecer los criterios de la prueba de ausencia de estrés o test de prueba de oxitocina.
- Realizar ultrasonido para la prueba de perfil biofísico según protocolo u orden médica o de la matrona.
- Calificar el ultrasonido en función del protocolo para los criterios de perfil biofísico.
- Comunicar los resultados de las pruebas al médico o a la comadrona.
- Proporcionar guía anticipada de los resultados de las pruebas anormales.
- Programar la prueba anterior al parto según protocolo u orden médica o de la matrona.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre el alta para recordar a la paciente las fechas de pruebas futuras y demás razones de reingreso para cuidados (aparición de los dolores de parto, pérdida espontánea de líquido amniótico, hemorragias y disminución del movimiento fetal).

Resultados del NOC

Estado fetal. Durante el parto (0112)

Código	Indicador	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final
011201	Frecuencia cardíaca fetal de 120 a 160 latidos por minuto			
011202	Patrones de desaceleración en los hallazgos de la monitoría fetal			
011203	Variabilidad en los hallazgos electrónicos del monitor			
011204	Color del líquido amniótico			
011205	Cantidad del líquido amniótico			
011206	Posición fetal			
011207	Presentación fetal			
011110	Puntuación del perfil biofísico			
Total		/50	/50	/50

Escala de evaluación: desviación grave del rango normal: 1; desviación sustancial del rango sustancial: 2; desviación moderada del rango normal: 3; desviación leve del rango normal: 4; sin desviación del rango normal: 5.

Dominio. Salud fisiológica

Clase. Regulación metabólica

NIC

Toma, interpretación y análisis de signos vitales

Resultado NOC

Signos vitales (0802)

Código	Indicador	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final
080201	Temperatura corporal			
080202	Frecuencia del pulso apical			
080203	Frecuencia cardíaca apical			
080203	Frecuencia del pulso radial			
080204	Frecuencia respiratoria			
080205	Tensión arterial sistólica			
080206	Profundidad de la inspiración			
080209	Presión del pulso			
Total		/40	/40	/40

Escala de evaluación: desviación grave del rango normal: 1; desviación sustancial del rango normal: 2; desviación moderada del rango normal: 3; desviación leve del rango normal: 4; sin desviación del rango normal: 5.

Dominio salud familiar**Clase. Estado de salud de los miembros de la familia****Resultados NOC****Estado materno durante el parto (2510)**

Código	Indicador	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final
251001	Mecanismos de superación			
251003	Uso de técnicas para facilitar el parto			
251004	Frecuencia de las contracciones uterinas			
251005	Duración de las contracciones uterinas			
251006	Intensidad de las contracciones uterinas			
251007	Progresión de la dilatación cervical			
251009	Presión arterial			
251010	Pulso			
251011	Glucemia			
251012	Temperatura corporal			
251013	Diuresis			
251014	Agudeza visual			
251015	Orientación cognitiva			
251016	Reflejos neurológicos			
Total		/75	/75	/75

Escala de evaluación: desviación grave del rango normal: 1; desviación sustancial del rango normal: 2; desviación moderada del rango normal: 3; desviación leve del rango normal: 4; sin desviación del rango normal: 5.

251008	Sangrado vaginal			
251017	Cefalea			
251018	Dolor epigástrico			
251022	Dolor con contracciones			
251023	Dolor de espalda			
251024	Náuseas			
251025	Vómito			
Total		/35	/35	/35

Escala de evaluación: grave: 1; sustancial: 2; moderado: 3; leve: 4; ninguno: 5.

Barros, Magalhães y Ferreira (2007), en un estudio cualitativo exploratorio, entrevistaron a nueve enfermeras que trabajan en centros obstétricos de cuatro maternidades públicas de San Luís, Maranhão, Brasil. La mayoría de ellas especialistas en enfermería obstétrica, con más de cinco años de graduación y más de cuatro años de trabajo en centros obstétricos. Sus edades variaban entre 25 y 57 años; predominaban los grupos de 25 a 34 años, y el de 40 a 49 años.

Los autores destacaron que la asistencia de enfermería al parto se presta solamente en ausencia del médico o por la imposibilidad de este de asistir a la parturienta. Puede percibirse en las enfermeras de este estudio la postura pasiva frente a su papel, que revela una práctica de enfermería determinada por la demanda del servicio médico, o sea, “cuando los médicos están ocupados” la enfermera asiste el parto.

Otro aspecto que se observa en el estudio es la falta de libertad de actuación, un discurso que demuestra de forma subliminal la dominación médica/sumisión de la enfermera, construida históricamente. Representado por el médico y la institución que reducen o niegan la autonomía de la enfermera en esta situación, permitiendo su participación solo cuando resulta conveniente y no como un espacio conquistado y legitimado por ella. Para desarrollar el trabajo con autonomía, la enfermera necesita independencia, seguridad, apoyo administrativo, gerencia del servicio, interacción armoniosa y respetable en el equipo multiprofesional.

Se observa una condición de trabajo insatisfactoria, que genera una sobrecarga de actividades más allá de la capacidad humana de la enfermera, quien debe ejercer múltiples funciones, sin aliento para reaccionar y actuar con autonomía.

La autonomía de las enfermeras del estudio en la asistencia al parto normal demostró estar limitada por el poder médico, por su desconocimiento sobre el respaldo legal para actuar en esta área del cuidado, por la deficiencia de conocimiento técnico-científico para el manejo del parto y por la sobrecarga de actividades, que provocan una respuesta de dependencia e inseguridad que afecta la autonomía.

Se constata la baja autonomía de las enfermeras del estudio en la asistencia al parto, en el sentido de mostrarse sumisas al médico, sin toma de decisiones o iniciativas propias. Se mostraron pasivas frente a episodios que les exigían una postura política en la busca de conquistar un espacio profesional que tienen garantizado legalmente.

Finalmente, el estudio reveló la necesidad que tienen las enfermeras de movilizarse y unir sus esfuerzos para construir sus bases de autonomía, basadas fundamentalmente en la competencia profesional en el área de obstetricia y en la definición de roles, para elucidar su campo específico de actuación. (NE: 2)

Recomendación

- Se recomienda a las y los profesionales de enfermería, usar NANDA, NIC y NOC para el cuidado de enfermería en sala de partos. (R: A)
- Las o los profesionales de enfermería se deben caracterizar por actuar de forma interdependiente, con empoderamiento y seguridad, aplicando los conocimientos científicos. (R: A)
- Las o los profesionales de enfermería se deben capacitar y actualizar permanentemente para brindar un cuidado con conocimiento, calidez, eficacia, eficiencia, pertinencia y continuidad. (R: A)
- Las o los profesionales de enfermería deben tomar, interpretar y analizar la monitoria electrónica fetal. (R: A)

Capítulo 2

El apoyo de los profesionales de salud y de la familia a la mujer en trabajo de parto y parto

Carraro, Knobel, Thaise, et al. (2008), en un estudio cualitativo cuantitativo meta-céntrico con 30 puérperas hospitalizadas en tres hospitales públicos universitarios, del estado de Florianópolis, del sur del Brasil, mostró que el apoyo continuo a la madre durante el parto ofrecido por las mujeres trae resultados positivos en la reducción del consumo de drogas para el dolor, parto instrumentado, duración del trabajo de parto y disminución de la tasa de cesáreas.

Además, resalta el rol de la enfermera que, en conjunto con el equipo de salud, asume su posición con responsabilidad ética, legal y moral, y no solamente técnica y científica; ella ayuda a la mujer durante el parto a explorar su cuerpo, conocer sus límites y seleccionar los mejores lugares y las formas en que ella y su bebé se sientan cómodos.

Esta actitud es la que da lugar para que las mujeres en sus testimonios hagan énfasis en su bienestar y en la posibilidad de poder elegir y tener la libertad de llevar a cabo el proceso de dar a luz, siempre acompañadas y guiadas por el equipo de enfermería.

Acciones como la presencia constante, la atención y la comodidad influyen positivamente; en los momentos difíciles ayuda el diálogo, e incluso pequeños actos como tomarle la mano hacen la experiencia del parto más cómoda y relajada. Es importante destacar que el contacto físico es un factor de comodidad importante, ya que trasciende las barreras entre el profesional y el cliente, estableciendo una relación de confianza y apoyo emocional. Algunos testimonios fueron:

Se sentaron a mi lado, me prestaron una mano que exprimí, hablaron conmigo, esto me hizo sentir más relajada. [...]

Tenía a la enfermera que lloró conmigo, una persona que me ayudó en ese mal momento, me voy de aquí satisfecha. [...]

Hablar me ayuda a calmarme, me pongo muy nerviosa y también me ayuda a disminuir el dolor. [...]

Los gestos de afecto y la compañía me ayudaron mucho; yo estaba sola, mi marido no había llegado. [...]

Me habló, explicó muy bien, aprendí a hacer la entrega en la posición en cuclillas. [...]

Me mostró todas las habitaciones para que yo eligiera dónde tener mi bebé; Ah! Esto fue una cosa interesante, porque cuando vamos allí dentro, creemos que será el fin del mundo.

Un aspecto por tener en cuenta en la atención a las parturientas es que el conflicto de opinión entre los profesionales también influye en el estado de la mujer. Uno de los testimonios constata: “El doctor dijo que no estaba lista, la enfermera vio que yo sí estaba lista y ella me atendió”.

La actitud es la que da lugar para que las mujeres en sus testimonios hagan énfasis en su bienestar y en la posibilidad de poder elegir y tener la libertad de llevar a cabo el proceso de dar a luz, siempre acompañados y guiados por el equipo de enfermería. (NE: 1)

La investigación de Pinto y Komura (2004) fue desarrollada en el Centro de Parto Normal (CPN) del Hospital General de Itapeperica da Serra (HGIS), municipio localizado en el estado de São Paulo, Brasil, con 24 profesionales: seis médicos obstetras (MO), seis médicos neonatólogos (MN), seis enfermeras obstétricas (EO), tres técnicas de enfermería (TE) y tres auxiliares de enfermería (AE). Como requisito debían tener mínimo un año en la institución.

Del estudio surgen las siguientes conclusiones:

- a.** Los profesionales tuvieron que superar muchas creencias y valores negativos en relación con los acompañantes.
- b.** “Consideraba que él no iba a seguir las orientaciones y que iba a obstaculizar el proceso” (AE 3). “Yo me preocupaba con el hecho de que ellos hagan algo que perjudicara el parto” (MO 4); “temía que ellos quedasen cuestionando nuestras conductas, dudando de nuestra capacidad” (MO 5, EO 2).

Muchos pensaban que los acompañantes podrían obstaculizar de alguna forma la rutina de la asistencia o perturbar la privacidad de otras mujeres, e incluso poner en riesgo algún aspecto de la asistencia (AE 2). La presencia de ellos podría quitar la libertad de las otras mujeres (AE 4). De repente, ellos podían hacer algo que pusiera en riesgo la vida de la mujer y del niño (MN 3).

- c.** Los profesionales no tenían experiencias con acompañantes y el inicio de la asistencia al parto con su presencia causó mucha ansiedad. El sentimiento de ansiedad presente durante todo el periodo de implementación y adaptación a un proyecto innovador fue un punto en común en la narrativa de la mayoría de los profesionales entrevistados.

Se considera, también, que la inclusión del acompañante en la asistencia al parto debe ser parte de un proyecto mayor, basado en una filosofía de asistencia que abarque todos los aspectos relacionados con ella. Con esto se busca una asistencia de calidad que considere la eficiencia profesional y la satisfacción de las necesidades en la perspectiva de las propias mujeres y respectivas familias.

Los profesionales involucrados con la educación y enseñanza representan figuras preponderantes en esta cuestión, sobre todo para la incorporación de la perspectiva humanística en la asistencia obstétrica.

Son transformaciones necesarias para promover el apoyo psicológico, el alivio del dolor y de la soledad en un momento crucial en la vida de la mujer (Enkin, Lumley y Keirse, 1995). Ello contribuirá a que la parturienta, su hijo y la familia vivan la experiencia del parto de forma saludable e integral, y lleven consigo el recuerdo positivo de un momento intensamente vivido y permeado por importantes significados simbólicos. (NE: 1)

Gavilán y Vélez (2009), en una tesis de tipo cualitativo con 11 púerperas (décimo día), realizaron una comparación entre el parto y el posparto con acompañamiento y sin acompañamiento. Se encontraron los siguientes resultados:

1. Parto y posparto sin acompañamiento. Testimonios:

No fue una experiencia grata: por ser clínica universitaria, muchas personas manipulan al paciente. [...]

Me dieron una ficha y cuando entré el médico estaba con dos estudiantes. [...]

Ellas solo me preguntaban cómo me sentía, y ya. Tampoco me gustó la atención de la enfermera, entraba cada 30 minutos. [...]

Lo sacaron que porque era un área restringida. Me acompañó a urgencias, cuando entré a la sala de partos, ya no lo dejaron entrar. [...]

La verdad no recuerdo que me hayan dado información para salir. No me dieron, ya después me tocó sacar cita para mí y el bebé como a los tres días, en la cita me examinaron y ya. [...]

Yo lo volví a ver hasta el otro día, en las visitas. [...]

No sabían ni dónde estaban parados, porque él les preguntaba y ellos no sabían, y así me iban a revisar.

2. En el parto con acompañamiento se evidenciaron testimonios como estos:

Mi esposo pudo estar todo el tiempo conmigo (fue más personalizado, tuve mayor atención). Mi esposo estuvo al lado mío brindándome apoyo.[...]

Algo distinto: cuando entré a la unidad, la enfermera me dijo que el doctor estaba en consulta y que ya me atendía; mientras tanto, ella le escuchó el corazón al bebé y miró cada cuánto tenía las contracciones. Me dijo que me cambiara para que el doctor me pudiera valorar. Siempre fue muy amable. [...]

Para que se den cuenta de todo lo que tenemos que padecer las mujeres, él no sabe mucho de eso, pero lo hizo bien, me sentí muy acompañada. [...]

Se portó como un príncipe: eso lo hizo como estar más pendiente de mí que con el bebé anterior. [...]

Recomendadísimo. Sí es bastante importante, porque el hecho de estar en una habitación sola... es diferente en cambio que el esposo o un familiar estén ahí con uno, es muy importante en ese momento de dolor, porque le da tranquilidad a uno.

El estudio concluye cómo las participantes que se encuentran en trabajo de parto necesitan especial atención en cada una de las fases, para tolerar el dolor, la ansiedad y el temor a complicaciones; por consiguiente, el apoyo de los profesionales de salud y de la familia disminuye cada una de estas emociones y sensaciones, y logran a su vez que estas culminen el trabajo de parto de manera confiable y segura (NE: 1)

Espita, Moreno, Ramírez y Vaca (2003), en una tesis para optar al título de enfermera, encontraron que durante la fase latente, 16 de las gestantes del estudio se mostraron colaboradoras; 13, atentas a explicaciones, y 12 expresaron calma.

En la fase activa aún se encuentran las anteriores características, teniendo en cuenta que la calma y el deseo de compañía son más notorios; también se evidencia que el cansancio, el llanto, la impaciencia y la expresión de dudas comienzan a manifestarse en el comportamiento de las gestantes. Durante esta fase, 10 de las 20 gestantes expresan su dolor mediante gemidos, otras 10 lo manifiestan por medio de la fricción de la zona dolorosa. En menor proporción se encuentran facies de dolor, lamentos y apretar los puños, cada uno de estos representados por siete gestantes.

En la fase expulsiva se identifica una necesidad de compañía constante, debido al temor y a la relación establecida con el grupo de investigadoras, ya que las gestantes expresan la importancia de este apoyo; así, la expresión más significativa fue apretar los puños, realizada por 11 gestantes; seguida de 9 gestantes que manifestaron gemidos; 7, lamentos; 5, facies de dolor, y 1 gestante friccionó la zona dolorosa.

En la fase de alumbramiento, 14 de las 20 gestantes se muestran atentas a explicaciones, 12 colaboran, 14 desean compañía, 11 expresan cansancio. Dentro de las características menos evidentes se encuentran el llanto, la indiferencia y la impaciencia. Se observa una intensidad de dolor leve reflejado en 16 de las 20 gestantes del estudio, y las 4 restantes lo clasifican como un dolor moderado. Algunos testimonios de las gestantes frente a la necesidad del acompañamiento fueron:

Todo me gustó, sobre todo el ambiente que se vivía y la compañía, que nunca me dejaban sola y no me regañaban. [...]

Lo que más me gustó fue la compañía de ustedes, porque uno se desespera por el dolor y necesita que alguien este apoyándolo constantemente. [...]

Pues que dejen que a uno lo acompañe alguien, porque uno se da cuenta que las enfermeras tienen mucho trabajo y uno se siente un poco solo, y esto es muy difícil.

La respuesta del personal de salud frente a las gestantes manejadas con terapias alternativas en la sala de partos fue:

Sí, se notó muchísimo la diferencia, porque esas mamitas tuvieron más afecto, se sintieron más cuidadas y sentían que había alguien que estuviera más pendiente de ellas, hacían caso a lo que ustedes le decían y eso les ayudaba considerablemente en su desarrollo del trabajo de parto; el dolor disminuía notablemente, se encontraban más tranquilas y el trabajo de parto con ellas era mucho mejor. (NE: 1)

Morhason, Adedokun, Ojengbede, *et al.* (2009), en un ensayo controlado aleatorizado realizado en el Hospital del Colegio Universitario de Ibadan, Nigeria, entre noviembre de 2006 y el 30 de marzo de 2007, con 632 mujeres embarazadas, de quienes 305 (96,5%) y 298 (94,3%) accedieron a participar en los grupos experimentales y de control. Así, 293 fueron estudiadas hasta dos horas después del parto y 292 hicieron parte del grupo control.

Del grupo experimental fueron excluidas: siete por no llevar a sus compañeros, dos tuvieron inducción del parto a los 35 y 36 semanas por rotura prematura de membranas, tres por cesárea de emergencia al ingreso por irregularidad cardíaca fetal.

De las 298 fueron excluidas, tres por cesárea electiva por razones médicas (dos desarrollaron preeclampsia severa a las 36 semanas y una transversa a término), y dos que tuvieron muerte fetal intrauterina a las 36 y 39 semanas. Todas las mujeres que participaron presentaban una dilatación cervical de menos de 6 cm.

En este estudio se encontró que en la sala de partos, el médico consultante confirmaba la fase del trabajo de parto mediante la realización de un examen pélvico bimanual y abdominal. Se proporcionó a los acompañantes un folleto informativo que explicaba su participación como acompañante. Este incluyó: un suave masaje en la espalda de la mujer durante la contracción, palabras tranquilizadoras, apoyo espiritual, y también actuar como intermediario entre la mujer y el equipo de cuidado de la salud.

Después de estudiar los folletos, se les permitió solicitar aclaraciones. El folleto informativo fue interpretado también por aquellos que no saben leer y escribir. La partera permitió y garantizó a los compañeros realizar sus funciones a lo largo de la espera.

A los compañeros se les dijo que ofrecieran soporte continuo y que iban a estar al lado de la paciente hasta dos horas después del parto, excepto durante la alimentación y el baño. Además, a los compañeros se les permitió presenciar el parto vaginal, incluyendo el parto instrumentado, con excepción de la cesárea. La decisión para cualquier intervención estaba basada en el juicio de por lo menos dos médicos mayores (residentes mayor o consultor), para asegurar la objetividad.

En el estudio, se vio que los esposos fueron los que más frecuentemente acompañaron a sus mujeres (65,4%), seguidos por las hermanas (16,4%), las madres (11%) y otras mujeres, como amigas, vecinas y esposas de los tíos (7,2%).

Resultados por grupo de tratamiento

El análisis multivariado se usó después de ajustar las variables básicas diferidas que podrían confundir los resultados entre los grupos.

1. El grupo de control tuvo una tasa significativamente más alta de cesárea, que en el grupo experimental (22,3% frente a 8,2%, $P < 0,001$), lo que resulta en el análisis multivariado en una mayor probabilidad de parto por cesárea del grupo control en 4,9 veces (IC 95% OR = 1,98-12,05).
2. El grupo experimental tuvo una experiencia de trabajo de parto más satisfactoria que el grupo control (grupo experimental 63,3 frente a 32,9 del grupo control, $P < 0,001$), lo que resulta en el análisis multivariado en una experiencia de trabajo más satisfactoria en 3,3 veces (IC 95% OR = 2,15-5,04).
3. En los resultados numéricos, las mujeres en el grupo control tenían una duración significativamente más larga de la fase activa del trabajo de parto que en el grupo experimental (5,3% frente a 4,7%, $P < 0,001$). Respecto al inicio de la lactancia materna, en el grupo experimental comenzaron la lactancia más temprano que en el grupo control (intervalo en minutos entre el parto y el inicio de la lactancia del grupo experimental de 16,3 frente al grupo control de 60,9, $P < 0,001$); también, se presentó una diferencia significativa en el grado de dolor durante el trabajo de parto: fue mayor en el grupo control que en el experimental (grupo experimental 6,3 frente a 6,9 en el grupo control, $P < 0,001$). (NE: 2)

Recomendaciones

- Las o los profesionales de enfermería deben actuar con imparcialidad y juicio crítico, protegiendo los derechos y promoviendo el cumplimiento de los compromisos de la mujer en trabajo de parto, su hijo por nacer y su red de apoyo. (R: A)
- Las o los profesionales de enfermería deben establecer un plan de educación y preparación para el acompañante que va a participar activamente en el trabajo de parto y parto. (R: A)
- Las o los profesionales de enfermería deben facilitar el ingreso y la participación del acompañante durante el proceso del trabajo de parto y parto. (R: A)

- Las o los profesionales de enfermería deben favorecer un ambiente agradable, tranquilo, facilitando la aplicación de las terapias alternativas, y brindar apoyo psicológico y soporte espiritual. (R: A)
- Las o los profesionales de enfermería deben propiciar y abogar por la atención del parto humanizado (anexo 2). (R: A)
- Las o los profesionales de enfermería deben promover la privacidad, llamar a la paciente por su nombre, mantener contacto físico y psicológico con ella y dar información al familiar. (R: A)

Capítulo 3

El saber de la partera

García (2008), en un estudio descriptivo retrospectivo, concluye que el ámbito familiar ha sido el lugar donde ha transcurrido históricamente el parto, y que han sido la partera/matrona junto con la familia los responsables de prestar los cuidados necesarios durante los periodos del embarazo, el parto y el puerperio.

El hecho de parir en casa, según nos enseña la historia, ha supuesto para la parturienta: un mayor grado de autonomía de movimiento y poder de decisión; tranquilidad por conocer y dominar el espacio físico en que se mueve, disminuyendo notablemente así la ansiedad que inevitablemente genera el parto; la ayuda directa de la familia, esta desempeña así un papel central en las distintas vertientes del cuidado, sobre todo con el apoyo psicológico; un mayor grado de intimidad, celosamente custodiada por otra mujer, la matrona, y por las otras mujeres de la familia; desarrollo de un parto más natural, al adoptar posturas más cómodas y fisiológicas que las de un centro hospitalario, bien en la silla de parir, bien en su propia cama; finalmente, la seguridad que transmite el hecho de ser atendida durante su embarazo, parto y posparto por una profesional que acumula arte y experiencia. (NE: 3)

Delgado, Calvache, Del Cairo Silva, Bedoya y Tabares (2006) desarrollaron un estudio cualitativo constituido por tres grupos focales (dos urbanos y uno rural), con 40 entrevistas semiestructuradas y en profundidad aplicadas al personal que atiende los partos en la zona rural de Guapi; por ser un municipio de difícil acceso —solo tiene acceso fluvial— y tener problemas en la comunicación y el transporte, la atención de un embarazo de riesgo puede acarrear graves complicaciones. Las parteras solo están en capacidad de atender un parto en condiciones normales; ellas tienen presente que ante una complicación o un parto que ven difícil, su deber es recomendar a las madres que atiendan su alumbramiento en la cabecera municipal.

La investigación en lo referente al trabajo de parto y alumbramiento, con testimonios de parteras, evidencia que:

“Antes del parto se alimenta a la parturienta con pescado, jaiba, piangua, gallina y carne de res”. El trabajo de parto inicia en algunos casos con los dolores y en otros con la ruptura de fuente. Cuando la madre comienza a sentir contracciones uterinas, algunas veces se prepara previamente de la siguiente manera:

Para que el parto sea más fácil, uno se echa la manteca de la zorra, uno se frota toda la barriga, eso se lo echa uno mucho antes de los dolores, pero en el tiempo que ya está para dar a luz, debe pringarse con el agua del carpintero, con la hoja de la pringamoza, la santa María y la hoja del algodón, o sea darse pringues y tomar

para tener más rápido el parto, y si más rápido uno lo quiere tener, se hace el aseo, se pone a tibia un agua que uno aguante bastante y se lava, entonces rapidito le vienen los dolores y más rápido tiene el hijo.

La partera dispone el instrumental necesario para la atención del parto, que previamente ha sido hervido en agua y alcohol; lava bien sus manos con agua y jabón, para posteriormente limpiarlas con alcohol; prepara la habitación en la cual se va a llevar a cabo el parto, evitando las corrientes de aire que puedan afectar al recién nacido, e igualmente prepara a la madre.

[...] Para atender un parto se utilizan los guantes, el plástico para recibir al niño, el alcohol, la tijera, la gasa y el cauchito para amarrar el ombligo [...]; mire, para limpiar todos estos instrumentos, uno primero lo que hace es quemarlos y de ahí se limpian con alcohol, eso más que todo es con las tijeras para cortar el ombligo [...]; en el tiempo de antes, no se hacía nada de esto y por eso era que los muchachos morían con tanto problema, entonces llegaban y ponían un machete al fogón, cogían una cuchilla de guadua y cortaban el ombligo y lo quemaban con ese machete, pues yo creo que con eso se le metían muchas infecciones a los niños.

Cuando la placenta no es evacuada inmediatamente después del nacimiento del niño, la partera introduce un dedo en la boca de la parturienta con el objeto de producirle náuseas, o le da a beber agua con sal con el mismo fin. Después de la salida de la placenta, la partera realiza una serie de sobijos sobre el vientre de la madre con la intención de ayudarle a eliminar todos los “entueritos” y de limpiarle la matriz.

[...] pues el sistema que cuando la mujer ya pare le dan su bebedizo de aguardiente con anís, canela, manzanilla, y entonces en el agua del día cocinan la manzanilla y la nacedera y le echan también para que se cocine ahí la quinigua, esa es para preparar y dársela en el momento y al otro día, debe estar tomando esa agua, no va a tomar agua fría y ni otra agua, solo la que ya se hizo de plantas [...] esa agua le ayuda a limpiar la matriz.

Respecto a la placenta, perdura una serie de creencias y prácticas culturales disímiles que van a incidir directamente en el estado de salud de la madre y del niño. No existe la misma concepción sobre el manejo que se le debe dar a la placenta: para algunas madres, esta debe ser enterrada debajo de la casa con el propósito de que sus hijos no se alejen de su entorno; otras la arrojan al río cuando está “vaciando” sus aguas en el mar.

Esta analogía representa para los habitantes de Guapi una limpieza total del vientre de la parturienta; es decir, que mientras el río en su curso natural “vacea” sus aguas, el útero de la mujer se limpia de toda impureza. Sin embargo, para otras interpretaciones, arrojar la placenta al río es augurio de que su hijo pueda morir ahogado:

Cuando es acá en la orilla se entierra, para que no se ahoguen los niños.

[...] nosotros la placenta la botamos al agua, porque si la enterramos, se les vuelve a las mujeres el entuerto muy duro y botándola al agua no le duele el entuerto [...], eso enterrado le duele hasta los ocho días, diez o veinte días le duele durísimo.

[...] la placenta aquí varias la tiran al agua y ya hay algunas que la entierran [...], mejor dicho, eso de tirarla al agua ha sido toda una costumbre, pero ahora ya para que la gente se conserve o evite tantos problemas, la entierran [...], porque con la placenta pueden lastimar o hasta matar a alguien [...].

Una vez la placenta se encuentra fuera del cuerpo de la parturienta, la partera centra su atención en el recién nacido, quien ha sido cubierto con una manta para regular su temperatura. En el municipio de Guapi, aproximadamente el 80% de los partos es atendido en el domicilio por parteras o promotoras de salud. Es necesario resaltar que la mayoría de las parteras, tanto de la zona rural como urbana, han recibido algún tipo de capacitación por medio de campañas de salud que el Hospital San Francisco de Asís y otras instituciones prestadoras de salud y agencias internacionales han adelantado en la zona. (NE: 1)

En un estudio cualitativo etnográfico de Laza y Ruiz (2009), la muestra fue teórica y estuvo conformada por la información suministrada por siete parteras tradicionales del valle del río Cimitarra (Colombia). Se identificaron cinco dominios culturales: alistarse para la atención del parto, identificar el momento del parto, ayudar a la mujer a parir, proteger al bebé después del nacimiento y proteger a la mujer después del nacimiento.

1. Alistarse para el parto: la desinfección fue un elemento de gran trascendencia; para desinfectarse lavaban sus manos con abundante jabón y agua, y se echaban alcohol. Esta práctica la realizaban al llegar al sitio de la atención, antes de examinar a la parturienta y después de limpiar al bebé y a la mujer; además, previamente se cambiaban de ropa y se cortaban las uñas. La preparación también incluía búsqueda de ayuda divina en un contexto católico. Otros dos temas incluidos en este dominio fueron: preparar los elementos necesarios para la atención (tijeras, guantes, alcohol, el “cadejito” para amarrar el ombligo del bebé, hierbas calientes y enjundia de gallina para sacar el frío de la barriga de la mujer), y buscar apoyo para la atención del parto (familiares o vecinos), para brindar acompañamiento a la mujer y preparar alimentos calientes.
2. Identificar el momento del parto: en este dominio la acción inicial es preguntarle a la mujer, se pregunta si hay dolores, características del dolor (duración, intensidad y frecuencia), sensación de pujo; además, las parteras observan si el rostro está “desencajado” (ojerudo y cansado), el descuelgue de la barriga, la posición del niño por nacer, y valoran “partes íntimas” (abultadas o dilatadas).
3. Ayudar a la mujer a parir: se definen dos momentos durante la atención del parto, “pariendo” o “momento de parto”, que es cuando se presentan todos los signos de un trabajo de parto, y “parir”, que corresponde al nacimiento del niño y la placenta. Una vez establecido el momento del parto, la partera inicia unas prácticas encaminadas a sacar el frío de la barriga de la mujer (dar bebidas calientes y sobar) y otras a facilitar la “salida” del bebé (poner a la madre a caminar, romper “la fuente”,

educar en la respiración y el pujo, poner a la mujer en posición cómoda para parir: acostadas, arrodilladas o en cuclillas).

Un testimonio de una partera fue: “Uno pone a la mujer si ella está acostumbrada a tenerlo en la cama, uno la pone, y si está acostumbrada en el suelo, arrodillada, uno las coloca así, como la mujer diga”.

4. Proteger al bebe después del nacimiento: este dominio involucra varias prácticas, como cuidados con el ombligo, evitar que el bebé se infecte y examinar al bebé. Con el ombligo, los cuidados están dirigidos a evitar que el bebé se desangre o se infecte; una vez cortado el ombligo, lo amarran fuerte, queman las venas del ombligo con una vela de sebo o cuchara caliente al rojo vivo, y finalmente se faja al bebé con un fajero o trapo limpio. Para prevenir la infección, las parteras desinfectan la cabuya y los elementos de corte con alcohol, lo limpian con desinfectante (Isodine® o Dioxogen®) y finalmente lo tapan con gasa hasta tres días después, cuando debía caer el ombligo.

Por último, en este dominio examinan al bebé, limpian la boca del bebé, envuelven el segundo dedo en un trapo limpio y lo utilizan en forma de gancho, aspiran con su boca las secreciones y revisan la integridad del paladar.

5. Proteger a la mujer después del nacimiento: en este dominio, las prácticas están encaminadas a disminuir la vulnerabilidad causada por la “apertura” y el desequilibrio “frío-calor” del cuerpo de la mujer, y a prevenir complicaciones.

La placenta debe ser enterrada y tapada con elementos que provean calor; para que la placenta salga, soban la parte inferior del abdomen con enjundia de gallina durante tres a cinco minutos; una vez sale la placenta, es revisada para comprobar la integridad, si la placenta no sale, se oprime la barriga y se administran antibióticos. Una vez sale, se bañan las partes íntimas con agua tibia y alcohol.

Finalmente, se cierran las caderas, sobando y fajando la cintura, para evitar que la mujer sufra dolor al entrar el frío y para evitar la entrada de infecciones durante el parto.

Pues toda la fuerza que hace uno para parir el bebé, eso es mucha fuerza, y las caderas se desacomodan y eso da mucho dolor después, entonces, uno por eso las faja, primero lo hace con mañita por aquí (señala las caderas), la soba suavcito de atrás hacia adelante, de lado, y después le pone un trapo bien apretadito.

La investigación concluye la necesidad de tener en cuenta que en el caso de una intervención profesional para negociar y reestructurar las prácticas que a la luz de la evidencia científica sean imprescindibles, se mantenga una postura de respeto por los saberes de las parteras tradicionales y en las condiciones que desarrollan su quehacer. (NE: 1)

En el siguiente apartado se abordan los resultados encontrados en el estudio cualitativo de Pelcastre, Villegas, De León, Díaz, *et al.* (2005), con 25 parteras y parteros tradicionales de la región media y huasteca de San Luis Potosí, en México, en diciembre de 1998.

Motivos de inicio a la partería y características de su práctica

El grupo de parteras y parteros investigado se inició en esta práctica a una edad promedio de 42 años; su experiencia se ubica alrededor de los 15 años de ejercicio. Los motivos que inician a las personas en este oficio son muy diversos, sin embargo, pueden agruparse en dos: aquellos que se inician asistiendo, y en ocasiones sustituyendo a las parteras de edad avanzada, quienes les adiestran en esta práctica; y aquellos que ante la falta de asistencia médica oportuna, se vieron en la necesidad de enfrentar la atención de un parto, sin conocimiento previo, generalmente el de la esposa, en el caso de los hombres.

Condiciones de trabajo y recursos

Esta categoría hace referencia a las condiciones de trabajo de las parteras, el material que utilizan el espacio en el que atienden, la manera como llevan a cabo su tarea, así como las recomendaciones que hacen.

El lugar ideal para atender a la parturienta es su propia casa, sitio que encuentra propicio para la resolución del parto. Entre los espacios destinados, el suelo es el más común; la posición preferida para el parto es muy variada, puede ser sentada, parada, acostada, hincada o en cuclillas, dependiendo de la comodidad de la parturienta. Las parteras perciben que el parto está próximo, generalmente guiadas por la frecuencia de las contracciones. “Ah, pues este, dan más, si cuando se entiesan le dan seguidito [las contracciones], y cuando ya va a nacer, le dan más seguidito, le damos unas yerbas para que le den más dolores”.

En cuanto a la higiene, limpian el lugar donde se atenderá el parto, bañan a la parturienta, le ponen un plástico y encima ponen una sábana limpia; en el momento en el que nace el bebé, cortan el cordón umbilical con carraizo o navaja, pues consideran que este tipo de material se corresponde con la cualidad “caliente” de las parturientas. Algunas parteras, sin embargo, han incorporado el uso de tijeras. Ligan el cordón con cinta o hilo, o con el mismo cordón umbilical, posteriormente bañan al bebé, y a la mujer le lavan sus genitales con agua y jabón. Proporcionan remedios para el dolor a las mujeres después del parto, le indican reposo por lo menos de ocho días.

Dentro de las complicaciones más frecuentes referidas por las parteras se cuentan la caída de la matriz, el bebé parado (posición podálica), el nacimiento de gemelos y el rompimiento de la fuente. Dificultades que algunas veces resuelven con sus conocimientos, pero cuando la situación las sobrepasa, deben remitirlas al centro de salud más cercano.

El acceso a los centros de salud es un problema frecuentemente referido, con difícil acceso geográfico, tienen que caminar una o dos horas, y recorrer distancias mayores a 12 km. En estas comunidades las mujeres acuden a las parteras antes que al centro de salud, además del problema anteriormente referido, esto se debe a la desconfianza que genera la institución, los altos costos, el miedo, la falta de traductores y la percepción de una práctica médica no acorde con sus costumbres.

Creencias, costumbres y mitos

Sobre las creencias y mitos sobre el embarazo, el parto y el puerperio, en el estudio se identificaron algunas creencias que revelan las preocupaciones de las mujeres y de las parteras y parteros sobre la salud del niño y de la madre, así como el significado que se les atribuye a ciertas costumbres.

- El eclipse, efectos: la niña o el niño nace sin boca, o sin orejas, o sin una mano o pie; “no sale bueno”. Cuando hay eclipse y una mujer está embarazada, al terminar el eclipse se lava el utensilio donde hacen las tortillas, llamado comal, se junta el agua y se le da a tomar a la señora para evitar malformaciones en el niño.
- El arcoíris, efectos: la niña o el niño sale manchado, sobre todo en la cara; para evitarlo, la partera recomienda no salir, no El mal aire tiene como efecto ver el arcoíris. la enfermedad y la muerte; para evitarlo, debe poner una cinta en la mano izquierda del recién nacido, para protegerlo.
- La placenta: si se entierra correctamente, los niños no se van lejos, no dejan a sus padres, o las niñas no se casan lejos. Si los perros desentierran y se llevan la placenta, el recién nacido se llevará a su familia muy lejos.
Si desvían la mirada cuando van a enterrar la placenta, al niño le sale la vista de lado. La persona que lleva la placenta debe ir derecho, sin voltear, hasta el lugar donde la van a enterrar. Deben entrar por la puerta contraria a la que salieron, y dar la vuelta para evitarle al niño la envidia o la crítica; para que crezca sano.
- El significado del ombligo: es carne del hijo, que no debe tirarse, sino sembrarse o enterrarse. Para cortar el ombligo, se debe buscar el lado caliente de este.

Ritos y costumbres

Las mujeres no pueden comer frijoles después de parir, porque salen pecas en la cara; ni pescado, porque dicen que se secan (dejan de producir leche). No comer tomate ni ají después del parto, porque se hinchan. Antes de atender un parto, la partera barre el lugar, prende una veladora y ora para que no tenga ningún problema. La suegra o la abuelita deben bañar al recién nacido para sentir el calor del nieto.

Las hierbas que se utilizan para la cura se ponen debajo del comal para que la persona que tiene mal de ojo no se lo pase a otra. Se tiene que pedir a Dios cuando va a nacer un niño para que no se esfume la nueva vida.

Cobijar a la parturienta para que no se enfríe el estómago. La preocupación de las parteras se centra en proporcionar atención, y con ello bienestar a la mujer y al bebé, esto les lleva a incorporar en su práctica remedios que por tradición y conocimiento ancestrales ayudan a mitigar de alguna manera los malestares asociados con el embarazo, el parto y el puerperio. (NE: 1)

Recomendaciones

Las y los profesionales de enfermería deben respetar las prácticas culturales de las parturientas enmarcadas en conservar, negociar o reestructurar el cuidado. (Teoría de Madeleine Leininger). (R: A)

Las y los profesionales de enfermería deben reconocer el saber de las parteras como arte y experiencia. (R: A)

Las y los profesionales de enfermería deben adoptar las prácticas favorables que usan las parteras en beneficio de la madre, recién nacido y familia. (R: A)

Capítulo 4

Parto humanizado

Andrade Sampaio, De Vasconcelos Silva y Ferreira Moura (2008) realizaron un estudio cualitativo descriptivo exploratorio con 30 embarazadas adolescentes, en un hospital del distrito de Fortaleza-CE, Brasil, en el periodo de marzo a abril de 2003.

Los datos fueron obtenidos por medio de una encuesta semiestructurada realizada a 30 embarazadas adolescentes, cuyos partos ocurrieron en el respectivo hospital. Algunos aspectos de la dinámica de los servicios fueron observados y las informaciones importantes fueron registradas en un diario de campo.

Explicaciones acerca del trabajo, incluyendo los objetivos y el método de encuesta, fueron dadas a las participantes, así como también la garantía del sigilo y la posibilidad de salir de la encuesta si fuera conveniente.

La participación fue oficializada por la firma del término de consentimiento, de conformidad con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Sanidad en encuestas sobre seres humanos (2001). Las embarazadas fueron identificadas por las iniciales de sus nombres. Se organizaron después de la recolección de datos, por medio de lecturas sucesivas, percepción de las convergencias y categorización, teniendo en cuenta las prácticas que son útiles y que deben ser enfatizadas durante el parto.

El parto humanizado es considerado en Brasil a partir del año 2000, como una necesidad que genera un movimiento en el ámbito nacional, con el compromiso de despertar en los profesionales de salud una visión favorable respecto a la naturaleza y fisiología del parto y el nacimiento. “Los autores Andrade Sampaio, De Vasconcelos Silva y Ferreira Moura, refieren que la atención humanizada del parto posibilita, a las embarazadas, disfrutar de recursos para tornar el proceso de alumbramiento más participativo, agradable y seguro”.

Se resalta en el artículo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las prácticas comunes en la conducción del parto normal en cuatro categorías, dependiendo de su utilidad y eficacia. La categoría “A” que es la básica del estudio, envuelve prácticas que son útiles y benéficas para el trabajo de parto y parto, que favorecen tanto a la embarazada como al bebé, y por ello deben ser estimuladas (Secretaría de Sanidad, 1998). Entre esas prácticas, el estudio buscó analizar las siguientes:

1. Ofrecer a la mujer el máximo de informaciones y explicaciones.
2. Libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto.
3. Técnicas no invasivas y no farmacológicas de alivio del dolor durante el trabajo de parto, como masaje y técnicas de relajación.
4. Contacto precoz piel a piel entre madre y bebé.
5. Apoyo al inicio del amamantamiento materno en la primera hora del posparto.

El servicio dispone de camas que ofrecen múltiples posibilidades de cambio de posición; se transforman incluso en sillas, para permitirle a la embarazada elegir la posición más conveniente para parir (recostada, en cuclillas y otras). Otros recursos son usados para reducir la incomodidad de la embarazada y favorecer la evolución del trabajo de parto, como el apoyo en pelotas y caballitos, baño con agua tibia, y un ambiente con decoración en color verde, para romper la rigidez del ambiente hospitalario.

Resultados del estudio

Caracterización de las participantes

- Entre las 30 adolescentes puérperas que participaron de la encuesta, 10 (33,3%) tenían entre 15 y 16 años, y 20 (76,7%), entre 17 y 19 años.
- En cuanto a la escolaridad, 16 (53,3%) tenían la enseñanza fundamental incompleta (primer grado) y 4 (13,3%), completa; 8 (26,7%) estaban cursando enseñanza media (segundo grado), y 2 (6,7%) la habían concluido.
- La frecuencia de adolescentes que vivían en unión consensual con el compañero fue de 19 (63,3%); 5 casadas (16,7%), y 6 solteras (20%).
- En relación con la ocupación, 21 (70%) de las embarazadas se presentaron como domésticas; 6 (20%), como estudiantes, y 3 (10%), sin ocupación.
- De las entrevistadas, 23 (76,7%) eran primíparas y 7 (23,3%) estaban en el segundo embarazo.

Conocimiento de las adolescentes sobre la categoría del profesional que las atendió en el parto

Cuando eran indagadas sobre la categoría del profesional que la atendió en el parto, la mayoría 22 (73,3%) informó que fueron el médico y la enfermera; 3 (10%) se refirieron a la enfermera; 2 (6,7%), al médico; 2 (6,7%), al médico junto con la auxiliar de enfermería, y 1 (3,3%) citó el académico. En el transcurso de las entrevistas, llamó la atención que 20 de las gestantes (66,7%), no reconocieron quién fue la enfermera presente durante la atención del parto.

Empíricamente se puede afirmar que las pacientes, en general, no identifican la categoría del profesional que les está prestando el cuidado, de manera que los profesionales de enfermería, son confundidos con médicos o con auxiliares de enfermería, lo que merece ser tomado en cuenta para proporcionar la identificación de los profesionales involucrados en la atención y cuidado de la gestante.

Información pertinente y adecuada para las gestantes

Una actividad humanizante que deben realizar los profesionales de enfermería durante el cuidado y atención de la gestante en salas de partos, es la de ofrecer información y explicaciones claras, ya que en los estudios revisados se encuentra que solamente 12 (40%) de las gestantes encuestadas, habían recibido explicación acerca de los procedimientos que se iban a realizar.

La ausencia de comunicación e interacción asertiva es perjudicial para las madres, ya que les puede generar ansiedad y afecta los vínculos afectivos y de confianza que debe existir entre los profesionales de enfermería y la gestante, además, es la forma de dar cumplimiento a los objetivos de informar y aclarar las dudas e inquietudes a la madre, para lograr su participación activa en la toma de decisiones durante el nacimiento y posteriormente, para su autocuidado y el que debe recibir su recién nacido.

El consentimiento informado que se brinda a la usuaria sobre los procedimientos, técnicas y cuidados a los que va a ser sometida es un derecho, así como un principio ético y moral que debe ser seguido por los profesionales y que, por lo tanto, debe estar presente en la propuesta de humanización de la atención. (Burroughs, Rodríguez, Montecuma y Silva, 2001).

Libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto

De acuerdo con Balaskas (1993), la superficie del área del canal de parto puede aumentar hasta en el 30% cuando la mujer pasa de estar acostada a la posición en cuclillas. En la posición supina, el peso del útero grávido reduce el flujo sanguíneo placentario por la compresión de la arteria aorta descendente y de la vena cava inferior. Estudios recientes también comprobaron ventajas que una embarazada tiene cuando camina, o hace variaciones de la posición erecta, durante el trabajo de parto, en detrimento de aquellas que se mantienen en el lecho.

En este contexto, el estudio constató que 19 (63,3%) de las embarazadas adoptaron la posición horizontal durante el parto, seguido de 10 (33,3%) que parieron en la posición semicuclillas (en la cama) y solo 1 (3,3%) adoptó la posición lateral.

Técnicas no invasivas y no farmacológicas de alivio de los dolores del trabajo de parto

Uno de los elementos considerados como relevantes en el cuidado humanizado de las embarazadas es la utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio de los dolores del parto. De las embarazadas entrevistadas, 19 (63,3%) afirmaron haber recibido del equipo de enfermería algún recurso para minimizar los dolores del parto. Los más usados fueron el baño con agua tibia, los masajes y el caballito o 'balancito',

que consiste en estimular a la embarazada a mover las caderas de un lado para el otro de forma circular para facilitar el encaje y rotación del feto en la pelvis. Son técnicas que estimulan el aumento del flujo sanguíneo, mejorando la circulación cutánea y de los tejidos, y removiendo los productos del cansancio. Sin embargo, 11 (36,7%) de las embarazadas no recibieron ningún medio de alivio para minimizar sus dolores; una paciente informó haberse negado a recibir cualquier método de alivio, y otra resaltó que no hubo tiempo para realizarlo, pues llegó al servicio en el periodo expulsivo.

“Durante una hora la enfermera me hizo masaje, me puso a bañarme y se quedó conmigo, a mi lado. Yo andaba siempre que podía”

Otro comentario fue: “la enfermera me puso en el caballito, después fui a la pelota, entonces en el caballito ella hizo masaje. ¡Ah! También me bañé en agua tibia, y eso disminuye más los dolores (A. M. P. D. N.)”.

Estímulo al primer contacto físico entre madre y bebé, y al amamantamiento posparto

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Brasil, los principales objetivos de la atención inmediata del recién nacido son proporcionar condiciones óptimas que permitan ayudarlo en su adaptación a la vida extrauterina y estar preparados para intervenir en aquellos casos que presenten condiciones patológicas que pongan en riesgo su vida.

La atención del recién nacido normal requiere de secado inmediato evitar la hipotermia, y colocarlo con la madre para un contacto piel a piel, íntimo y precoz. Todos los procedimientos habituales, como pesar, tallar, tomar medidas antropométricas, aplicar vitamina K y otros, deben ser realizados después del contacto con la madre (Ministerio de la Sanidad, 2003).

De las entrevistadas, 27 (90%) tuvieron contacto precoz con sus recién nacidos. Solo 10 (33,3%) de las adolescentes fueron estimuladas a iniciar el amamantamiento aún en la sala de parto. Entre las que no fueron estimuladas, 8 (26,7%), expresaron que “el niño había sido llevado, pronto después del parto, para ser limpiados”, sin ninguna otra explicación.

[Tan] Pronto nació [lo] pusieron encima de mí, le cortaron el cordón umbilical y después le llevaron para bañarse (R. F. C.). [...]

Ellos llevaron el niño y solo me lo entregaron al día siguiente, por la mañana. (N. W).

Necesidades y expectativas de las embarazadas en relación con la atención recibida

Los autores refieren que en los testimonios se constata que la atención “de buena asistencia” para las participantes se limita a la presencia de alguien a su lado, durante el trabajo de parto y parto, que proporcione el apoyo y la atención necesaria para mantener el equilibrio emocional, reduciendo, así sus tensiones y miedos.

Ya está. Si yo supiera que era así, yo habría venido aquí para que aquí naciera mi primer hijo. Uno tiene miedo de que las personas sean ignorantes, que no tengan paciencia, pero fue todo al contrario. Yo las vi bañando a las otras mujeres, poniéndolas en el caballito y en la pelota, que pena que no hubo tiempo para que yo lo hiciera también. Pero está todo maravilloso. (L. F. A.) [...]

No sé explicar, una parte fue ruin y otra fue buena. Hasta que rompió aguas, ellas no hicieron nada por mí, pero, después que rompió aguas se quedaron conmigo. Entonces, cuando el bebé nació, ellas salieron y me dejaron sola y con la placenta. Tuve que llamar a una persona para sacar la placenta y limpiarme. (A. C. G. G.)

La relación entre enfermera y embarazada es establecida con atención, cordialidad, respeto y resolución de los problemas; el equipo de enfermería debe estar atento a las necesidades de la embarazada y sus expectativas, dispuesto a orientar y responder sus cuestionamientos, por medio de la observación, la solidaridad, el apoyo y el calor humano continuo.

Sería bueno que todos los hospitales hicieran de esa manera. Ya es un sufrimiento tener el bebé y aún tener una mala atención. A mí mucho me gustó, y espero que mejore más y más. (L. C. F., 19 años) [...]

Me gustaría que ellas fuesen más comprensivas, se quedasen con nosotras todo el tiempo que sea necesario. (J. S.)

Los autores refieren que la información aportada por las participantes deja entrever que sus solicitudes y expectativas acerca del cuidado de enfermería son mínimas, ya que solamente requieren la presencia de un profesional que les dé atención, cariño, orientación, y les transmita seguridad a partir de sus conocimientos.

Los autores refieren las siguientes conclusiones:

1. El estudio demostró que el enfermero está perdiendo oportunidades para optimizar su calidad profesional durante el proceso de atención de las gestantes, puesto que la obstetricia es un amplio espacio de formación y crecimiento tanto para la gestante y su familia como para los profesionales de la salud.
2. En relación con las necesidades y expectativas de las adolescentes acerca de la atención recibida, se identificó que estas solicitan solamente satisfacer sus necesidades afectivas (cariño, atención, afecto y comprensión) y de desarrollo (aprendi-

zaje), funciones que pueden ser realizadas por la enfermera, al percibir el cuidado de enfermería con enfoque holístico. (NE: 1)

Iglesias Casas, Conde García y González Salgado (2009), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los resultados de la implantación de una vía clínica (VC) de atención durante el parto basada en la evidencia científica y cuantificar su grado de cumplimiento por parte de los profesionales sanitarios. Se trata de un estudio observacional, descriptivo retrospectivo.

Se establecieron dos periodos de estudio: de abril a diciembre de 2007 (grupo de control previo a la VC) y de abril a diciembre de 2008 (grupo de estudio de la VC). La población estuvo constituida por todas las mujeres que dieron a luz en el Hospital do Salnés en España, en ambos periodos. No hubo exclusiones.

En una primera fase del estudio, se compararon variables perinatales entre ambos grupos para evaluar el impacto de la VC y conocer cómo ha mejorado la calidad de la atención. En una segunda fase, se definieron indicadores y estándares para conocer el grado de cumplimiento de la VC por parte de los profesionales.

Se compararon los resultados obtenidos en las variables perinatales (tabla 1) de los 500 partos del periodo abril-diciembre de 2008 con los resultados de un grupo control formado por los 443 partos atendidos durante el periodo abril-diciembre de 2007, en un estudio antes-después.

Tabla 1. Evaluación del impacto de la Vía Clínica

Variables perinatales		Abril-diciembre de 2007 (443)	Abril-diciembre de 2008 (500)
Nulíparas		61,4% (n = 272)	63,2% (n = 316)
Multíparas		38,6% (n = 171)	36,8% (n = 184)
Tipo de parto	Cesárea	26,2% (n = 116)	18,8% (n = 94)
	Eutócico	61,6% (n = 273)	70% (n = 350)
	Instrumental	12,2% (n = 54)	11,2% (n = 56)
Ofrecimiento de rasurado		0%	0%
Ofrecimiento de enema		0%	0%
Acompañamiento continuo		100%	100%
Comienzo del parto	Inducción	26,7% (n = 118)	22,2% (n = 111)
	Estimulación oxitócica	28% (n = 124)	22,2% (n = 111)
	Parto espontáneo	36% (n = 160)	50,8% (n = 254)
Uso epidural		73,1% (n = 294)	64% (n = 305)
Partos vaginales sin epidural		23,8% (n = 78)	33,7% (n = 137)
Episiotomía en parto vaginal		29,6% (n = 97)	20,4% (n = 83)
pH cordón umbilical < 7,20		6,5% (n = 29)	10,8% (n = 54)

Indicadores de cumplimiento de la vía clínica

Se valoró el periodo abril-diciembre de 2008 (puesta en marcha de la VC), definiendo unos indicadores y estándares basados en la bibliografía consultada. Algunos indicadores fueron creados específicamente para la VC del parto, al no existir estándares publicados y reconocidos para esos procesos.

Promoción del protagonismo y la corresponsabilidad de las mujeres en su propio parto

La gestante debe ser informada de los diversos procedimientos que engloba la atención durante el parto. En el hospital se realizan dos veces al mes charlas informativas grupales dirigidas a las gestantes y a sus acompañantes sobre las opciones existentes. La captación se realiza a través de las matronas de atención primaria, que las animan a participar a partir de la semana 33 de gestación.

Se favorece que presenten planes de parto informados, que los asistentes al parto deberán respetar siempre que sea posible. Para ello, se ha diseñado una consulta a la que acuden alrededor de la semana 36.

Evaluación de la calidad obstétrica percibida

El día del parto se entregaba a la madre una encuesta de satisfacción anónima que debía devolver diligenciada el día del egreso hospitalario. Se escogieron los siguientes ítems:

- Opinión de la atención prestada por las matronas: muy buena, buena, normal, regular, mala, no sabe/no contesta. Estándar: muy buena >80%.
- ¿Considera que se respetó el plan de parto?: sí, no, no sabe/no contesta. Estándar: se respetó >80%.
- ¿Se explicaron las razones que no permitieron respetar el plan de parto?: sí, no, no sabe/no contesta. Estándar: se explicó convenientemente >95%.
- ¿Volvería a dar a luz en este hospital?: sí, no, no sabe/no contesta. Estándar: volvería a dar a luz >90%.

Resultados

Evaluación del impacto de la vía clínica

El número de partos en el periodo de estudio aumentó en un 11,4% (n= 57). Se favoreció el acompañamiento durante todo el proceso en el 100% de los casos en ambos grupos.

En la anterior tabla, se muestran los resultados asociados al resto de las variables de estudio para los dos periodos analizados: paridad, tipo de parto (cesáreas, partos eutócicos partos instrumentados, partos vaginales tras cesárea), forma de inicio del

parto (inducción, estimulación oxiócica, parto espontáneo), ofrecimiento de rasurado y enema, uso de anestesia, práctica de episiotomía y pH de cordón umbilical.

Evaluación de los indicadores de cumplimiento de la vía clínica

Las 500 mujeres que dieron a luz en el Servicio de Obstetricia del Hospital do Salnés en España, entre el 1 de abril y el 31 de diciembre de 2008 fueron incluidas en el estudio, obteniéndose, por tanto, una cobertura del 100% de los casos. En la tabla 2, se recogen los resultados sobre el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la vía clínica: asistencia a la charla informativa grupal, entrega del plan de parto por escrito porcentaje de desgarros, porcentaje de mujeres con lactancia materna exclusiva al alta, porcentaje de cesáreas, lugar del parto eutócico, postura del parto eutócico, consumo de líquidos durante el proceso de parto, promoción de la deambulación y los cambios posturales, ofrecimiento de métodos no farmacológicos de alivio del dolor, porcentaje de episiotomías en partos eutócicos, pinzamiento tardío del cordón umbilical y contacto precoz piel con piel.

Tabla 2. Indicadores cumplimiento de la vía clínica de la VC

Indicador	%	Estándar
Mujeres que asisten a la charla informativa grupal	56,8 (n=284)	>60%
Entrega plan de parto	49,4 (n=247)	>60%
Tasa de desgarros III/IV grado	0,2 (n=1)*	<0,3%
Lactancia materna exclusiva al alta	68,4 (n=342)	>75%
Tasa cesáreas (excluidas podálicas)	15,6 (n=78)	<18%
Lugar del parto eutócico:		
• Sala de dilatación	69,1 (n=242)	>70
• Paritorio	30,8 (n=108)	<30
Postura del parto eutócico:		
• Litotomía	25,1 (n=88)	<25%
• Otras posturas	74,8 (n=262)	>75%
Partos en Vertical	27,7 (n=97)	>30%
Permitida ingesta de líquidos	95%	>90%
Favorecida deambulación y cambios posturales	100%	100%
Ofrecimiento métodos de alivio de dolor no medicamentosos	100%	100%
Uso de métodos alternativos de alivio de dolor	47,4 (237)	>50%
Mujeres usan bañera en dilatación/expulsivo	10,2 (n=43)	>25%
Tasa episiotomía en partos eutócicos	9,5 (n=34)	<30%
Episiotomía en nulíparas	12,4 (n=23)	<20%
Episiotomía en múltiparas	6,6 (n=11)	<10%
Pinzamiento tardío cordón umbilical	8 (n=256)	>75%
Contacto precoz piel-piel madre	73,2 (n=366)	>70%
*Desgarro de III grado en un parto instrumental sin episiotomía		

Evaluación de la calidad obstétrica percibida

Contestaron a la encuesta de satisfacción el 35,2% de las mujeres (n= 176). Respecto a la opinión sobre la atención prestada por las matronas, el 81,8% (144 casos) de las encuestadas contestaron que consideraban la atención muy buena.

Entre las encuestadas que entregaron el plan de parto (n= 158), un 65,8% (n= 104) estuvieron de acuerdo en que dicho plan había sido respetado. De las 54 mujeres que respondieron que no se había cumplido algún punto, el 96,3% (52 casos) estuvieron de acuerdo en que se les había explicado correctamente por qué no podía cumplirse. Respondieron que volverían a dar a luz en este hospital el 91,4% de las encuestadas (n= 161).

En conclusión, para que la humanización del parto sea un hecho y se adopten unas prácticas clínicas en el parto y posparto respetuosas, eficaces y humanas, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios, las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales. La elaboración de una vía clínica del parto en un hospital puede ser una herramienta de calidad que favorezca esta transformación, al disminuir la variabilidad clínica, mejorar la satisfacción de la mujer y su pareja, fomentar la formación y la investigación y favorecer la práctica basada en la evidencia.

A pesar de los buenos resultados cosechados, la evaluación de la VC nos ha permitido analizar sus puntos clave y realizar propuestas para mejorar la calidad de la asistencia del parto y del nacimiento. Entre ellas figurarían las siguientes: reducir la tasa actual de inducciones o partos instrumentados buscando mantener en el futuro la tendencia actual descendente; animar a que las mujeres continúen entregando planes de parto; mejorar la cantidad de métodos de alivio de dolor ofrecidos, alternativos a la epidural, y por último, intentar aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva al egreso hasta los niveles recomendados por UNICEF.

Las maternidades en España deben modificar los paritorios hacia espacios donde los profesionales puedan desarrollar prácticas más humanizadas, que demanda un número cada vez mayor de usuarias. De esta manera, contribuiremos a que la maternidad sea un placer responsable para las madres, los padres y los profesionales que acompañamos en partos y nacimientos. (NE: 2).

Arteaga (2002), en un estudio comparativo realizado en las dependencias del servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Vall d'Hebron, en Barcelona, resalta que el 75,9% de las gestantes del grupo refirieron desear una anestesia epidural para enfrentar los dolores del parto. Casi un cuarto de ellas preferían enfrentar el parto sin ningún tipo de anestesia.

La mayoría de las respuestas giraron en torno a la posibilidad de que durante el parto se necesitara alguna intervención adicional en el feto o en la madre (25,6%). El 23,1% de las respuestas se referían al temor de experimentar dolor. Solo cuatro gestantes (13,8%) refirieron no tener ningún temor asociado con el próximo parto.

Un 79% de las gestantes del grupo reportaron prever un parto normal sin complicaciones; en cambio, un 20,7% refirió temer alguna complicación. Dentro de este último subgrupo de mujeres, los motivos de tal previsión giraron mayoritariamente respecto a algún problema de salud en la gestante (presión arterial alta, hernia abdominal, placenta baja), que les hacía temer algún inconveniente al momento del parto. Otro motivo frecuente era la posición del feto en el útero, que las hacía prever una dificultad adicional en el parto. (NE: 2)

Basevi y Lavender (2008), en una revisión Cochrane de rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos, tomaron únicamente dos estudios que cumplieran con los criterios de inclusión. El ensayo Johnston (1922) evaluó el rasurado perineal en 389 mujeres, y el segundo ensayo, de Kantor (1965), incluyó a 150 participantes.

En el ensayo de Johnston, el resultado primario fue la morbilidad febril materna. No se encontraron diferencias significativas (OR 1,37; IC del 95%: 0,78 a 2,41) entre los brazos del ensayo. No hubo prueba microbiológica para sugerir diferencias en la infección materna entre los grupos. En el ensayo de Kantor no se encontró diferencia significativa entre aquellas mujeres que habían recibido o no rasurado perineal respecto a la pirexia materna (OR 0,79; IC del 95%: 0,21 a 3,03).

Al combinar los resultados de ambos ensayos, no se encontraron diferencias en aquellas mujeres que fueron o no rasuradas respecto a la morbilidad febril materna combinada (OR 1,26; IC del 95%: 0,75 a 2,12). En el ensayo de Kantor no hubo diferencias en la colonización de bacterias gram positivas. Se halló una diferencia significativa en el número de mujeres que tuvieron colonias de bacterias gram negativas (OR 0,43; IC del 95%: 0,20 a 0,92) a favor de aquellas que estaban rasuradas.

Kantor (1965) describe los efectos secundarios experimentados por las mujeres rasuradas. Esto incluye: irritación, enrojecimiento, rasguños superficiales múltiples y ardor y prurito vulvar. Dado que no se informó la cantidad de efectos secundarios en las mujeres del grupo no rasurado, no pudo incluirse esta información en el análisis. El documento de Johnston (1922) no hizo referencia a ningún efecto secundario atribuible al rasurado. (NE: 1)

Revez, Gaitán y Cuervo (2008), en una revisión de Cochrane, evaluaron tres estudios con 1.765 mujeres durante el periodo de dilatación, los cuales demostraron que los enemas no tienen un efecto considerable sobre las tasas de infección, como la infección de la herida perineal u otras infecciones neonatales, ni sobre la satisfacción de las mujeres. Estas pruebas no apoyan el uso habitual de los enemas durante el trabajo de parto; por lo tanto, se debe desalentar dicha práctica. (NE: 1)

Ortiz y Tejedor (2009) en una tesis cualitativa, cuyo objetivo fue identificar los componentes de salud mental presentes en adolescentes cuyos padres asistieron a un programa de intervención de enfermería en salud mental durante la gestación parto y puerperio, "Maternidad vivida una alternativa para la salud mental" el cual guió a los padres durante esta etapa; promoviendo la salud mental a través de las enseñanzas y

reforzamiento de pautas de crianza para que fueran aplicadas a sus hijos. Para la investigación se seleccionaron 6 familias de las 15 que asistieron, en la cual los adolescentes cuentan con edades entre 15 y 18 años.

Es una investigación cualitativa en la cual se utilizó un instrumento con dos partes 1) datos socio demográficos de padres y adolescentes, 2) entrevista semiestructurada aplicada a padres y adolescentes. Se profundizó en algunos de los componentes con aplicación de tres escalas a los adolescentes: la escala de Rosemberg para valorar los niveles de autoestima, la escala de BIEPS-J (jóvenes y adolescentes), para evaluar bienestar psicológico y el índice de vulnerabilidad al estrés para este componente.

Los resultados mostraron que estos adolescentes cuentan con un nivel de autoestima adecuado, personalidad estable, tienen la capacidad de afrontamiento al estrés y una adecuada adaptación a su entorno; resultados que invitan a seguir reflexionando sobre la creación de estrategias de promoción, para la salud mental desde el comienzo de la vida por parte del profesional de enfermería.

Una manera de justificar lo dicho anteriormente es tener en cuenta el programa “Una maternidad vivida una alternativa para la salud mental”, el cual apunta a desarrollarse como estrategia de promoción de la salud mental para padres gestantes. Las investigadoras se interesaron en describir los componentes de la salud mental presentes en un grupo de adolescentes cuyos padres tuvieron la oportunidad de asistir al programa, dado que la salud mental está vinculada con el desarrollo psíquico temprano, como lo mencionan las teorías de S. Freud, E. Bick, W. Bion, D. Meltzer, D. Anzieu, D. Winnicott.

La salud mental y física inicia desde antes de la concepción, la principal manera de fortalecer a la familia es elevando la autoestima de la mujer, incrementando su participación social y estimando el rol de desempeño con su hijo y su pareja, para que goce de una salud mental equilibrada, brindando a su entorno la construcción de identidad, autoestima y valores.

Por tanto, la propuesta es la formulación de planes en salud mental que desarrollen actividades de información y educación y que fortalezcan las pautas adecuadas de crianza, vínculos afectivos, manejo de la afectividad, sexualidad y comunicación efectiva, entre otros, reducir factores de riesgo para la salud mentales como: consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, incapacidad de manejo del estrés y tolerancia a la frustración. Sin embargo estas propuestas aparecen fragmentadas y desconectadas del manejo de la salud sexual y reproductiva y de los hábitos de vida saludable. (NE:1)

Importancia de la enfermería en los componentes de salud mental en adolescentes

Debido a la situación mental en Colombia y el mundo, la función de la enfermera plantea grandes retos y responsabilidades. La enfermera, que por naturaleza es cuidadora de la salud y de la vida, se constituye en un recurso muy importante para proporcionar ayuda a las personas, grupos y comunidades para lograr el bienestar en todas sus dimensiones, al brindar herramientas para la educación y para el mejoramiento de la calidad de vida.

El panorama actual de la salud en el mundo y en Colombia deja ver la gran demanda de atención que hay en salud mental y en psiquiatría, así como la urgente necesidad de formar y planificar el recurso de enfermería, de manera que responda adecuadamente y con calidad.

En la investigación previa a la elaboración de esta *Guía* se mencionó el programa de intervención en enfermería en salud mental realizado durante la gestación parto y puerperio, liderado por la licenciada en enfermería en salud mental Liliana Villarraga, el cual se proponía influir sobre la condición emocional de los padres: mejoramiento de la autoestima de la madre, integrando y mejorando la comunicación entre los padres y reforzamiento de los patrones de crianza y salud mental de su futuro hijo.

La responsabilidad de la enfermera en su campo de experticia es proporcionar información, educar, aplicar medidas de sostén redimibles, ayudar, facilitar, asistir y apoyar en la búsqueda y utilización de recursos en las posibles soluciones. En Colombia no se han realizado programas preventivos de salud mental, en los que se debe tener en cuenta a la familia y en especial en el periodo de gestación, parto y puerperio; también a los adolescentes. A pesar de los avances en salud, esto siempre queda relegado a unas consultas, lo cual deja al paciente desprotegido.

Se deben crear programas de salud mental dirigidos por enfermería, tener prioridad en el periodo de gestación y en la infancia; incluir a la familia y su comunidad, lo cual es básico para el buen desarrollo de todos los programas que se realicen. Es importante recalcar que los accesos al servicio de salud no deben tener obstáculos de ninguna índole.

Recomendaciones

Las o los profesionales de enfermería deben disponer un ambiente cálido, seguro, tranquilo y confortable que facilite el desarrollo de trabajo de parto humanizado. (R: A)

Las o los profesionales de enfermería deben dar indicaciones para no realizar rasurado perineal ni poner enema evacuador a las mujeres gestantes en trabajo de parto. (R: A)

Las o los profesionales de enfermería deben propiciar alternativas terapéuticas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, para lograr así un parto humanizado. (R: B)

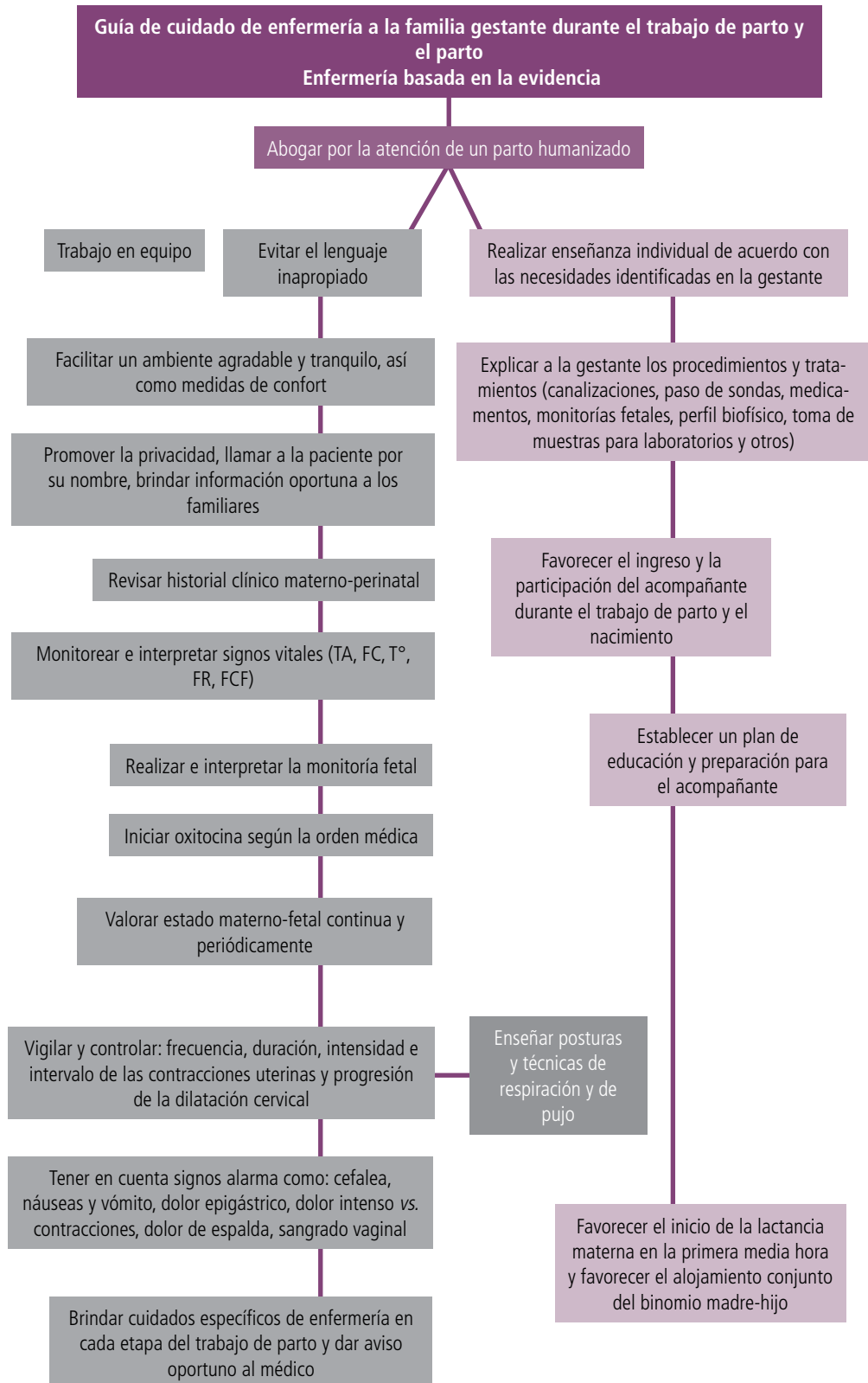
Las o los profesionales de enfermería deben evitar lenguaje inapropiado por parte del equipo de salud, que pueda interferir con el buen desarrollo del trabajo de parto. (R: A)

Las o los profesionales de enfermería deben motivar la comunicación clara y sencilla con la mujer gestante durante el trabajo de parto y el parto para disminuir la ansiedad. (R: A)

Las o los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres que se encuentran en trabajo de parto necesitan especial atención en cada una de las fases, para tolerar el dolor, la ansiedad y el temor a complicaciones. (R: A)

Las o los profesionales de enfermería deben establecer una relación con la gestante basada en la cordialidad, respeto y resolución de los problemas; deben estar atentos a las necesidades de la gestante y a sus expectativas. (R: A)

Algoritmo



Anexos

Anexo 1. Encuestas que sirvieron de soporte para la elaboración de la guía de trabajo de parto y parto, enfermería basada en la evidencia

Encuesta 1. Dirigida a la mujer en trabajo de parto

Yo _____ identificada con el documento de identidad No. _____ acepto participar voluntariamente en la aplicación de la encuesta para la elaboración de la guía de trabajo de parto y parto, enfermería basada en la evidencia.

Firma: _____ Edad: _____ Lugar (de la encuesta): _____

1. ¿Conoce sus derechos y compromisos como gestante y usuaria de los servicios de salud?

Sí _____ Por favor, ¿puede decir uno?: _____

No _____

2. ¿Asistió al curso de preparación para la maternidad y la paternidad?

Sí _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿en este momento para qué cree que le sirve el curso? _____

No _____ Si la respuesta es negativa, ¿por qué no asistió al curso?

3. ¿Cuántas veces ha consultado las instituciones de salud en las últimas 48 horas?

_____ Si la respuesta es "más de una vez", ¿por qué?: _____

4. ¿Cómo se sintió cuando le dijeron que se quedaría hospitalizada para la atención de este parto?

5. ¿Cómo se siente ahora?

6. ¿Quién es su acompañante?

A. Pareja

B. Familiar. Cuál _____

C. Amiga

D. Vecina

E. Sola

F. Otro: Cuál _____

7. ¿Le gustaría que alguno de sus acompañantes entrara al trabajo de parto?

_____ Quién _____ Por qué _____

8. ¿Le gustaría que alguno de sus acompañantes entrara al parto?

_____ Quién _____ Por qué _____

9. ¿Cree que las enfermeras están entrenadas para atenderla y cuidarla durante el trabajo de parto y el parto?

_____ ¿Por qué? _____

10. El trato brindado por el personal de enfermería ha sido:

- A. Bueno, porque _____
 B. Regular, porque _____
 C. Malo, porque _____

11. ¿Qué espera de la atención por parte del profesional de enfermería?

12. ¿Fue clara la información que recibió al firmar el consentimiento de la atención de parto?

Sí ___ No ___

Encuesta 2. Dirigida al acompañante

Yo _____ identificado/a con el documento de identidad No. _____ acepto participar voluntariamente en la aplicación de la encuesta para la elaboración de la guía de trabajo de parto y parto, enfermería basada en la evidencia.

Firma: _____ Edad: ___ Lugar (de la encuesta): _____

Parentesco: _____

1. ¿Conoce sus derechos y compromisos como parte de la familia gestante?

Sí ___ Por favor, ¿puede decir uno?: _____

No ___

2. ¿Asistió al curso de preparación para la maternidad y la paternidad?

Sí ___ Si la respuesta es afirmativa, ¿en este momento, para qué cree que le sirve el curso? _____

No ___ Si la respuesta es negativa, ¿por qué no asistió al curso?

3. ¿Le gustaría acompañar a su pareja y/o familiar en el trabajo de parto?

Sí ___ por qué _____

No ___ por qué _____

4. ¿Le gustaría acompañar a su pareja y/o familiar en el momento del parto?

Sí ___ por qué _____

No ___ por qué _____

5. ¿Ha recibido información sobre el estado de salud de su familiar?

Sí ___ ¿Quién le brindó esta información? _____ ¿Cómo le pareció la información suministrada? _____

No ___

6. ¿Cómo se sintió cuando le dejaron a su familiar gestante hospitalizada para atención de este parto?

7. ¿Cómo se siente ahora?

8. ¿Cree que las enfermeras están entrenadas para atender y cuidar a su familiar durante el trabajo de parto?

_____ ¿Por qué? _____

9. El trato brindado por el personal de enfermería ha sido:

A. Bueno, porque _____

B. Malo, porque _____

10. ¿Qué espera de la atención por parte del profesional de enfermería?

Anexo 2. Lista de chequeo para sala de parto humanizado

Ítem evaluado	Sí	No	Algunas veces	Siempre
¿El personal de enfermería se identifica ante la mujer gestante y la familia?				
¿El trato proporcionado a las mujeres gestantes y a sus acompañantes por parte del equipo de enfermería es digno, amable, cálido y respetuoso?				
¿El profesional de enfermería tiene implementadas prácticas de cuidado alternativo: aromaterapia, cromoterapia, musicoterapia y masajes para la mujer gestante en trabajo de parto?				
¿La información proporcionada a las mujeres gestantes y a sus acompañantes es oportuna, suficiente y clara?				
¿Se brinda orientación y reconocimiento del área física y se dan a conocer políticas institucionales?				
¿Se permite el ingreso del acompañante al trabajo de parto y parto?				
¿El profesional de enfermería está capacitado en el área de trabajo de parto y parto?				
¿Se practica enema evacuador a la paciente que ingresa a trabajo de parto?*				
¿Se rasura el periné de la paciente a su ingreso al trabajo de parto?*				
¿El profesional de enfermería ofrece medidas de confort y comodidad, como humedecer los labios, evitar la hipotermia (cobijas y líquidos calientes), proporcionar privacidad durante la estancia en sala de partos?				
¿El profesional de enfermería ofrece medidas de seguridad, como identificación de la usuaria con manilla desde el ingreso, uso de barandas, toma, interpretación y vigilancia del bienestar materno fetal, asistencia en deambulación y baño, prevención de caídas?				
¿El profesional de enfermería permite la deambulación de la paciente por la sala de partos para favorecer el trabajo de parto, si las condiciones clínicas de la paciente lo permiten?				
¿El profesional de enfermería fomenta el contacto piel a piel del recién nacido desde el momento del nacimiento?				
¿El profesional de enfermería motiva el inicio de la lactancia materna (arrastre al pecho) en los primeros 30 minutos de vida del recién nacido?				
¿El profesional de enfermería, según orden médica, administra algún tipo de medicamento analgésico para calmar el dolor en el trabajo de parto?				

* El uso del enema y el rasurado son considerados como procedimientos de mala práctica en salas de parto (Basevi & Lavender, 2008; Reveiz, Gaitán & Cuervo, 2008)

Fuente: Esta lista de chequeo fue elaborada por Nubia Castiblanco, Elizabeth Echandía, Nancy Bejarano y Martha Becerra, enfermeras profesionales del Grupo Materno Perinatal de la SDS.

Glosario

Autocuidado. Según Orem (1991), el autocuidado no es innato, se debe aprender, y depende de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social del cual hace parte el individuo. Esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, y en ella la educación tiene un papel importante, en la medida en que permite a las personas hacer frente a sus problemas de salud.

Cuidado de enfermería. La razón del ser de enfermería es el cuidado, que dentro de sus significados requiere una conceptualización fundamental en relación con el concepto de vida y sus manifestaciones en el ser humano, en las vivencias y experiencias que se suscitan momento a momento en la experiencia de vivir. “Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina, que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona” (Revista *Aquichan*, junio de 2009, Universidad de la Sabana). Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado. Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica (Revista *Aquichan*, 2009). Dentro de los enunciados del cuidado de enfermería propuestos por Carper (citado en Boykin y Schoenhofer, 1993), se señala que “la persona se cuida momento a momento, las personas son totales y completas en el momento, ser humano significa estar en un proceso de vivir que se fundamenta en el cuidado”. Desde esta perspectiva, cuidar al ser humano es acercarse a la comprensión de la vida y a las diferentes expresiones de los procesos físicos, biológicos, emocionales, intelectuales, espirituales, culturales y sociales, que progresivamente le permiten al profesional integrar su saber a un quehacer profesional idóneo (Universidad Nacional, 2008).

Enfermería basada en la evidencia (EBE). Uso de la investigación cuantitativa y cualitativa que permite buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación (qué grado de evidencia tengo, qué certeza tiene la investigación en la que baso los cuidados) (Moran, 2001).

Vías Clínicas (VC): Las Vías Clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia que intentan reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial.

Referencias

- Andrade Sampaio, A., de Vasconcelos Silva, A., Ferreira Moura, E. (2008). Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad? *Rev Chil Obstet Ginecol*, 73 (3), 185-191
- Arteaga, M. (2003). *Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el tercer trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento: Embarazos únicos normales, gemelares normales y únicos patológicos*. (Tesis doctoral, Psicopatología Infantojuvenil, Universidad Autónoma de Barcelona, España).
- Balaskas, J. (1993). *Parto activo: guía práctica para el parto natural*. 2ª ed. São Paulo: Ground.
- Barros, L. M. A, Magalhães, R., Ferreira, E. (2007). Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (2), 44-51.
- Basevi, V., Lavender, T. (2008). Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos. *Biblioteca Cochrane Plus*. Recuperado de <http://www.update-software.com>.
- Boykin, S. (1923). *Fundador de la Enfermería como Cuidado: un modelo para transformar la práctica* (cap. 1). New York: ALN.
- Burroughs A apud Rodríguez, P. D., Montesuma, F.G., Silva, R.M. (2001). El significado del parto y de la atención de enfermería: visión de mujeres en puerperio inmediato. *Revista RENE* 2, 101-106).
- Carper, B. (1978). Patrones fundamentales para el conocimiento en enfermería. *Adv Nurs Sci* 1 (1), 13-23.
- Carraro, T., Knobel, R., Thaise Frello, A., et al. (2008). O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Enferm.* 17 (3), 502-509.
- Consejo Nacional de Sanidad (Brasil). (2001). *Resolución 196/96. Encuestas sobre seres humanos*. Brasilia (DF): Ministerio de la Sanidad.
- Delgado, M. F., Calvache, J. A., Del Cairo Silva, C., et al. (2006). Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana. *Antípoda*, 3, 227-254.
- Enkin Lomley, K. (1995). Social and professional support during childbirth. En: *Effective care in pregnancy and childbirth*. New York. Oxford University Press.

- Espita, S., Moreno, L., Ramírez, M., et al. (2003). *Terapias alternativas: una herramienta que complementa el cuidado integral de enfermería*. (Tesis para optar el título de enfermera, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá).
- García Martínez, M. J. (2008). Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. *Revista Cultura de los Cuidados* 12 (24).
- Gavilán, D. M., Vélez, M. L. (2009). *Vivencias de las mujeres que transcurren su proceso de atención de parto y cuidado posparto con compañía y sin compañía de un familiar y bajo el cuidado de enfermería*. (Tesis para optar al título de enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia). Recuperado de www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/.../tesis12.pdf.
- Iglesias Casás, S., Conde García, M., González Salgado, S. (2009). Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas profesión*, 10 (2), 5-11.
- Laza, C., Ruiz, C. H. (2009). El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida. *Revista Avances en Enfermería*, 27 (2), 113-126.
- Ministerio de la Sanidad, Secretaría de Políticas de Sanidad, Área Técnica de Sanidad de la Mujer. (2003). *Parto, aborto y puerperio: atención humanizada a la mujer*. Brasilia (DF): Ministerio de la Sanidad.
- Moorhead, S., Johnson, M., Mas Meridian, L., et al. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería*. 4ta edición. Barcelona: Elsevier.
- Moran, P. L. Práctica de enfermería basada en evidencias. (2001). *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 9 (1-4), 24-30.
- Morhason Bello, I., Adedokun, B., Ojengbede, O., et al. (2009). Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 49 (2), 145-150.
- Muller Staub, M., Lavin, M. A., Needham I, et al. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *International Journal of Nursing Studies* 44 (5), 702-713.
- Ortiz, A. M., Tejedor Páez, N. M. (2009). *Componentes de salud mental presentes en adolescentes cuyos padres asistieron a un programa de intervención de enfermería en salud mental, durante la gestación parto y puerperio*. (Tesis de Grado Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería, Bogotá, Colombia).

- Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V, et al. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosi, Mexico. *Revista Escuela Enfermería*, 39 (4), 375-382.
- Pinto, C., Komura, L. (2004). Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales. *Revista Ciencia y Enfermería*. 10 (1).
- Revez, L., Gaitán, H.G., Cuervo, L.G. (2008). Enemas durante el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Recuperado de <http://www.update-software.com>.
- Secretaría de Sanidad. (1998). Maternidad segura y parto seguro. *Boletín Luz*, 3.
- Stacciarini, J.M., Andraus, L.M.S., Esperidião, E., et al. (1999). ¿Quién es el enfermero? *Revista Electrónica de Enfermería*, 1 (1). Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista>
- Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. (2008). *Programa de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Vintzileos, A. M., Nochimson, D. J. (1995). Intrapartum electronic fetal rate monitoring versus intermittent auscultation. A metaanalysis. *Obstet Gynecol*, 85, 159-155. Citado por: Andina, E. (2003). Manejo obstétrico ante la sospecha de hipoxia fetal intraparto. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 22, 141.



