



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL MIGUEL PÉREZ CARREÑO

**PARTO HUMANIZADO: BARRERAS Y FACILITADORES SEGÚN LA
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Obstetricia y Ginecología

Barbara Gabriela Farfan Ávila

Tutor: Luis Omar Díaz Torres

Caracas, marzo de 2017

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 08/03/2017

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA,
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

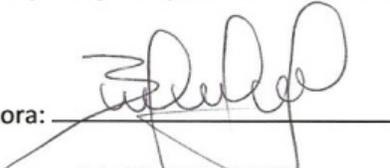
Yo, Barbara Gabriela Farfan Ávila autora del trabajo o tesis **PARTO HUMANIZADO: BARRERAS Y FACILITADORES SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO**

Presentado para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

Si autorizo la publicación del trabajo de grado presentado en tanto se decida su publicación.

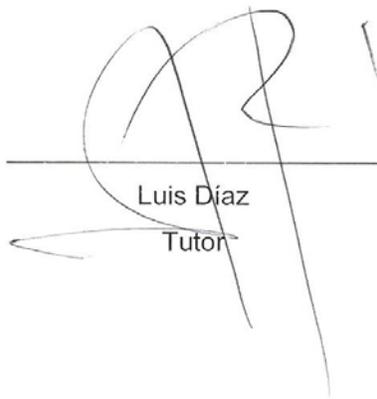
Firma de la autora:


C.I. N°: 18.264.194

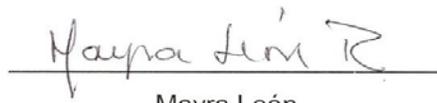
e-mail: Barbaragfarfan@gmail.com

En caracas, a los 8 días del mes de marzo de 2017

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



Luis Díaz
Tutor



Mayra León
Director del Curso



Maria Isabel Marczuk
Coordinador del Curso



Mireya González Blanco
Asesor Metodológico

INDICE DE CONTENIDO

	Páginas
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	18
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	22
REFERENCIAS	25
ANEXOS	28

DEDICATORIA

A Dios por guiar mis pasos.

A mis padres por el apoyo incondicional.

A la mejor familia del mundo, la mía.

A la Dra. Judith Toro por incentivar me a escribir y crear.

A mi compañera Lobelia, María Fernanda y Adymar por su apoyo incondicional.

PARTO HUMANIZADO: BARRERAS Y FACILITADORES SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO

Barbara Gabriela Farfan Ávila, C.I. 18.264.194. Sexo: Femenino, E-mail: barbaragfarfan@gmail.com. Telf: 0424-3544909. Dirección: Clínica Maternidad Santa Ana. Avenida Anauco. Urbanización San Bernardino. Caracas, Distrito Capital- Venezuela

Tutor: **Luis Omar Diaz Torres**, Cl.6.292.500 Sexo: Masculino, E-mail: Lodt10@gmail.com Telf: 0414-2428188. Dirección: Clínica Maternidad Santa Ana. Especialista en Obstetricia y Ginecología

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la percepción de los médicos especialistas y residentes de postgrado sobre las barreras y facilidades para la atención del parto humanizado de la Clínica Maternidad Santa Ana Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS); basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). **Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio de corte transversal; población constituida por el personal médico del área de obstetricia, donde 56 médicos conformaron el estudio, previa firma de consentimiento informado. **Resultados:** en una frecuencia del 92,86% de los médicos tienen conocimiento sobre el parto humanizado, se demostró que el no acompañamiento del padre representado por el 64,29 % se establece como barrera preponderante. Por otra parte con el 92,86 % el conocimiento del parto humanizado y el respeto de cultura y valores son los principales facilitadores. **Conclusiones:** el parto humanizado no es un tema desconocido para el personal médico, sin embargo la principal razón por la que no se aplica parto humanizado según la perspectiva de los médicos de la Clínica Maternidad Santa Ana es la no aplicación de parto humanizado por volumen de pacientes, a pesar de esto, la condición que puede facilitar la aplicación del parto humanizado en nuestra institución es el conocimiento respecto al parto humanizado por lo que se recomienda la creación de normativa institucional que respalde conductas que favorezcan la aplicación del parto humanizado y continuar la línea de investigación.

PALABRAS CLAVE: Parto Humanizado, Parir, Nacer.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the perception of specialist doctors and postgraduate residents about the barriers and facilities for care of the humanized delivery of the

Maternidad Santa Ana Clinic Venezuelan Institute of Social Insurance (IVSS); based on the recommendations of the World Health Organization (WHO). Methods: A prospective, descriptive, exploratory cross-sectional study was conducted; a population constituted by medical personnel in the area of obstetrics, where 56 doctors formed the study, after signing an informed consent. Results: in a frequency of 92.86% of the doctors have knowledge about humanized delivery, it was demonstrated that the non-accompaniment of the father represented by 64.29% is established as a preponderant barrier. On the other hand with 92.86% the knowledge of humanized childbirth and respect for culture and values are the main facilitators. Conclusions: humanized childbirth is not an unknown issue for medical personnel, however the main reason for not applying humanized childbirth according to the perspective of physicians at the Santa Ana Maternity Clinic is the non-application of humanized delivery by volume of Patients, in spite of this, the condition that can facilitate the application of the humanized birth in our institution is the knowledge regarding the humanized childbirth so it is recommended the creation of institutional regulations that support behaviors that favor the application of humanized childbirth and continue the investigation line.

KEYWORDS : Humanized Birth , Give Birth ,Birth

INTRODUCCIÓN

El parto es conocido como el mecanismo mediante el cual el producto de la concepción es expulsado desde el útero a través de la vagina hacia el exterior ⁽¹⁾; esta definición de manejo cotidiano para el personal de salud, hacen olvidar que el parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son por ello procesos que afectan el resto de la existencia humana ⁽²⁾.

A través del tiempo se han introducido nuevas prácticas que caracterizan la obstetricia moderna lo que trae como consecuencia la automatización del personal de salud ante la atención de la paciente obstétrica⁽³⁾ al dejar a un lado el nivel de sensibilidad que demanda la asistencia del parto lo cual causa la acción de incurrir en la violación de los derechos humanos⁽⁴⁾, dado a una serie de eventos desafortunados como son la alta demanda de usuarias en nuestros centros asistenciales, instalaciones insuficientes, falta de personal, largas jornadas laborales, entre otras, que genera la alteración de un proceso fisiológico de alto contenido emocional para la familia, e involucra a la madre, al padre y al recién nacido principalmente. Es por ello que si se atiende este problema de automatización del personal de salud y se incluyen prácticas de humanización y sensibilización, es posible obtener buenos resultados enfocados al área de la obstetricia. Esta es una de las especialidades médicas con mayor índice de morbimortalidad tanto materna como fetal, por lo que es necesario tomar en cuenta a la principal protagonista de este evento, la mujer gestante, sus opiniones, necesidades y valoraciones emocionales ⁽²⁾; porque la posibilidad de dar un sentido trascendente a la existencia y a cada uno de sus acontecimientos particulares constituye la clave de la realización del hombre e incluso de su salud mental ⁽⁵⁾.

El parto humanizado es una práctica corriente en numerosos países de Europa, América, África y Asia desde hace años. Sin embargo debido a la proliferación de diversas práctica preparatorias, se ha originado a menudo cierta confusión al respecto y muchas veces lo que se aplica, no es ese mismo método sino un híbrido, cuyas consecuencias directas son el fracaso parcial o total y la lógica decepción de la parturienta⁽⁶⁾; en relación a esto es como han surgido grupos de apoyo y

organizaciones a nivel mundial que han planteado estrategias claras, con respaldo legal, las cuales confieren apoyo a la madre en un momento de vital importancia para ella, tal como es el parto, además se pretende dar lugar a quien se ha excluido desde hace varias décadas y representa un pilar importante en este proceso, el padre; para mejorar las condiciones de nacimiento para el nuevo integrante de la familia, por lo que resulta importante determinar las barreras y los facilitadores según el personal médico de la Clínica Maternidad “Santa Ana” respecto al tema del parto humanizado para mejorar la asistencia de la paciente obstétrica.

Planteamiento del problema

Actualmente la atención médica de la paciente obstétrica durante el trabajo de parto se encuentra influenciada por diversos factores capaces de alterar una de las etapas más resaltantes en la vida de la mujer y determinantes para el inicio del desarrollo de un nuevo ser; factores estos que son causantes de *discomfort* en la paciente y que generalmente se llevan a cabo sin la autorización de la usuaria, lo que trae como consecuencia la violación de los derechos humanos claramente señalados por organizaciones a nivel mundial como la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁷⁾ y la Organización de las Naciones Unidas (ONU).⁽⁸⁾ Los principales involucrados ante estos hechos, son los profesionales de la salud caracterizados por la impersonalidad y no por la calidez de servicio⁽⁵⁾, principalmente el personal que opera en la institución y está en contacto con la usuaria. Como es bien sabido, la institucionalización del parto como producto de los cambios sociales, la adquisición de conocimientos y tecnologías, llevó al abandono del parto domiciliario, en un intento de garantizar y brindar más salud ⁽⁹⁾, sin embargo con ello se ha dejado a un lado la parte humana, necesaria para el recibimiento de una nueva vida, donde se ve afectada principalmente la protagonista del parto, la mujer gestante, al incorporarse en un ambiente hostil por naturaleza propio del centro hospitalario, que involucra usualmente un proceso largo de espera, el maltrato por parte del personal que allí labora, sometimiento de actos médicos rutinarios, algunos de ellos innecesarios, limitación al movimiento y deambulación, incluso la limitación a la libertad de expresión.

Así mismo el padre que es considerado pilar fundamental durante este proceso, es excluido al no permitirle la entrada al área de la atención del parto, restringiendo la participación como apoyo principal para avanzar y dar paso al momento del nacimiento. Por último y no menos importante, el recién nacido es separado del lecho materno de manera inmediata, recibido en manos de personas ajenas a su entorno, para iniciar una rutina pediátrica considerada como obligada para esta especialidad, logrando con esto interferir en el alojamiento conjunto y apego precoz⁽¹⁰⁾ al separarlo como mínimo entre 24 y 48 horas del lecho materno.

Es así como el personal médico que labora en instituciones de salud, incurren en una serie de hechos que afectan el proceso fisiológico del parto por definición⁽¹⁾; a pesar de haber estudios, declaraciones y organizaciones que establecen determinadas directrices a fin de llevar un parto más humanizado, se siguen realizando prácticas que violentan los derechos de la mujer embarazada.⁽¹¹⁾

Dado todo lo expuesto anteriormente surge la idea e impulsa la realización de esta investigación, partiendo del siguiente planteamiento; ¿Cuáles serán las barreras y facilitadores para la atención del parto humanizado según la percepción del personal médico de la Clínica Maternidad Santa Ana durante el período comprendido entre abril 2015 y octubre 2016?

Justificación

Actualmente nuestro país se encuentra limitado en diversos ámbitos; social, laboral, económico, educativo, lo que dificulta ciertas prácticas en el área de salud, que con el incremento de usuarias en nuestro centro, instalaciones insuficientes, fármacos de poca disponibilidad o no accesibles, poco personal médico y de enfermería, largas jornadas laborales que ocasionan reacciones negativas, las cuales perjudican de forma directa o indirecta la atención del parto y generan en la paciente una situación emocional estresante y desagradable durante todo el trabajo de parto y por ende durante el momento del nacimiento. Es por ello que se debe establecer en el personal, sentido de sensibilidad, humanización, dedicación a la paciente como persona que tiene derecho a la atención, con vital importancia en la aplicación del parto humanizado, para que se tomen en cuenta factores familiares, psicológicos y

sociales y se respete las necesidades y valores de la paciente sin afectar su salud, con sentido de dignidad y autonomía, para dar atención médica precoz, oportuna y eficaz, basados en una previa capacitación en cuanto a habilidades y destrezas a fin de disminuir la morbimortalidad materna y fetal.

Antecedentes

Resulta de gran importancia tener clara la definición que involucra referirse al parto humanizado, para que se lleve a cabo con el manejo adecuado, tal como se demostró en el trabajo de Arnau *et al.*⁽¹²⁾, su objetivo principal consistió en analizar las representaciones simbólicas que los profesionales relacionados con el proceso, poseen sobre las categorías analíticas del parto normal, natural y humanizado y cómo influyen estas concepciones sobre su práctica profesional; mediante entrevistas a personal médico y matronas de la institución, se evidenció la discrepancia de conceptos entre ambos profesionales; ante la conceptualización del parto humanizado, las matronas señalan que el parto puede ser humanizado indistintamente sea normal o anormal, intervenido o abordado tecnológicamente. Por su parte el equipo médico refiere que el intervencionismo deshumaniza el proceso; esto puede ser debido a que reciben una formación tecnocrática basada en una ideología técnico-científica. Lo cual conlleva a manejos contrarios en las mismas situaciones, que generan conflictos interpersonales, de esta manera se altera la práctica profesional estructurada en la atención obstétrica, por lo que organismos e instituciones relacionadas con la salud deben posicionarse claramente, para definir aquellos conceptos que se prestan a la ambigüedad.

En esta misma línea de ideas y a favor de la atención de la mujer embarazada surgen iniciativas, como la reunión de trabajo que sostuvo la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1985 para establecer recomendaciones sobre el nacimiento, basado en la tecnología apropiada para el parto, desde la ciudad de Fortaleza en Brasil, dirigido a profesionales del área de la salud que se encuentran en relación directa con la gestante y otros que forman parte de la gerencia de centros de atención materna. En dicha declaración se recomienda que debe fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica del parto y respetuosa con los

aspectos emocionales, psicológicos y sociales, se hacen también recomendaciones específicas de la práctica obstétrica, que sugiere evaluación continua por parte de instituciones internacionales con la finalidad de ayudar a los países a adoptar nuevas tecnologías desarrolladas por países más avanzados. ⁽⁷⁾

Desde la edad media las niñas a la primera señal de menarquia eran casadas con hombres cercanos a los 30 años; en Brasil el siglo pasado las señoritas eran casadas con hombres escogidos por los padres y tenían como función dar hijos a sus maridos, actualmente el embarazo en adolescentes no es una situación ajena a la realidad que se vive; son pacientes que aparte de experimentar una transición entre la infancia y la edad adulta, tienen que lidiar con el estado de gravidez para el que no están preparadas ni física ni psicológicamente.

Como explica Silva *et al.* ⁽¹³⁾ se debe considerar que la gestante adolescente presenta especificidades fisiológicas y madurez emocional diferente de las mujeres de edad adulta, situación ante la cual los profesionales de la salud no están preparados; demostrado mediante un estudio descriptivo y exploratorio, dirigido a la atención humanizada del parto en adolescentes, donde se concluyó; que la atención humanizada al parto de adolescentes necesita más que resolución de problemas o uso de tecnologías; exige actitudes y comportamientos de los trabajadores de la salud para que contribuyan al fortalecimiento del vínculo entre profesionales, usuarias, familia y comunidad.

Así mismo Basso ⁽¹⁴⁾ dirigió un estudio hacia mujeres embarazadas y sus acompañantes, que utilizó como estrategia una de las recomendaciones de la OMS basado en la creación de grupos de apoyo que involucran a mujeres gestantes y sus acompañantes durante jornadas organizadas en las que surgen interrogantes frecuentes, que son atendidas y respondidas por personal capacitado, que permite a la gestante y su acompañante dialogar con el profesional de salud y decidir de forma segura sobre procedimientos obstétricos planteados en el momento de su hospitalización. Demostró así que estas estrategias brindan mayor seguridad a la usuaria y le permite afrontar el momento del nacimiento con conocimiento de tal

evento así como también permite la incorporación de los derechos ciudadanos a las políticas públicas de salud. ⁽¹⁴⁾

Por su parte la antropóloga Jerez ⁽¹⁵⁾, menciona la existencia de aspectos que afectan de manera directa a la mujer embarazada, tales como: la falta de individualización en centros asistenciales, la atención del parto como modelo tecnocrático, la falta de consideración ante aspectos psicosociales presentes, que alteren el estado emocional de la mujer. Esto la llevó a la creación y consolidación de grupos de apoyo con fortalecimiento y recreación de lazos sociales en zonas rurales de Buenos Aires, basados en el marco legal de ese país con respecto a ley de parto humanizado, parto respetado y la ley de protección integral a las mujeres de la violencia.

Dichos grupos crearon iniciativas como el de la capacitación de doulas para acompañar a esas pacientes más afectadas y evitar que pasaran por un momento de alto contenido emocional solas, crearon jornadas informativas acerca del parto humanizado y fomentaron la importancia de empoderar a mujeres de clases bajas durante sus partos en los hospitales públicos.

El término de matrona es conocido desde hace varios siglos y es otorgado a la persona, que la mujer embarazada elige para que le brinde apoyo y cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio, a través del arte de la enfermería, obstetricia y de las ciencias sociales y humanísticas. ⁽¹⁶⁾

A pesar de que tal profesión tuvo importancia destacada en épocas pasadas su relevancia se ha visto relegada durante mucho tiempo ante un modelo asistencial sanitario que superpone una atención tecnocrática y eso ha propiciado que estos profesionales reivindiquen su papel en numerosas ocasiones, motivo por el cual Muñoz⁽¹⁶⁾ realizó un estudio con el objetivo principal de analizar las percepciones que poseen las matronas acerca de sus competencias profesionales y demostró mediante entrevistas individuales que a pesar de la capacitación acreditada que poseen las matronas, no se le es permitida la toma de decisiones por tratarse de un sistema biomédico con jerarquías que las desplaza de forma continua.

La conducta mecanicista del personal médico se encuentra constantemente en discrepancia con la línea humanística de las matronas, lo que genera desencuentros y luchas entre profesionales al no tener claras sus propias funciones, competencias y responsabilidades.

El autor recomienda, la difusión de la labor profesional y social que desarrollan las matronas y su potencial en diferentes ámbitos en contribución a una atención altamente holística para la paciente embarazada. ⁽¹⁶⁾

En Montevideo, Magnone ⁽¹⁷⁾ describe que el modelo de atención hegemónico es tecnocrático, trabaja desde una visión patológica del parto y de esta forma restringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozar plena y autónomamente ese proceso. Asuntos que llevan a la configuración de un tipo específico de violencia estructural de género: la violencia obstétrica, específicamente tratándose de dessexualizar, desintimidar y reprimir la afectividad del parto, representado mediante el intervencionismo que impone amniotomías, oxitocina, cesáreas, muchas veces innecesarias y que deterioran la salud de las mujeres. Tanto de parte de usuarias como del sistema de salud se comparte la creencia en las capacidades de la medicina para controlar la vida, el dolor y la muerte, esto contribuye al proceso iatrogénico social de pérdida de las capacidades naturales y del control de las personas sobre su salud.

Sin embargo ante esta situación surge un modelo incipiente que propone como alternativa el parto humanizado, en el cual el centro está colocado en las parturientas, propiciando mejores condiciones para el respeto de sus derechos. Desde esta perspectiva el autor plantea propuestas que mejorarían la calidad de atención actual como por ejemplo la creación de una red de humanización con alianzas en la escuela de parteras y cierta articulación con el Ministerio de Salud, aplicación de leyes y normas recientemente creadas, privilegiando el derecho a decidir sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. ⁽¹⁷⁾

En el año 2010 Behruzi *et al.* ⁽¹⁸⁾ realizaron un estudio en el que se describe, que el nacimiento humanizado significa considerar los valores de las mujeres gestantes, sus creencias y los sentimientos y el respeto de su dignidad y autonomía durante el

proceso de parto. En dicho estudio se exploran obstáculos y facilitadores que se encuentran en la práctica del parto humanizado en Japón y se implementaron las estrategias orientadas a reducir las cesáreas y mantener el parto en su expresión natural tanto como fuese posible. Para tal estudio las barreras y los facilitadores encontrados en la práctica del parto humanizado se clasificaron en cuatro grupos principales: reglas y estrategias, estructura física, factores de contingencia, y factores individuales. Dentro de las barreras importantes identificadas en el cuidado de parto humanizado, las reglas y estrategias institucionales que restringen la presencia de un compañero en el nacimiento fue catalogada como la barrera preponderante, mientras que, entre los principales facilitadores destacaron los valores y creencias culturales de la mujer en un parto natural, y las estrategias institucionales diseñadas para evitar las intervenciones médicas innecesarias. Concluyen que las instituciones de parto en Japón se han destacado en su misión de instaurar la atención del nacimiento humanizado, teniendo éxito en la mejora de la atención, sin embargo, las barreras continuamente representan obstáculos del objetivo final.

Recientemente Campos *et al.*⁽¹⁹⁾ realizaron un trabajo especial de grado, dirigido al personal de salud orientado a evaluar el impacto en el personal médico y de enfermería de la Clínica Maternidad “Santa Ana” I.V.S.S mediante jornadas informativas sobre el tema Violencia Obstétrica y sus implicaciones legales. En dicho estudio se menciona que el término violencia obstétrica es una referencia legal nueva en Venezuela, que explica los delitos y violaciones en los que pudiera incurrir el personal de salud en contra de los derechos de una embarazada. Algunas de dichas situaciones incluyen la atención mecanizada, tecnicista, impersonal y masificada del parto, prácticas estas que cada día se hacen más frecuentes y sin duda van en contra de lo que pudiera ser una atención humanizada del parto, que en muchas ocasiones pudieran ser sancionadas por directrices claramente expuestas en la Constitución Bolivariana de la República apoyadas por la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia⁽¹¹⁾ y que sin embargo existe desinformación al respecto por parte del personal de salud, tal como se demostró en el trabajo.

Rocha ⁽²⁰⁾ expresa su experiencia ante un parto domiciliario debidamente planificado, con personal capacitado tanto para la atención de la parturienta como del recién nacido, lo cual le brindó tranquilidad durante todo el proceso, con la libre compañía de su pareja. Sin embargo, menciona lo difícil que le resultó realizar trámites legales al momento de la presentación de su hijo y el control pediátrico del mismo, ya que desconfiaban del procedimiento extra hospitalario. Refiere que la atención hospitalaria está basada en el intervencionismo caracterizado por prácticas médicas innecesarias aplicadas a la mujer durante el trabajo de parto y al recién nacido con una idea del cuerpo y la salud, mecanicistas y tecnocráticas, vulnerando y violando el derecho de la mujer a cómo, dónde y en qué posición parir.

Desde el punto de vista de la autora, existen infinitas historias que constatan emociones, sentimientos, traumas y miedos que ejercen gran poder en el trabajo de parto, por lo que se plantea la necesidad de un psicólogo, preferiblemente mujer, durante el control prenatal a fin de crear un ambiente de total confianza. Refiere el estado de vulnerabilidad de la paciente gestante frente a un personal médico con técnicas clásicas no individualizadas; que limita la relación médico-paciente, mientras que aproximarse a la humanización permite a las mujeres y a los profesionales tener relaciones menos desiguales y autoritarias.

Por otra parte no solo basta con el acercamiento del personal médico, también hay un problema de fondo como lo es la infraestructura hospitalaria que responde a intereses políticos y económicos, por lo que es importante fomentar en las mujeres el sentido de autonomía ante el trabajo de parto para lograr un verdadero parto humanizado ⁽²⁰⁾.

Marco teórico

La influencia de los cambios generados en el siglo XX en relación a la mujer y su rol en la sociedad patriarcal dominante de occidente y oriente, constituyen una influencia determinante en el mundo entero que provocó la aparición de un movimiento progresivo hacia la humanización del nacimiento ⁽²¹⁾.

El parto comenzó a realizarse en hospitales a principios del siglo XX para disminuir la mortalidad materno-neonatal, pero en ese contexto se instaló la idea de que se trataba de algo parecido a una enfermedad ⁽²⁾.

La humanización del nacimiento engloba aspectos médicos, sociales, antropológicos, culturales, de feminismo y género, de política, derechos humanos y ciudadanía ⁽²²⁾. Sin embargo la forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de drogas que se aplican dogmáticamente en forma rutinaria desde hace años. Muchas de ellas se han introducido contemplando la conveniencia del obstetra. Un claro ejemplo es la adopción de la posición horizontal durante todo el trabajo de parto y tiene como única finalidad el tornar más cómodas las maniobras que permitan conocer la dilatación cervical y la variedad de posición, así como también la aplicación de fórceps; más aún, hay maniobras tales como rotura artificial de membranas, la aceleración del parto mediante la infusión de oxitocina, así como el ordenar a la parturienta a realizar esfuerzos de pujo a glotis cerrada, durante el mayor tiempo y con la mayor fuerza posible, que tienen como principal objetivo el acortamiento de la duración del parto. No tienen tampoco sentido la sedación y analgesia obstétricas usadas indiscriminadamente, ya que no siempre resultan de beneficio para la madre ni para el feto y a veces son perjudiciales ⁽³⁾.

Durante el trabajo de parto la duración de las contracciones crece gradualmente y disminuye el intervalo entre una y otra; al inicio son irregulares y pueden ocurrir cada 10 a 15 minutos y durante la fase de expulsión ocurren cada 30 a 60 segundos. Por eso la actitud de la mujer entre una y otra contracción es especialmente relevante. Una adecuada educación neuromuscular facilita el descanso e incluso el fortalecimiento de la mujer en dichos lapsos de tiempo. Pero la incertidumbre y el temor pueden causar el efecto contrario; en tales casos, el temor por la contracción que aún no llega y el lamento por la que ya pasó pueden generar un estado nervioso difícil de controlar. Dicho de otro modo, una persona temerosa y poco entrenada puede convertir los momentos naturales de contracción en un solo periodo de sufrimiento de muchas horas de evolución. Así pues enseñar a la mujer a concientizar y tomar conciencia del dolor ayuda a un nuevo ser a venir al mundo siendo esta la mejor manera de sobrelvarlo ⁽⁵⁾.

Toda maniobra y uso indiscriminado de drogas se apartan de la conducción fisiológica del parto, de este modo, el parto se transformó en un acto médico cuyo significado científico dejó de lado otros aspectos esenciales para la familia. El equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones y comenzó a usar en todos los casos tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos de riesgo. Sin embargo en, 1985, la OMS con base en evidencias científicas y estudios comparados, realizó una reunión en la ciudad brasileña de Fortaleza y de ese encuentro surgió la declaración; el nacimiento no es una enfermedad, que inició el proceso de transformación del modelo de atención, donde se define parto humanizado como aquel en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar ⁽⁷⁾.

Así mismo se realizó una revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto que llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones a nivel mundial ⁽⁷⁾.

- Abandonar el uso de suplementos de hierro a menos de que exista indicación; con conocimiento de que el embarazo genera disminución fisiológica de los niveles de hierro.
- Abandonar el uso rutinario de estudios ecográficos.
- Permitir la compañía de un familiar durante el trabajo de parto.
- No utilizar el enema, el rasurado y monitoreo fetal electrónico de forma obligatoria.
- Permitir la ingesta de alimentos no sólidos durante el trabajo de parto.
- Restringir examen vaginal a repetición para evaluar el progreso del trabajo de parto
- No inducir a toda gestante con embarazo de 42 semanas.
- Evitar el uso de anestesia y sedación de forma rutinaria así como la venoclisis e infusión de oxitócicos.
- No practicar amniotomía para inducción del trabajo de parto.
- No restringir la deambulación y libre movimiento durante el trabajo de parto.
- No realizar episiotomía de manera rutinaria.

- No implementar el uso de maniobra de Valsalva o Kristeller.
- No es indicación absoluta la realización de cesárea por cesárea anterior.
- No restringir el apego precoz y contacto piel a piel entre el recién nacido y su madre.

Estas recomendaciones planteadas por la Organización Mundial de la Salud ⁽⁷⁾ se apoyan en un marco legal importante dirigido a los derechos humanos que se vulneran en el parto que implican la intromisión no permitida a la privacidad de las mujeres mediante exhibición y/o revisión masiva y frecuente del cuerpo y órganos genitales irrumpiendo así en su intimidad e integridad corporal, la información y toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, negando la posibilidad de elegir alternativas sobre su trabajo de parto, el mal trato verbal, inhumano y degradante con insensibilidad frente al dolor incluso se vulneran los derechos de la paciente cuando no se brinda atención medica actualizada pudiendo causar iatrogenia, derechos todos que claramente están expuestos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos ⁽⁴⁾.

Es por ello la importancia de hacer de la atención del embarazo, parto y puerperio en una práctica no violenta, es así como el parto humanizado es el modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de la mujer y su familia, teniendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea protagonista de su parto, reconociendo el derecho a la toma de decisiones con inclusión de la pareja, reduciendo complicaciones perinatales, mortalidad materna y costos de asistencia médica ⁽²⁾; otra definición de parto humanizado es en definitiva el de; humanizar el acto de dar a luz, hacerlo más íntimo y natural, sin renunciar a la positiva aportación científica ⁽²¹⁾.

La libertad de movimiento y posición del trabajo de parto mejora el proceso y acorta el trabajo de parto, con la finalidad de ofrecer comodidad a la paciente, se ha descrito que el índice de Apgar en el primer y quinto minuto fueron mejores en mujeres que asumieron posición vertical, también con ello se logra disminuir el índice de

episiotomía y uso de fórceps. Los líquidos y alimentos ligeros en trabajo de parto mantienen alta energía de la mujer y disminuyen la deshidratación y cetosis ⁽²⁾.

Técnicas alternativas como la inmersión en agua durante el trabajo de parto reduce significativamente la percepción del dolor y por ende el uso de analgesia, al igual que con otras terapias como la acupuntura, la musicoterapia, la aromaterapia, masajes, técnicas de relajación entre otras ⁽²³⁾.

La humanización del nacimiento enfoca el dolor como un aspecto más del complejo proceso del parto, sin negar su existencia y valorando todas las técnicas que permiten a la mujer enfrentarlo ⁽⁵⁾.

El uso rutinario de episiotomía no está justificado, cuando hay estudios que demuestran que la aplicación de esta no previene desgarros, no previene incontinencia urinaria, aumenta el trauma perineal, implica el uso de sutura, aumenta la pérdida de sangre y el riesgo de complicaciones por infecciones puerperales.

El corte del cordón hasta que deje de latir o permitir que pasen de 1 a 3 minutos antes de cortar el cordón está asociado a menor necesidad de transfusión y menor hemorragia intraventricular, previniendo parálisis cerebral, trastornos de aprendizaje y dificultad respiratoria ⁽²⁾; donde incluso Leboyer ⁽²⁴⁾ describe estos hechos como; la violencia intrínseca del nacimiento para el recién nacido.

Una vez que ocurre el nacimiento y ante la presencia de un recién nacido sano, el contacto piel a piel entre madre e hijo resulta beneficioso manteniendo caliente al recién nacido, reduce el llanto, mejora la lactancia y genera vínculo temprano madre recién nacido ⁽²⁵⁾.

No existen evidencias de que después de una cesárea previa sea imperativo realizar cesárea, la Organización Mundial de la Salud considera que la tasa de cesáreas de un país no debe ser mayor al 15 % de todos los nacimientos, se considera innecesario exponiendo a riesgos quirúrgicos a la paciente y recién nacido así como gastos de insumos médicos de manera indiscriminada que generan gastos en el sector salud, otros estudios refuerzan este planteamiento con el hecho de llevar a cabo nacimiento domiciliario planificado, concluyendo que el parto en casa asistido por una partera capacitada es igual de seguro a un parto en hospital de bajo riesgo ⁽³⁾.

Por todo lo expuesto y con el respaldo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la atención del parto⁽⁷⁾, llevar a cabo la atención de un parto humanizado es sin duda altamente beneficioso para la paciente obstétrica y su recién nacido involucrando a familiares y mejorando el sistema de atención que de manera directa resulta conveniente dado la reducción de costos, es por ello la importancia de capacitación del personal de centros de salud orientado a la práctica de atención del parto no violenta dirigida a cubrir las necesidades físicas y emocionales de la paciente gestante.

El parto humanizado también debe incluir la capacidad resolutive y oferta adecuada de tratamientos y técnicas, al servicio de la madre y al ser por nacer, evitando su utilización rutinaria e indiscriminada; información completa, oportuna y sencilla acerca de todos los procedimientos que le aplicarán a ella y/o su recién nacido ⁽²⁶⁾.

Objetivo general

Evaluar la percepción de los médicos especialistas y residentes de postgrado sobre las barreras y facilidades para la atención del parto humanizado de la Clínica Maternidad Santa Ana en el área de obstetricia, en el período comprendido entre abril 2015 y octubre 2016.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de médicos de la Clínica Maternidad Santa Ana que tienen información sobre el parto humanizado.
2. Reconocer mediante la aplicación de una encuesta, las conductas contrarias al parto humanizado que se observan con mayor frecuencia.
3. Describir desde la perspectiva médica, las razones por las cuales no se practica el parto humanizado por parte del personal médico de la Clínica Maternidad Santa Ana.
4. Identificar las condiciones que pueden facilitar la atención del parto humanizado según la percepción del personal médico de la Clínica Maternidad Santa Ana.

Aspectos éticos

Manteniendo los lineamientos éticos establecidos por el Comité de Ética Médica, el presente trabajo, cuyo único fin es el educativo basado en la investigación, respetó los principios éticos, no exponiendo a los participantes a actos perjudiciales en su contra, con uso de un cuestionario anónimo como instrumento de recolección de datos, previamente firmado el consentimiento informado, con el entendimiento y aceptación por parte del encuestado, en cumplimiento con el principio de autonomía, y cuyas respuestas no invaden la intimidad; para promover el principio de justicia en cuyo caso la asignación al estudio se realizó al azar, sin ningún tipo de preferencias ni discriminación, y con uso racional de los resultados obtenidos que fueron utilizados para la realización del proyecto de trabajo de investigación como principal objetivo.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, exploratorio de corte transversal.

Población y muestra

Se contó con una población total 65 médicos, de los cuales 32 son obstetras especialistas y 33 médicos residentes de postgrado en obstetricia y ginecología. Se aplicó encuesta a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión.

Teniendo como muestra, el personal médico de las áreas de Admisión, Sala de Partos y Quirófano de la Clínica Maternidad “Santa Ana” I.V.S.S., especialistas y residentes de postgrado de Obstetricia y Ginecología resultando: 23 médicos especialistas y 33 médicos residentes.

Los residentes de postgrado en obstetricia y ginecología, distribuidos de la siguiente manera, 8 residentes del tercer año, 11 residentes del segundo año y 14 residentes del primer año, para un total de 56 médicos encuestados.

Criterios de inclusión

Médicos de la Clínica Maternidad Santa Ana “IVSS” que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Personal médico ausente durante el periodo de encuestas (vacaciones, permisos por maternidad o causas personales e incapacidad temporal).

Procedimiento

Previa explicación de los objetivos del estudio y sus alcances se les entregó a los individuos seleccionados el formulario de consentimiento informado (anexo 1) para su lectura y firma y ser incluidos en nuestro estudio. A continuación se les entregó el cuestionario a fin de proceder a llenarlo en forma anónima, según las indicaciones. La investigadora estuvo disponible en todo momento para aclarar dudas sobre el mismo. Una vez completado el cuestionario, se analizaron las respuestas para dar cumplimiento a los objetivos planteados.

Tratamiento estadístico

Los datos obtenidos a través del instrumento de recolección fueron cotejados por el programa estadístico SPSS versión 19.0 de IBM® y Paquete de cómputo estadístico Statgraphics Centurion. Todos los resultados se describieron mediante frecuencias absolutas y/o relativas comparados mediante diferencia de proporciones para una $p \leq 0,05$. Se aplicó una escala semicuantitativa diseñada para evaluar factores que lograron determinar las barreras y facilitadores ante la atención del parto desde la perspectiva médica del personal de la Clínica Maternidad Santa Ana.

RESULTADOS

Se realizó el estudio en la Clínica Maternidad Santa Ana, dirigido hacia el personal médico de la especialidad de obstetricia que laboran en las áreas de admisión, sala de partos y quirófano.

Se contó con una población total 65 médicos, de los cuales 32 son obstetras especialistas y 33 médicos residentes de postgrado en obstetricia y ginecología. Se aplicó encuesta a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión, resultando: 23 médicos especialistas y 33 médicos residentes.

Los residentes de postgrado en obstetricia y ginecología, distribuidos de la siguiente manera, 8 residentes del tercer año, 11 residentes del segundo año y 14 residentes del primer año, para un total de 56 médicos encuestados.

En la tabla 1 se observa la distribución de la muestra según las conductas medicas ante la atención del parto en la cual el acompañamiento del padre no es permitido por el 75 % del personal médico, ante esto, el 64,29 % del personal no lo autorizan por normativa institucional.

La maniobra de Kristeller se aplica durante el parto en un 60,71 %, la consulta del uso de la oxitocina entre algunas veces y nunca un 44,64 % y 41,07 % respectivamente mientras que la práctica del apego precoz está representada por el 85,71 %.

Basado en los resultados obtenidos se definen así las barreras y facilitadores según la percepción del personal médico de la Clínica Maternidad Santa Ana expuesto de la siguiente manera; en la tabla 2, las barreras encontradas en el estudio según la percepción del personal médico para la atención del parto, clasificadas en cuatro grupos, barreras por normativa, dado por el acompañamiento del padre un 64,29 %, por estructura física, la no aplicación del parto humanizado en un 37,5 %; por los factores de contingencia, la no aplicación del parto humanizado por volumen de pacientes en 58,93 %, la evaluación vaginal realizada cada hora un 42,83 % y la aplicación de la maniobra de Kristeller en un 60,71 % y por los factores individuales, el uso de la oxitocina sin consentimiento 51,78 % y el no permitir la libre deambulacion un 55,35 %.

Se representan en la tabla 3 los facilitadores para la aplicación del parto humanizado según la percepción de los médicos, se encontraron que por estructura física, la atención del parto es realizada en cubículos individuales según refieren 42 médicos (75 %), por factores de contingencia, 52 médicos (92,86 %) conocen el parto humanizado, el 87,50 % de los médicos no consideran la episiotomía como procedimiento de rutina y el 71,43 % consideran la conducción del trabajo de parto con cesárea anterior y por factores individuales, se realiza el apego precoz en un 85,71 %, la aplicación de métodos naturales para aliviar el dolor en un 78,57 % y respetan culturas y creencias en la mujer embarazada durante el trabajo de parto representado en un 92,86 %.

DISCUSIÓN

El parto define el punto de partida de una nueva vida e inicio de una etapa de crecimiento evolutivo en el desarrollo personal en la mujer, este proceso no es atendido con todos los requerimientos que demanda, dejando a un lado las necesidades fisiológicas, psicológicas y emocionales de la gestante, afectando también el recibimiento del recién nacido, ante un ambiente hospitalario con bajo nivel de calidez y no menos importante se excluye de este proceso a quien también forma parte fundamental en la formación de la familia como lo es, el padre.⁽⁵⁾

Luego de aplicar el instrumento de recolección de datos al personal médico de la Clínica Maternidad Santa Ana del servicio de obstetricia, un 92,86 % de ellos, dicen tener conocimiento sobre el parto humanizado.

Jerez ⁽¹⁵⁾ en investigación realizada concluye que la atención hospitalaria está basada por prácticas mecanicistas y tecnocráticas, afectada por la falta de individualización en los centros asistenciales. Tal como se observa en el estudio las conductas contrarias al parto humanizado, un 58,93 % de los médicos encuestados afirmaron que no se aplica parto humanizado, al tener como limitante el alto volumen de pacientes que se maneja en la institución, disminuyendo la calidad atención individualizada de las embarazadas.

En un 64,29 % de frecuencia, la restricción y aceptación del padre como acompañante durante el trabajo de parto no es permitido por el personal de salud, debido al cumplimiento de la normativa institucional. Siendo similar a resultados obtenidos por Behruzi *et al.* ⁽¹⁸⁾, al determinar cómo barrera importante en el cuidado del parto humanizado la restricción de la presencia de un acompañante en el nacimiento.

La OMS ⁽⁷⁾ y la Declaración Universal de los Derechos Humanos ⁽⁴⁾ consideran la maniobra de Kristeller, como conducta contraria al parto, ya que se aleja de la conducción fisiológica del parto y vulnera el respeto a la dignidad e integridad de la mujer sobre su cuerpo. El personal médico de la institución a pesar del conocimiento de ello la aplica un 60,71 %, durante el período expulsivo del trabajo de parto.

Asimismo la OMS⁽⁷⁾, señala en sus recomendaciones para la atención del parto humanizado, restringir el examen vaginal a repetición para evaluar el progreso y la infusión continua de oxitócicos sin previo consentimiento de la mujer embarazada, sin embargo un 42,83 % del personal médico realiza la evaluación vaginal cada hora, y el 51,78 % de ellos nunca consulta su uso causando intervencionismo del parto y presentándose como conducta contraria al parto humanizado, dejando a un lado las decisiones que la madre tiene como derecho durante el parto.

Al describir las barreras para la atención del parto humanizado, según la percepción del personal médico de la Clínica Maternidad “Santa Ana” I.V.S.S, se presenta de manera preponderante la no aplicación del parto humanizado por sobrecarga laboral, dado por el volumen de pacientes que se maneja en la institución, lo que limita que cada mujer sea atendida con conductas individuales de acuerdo a sus necesidades y requerimientos, sin intervencionismos innecesarios.

Al determinar los facilitadores para la atención del parto humanizado, se observa que la población médica, un 92,86 % posee conocimiento sobre el parto humanizado y de las conductas en pro de la atención de la parturienta, como el uso no rutinario de la episiotomía, el apego precoz y el respeto a las culturas y creencias de la mujer gestante al igual que Behruzi *et al.* ⁽¹⁸⁾ al concluir este último como el principal facilitador.

Al finalizar el estudio se concluye:

El 92,86 % del personal médico de la Clínica Maternidad Santa Ana, dicen tener conocimiento sobre el parto humanizado.

Las conductas contrarias al parto humanizado con más frecuencia fueron, la no aplicación del parto humanizado por volumen de pacientes, el no permitir el acompañamiento del padre por normativa, el uso de maniobra de Kristeller, la evaluación vaginal cada hora y el uso no consultado a la mujer de oxitocina.

La principal barrera por la que no se aplica parto humanizado según la perspectiva de los médicos de la Clínica Maternidad Santa Ana es que no se permite el acompañamiento del padre durante el proceso del parto humanizado.

La condición que puede facilitar la aplicación del parto humanizado en la institución es el conocimiento sobre el mismo.

Se recomienda la creación de normativa institucional que respalde conductas que favorezcan la aplicación del parto humanizado y continuar la línea de investigación.

Después de haber realizado, esta investigación dirigida hacia el parto humanizado, con conocimiento de la representación de este tema a nivel mundial y con el conocimiento de la percepción del personal médico de la Clínica Maternidad Santa Ana con respecto a las barreras y facilitadores para el parto humanizado; recomendamos, iniciar jornadas que fomenten la aplicación del parto humanizado, incluso bajo la infraestructura con la que se cuenta, basado en el respeto a los valores, creencias y necesidades de la mujer embarazada, con respaldo de normativas institucionales a favor del bienestar de la mujer durante el trabajo de parto y el parto propiamente dicho.

Mantener un sistema educativo ante los residentes de postgrado que fomente el respeto a la dignidad de la mujer e involucre al padre en un proceso que denota la formación de la familia como célula de la sociedad, con aplicación de los conocimientos médicos necesarios no intervencionistas, a fin de brindar atención oportuna y eficaz de toda mujer gestante.

REFERENCIAS

- 1- Uranga F. Ginecología y Obstetricia. Vol 1. 5th ed. España: Intermedica; 1974.
- 2-Nueve lunas. [INTERNET] .México: Creative Commons; 2010 [Actualizado 13 septiembre 2010; citado 17 de marzo del 2016]. Disponible en www.nuevelunas.org.mx
- 3- Cayuñir A, Hernández E. Humanización del Nacimiento para cambiar la vida, es necesario cambiar la manera de nacer. [Tesis Doctoral]. Universidad Austral de Chile; 2007.
- 4- Declaración Universal de los Derechos Humanos. 10 de diciembre de 1948. Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- 5- Vellay P. Parto sin dolor. Principios prácticos y testimonios. Vol 1. 3ra ed. México; Azteca. 1970.
- 6- Carreras F. Como prepararse para el parto sin dolor. Vol1. 2da ed. Caracas: Monte Ávila; 1974. [revisado 13 oct 2016]; Disponible en: <http://gumilla.org/biblioteca/bases/biblo/texto/SIC1974366.pdf>
- 7- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Lancet. [INTERNET] 1985; [revisado 23 mar 2016]; 326(8452): p 436-437. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/abstract)
- 8- Organización de Naciones Unidas Mujeres [Internet]. Salamanca: Las Naciones Unidas Hoy; 2012 [actualizado 14 may 2012; revisado 21 mar 2016] Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/get-involved/step-it-up/commitments/comoros>
- 9- La Roque M. El Parto y el Nacimiento Humanizado como Derecho Humano: un desafío para la transformación social. Caracas: Asograf; 2012 [INTERNET] [Revisado may 2016]. Disponible en: <http://www.defensoria.gob.ve/images/pdfs/libros/partoynacimientohumanizadopdf>
- 10 – Castro C. Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y el niño. Panamericana. Argentina; 2013 [INTERNET] p. 90- 107. [revisado 17 mar 2016] Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014.pdf
- 11- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N 38.668, (23-04-07)
- 12- Arnau J, Martínez M, Nicolás M, Bas E, Morasles R, Álvarez L *et al.* Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de la región de Murcia. AIRB [INTERNET]. 2012; [revisado: 10 Oct 2016] 7(2):225-247. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id>

- 13- Silva R, Soares M, Muniz R, Andrade F, Torres A, Gomes V *et al.* La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. Revista electrónica trimestral de enfermería [INTERNET]. 2011;(24):331-341. [revisado 29 sep 2016] Disponible en: www.um.es/eglobal/
- 14- Basso J, Monticelli M. Las expectativas de participación de mujeres embarazadas y sus acompañantes para realizar un parto humanizado. Rev latino-AM Enfermagen [Internet]. 2010 [revisado 23 Mar 2016]; 18(3): 99-107 Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_14.pdf.
- 15-Jerez C. Paradojas de la Humanización del parto: ¿Qué partos merecen ser empoderados? En: Libro de ponencias: XI Jornadas de Sociología. Buenos Aires; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; [Internet]. 2015 [revisado 23 Mar 2016].p.1-15. Disponible en: <http://cda.aacademica.org/000-061/1121.pdf>
- 16-Muñoz M. Competencias Profesionales de la Matrona en la Atención al Parto Normal. [Tesis Doctoral] .Murcia: Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería; 2014.
- 17-Magnone N. Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización. [Tesis Doctoral]. Montevideo: Universidad de la Republica; 2010.
- 18- Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Li M, Misago C *et al.* Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. BMC Pregnancy and Childbirth [INTERNET] 2010 [revisado: 4 abr 2016] (10):25 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>. Accedido: 04-04-2016
- 19- Campos E, Delgado k. Violencia Obstétrica: Impacto en el personal de salud ante jornadas informativas. [Tesis]. Universidad Central de Venezuela, 2014.
- 20-Rocha M. "Humanización del embarazo, Parto y Nacimiento" Un asunto de derechos humanos. [Tesis]. Universidad de la Republica, Facultad de Psicología, 2015.
- 21- Lares B. La humanización del nacimiento en Venezuela y el mundo. Auroramadre [Internet]. 2015; [citado 21 de sept 2016]: Disponible en <http://www.auroramadre.com>
- 22- Revehuna. Manifiesto por la Humanización del Nacimiento en Venezuela. [Internet]. 2012 [citado 26 sept 2016]: Disponible en: <http://www.auroramadre.com>
- 23- Castellanos D, Toro J, Arias M, González M. eds. Opciones de Parto. Protocolo de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS; 2014. p.13-36.
- 24- Leboyer F. Por un nacimiento sin violencia. México: Mandala; 1976.

25- Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. Comentario de la Biblioteca de la salud reproductiva de la OMS. [Internet]. 2007. [citado 25 sep 2016] Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/>

26- Araoz R. Parto Natural Humanizado. Scientifica [Internet]. 2007 [citado 23 sept 2016]; 5(5):1-5. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?lng=es>

ANEXO 1

Formulario de Consentimiento Voluntario Informado

Consentimiento informado

Estimado colega, el presente cuestionario representa el instrumento de recolección de datos de mi trabajo especial de Grado “Parto Humanizado: Barreras y Facilitadores según la percepción del personal médico” el mismo no será identificado con su nombre (cuestionario anónimo).

Sin mayor intención que la relacionada con la realización de nuestro trabajo, se anexa un consentimiento informado que deberá firmar para pertenecer a la población de muestra de nuestra Tesis de Grado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, perteneciente al personal médico de la Clínica Maternidad Santa Ana “IVSS”, con _____ años de experiencia laboral, acepto formar parte del Trabajo especial de Grado “Parto Humanizado: Barreras y Facilitadores según la percepción del personal médico”, realizado por la residente de tercer año de postgrado de obstetricia y ginecología de la institución Barbara Farfan.

Firma

Anexo 2

PARTO HUMANIZADO: BARRERAS Y FACILITADORES SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MEDICO

Formulario de recolección de datos

Recolección de datos respecto a los hábitos de atención ante el parto por parte del personal médico de la maternidad Santa Ana, en miras a la aprobación de Ley para Parto Humanizado en nuestro país.

ENCUESTA

1- ¿Conoce usted lo que es el Parto Humanizado?

SI NO

2- ¿Conoce usted los beneficios del Parto Humanizado?

SI NO

3- ¿Ha aplicado usted Parto Humanizado?

SI NO

4- ¿Le consulta usted a la paciente, el uso de Oxitocina?

Siempre

Algunas veces

Nunca

5- ¿Permite usted la libre deambulaci3n durante el trabajo de parto?

SI NO

6- La evaluaci3n vaginal la realiza usted:

Cada 30 minutos

Cada hora

Cada 4 horas

7- ¿La episiotomía la considera un procedimiento de rutina ante toda paciente en periodo expulsivo del trabajo de parto?

SI NO

8- ¿Implementa usted la maniobra de Kristeller?

SI NO

9- ¿Permite usted el apego precoz?

SI NO

10- ¿Ha ofrecido usted alguna vez opciones de trabajo de parto a la paciente obstétrica?

SI NO

11- A toda paciente con cesárea anterior que presente periodo intergenesico igual o mayor a 2 años usted...

a. Le indica cesárea como resolución obstétrica absoluta

b. Considera la posibilidad de iniciar inducción o conducción del trabajo de parto.

12- ¿Permite usted el acompañamiento del padre?

SI NO

¿Por qué?

13- La atención del parto la hace usted en...

Sala de parto individual

Sala de parto común

14- ¿Considera que la sobrecarga laboral limita la atención del parto humanizado?

SI NO

¿Por qué?

15- ¿Estaría usted de acuerdo en implementar métodos naturales para aliviar el dolor?

SI NO

¿Por qué?

16- ¿Ha recibido en algún momento inducción para la atención del parto humanizado?

SI NO

¿Por qué?

17- ¿Respeto usted la cultura, valores y creencias de las mujeres ante el parto?

SI NO

¿Cómo?

Tabla 1

Distribución de la muestra según las conductas contrarias al parto humanizado

	N	%	P
Consulta el uso de oxitocina			
Siempre	8	14,28	0,756
Algunas veces	25	44,64	0,102
Nunca	23	41,07	0,056
No permite libre deambulaci3n durante el TDP	32	57,14	0,021
Evaluaci3n vaginal			
c/30 min	2	3,57	0,923
c/hora	23	41,07	0,009
c/4 horas	30	55,35	0,036
Realiza maniobra de Kristeller	34	60,71	0,127
Permite apego precoz	48	85,71	0,094
Ces3rea anterior como indicaci3n absoluta de ces3rea	16	28,57	0,205
No permite el acompa1amiento del padre	42	75,00	0,387
Normativa	36	64,29	0,857
Infraestructura	6	10,71	0,783
No permite el uso de m3todos naturales	12	21,43	0,319

Tabla 2
Barreras para la atención del parto humanizado

Barreras	N	%	p.
Normativa			
El no acompañamiento del padre	36	64,29	0,857
Estructura física			
No aplicación del parto humanizado	21	37,5	0,671
Factores de contingencia			
No aplicación del parto humanizado por volumen de pacientes.	33	58,93	0,272
Evaluación vaginal horaria	24	42,83	0,009
Maniobra de Kristeller	34	60,71	0,127
Factores individuales			
La no consulta del uso de la oxitocina	23	51,78	0,032
No permitir libre deambulaci3n	32	55,35	0,021

Tabla 3
Facilitadores para la atención del parto humanizado

Facilitadores	N	%	P
Estructura física			
Cubículos individuales	42	75,00	0,646
Factores de contingencia			
Conocimiento acerca del parto humanizado	52	92,86	0,225
No considera la episiotomía como rutina	49	87,50	0,209
Conducción del trabajo de parto con cesárea anterior	40	71,43	0,205
Factores individuales			
Permitir apego precoz	48	85,71	0,094
Aplicación de métodos naturales para el dolor	44	78,57	0,319
Respeto de culturas y creencias	52	92,86	0,167

