



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS  
DE HIDALGO  
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**Intervenciones de enfermería y su relación con la percepción de la calidad  
del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto**

**TESIS**

**que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con terminal en Gestión,  
Dirección y Liderazgo en Enfermería**

**Presenta**

**C.M.E Edith Cornelio Ramos**

**Asesora**

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz**

**Coasesoras**

**Dra. Vanesa Jiménez Arroyo**

**Revisora**

**Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**

**Morelia Michoacán Junio 2019**

## **Directivos**

**ME. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN**

**Directora de la Facultad de Enfermería**

**DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA**

**Secretaria Académica**

**ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA**

**Secretaria Administrativa**

**Mesa Sinodal**

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz**

---

**Dra. Vanesa Jiménez Arroyo**

---

**Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala**

---

**Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**

---

**Dra. Elva Rosa Valtierra Oba**

---

## Índice

I.	Introducción .....	8
II.	Justificación .....	11
III.	Planteamiento del Problema .....	21
IV.	Hipótesis .....	24
V.	Objetivos .....	25
	<b>General</b> .....	25
	<b>Específicos</b> .....	25
VI.	Marco teórico .....	27
	<b>6.1 Teoría del Cuidado Humano</b> .....	27
	<b>6.2 Percepción de la calidad del cuidado</b> .....	34
	6.2.1. Cuidado de enfermería.....	35
	<b>6.3 Proceso de trabajo de parto</b> .....	38
	6.3.1 Etapas del trabajo de parto. ....	41
	<b>Primera etapa de trabajo de parto</b> .....	41
	<b>Segunda etapa de trabajo de parto</b> .....	43
	<b>Tercera etapa del trabajo de parto</b> .....	44
	<b>Puerperio</b> .....	47
	<b>6.4 Intervenciones de enfermería</b> .....	54
VII.	Material y métodos.....	63
	<b>7.1 Tipo de diseño y estudio</b> .....	63
	<b>7.2 Límites de tiempo y espacio</b> .....	63
	<b>7.3 Definición del Universo de estudio</b> .....	63
	<b>7.4 Tamaño de la muestra</b> .....	63
	<b>7.5 Criterios</b> .....	63
	<b>7.6 Operalización de Variables</b> .....	64
	<b>7.7 Instrumentos</b> .....	65
	<b>7.8 Procedimientos</b> .....	70
	<b>7.9 Prueba piloto</b> .....	70

<b>7.10 Análisis estadístico</b> .....	71
<b>7.11 Consideraciones éticas y legales</b> .....	71
<b>VIII. Resultados</b> .....	74
IX. Discusión .....	84
X. Conclusiones .....	86
XI. Sugerencias .....	88
XII. Referencias bibliográficas .....	89
XIII. Anexo .....	93
<b>Anexo 1. Instrumento cuidado de comportamiento profesional</b>	93
<b>Anexo 2. Instrumento intervenciones de enfermería en mujeres en trabajo de parto</b> .....	95
XIV. Apéndices .....	97
<b>Apéndice 1. Consentimiento informado</b> .....	97
<b>Apéndice 2</b> .....	99
<b>Operacionalización de variables</b> .....	99
<b>Apéndice 3</b> .....	101
<b>Parte III Instrumento cuidado de comportamiento profesional</b>	103
<b>Apéndice 4</b> .....	105
<b>Apéndice 5</b> .....	106
<b>Apéndice 6</b> .....	107
<b>Apéndice 7</b> .....	123

## Resumen

Introducción. Los cuidados de enfermería son de vital importancia ya que en ellos se aplica el método científico y el proceso de enfermería, teniendo como objetivo principal el bienestar de la persona, especialmente durante el trabajo de parto cuando las intervenciones de enfermería (IE) resultan fundamentales. Objetivo. Analizar las IE y la relación con la percepción de la calidad del cuidado (PCC) en mujeres durante el trabajo de parto (MDTP). Método. Estudio cuantitativo, transversal, correlacional y no experimental; muestra no probabilística a conveniencia de 249 mujeres en TP. Instrumentos: Cuidado de Comportamiento Profesional “forma A”, 28 ítems ( $\alpha=.80$ ), escala Likert 1- 4 donde 1 significa nunca, y 4 siempre; Instrumento Intervenciones de Enfermería en el Parto elaborado ex profesos, 20 ítems ( $\alpha=.89$ ), escala Likert de cinco puntos que va de 1 a 5. A mayor puntuación mejor cuidado. Estadística descriptiva en SPSS v22. Resultados. Mayoría primigestas (53.4%), edad de 15-25 años (69.8%), unión libre (47%), primaria (53.8%). IE eficientes en escala total (55%) y regular en dimensiones (dilatación y borramiento, 53.4%; alumbramiento, 83.5%; y nacimiento, 47.8%). PCC fue alta en escala total (81.5%) y regular en dimensiones. Relación significativa escala total de IETP y dimensión no comprometido ( $\chi^2=11.345$ ,  $gl=4$ ,  $p=.023$ ), IETP e interacción PCC ( $\chi^2 =15.846$ ,  $gl=4$ ,  $p=.003$ ). Se concluye que la IE en MDTP fue eficiente y la PCC fue alta en cuanto a escala total. Hubo dos relaciones significativas entre IETP y las dimensiones de no comprometido en interacción de la PCC.

*Palabras clave.* Enfermería, percepción del cuidado, intervenciones de enfermería, diagnósticos de enfermería, trabajo de parto.

## Abstract

Introduction. Nursing care is of vital importance since in them the scientific method is applied and the nursing process, having as main objective the welfare of the person, especially during labor, when nursing interventions (EI) are fundamental. Objective. Analyze EI and the relationship with the perception of the quality of care (PCC) in women during labor (MDTP). Method. Quantitative, cross-sectional, correlational and non-experimental study; non-probabilistic sample at the convenience of 249 women in TP. Instruments. Professional Behavior Care "form A", 28 items ( $\alpha=.80$ ), Likert scale 1- 4 where 1 means never, and 4 always; Instrument Nursing Interventions in Childbirth prepared ex profesos, 20 items( $\alpha=.89$ ), Likert scale of five points that goes from 1 to 5. A higher score better care. Descriptive statistics in SPSS v22. Results. Most primigraves (53.8%). Efficient IE in full scale (55%) and regular in dimensions (dilation and erasure, 53.4%, birth, 83.5%, and birth, 47.8%). PCC was high in full scale (81.5%) and regular in dimensions. Significant ratio of total IETP scale and uncommitted dimension( $\chi^2=11.345$ ,  $gl=4$ ,  $p=.023$ ), IETP and PCC interaction ( $\chi^2 =15.846$ ,  $gl=4$ ,  $p=.003$ ). It is concluded that the EI in MDTP was efficient and the CCP was high in terms of the total scale. There were two significant relationships between IETP and the dimensions of non-compromised interaction of the PCC.

Keywords. Nursing, perception of care, nursing interventions, nursing diagnoses, labor.

## I. Introducción

Para enfermería resulta de vital importancia brindar cuidados de calidad mediante metodología científica que en el caso de enfermería es el proceso de enfermería o proceso enfermero así como el empleo de las taxonomías de Diagnósticos Enfermeros (NANDA), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). En México, además se han venido realizando esfuerzos para estandarizar el cuidado mediante los Planes de cuidado (Comisión Permanente de Enfermería, 2013).

De igual manera, enfermería busca garantizar un cuidado de calidad a los usuarios que atiende, especialmente los grupos vulnerables como la díada madre-hijo, cuya mortalidad continúa siendo inaceptablemente alta a pesar de los esfuerzos de las organizaciones mundiales como la meta establecida por la Agenda de Desarrollo Sostenible (antes Objetivos de Desarrollo del Milenio) de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2013 (OMS, 2015).

Es así que la profesión de enfermería procura realizar intervenciones de enfermería en mujeres durante el parto que coadyuven a esta meta al tiempo que continúa buscando que la percepción de estas mujeres respecto al cuidado recibido mejore.

Para ello se realizará un estudio analítico, transversal, correlacional y prospectivo para relacionar la percepción de la calidad del cuidado con las intervenciones de enfermería en mujeres durante el trabajo de parto, las cuales se seleccionarán en una unidad de segundo nivel de atención para identificar las principales intervenciones de enfermería y relacionarlas con la percepción que tengan de las enfermeras que brinden este cuidado.

Para realizar esta investigación se estructuró el protocolo que se presenta a continuación, el cual fue organizado por capítulo. El primero presenta la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad del proyecto. El planteamiento del problema señala el tema de estudio y finaliza con la pregunta de investigación.

Se plantea la hipótesis, el objetivo general y los objetivos específicos que permitirán el logro de la investigación; el marco teórico presenta el desarrollo de las variables de estudio. La metodología presenta los elementos tales como herramientas y procedimientos que apoyarán el logro de la investigación, así como los aspectos bioéticos. Finalmente se enlistan las referencias bibliográficas empleadas durante la elaboración del protocolo.

# Capítulo I

## II. Justificación

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado y ha sido conceptualizado por las teóricas de enfermería y filósofos de diversas maneras. Milton Mayernoff, filósofo americano escribió en su libro Cuidado Humano la experiencia del cuidado del ser humano, decía que los valores humanos están inmersos en el proceso de cuidar y crecer. Cuando se cuida del prójimo hay un crecimiento y lo relaciona con el trato entre padre e hijo el cual consiste en brindarle respeto y ayudarlo a crecer en su propio derecho, animándolo y asistiéndolo en sus necesidades.

Para Waldow (2009), el cuidado de Enfermería es definido como todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan, está constituido por dos componentes, el instrumental y el expresivo, englobando los aspectos físicos y psicosociales. De esta manera, enfermería dirige sus esfuerzos en el cuidado a la manera de ser ejecutada la tarea o intervenciones.

Patricia Benner (2013) refiere que la enfermera(o) que desarrolla su labor en el área asistencial, cada vez que afronta una situación realiza un aprendizaje que puede generarse por elementos de transformación o por repetición creando habilidades y destrezas que solo son propias de la práctica clínica. La enfermera(o) debe crear un ambiente de organización, con la finalidad de ejercer una práctica clínica en plenitud y con éxito, ejecutando su función de líder de aquí la importancia de que el personal de enfermería de áreas como unidad tócoquirúrgica debe contar con competencias y habilidades para el nacimiento del producto de la gestación.

En el caso específico de la salud reproductiva, cobra vital importancia el papel que ejerce el profesional de enfermería durante la etapa de trabajo de parto ya que si no se actúa con calidad, el riesgo para el binomio madre-hijo puede tener consecuencias fatales, llegando hasta el extremo de la muerte materna.

Antiguamente durante en el siglo XVII, la muerte de la mujer durante el parto era una situación natural, casi esperada, inherente a su propia condición y

función un evento que venía con la esencia de la mujer, sino lograba superarlo, era sustituida por otra mujer para realizar la procreación y no había problema.

En la actualidad se cuenta con los avances médicos para evitar la muerte materna que es considerada como un problema de salud pública, solo ciertos sectores publicos padecen esta problemática, por lo que representa una violación a los derechos humanos de las mujeres, particularmente a sus derechos sexuales y reproductivos (DS, 2016).

La importancia de mantener un cuidado de calidad en la salud reproductiva se hace patente debido a los datos que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) refiere en cuanto a eventos obstétricos concentran 37.7% de las hospitalizaciones en las mujeres y en relación con el embarazo los resultados muestran que 31.3% de las mujeres de 20 a 49 años de edad estuvieron embarazadas al menos en una ocasión durante los cinco años atrás a la recolección de datos hablando de 2006-2011, dato menor al nacional (87.8%), y mayor al registrado en Michoacán en la ENSANUT 2016 (74.9%). Derivado de ello, la atención del parto se ha incrementó y se estima que el 26.1% en los últimos cinco años en el Estado.

Para el caso de Michoacán, la Secretaría de Salud del Estado (2016) reporta que la tasa de fecundidad tuvo una reducción significativa, en el año 2010 era de 2.38 el promedio de hijos por mujer en edad reproductiva, paso a 2.27 en 2016, la tasa de natalidad se reduce al pasar de 20.58 en 2010 a 19.41 en 2016. Las unidades hospitalarias reportan al parto único espontáneo como la segunda causa de egreso hospitalario en al año 2015 con 21.621 nacimientos, en tanto que ciertas afecciones originadas en el período perinatal se ubicó dentro de las 10 primeras causas de muerte en 2011.

Anualmente en el mundo por lo menos 20 millones de mujeres presentan complicaciones agudas durante la gestación, de las cuales 529.000 terminan en muertes maternas asociadas al embarazo, parto y puerperio. Una muerte materna es el producto final de la correlación de múltiples factores interactuantes; por tal razón, la mortalidad materna es considerada un indicador sensible para describir

la calidad de los servicios de salud de las regiones y localidades (Rodríguez y Verdú, 2013).

En México, la razón de mortalidad materna nacional reportada en 2011 fue alta (65.3), especialmente en las entidades federativas de muy alto grado de marginación (Programa Sectorial de Salud, 2013-2018). En el Estado de Michoacán, el primer lugar de mortalidad en 2010 lo compartieron las complicaciones durante el embarazo y parto con 11 casos y las causas obstétricas indirectas (11 casos) con tasas de 1.53 por 10 mil nacimientos vivos en el Estado (NVE) respectivamente que juntas representan el 44.90 por ciento de las defunciones maternas, seguido por las enfermedades hipertensivas del embarazo con 10 casos (Secretaría de Salud de Michoacán, 2016).

La razón de muerte materna se mantienen estables en 2009 se tenía una tasa de 4.85 y para el 2014 fue de 4.77. Las causas siguen siendo las mismas como son enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia del embarazo, parto y puerperio, así como otras complicaciones principalmente puerperales.

Por todo lo antes mencionado resulta de vital importancia continuar trabajando para el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) en lo relativo a la reducción de la mortalidad materna y que es parte fundamental del Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (SMP) 2013-2018. De igual manera el profesional de enfermería es parte fundamental del modelo de atención obstétrica en México que pretende brindar una atención de calidad durante el embarazo, un parto saludable y seguro, con atención oportuna por personal calificado en el área evitar complicaciones, apoyándose en evidencia científica y respetando los derechos de la mujer embarazada a través de la procuración de un trato humano y respetuoso (Programa Sectorial de Salud, 2012-2015).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) considera a la mortalidad materna como un indicador de salud de la población y registró a nivel mundial una tasa en el 2011 de 7.3 por cada 100, 000 nacidos vivos, en tanto que México reportó 43.0 para ese mismo período (Programa Sectorial de Salud, 2012-2015).

La razón de muerte materna en los países en desarrollo continúa siendo 15 veces mayor que las presentadas en los países considerados desarrollados, con cifras de 240 muertes por cada 100, 000 nacidos vivos en 2010 (Programa Sectorial de Salud, 2012-2015). El promedio de la tasa de mortalidad materna nacional fue de 5.54 en el año 2011 aunque muestra una tendencia descendente (Secretaría de Salud, INEGI, 2012).

De acuerdo a datos de la Secretaría de Salud de Michoacán, la mortalidad materna en el estado pasó de 41 defunciones en el año 2009 con una tasa de 4.85 a 40 fallecimientos 2014 y tasa de 4.77, (Secretaría de Salud, 2016). Es decir, el promedio de la tasa de mortalidad materna estatal en el período 2009-2014 se mantienen estables en 2009 se tenía una tasa de 4.85 y para el 2014 fue de 4.77. (Secretaría de Salud, 2016).

La mortalidad materna en el estado de Michoacán en el año 2014 se ubicó en tres grupos principales, complicaciones principalmente del embarazo y el parto, enfermedad hipertensiva del embarazo, como la eclampsia y la hemorragia obstétrica con 8, 7 y 6 defunciones respectivamente consideradas causas obstétricas directas (Secretaría de Salud, 2016).

Como puede observarse, no se ha logrado la meta establecida en los Objetivos del Desarrollo del Milenio en lo relativo a la reducción de la mortalidad materna. En México, estas muertes ocurren principalmente en hospitales públicos y por causas prevenibles asociadas con la mala calidad de la atención (Programa Sectorial de Salud, 2013-2018).

Debido a la importancia de los datos presentados, la Secretaría de Salud (2016) considera relevante continuar con la realización con la temática de la salud reproductiva, que se mantuvo en los primeros cuatro lugares de demanda de estudio en el Sector Salud en el 2013 de acuerdo a datos presentados en el Programa de Acción Específico Investigación para la Salud.

Desde el ámbito de enfermería, la Comisión Permanente de Enfermería (Secretaría de Salud, 2013) estableció como un objetivo del Plan Rector el contribuir a la protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de acciones de enfermería así como favorecer el acceso efectivo a

servicios de salud de enfermería con calidad y seguridad y ha establecido como estrategia la implementación de los Planes de Cuidado (PLACE) aprobados de acuerdo al Catálogo Nacional.

El Segundo Catálogo de Planes de cuidado de enfermería (Secretaría de Salud, 2013) incluyó seis PLACE que abordan la salud materna, entre ellos parto y recién nacido, puerperio fisiológico, emergencia obstétrica y perinatal pre parto. A pesar de ello, no se pudo tener acceso a información que muestre el porcentaje de aplicación de los mismos, ni tampoco el impacto que los PLACE que han tenido en la calidad del cuidado brindado a estos usuarios.

La calidad de la atención a la mujer en trabajo de parto requiere que el profesional de enfermería cumpla con lo establecido en el Programa Sectorial de Salud (2015), el cual establece la existencia de recursos humanos calificados con formación, capacitación y actualización de personal en obstetricia, parto seguro y emergencias obstétricas, al igual que lo establecido por la Comisión Permanente de Enfermería que pretende mejorar la calidad del cuidado brindado y de esta manera contribuir a resolver los problemas de morbilidad y mortalidad materna en las regiones con mayores tasas (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2005).

En relación al tema en España, Mas et al (2012) determinaron la fiabilidad y validez de contenido y concepto de la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Escala para medir la satisfacción de las mujeres con el parto y el nacimiento. Utilizaron el método de traducción-retrotraducción para obtener una versión adaptada al español de la escala. Para la validación se seleccionó una muestra de 325 mujeres que habían tenido un hijo sano mediante parto vaginal. Se valoró la fiabilidad en una submuestra de 45 mujeres que cumplieron de nuevo la escala a los 15-30 días. Se analizó la estructura factorial y la consistencia interna. Se evaluó la validez de concepto analizando la relación entre la satisfacción con la experiencia y el cumplimiento de las expectativas y preferencias en el manejo del dolor. Los resultados del estudio mostraron un coeficiente de correlación intraclase en el test-retest de 0.93 para la escala global. El análisis factorial identificó seis factores que explicaban el 69.42 de la varianza. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.94 para la escala global, oscilando de 0.72 a 0.96 en las subescalas. La

satisfacción con la experiencia del parto fue superior en las mujeres cuyas expectativas se habían cumplido, así como en las que accedieron al método de alivio del dolor elegido.

En 2013, Álvarez realizó una investigación en Colombia con enfoque cualitativo y de tipo fenomenológico interpretativo basado en la teoría de Heidegger para describir el cuidado de enfermería en mujeres que presentaron hemorragia posparto. Utilizaron una base de datos institucional de los años 2006-2007 bajo el criterio de saturación de datos y entrevistas a 8 mujeres, de las cuales 5 participaron en dos entrevistas y a tres mujeres le realizaron sólo una. Las edades de las participantes oscilaron entre 18-38 años, siete de ellas con pareja, y seis compartían la vivienda con la pareja; cinco mujeres no tenían más de dos hijos, dos de ellas con parto gemelar y una participante con ocho gestas. Los resultados mostraron que las mujeres percibieron la importancia del cuidado de enfermería a través de los comportamientos y acciones de las enfermeras y auxiliares durante el trabajo de parto y posparto. Sus narraciones expresan agrado cuando el personal de enfermería ofreció comodidad a ella, a su bebé y a su familia, desde lo físico y lo emocional. También se identificó la reciprocidad que hay entre el comportamiento de las mujeres y el personal de enfermería cuando se ofrece un cuidado humanizado.

También en 2013, González y Ramírez realizaron un estudio descriptivo y transversal para conocer la influencia del acompañamiento de una persona significativa en el nivel de bienestar de mujeres en trabajo de parto y parto en 56 mujeres utilizando la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP). El 44.6% de las participantes y el 53.6% con escolaridad media. Los resultados mostraron que 40 de los participantes obtuvieron un puntaje óptimo en la escala de BMSP, sugiriendo que el acompañamiento durante el preparto y parto se relaciona con un mayor nivel de bienestar materno, el cual está influenciado a su vez por el acompañamiento efectivo realizado por las personas significativas para las mujeres.

En el 2013 Ferreiro realizó una investigación en España con enfoque cualitativo a un grupo de mujeres que habían dado a luz en el 2008 para medir las

expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. Se formaron 14 grupos focales compuestos de mujeres que dieron a luz en el año 2008 mediante parto vaginal o cesárea no programada. El resultado reveló que las madres demandan un trato más humano, empatía, más información y participación. Los procesos clave en los que se debe realizar un mayor esfuerzo en la aplicación de estos elementos son la dilatación y la estancia en la unidad de atención de partos.

En Colombia, Díaz y Mendoza efectuaron una investigación descriptiva y retrospectiva para determinar la percepción de las puérperas acerca del cuidado que brinda el personal de enfermería durante la atención del parto usando la Escala de Cuidado Profesional de Kristen M. Swanson que considera el cuidado como competente o compasivo y que se aplicó a 44 mujeres en el primer día de posparto. Los resultados mostraron que prevalece la percepción de un sanador competente (64-80%). Respecto a los cinco procesos básicos de cuidado de enfermería, conocer, hacer por, estar con, permitir y mantener las creencias fueron positivas en general, obteniendo un mayor porcentaje el “hacer para”, lo que significa que el personal está en disposición de hacer por otros lo que harían por ellos mismos y en menor porcentaje aparece “estar con”.

En 2014, Uribe, Contreras y Villarroel realizaron la adaptación y validación de consistencia interna de la Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP) en su segunda versión para escenarios de asistencia integral. En una muestra no probabilística de 223 mujeres puérperas de bajo riesgo de un hospital público de Santiago, Chile. A la escala BMSP1 se agregaron 10 afirmaciones y se le aplicó el coeficiente alfa de Cronbach, la prueba de esfericidad de Bartlett y el valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Posteriormente se realizó análisis factorial con rotación varimax. La edad promedio de las participantes fue de 24 años, 50% eran nulíparas, el 57% con escolaridad media incompleta y 39.9% solteras. Los resultados muestran un instrumento válido y fiable para recoger la percepción de bienestar en modalidades de asistencia integral del parto. El bienestar en situación reportado por las mujeres chilenas, se mantiene en estrecha relación con la

percepción del acompañamiento y contención profesional y calidez en el trato, entre otros.

En el 2014 Segura, Miranda y Gullen realizaron un estudio para medir la percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto la Investigación fue cualitativa, se utilizó el método fenomenológico de Hursserl y para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista a profundidad con una guía de preguntas de tipo biográficas y demográficas tocando aspectos como sexo, edad y días de hospitalización de la misma manera se emplearon preguntas que los llevaron a encontrar la percepción como son conocimiento, sentimiento, opinión y experiencia/conducta. muestra total 3 pacientes, los resultados obtenidos en cuanto al respeto que se les brindo contestaron que el personal es capacitado con habilidades, brinda y proporciona la atención adecuada y ponen el corazón en ello. El trato hacia ellos fue digno ya que al momento de estar dando atención les motigan todas sus dudas y los hace sentir tranquilos la actitud de ellas es de personas comprometidas con su profesión.

Costa, Oliviera, Regina, Costa y Canicali en el 2014 en Brasil realizaron un estudio para identificar cuales eran las influencias socioeconomicas relacionada con el perfil obstétrico de las puérperas con enfoque cuantitativo, transversal en espiritu Santo con una población de 323 usuarias de entre 20-29 años. Como resultados obtuvo valor estadístico significativo entre la variable edad y situación conyugal, raza y numero de consultas por lo cual concluye que las características socioeconómicas pueden influir en el numero de consultas prenatal, número de embarazos y tipo de parto.

Ayala (2015) realizó una investigación en Lima, Perú para determinar la calidad de atención del parto según la percepción de las usuarias en un centro obstétrico con un estudio descriptivo y transversal en 313 puérperas inmediatas a quienes se aplicó el instrumento SERVPERF con 22 ítems y cinco dimensiones de la calidad. El 29.7% de las participantes se ubicó entre los 25 a 29 años de edad, el 20.8% eran menores de 20 años, el 75.7% convivientes, 59% habían terminado la secundaria, 69.6% dedicada al hogar y 46.3% eran primigestas. Los resultados mostraron que el 72.8% de los partos fueron atendidos por enfermeras obstetras.

Todas las dimensiones correspondieron a un grado “satisfacción”, siendo la menos valorada la dimensión de respuesta rápida y la más valorada la dimensión de tangibles.

En el 2015 Lenis y Manrique realizaron un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo para determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en un hospital privado de Barranquilla Colombia con una muestra de 147 pacinetes las cuales tenían orden de egreso utilizaron el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CUCACE) conformado por 26 items 14 en sentido positivo y 12 en sentido negativo. Las edades se ubicaron entre 25 a 50 años, el 84,3 % de la población estudiada era mayoritariamente adulta. En total, de los 147 pacientes, el 58,5 % eran mujeres y el 41,5 % eran hombres, estancia hospitalaria, se encontró que el número mínimo de días de estancia fue de 2 días y máximo de 19 en el servicio de hospitalización, 96,6 % de los pacientes considerara que el cuidado de enfermería no requiere mejoría lo cual indica que la mayoría de los pacientes vieron cumplidas sus expectativas frente a la calidad del cuidado ofrecido por parte del personal de enfermería, dentro de lo que los pacientes resaltarón fue la buena comunicación basada en la confianza la cual era generadora de una buena relación enfermera-paciente.

En el 2015 Silva, Ramón, Vergaray, Palacios y Petezani realizaron una investigación en un hospital público para medir la percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de Enfermería el estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de 50 personas ambos sexos todos mayores de 18 años se utilizó un cuestionario de percepción del paciente de la atención de enfermería este instrumento fue elaborado y cuenta con 30 ítems con 3 alternativas de respuesta siempre, a veces y nunca la mayor puntuación indica una mejor percepción del paciente respecto al cuidado de enfermería. La edad de los pacientes se encuentran entre 40 y 49 con secundaria terminada los días de estancia hospitalaria fue de 5 días predominio del sexo femenino, el 60% tuvieron una percepción medianamente favorable con relación al cuidado realizado por enfermería. Los pacientes refieren que para ellos es de suma importancia el comportamiento del personal de enfermería en diferentes momentos como la

administración de los diferentes tratamientos y medicamentos, cuando se dirigen a ellos por no lo hacen por su nombre, que el área hospitalaria es demasiado ruidosa lo que no les permite descansar y todos estos detalles son influyentes para la percepción del cuidado que brinda el personal de enfermería.

Silva, Cordoba, Villanueva, Fhon y Rodriguez en Perú en el 2015 dentro de su investigación percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público en el cual tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal las edades oscilaban entre 40 y 49 años.

García (2011) hace mención del cambio en la atención al parto en México de forma importante en la década de los años sesenta, momento en el que el sistema público de sanidad desarrolló una importante infraestructura hospitalaria. Hasta este momento la mayoría de los partos se realizaban a domicilio por matronas tituladas. En los últimos años, el aumento de la tecnología ha contribuido a mejorar los resultados perinatales, pero se ha mantenido la tendencia a atender de la misma forma todos los partos sean de bajo o alto riesgo, utilizando el mismo nivel de tecnología, lo que ha supuesto más intervencionismo y medicalización. El mismo autor hace mención de que el parto es percibida como una situación altamente estresante. La mujer al ingresar en un centro hospitalario debe adaptarse al medio, a las normas, al personal que las atiende y a la falta de intimidad. Esto genera una deshumanización del parto con el consiguiente estrés para la madre.

A nivel nacional, los datos de la ENSANUT 2012 muestran que los usuarios de todos los servicios hospitalarios percibe la calidad del servicio como muy buena o buena, con una proporción de 80.3 y 84.2% para 2006 y 2000, respectivamente.

Derivado de los estudios anteriores se pretende con este estudio visibilizar los cuidados de enfermería en un proceso que involucra a la díada madre-hijo y cuyas repercusiones para su vida futura son trascendentales. De esta manera se beneficiará a esta población, así como a la disciplina y profesión de enfermería.

De manera específica se aspira a identificar la percepción que este grupo etario tiene de la calidad del cuidado que se brinda a las mujeres durante el trabajo de parto y de esta manera buscar estrategias que permitan mejorar los indicadores de calidad de enfermería ya existentes.

### III. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el 2010 hacen referencia de que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada, en la cual juega un papel importante y central el profesional de enfermería durante su participación en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados e intervenciones. Por ello, los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la percepción del cuidado que se presta y que la mujer gestante reciba la atención perinatal adecuada y de calidad.

El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales (OMS/OPS, 2010).

Unas de las recomendaciones que realiza la OMS/OPS (2010) para el bienestar de la nueva madre, es que un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional. Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

La NOM Oficial Mexicana 007 (SSA, 2016) hace mención que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que, llevadas a cabo en forma rutinaria, aumentan los riesgos.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

En los Estados Unidos Mexicanos hay un registro de 2,586, 287 de nacimientos (INEGI, 2015) totales ocurridos en el país, dentro de ellos los atendidos en unidad hospitalaria son 2, 180, 599 y que fueron nacimientos por parto natural. En Michoacán de Ocampo se registraron 112, 051 nacimientos, de los cuales 104, 895 son nacimientos ocurridos en la entidad y 95, 406 fueron a través de parto normal.

Para la atención al usuario en el sector público es de 2.2 por 1,000 habitantes, en el sector salud de Michoacán la cobertura es de 1.7 enfermeras por 1,000 habitantes, ambos indicadores por debajo del indicador propuesto por la OCDE de 4 enfermeras por 1,000 habitantes en el Estado de Michoacán de Ocampo (INEGI, 2012). La tasa de fecundidad estimada en mujeres de 15 a 49 años en el 2000 era de 2.9 %, en el 2010 de 2.4%, para el 2013 fue de 2.3% en la entidad. Por lo tanto el incremento en los nacimientos se observa desproporcionado al aumento del personal de enfermería en las unidades públicas de Michoacán (INEGI, 2012), lo que puede considerarse como antecedente que compromete la calidad del cuidado de enfermería en éste caso.

Es necesario considerar que a nivel global las políticas públicas mencionan que los factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan, el nivel socioeconómico, educativo, legal o familiar de la mujer y lo relativo a su estado de salud así como patologías previas y su estado nutricional, su conducta reproductiva e historia obstétrica, el acceso y calidad de servicios de atención materna y planificación familiar (Abad y Calle, 2014).

La calidad de la atención en salud es condición esencial para que las acciones se traduzcan en la resolución de los problemas identificados, la satisfacción de los individuos asistidos, el reconocimiento y las reivindicaciones de sus derechos, y la promoción del autocuidado. Específicamente, la atención

prenatal de calidad y humanizada es fundamental para la salud materna y neonatal. La atención a la mujer embarazada debe incluir acciones de prevención y promoción de la salud, además del diagnóstico y tratamiento de los problemas que pueden ocurrir en este período (Vasconcelos y Fernández, 2014).

Los mismos autores hacen mención que las enfermeras en los hospitales y demás instituciones de la salud se están encontrando con situaciones en las que es necesario más apoyo para la realización de actividades diarias relativas al cuidado de la embarazada. En esa perspectiva, algunos estudios señalan que muchas instituciones poseen pocos enfermeros especializados aunque a pesar de todo se espera que éstos coordinen la prestación de cuidados, hagan evaluaciones, diagnósticos profesionales y tomen las decisiones clínicas, prescriban la terapia y, en caso de ser necesario, cambien, aconsejen y orienten a los clientes (Vasconcelos y Fernández, 2014).

Lamentablemente, las condiciones actuales de los servicios de salud a nivel mundial no favorecen la relación de cuidado que las mujeres gestantes requieren, debido a factores como la precariedad laboral, escasez de personal y cargas excesivas de trabajo.

Debido a ello se requiere que enfermería recupere el liderazgo y contribuya con su participación a un cuidado de enfermería de calidad en este grupo poblacional, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación, ¿cuál es la relación de las intervenciones de enfermería y la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto?

#### IV. **Hipótesis**

Ha

Existe relación entre las Intervenciones de enfermería y la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto.

Ho

No existe relación entre las Intervenciones de enfermería y la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto.

## V. **Objetivos**

### **General**

Analizar las Intervenciones de enfermería y su relación con la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto.

### **Específicos**

1. Identificar las características de las mujeres durante el trabajo de parto.
2. Identificar las intervenciones de enfermería en mujeres durante el trabajo de parto.
3. Describir la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto.
4. Identificar la relación de las intervenciones de enfermería y la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto.

# Capítulo II

## VI. Marco teórico

El siguiente apartado contempla las variables de estudio. Se inicia con la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, se continúa con las intervenciones de enfermería específicas para la mujer en trabajo de parto posterior con la percepción de la calidad del cuidado posterior con las y se finaliza con el proceso del trabajo de parto.

### 6.1 Teoría del Cuidado Humano

#### 6.1.1 Biografía

Margaret Jean Watson es una de las teóricas en enfermería que aborda el cuidado humanizado, nació en el sur de Virginia Occidental en 1940, estudio en la escuela de Virginia Occidental y se graduó como Enfermera, estudió la Licenciatura en enfermería en el año de 1964 en el campus de Boulder. Una Maestría de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 y posteriormente realiza un Doctorado en Psicología de la Educación y Consejería en 1973 (Jesse, 2011).

Watson a estudiado la filosofía y la ciencia de los cuidados de enfermería y en 1979 publica su primer libro: *Enfermería: The philosophy and science of caring* (La filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría, la que en sus palabras: Emergió desde mi inquietud por otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los paciente. Describe sus 10 factores de cuidado describiéndolas como el marco organizador de su libro la esencia de la enfermería (Jesse, 2011).

Su segundo libro *Nursing: Human Science and Human Care* publicado en 1985 trataba algunos problemas conceptuales y filosóficos en enfermería con ella esperaba que las enfermeras desarrollaran una base moral y significativa y filosófica para la práctica y que otras se unieran para clarificar el proceso del cuidado humano en enfermería, preservar el concepto de la persona en nuestra ciencia y mejorar nuestra contribución a la sociedad.

En su tercer libro, *Posmodern Nursing and Beyond* en 1999 Watson la presentó como un modelo para llevar la práctica de enfermería al siglo XXI.

Donde describe dos experiencias personales traumáticas que contribuyeron a su escritura. En 1997 sufrió un accidente que le provocó la pérdida de ojo izquierdo. En 1998 murió su marido. Donde ella hace mención que todo lo sucedido fue de ayuda para experimentar su propia teoría del cuidado. De este libro se deriva el Instrument for Assessing and Measuring caring in Nursing and Health Science (2002) es un colección de 21 instrumentos utilizados para evaluar y medir los cuidados.

En su quinto y último libro Watson describe su viaje personal donde ella mejora el conocimiento sobre la ciencia del cuidado, la práctica espiritual, el concepto y las prácticas del cuidado y el trabajo cuidado-curación. En este libro se invita al lector a reflexionar la práctica de enfermería el cual enfatiza la importancia de la adquisición de conocimientos, aptitudes y la entrega total al trabajo realizado.

### **6.1.2 Fuentes teóricas**

El trabajo de Watson es considerada una filosofía, un diseño, una ética, un paradigma, un punto de vista, un trato, un modelo conceptual, un marco y una teoría. Para desarrollar la teoría Watson la define como un grupo imaginativo de conocimientos, ideas y experiencias que se representan simbólicamente y buscan eliminar un fenómeno dado. Para esto Watson se apoya en las ciencias y las humanidades ofreciendo una orientación fenomenológicas, existencial y espiritual.

Watson cita como base para su teoría a enfermeras como Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers y Neuman y la obra de Gadamer, afirma que en sus primeros trabajos fue influida por puntos de vista orientales y occidentales y por filósofos como Carl Rogers, Maslow, Heidegger, Erickson, Kierkegaard, Selye y Thich Naht Hanh.

Para Watson La enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al cuidado de los enfermos. Los enfermos requieren cuidados integrales que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida, con las debidas consideraciones individuales.

Watson menciona que el cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se realiza de una forma interpersonal. Los factores del cuidado representan los valores que tienen que ver con la enfermera, el paciente y

la familia e incluye aquellos que siente, experimenta, comunica y promueve cada enfermera.

El concepto de cuidado es una característica esencial de la enfermería "El cuidado es tema central en la atención, la ciencia y el ejercicio profesional de la enfermera". Los cuidados incluyen actividades de asistencia, de apoyo para una persona o grupo con necesidades evidentes o previsibles los cuidados sirven para mejorar o perfeccionar la situación de la forma de vida de las personas (Jesse, 2011).

### **6.1.3 Conceptos principales y Definiciones**

Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson se engloban en 10 factores de cuidado, cada uno con un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería.

#### **1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores**

Se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

#### **2. Inculcación de la fe-esperanza**

En este factor se incorporan los valores humanísticos y altruistas de esta forma facilita la promoción del cuidado de enfermería holística y mejorando la interrelación enfermera paciente.

#### **3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás**

4. Cuando la enfermera reconoce su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles a los demás y de esta forma mejorar los cuidados brindados.

#### **5. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza**

La relación de ayuda- confianza entre la enfermera es parte importante para el cuidado transpersonal la cual implica coherencia, empatía y comunicación eficaz la cual es útil para comprender las percepciones y las sensaciones de la otra persona que requiere de ser cuidado.

6. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

La enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos que ambas compartan.

7. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero sistematizado y organizado.

8. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal

La enfermera separa el cuidado de la curación hacia el paciente informándoles sobre las formas de autocuidado de acuerdo a cada necesidad personales y ofreciéndoles oportunidades para mejorar sus estilos de vida.

9. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia de los entornos internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos incluyendo el bienestar mental, espiritual y las creencias socioculturales, algunas variables epidemiológicas como la comodidad, privacidad, la seguridad e higiene.

10. Permisos de fuerzas existenciales-fenomenológicas

Watson considera que este factor es difícil comprender se incluye para que ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás. Watson considera que enfermería es más que cuidar se debe enfocar también en la prevención.

#### **6.1.4 Principales supuestos**

Watson pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo y así puedan entender y comprender diferentes culturas para poder brindar el cuidado en sus dimensiones de mente-cuerpo y espíritu. Ella

considera que el estudiar humanidades amplía la mente y mejora las habilidades de pensamiento y el crecimiento personal.

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro. Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.

La voluntad conciente de la enfermera ratifica la importancia subjetiva y espiritual del paciente mientras busca mantener el cuidado en medio de la amenaza y desesperación, biológica, institucional u de otro tipo.

La enfermera busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrarse en el momento del cuidado.

La capacidad de la enfermera de conectar con otro de espíritu-espíritu a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales y otros medios.

La modalidad de cuidado-curación con el contexto de la conciencia transpersonal cuidado/caritas potencia la armonía, la integridad y la unidad del ser al liberar parte de la desarmonía, es decir la energía bloqueada que interfiere en los procesos de curación naturales.

El desarrollo continuo personal y profesional, el conocimiento espiritual y la práctica espiritual personal que ayudan a la enfermera a entrar en un nivel más profundo de la práctica de curación.

La historia de la propia vida de la enfermera, las experiencias previas, las oportunidades para centrarse en el estudio, haber experimentado varias condiciones humanas y sentimientos que son de utilidad para el cuidado.

Todo lo anterior mencionado es de vital importancia para el cuidado de la persona de acuerdo a Watson donde la ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona y medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal enfermera- paciente (Jesse, 2011).

Para Watson el cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente y responde a la condición del ser del paciente de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos. De acuerdo a Watson, en la teoría basada sobre el ejercicio profesional de la enfermera, cada parte de la dicotomía enfermera- paciente tiene un componente fenomenológico que refiere a la relación interpersonal, que se genera entre ellas y cuyo contexto no es otro que el del Cuidado Humano.

### **6.1.5 Afirmaciones teóricas**

Dentro del metaparadigma de Jean Watson encontramos cuatro: Enfermería, personalidad, salud y entorno que se describen a continuación.

#### **Enfermería**

La enfermería está centrada en conocimiento, pensamiento, valores, filosofía compromiso y acción con cierto grado de acción. Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta. En su teoría Watson invita a las enfermeras que vallan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica que indaguen más en su historia clínica para una mejorar el cuidado y la relación enfermera-paciente.

## Personalidad

Watson considera la persona como un ser en el mundo, como una unidad de mente, cuerpo y alma para la existencia humana y es el sujeto de cuidado de enfermería.

## Salud

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. Derivado directamente de la definición de la OMS. Además menciona que no siempre el dolor es por causa de alguna enfermedad sino que estos pueden ser el resultado de una vulnerabilidad genética y manifestarse en una desarmonía del organismo.

## Entorno

Watson habla del papel de la enfermera en el entorno como es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historia. La ciencia del cuidado no es solo para mantener la humanidad sino también es para mantener al planeta el cual pertenece a un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas.

### **6.1.6 Aplicación por parte de la comunidad de Enfermería**

#### Práctica

La teoría de Watson esta siendo validada en diferentes ámbitos clínicos extra e intrahospitalarios, comunidades y poblaciones utilizando el modelo de cuidado en diferentes etapas de la vida la cual será basado en evidencia científica.

#### Administración/Liderazgo

La teoría pide a la práctica administrativa y modelos empresariales que adopten el cuidado para solución de problemas a corto y asinar incentivos al personal de enfermería.

## Formación

Los trabajos de Watson están centrados principalmente en los estudiantes de enfermería ofreciéndoles bases ontológicas, éticas y epistemológicas para su práctica profesional.

## Investigación

Los estudios que consideraba importantes eran los cualitativos, naturalistas y fenomenológicos ya que consideraba importantes para el cuidado y desarrollo de enfermería como ciencia y arte.

### **6.2 Percepción de la calidad del cuidado**

La percepción de la calidad del cuidado se define como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de todo lo que le rodea, en la relación enfermera-paciente, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación del cuidado al otro y el cómo se interiorizan estos momentos de la persona cuidada y de aquella que es denominada cuidadora (Grupo de cuidado, Colombia, 2010).

La interacción activa y efectiva entre la enfermera, el paciente y su familia, tiene como eje central y orientador la percepción del cuidado. Es decir la manera de cómo se comprende la percepción del cuidado y como de da la relación depende el logro conjunto de propuestas de cambio para dignificar a las personas o fortalecer su autonomía, que es en esencia lo que pretende el cuidado (Grupo de cuidado, Colombia, 2010).

El grupo de cuidado (2010) menciona que en la interacción del cuidado la percepción es esencial, puesto que es la forma como se interioriza y se clasifican las acciones intencionales de la persona cuidada y cuidadora. Estas acciones pueden llevar al cuidado físico, emocional o espiritual, si son percibidas como algo

benéfico o positivo para el ser humano, promueven un sentido de protección y seguridad en el otro.

En el cuidado se requiere un compromiso entre el que da y recibe el cuidado y se percibe a través de los fenómenos relacionados con la relación, asistencia, técnicas adecuadas, manejo de tecnología, capacidad para prevenir complicaciones, conducta de apoyo y actitudes cuidativas dirigidas a dignificar a otros en su condición humana para lograr un crecimiento integral. En esta interacción se nutren tanto las personas cuidadas como los cuidadores quienes participan de la misma relación (Grupo de cuidado, Colombia, 2010).

### **6.2.1. Cuidado de enfermería**

La práctica de enfermería a través de la historia muestra la existencia de una fuerza moral, que se deriva de los valores y los principios de ética que aplica la enfermera en el ejercicio profesional. Los adelantos científicos y tecnológicos, los cambios en la práctica de atención a la salud y de enfermería, han asignado nuevas funciones al profesional, han cambiado y expandido sus roles (Grupo de cuidado, Colombia, 2010).

El grupo de cuidado (2010) reconoce que hoy el objetivo del cuidado de enfermería es la persona, familia y comunidad y todo aquel profesional de la salud que practique la enfermería debe conocer su razón de ser que es el cuidado, la cual debe ser brindada en una persona de forma integral a través de la interacción enfermera-paciente.

La evolución de los cuidados se hace referencia en varios autores una de ellas es Colliere (1993) quien describe cuatro etapas: la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional. El cuidado, desde su origen se ha definido como un acto propio de cada ser humano, donde la preocupación es una serie de necesidades fisiológicas y placenteras, que promueve la vida y lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte. Se perfila alrededor de dos ejes: el bien y el mal. El bien es todo aquello que hace vivir y el mal corresponde a la enfermedad y la muerte (Colliere. 1993).

Desde tiempos inmemorables, los trabajos que llevan a satisfacer las necesidades de la vida diaria han sido asignados a hombres y mujeres por separado dependiendo de sus características. El sexo masculino se convierte en centro de fuerza o dominio por su capacidad de lucha, que traspasa los límites del hogar, para buscar la subsistencia propia y de la familia (Colliere. 1993).

Con la llegada del cristianismo, se genera un cambio en el concepto del cuidado, donde las mujeres que lo brindan, basadas en el cuerpo y la alimentación, se convierten en transmisoras de creencias y ritos paganos, por lo que son juzgadas y perseguidas por la sociedad cuando son catalogadas como brujas, de esta forma la iglesia se apropia de los conocimientos que se deben utilizar para el cuidado, y surgen las denominadas mujeres consagradas, cuyas características era la virginidad y la dedicación a los pobres y enfermos (Colliere. 1993).

El principio de todos los cuidados ha sido vinculado históricamente, con las funciones desarrolladas para mantener la vida y el bienestar, lo cual origina la práctica del cuidado cotidiano, desarrolladas por la mujer en el hogar, con sus hijos, con ella misma y con el hombre/compañero. Las mujeres han curado gracias al contacto con la naturaleza, han forjado su saber transmitiéndola unas a otras. Sus actividades del cuidado están enfocadas en el bienestar durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte (Colliere. 1993).

La cultura del cuidado tiene sus raíces del cuidado corporal, donde este es el centro de aprendizaje, instrumento único y perfecto digno de preservar. Los cuidados tienen como foco de atención el cuerpo del recién nacido sin olvidar, los momentos importantes de la vida, como la pubertad, la gestación y el parto.

La disciplina profesional de Enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida, Florence Nightingale da el inicio a la disciplina de enfermería. Desde allí, inicia la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de Enfermería, entendido en la actualidad por la comunidad de enfermería como el Cuidado de la

Experiencia de la Salud Humana, retomado a través de varias teóricas de Enfermería donde cada una tiene diferentes formas de interpretar el cuidado pero solo una se encarga de conceptualizar el cuidado (Jesse, 2011).

Jean Watson (2008) en sus publicaciones refleja la evolución de su teoría del cuidado, donde confirma que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación y refiere que la ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida (Jesse, 2011).

Watson ha estudiado el cuidado enfermero con enfoques filosóficos y con base espiritual y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería. Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal (Rivera y Triana, 2007).

La teoría de Watson proyecta la importancia de la vida, el reconocimiento a la vida espiritual y la creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. El momento del cuidado es el momento en que la enfermera y la otra persona se encuentran y se crea la ocasión para el cuidado humano. El enfermero como dador del cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento, la ocasión en la que el cuidado es creado permite el descubrimiento de sí mismo, estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos.

El grupo de cuidado (2010) hace referencia de la importancia del cuidado de enfermería materno perinatal que se ejerce entre enfermera (o), madre, perinato y familia ya que en ella se comparten conocimientos, experiencias,

habilidades y percepciones acerca del significado del cuidado y se generan compromisos para mantener la salud y la calidad de vida del binomio madre e hijo. Por esencia la enfermera (o) es cuidadora y a través de su experiencia profesional brinda cuidado y ayuda al mantenimiento para llevar al máximo la salud de la madre, su hijo y la familia.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

### **6.3 Proceso de trabajo de parto**

Del latín partus, el parto normal es el proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales, con un embarazo mayor de 20 semanas y un producto de 500 g o más. Así, representa el evento obstétrico donde los fenómenos locales activos y pasivos, los cambios anatómicos de los órganos maternos, la dinámica uterina, la expulsión del feto y anexos ovulares y la pérdida sanguínea ocurren dentro de la secuencia, magnitud, topografía y duración aceptadas como naturales, sin interferencias, accidentes o complicaciones que ameriten la intervención terapéutica. Comisión nacional de Arbitraje médico 2003 (CONAMED, 2012).

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones.

#### **Mecanismos del trabajo de parto**

Al comenzar el trabajo de parto, la posición del feto en relación con el canal de parto es fundamental para el tipo de nacimiento; por ello, aquélla debe definirse desde la etapa inicial del trabajo de parto. Algunas relaciones importantes incluyen situación, presentación, altura y posición del feto.

## **Situación fetal**

La relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre se denomina situación fetal y ésta puede ser longitudinal o transversa. En ocasiones, los ejes fetal y materno se cruzan a un ángulo de 45 grados, lo cual genera una situación oblicua. Esta última es inestable y se convierte en longitudinal o transversa en el curso del trabajo de parto. En más de 99% de los trabajos de parto, la situación es longitudinal al término. Los factores que predisponen a una situación fetal transversa son multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas (Williams, 2013).

## **Presentaciones fetales**

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que se encuentra más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal. Por tanto, en situaciones longitudinales, la parte que se presenta es la cabeza o la pelvis, que da lugar a las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. Cuando el feto yace con el eje longitudinal en localización transversa, la parte que se presenta es el hombro (Williams, 2013).

Williams menciona que hay varias anomalías del trabajo de parto que interfieren con el avance ordenado del parto espontáneo, a éstas se les llama distocias. El término distocia significa de forma literal trabajo de parto difícil y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto. Se origina de cuatro alteraciones aisladas o combinadas. En primer lugar, algunas veces las fuerzas de expulsión son anormales.

Las contracciones uterinas pueden carecer de suficiente intensidad o coordinación como para borrar y dilatar el cuello uterino (disfunción uterina); o bien los esfuerzos de los músculos voluntarios maternos se encuentran alterados durante la segunda fase del trabajo de parto. En segundo lugar, puede haber

anomalías fetales de la presentación, la posición o el desarrollo que disminuyen la velocidad del trabajo de parto. También las anomalías de la pelvis ósea materna crean una pelvis estrecha. Por último, se pueden formar alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que obstaculizan el descenso fetal. De manera más sencilla, estas anomalías se pueden clasificar desde el punto de vista mecánico en tres categorías que comprenden anomalías de la *fuerza* (contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno); del *producto* (feto) y del *conducto* (pelvis).

Después del trabajo inicial se debe realizar la vigilancia electrónica fetal durante el trabajo de parto más si se sospecha de sufrimiento fetal o alguna patología que requiere vigilancia continua de la frecuencia cardíaca del feto lo que en años anteriores se realizaba con estetoscopio de Pinard. El registro gráfico continuo de la frecuencia cardíaca fetal tiene mayores posibilidades diagnósticas para valorar sucesos fisiopatológicos que afectaban al feto. De hecho, sus objetivos principales son: 1) que la vigilancia electrónica de la frecuencia cardíaca fetal aporte información exacta; 2) que la información sea útil para el diagnóstico del sufrimiento fetal; 3) que sea posible intervenir para evitar la morbilidad o muerte fetal; 4) que la cardiotocográfica de la frecuencia cardíaca fetal sea superior a los métodos intermitentes y que al mismo tiempo arroje la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas.

Para poder realizar la motorización de la frecuencia cardíaca fetal se realiza la auscultación por medio de las maniobras de Leopold. Las maniobras de Leopold se utilizan para conocer la estática fetal en cualquier paciente embarazada después de las 32 semanas de gestación. Existen 4 maniobras:

1. La primera maniobra se usa para identificar el polo fetal que se encuentra en el fondo uterino, ya sea cefálico o podálico. Ayuda a describir la situación. El polo cefálico se palpa duro, redondo, móvil, mientras que el polo pélvico se palpa como una masa grande nodular.

2. Se colocan las manos a ambos lados del abdomen materno y se hace una presión profunda y gentil. Por un lado se palpa una resistencia dura que

corresponde al dorso y en el otro lado hay numerosas partes pequeñas e irregulares que son las extremidades. Esta maniobra indica la orientación del feto.

3. La tercera maniobra se realiza tomando la parte inferior del abdomen materno, por arriba de la sínfisis del pubis, entre el primer dedo y el resto de los dedos de la misma mano. Si la presentación no se ha encajado se puede palpar una masa móvil, si está encajada solo indica que el polo fetal inferior está adentro de la pelvis.

4. El examinador observa el dorso de los pies de la madre y con las puntas de los primeros tres dedos a cada mano ejerce presión profunda en dirección del eje de la entrada de la pelvis materna.

### **6.3.1 Etapas del trabajo de parto.**

#### **Primera etapa de trabajo de parto**

La guía de práctica clínica vigilancia y manejo de trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo (GPC, 2014) sobre la atención del parto normal del Sistema Nacional de Salud hace el reconocimiento del inicio del trabajo de parto como uno de los aspectos más importantes en la vigilancia del mismo, dado que si ésta es incorrecta, puede resultar en intervenciones innecesarias. Los signos del comienzo del trabajo de parto son: Contracciones regulares, que pueden ser dolorosas o no, Reblandecimiento y centralización del cuello, borramiento y/o dilatación del cuello uterino.

La misma GPC (2014) menciona que la pérdida de líquido amniótico no necesariamente implica el inicio del trabajo de parto (rotura prematura de membranas). El inicio del trabajo de parto puede no ser tan claramente reconocido ya que existe un período de duración variable llamado preparto durante el cual se manifiestan contracciones de intensidad intermedia (entre las del embarazo y las de trabajo de parto) y frecuencia no regular. Son estas contracciones las que pueden llevar a un diagnóstico erróneo de comienzo del trabajo de parto.

Dentro de esta primera etapa de trabajo de parto se encuentran dos fases la latente y activa.

La fase latente comienza con el inicio del trabajo de parto y se caracteriza por la presencia expulsión del tapón mucoso y de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm, en mujeres primigestas (primer parto) la dilatación es de 1cm por hora en multigestas (más de cuatro partos) es de 1.5 cm por hora, en esta etapa la OMS recomienda que la paciente se encuentre en deambulación si soluciones y en compañía de un familiar por lo cual aún no debe ser hospitalizada.

La fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación.

Deambular en esta etapa del parto reduce la duración del tiempo de parto y no parece estar asociado con efectos adversos en la madre y en el recién nacido. Durante éste período se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia peridural (BPD), a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación de preferencia decúbito lateral izquierdo ya que ayuda a la mejor circulación de oxígeno al fetal, lo anterior si la embarazada así lo desee siempre y cuando no exista contraindicación médica.

La GPC reitera que la analgesia epidural es efectiva para controlar el dolor durante el parto, en comparación con el placebo y otros métodos, sin embargo, estas intervenciones no están exentas de efectos adversos, incluyendo un mayor riesgo de parto vaginal instrumental y cesárea cuando hay estado fetal inestable.

Por eso se recomienda informar a las mujeres que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto, pudiendo incrementar el número de partos instrumentados o asistidos (fórceps).

Por lo anterior, el uso de la analgesia obstétrica debe ser acompañado del consentimiento informado. Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto, contando con las condiciones para ofrecer analgesia obstétrica,

Lo anterior mencionado disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva la cual no es necesaria.

La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el parto se pueda vivir de manera digna. El dolor no sea una preocupación para las mujeres ya que se cuenta con diversas estrategias no medicalizadas que ofrecen mejora y control del dolor obstétrico como lo son los métodos psicoprofilácticos, a través de las posiciones, la respiración y la relajación.

### **Segunda etapa de trabajo de parto.**

Corresponde al momento de la expulsión del niño. Las contracciones uterinas disminuyen la circulación placentaria reduciendo la oxigenación del feto. Además de las contracciones intensas y frecuentes, características de este período, el pujo y el decúbito dorsal pueden reducir aún más la circulación útero placentaria. El comienzo del segundo período del trabajo de parto está dado por los siguientes síntomas: La mujer siente presión en el recto, ya sea por la bolsa amniótica o por la presentación del feto.

La duración del segundo período del trabajo de parto depende de las condiciones maternas y fetales; si éstas son buenas no hay evidencia para intervenir en el progreso del mismo. Sin embargo, en una mujer nulípara luego de 2 horas y en una multípara luego de una hora, las posibilidades de parto espontáneo se ven reducidas a medida que pasa el tiempo (GPC, 2014).

Se considera inicio del segundo periodo del trabajo de parto cuando la paciente se encuentre con 10 centímetros de dilatación, o dilatación completa. Pasar a la paciente a la sala de expulsión cuando se encuentre en el segundo periodo del trabajo de parto. Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre, cuando no exista contraindicación y que el personal que brinda atención esté capacitado en la atención en esta posición al igual que la unidad de atención cuente con la infraestructura.

La GPC recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía.

La episiotomía individualizada frente a la rutinaria favorece el número de pacientes con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso. La episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la paciente.

La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal. Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada. La técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados.

Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.

Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer período de TP (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical. El pinzamiento tardío (1-3 minutos en casos de asfixia fetal al nacimiento) está contra indicado.

### **Tercera etapa del trabajo de parto.**

En el tercer período del trabajo de parto donde se produce la separación de la placenta y la expulsión de la misma llamada alumbramiento es un lapso comprendido desde la de la expulsión de la placenta y las membranas: tiene una duración promedio de 5 minutos y podría llegar hasta 30 minutos. El uso uterotonicos disminuye la pérdida de sangre posparto.

La GPC nos brinda evidencias para el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto disminuyendo así el riesgo de hemorragia postparto, reduciendo la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la expulsión de la placenta. Se recomienda el manejo activo de agentes uterotónicos ( oxitocina/y o ergonovina, y/o misoprostol) que son los fármacos que producen una contracción uterina en esta etapa de parto las cuales se administran para reducir la hemorragia posparto de la misma forma controlar la tracción del cordón umbilical para expulsar la placenta que sea suave y proporcionando al mismo tiempo el masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, según lo que sea adecuado, manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto.

Las mujeres deben ser informadas (preferentemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica. La oxitocina es el uterotónico de primera elección para el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, la dosis es de 10 UI inmediatamente después del nacimiento del recién nacido vía IM o IV si hay venoclisis colocada.

La GPC recomienda en pacientes con factores de riesgo para hemorragia obstétrica una dosis de ergonovina es de 0.2 mg intramuscular (IM) en caso de administración intravenosa, la oxitocina debe diluirse en 250 o 500 cc de solución fisiológica al pasar 30 minutos.

Se recomienda que la ergonovina o metilergonovina deberá indicarse con precaución ya que puede generar efectos graves en pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía o arritmias y no debe administrarse en pacientes con hipertensión arterial sistémica, preclampsia o enfermedad cardiaca.

La carbetocina siempre es una opción farmacológica de segunda línea para la prevención de la hemorragia. La dosis intravenosa utilizada es de 100 µg en bolo, lentamente durante un minuto. Cuando no se pueda administrar oxitocina o ergonovina la carbetocina puede ser indicada en forma preventiva en pacientes con altas probabilidades de sangrado posparto o de forma terapéutica ante falta

de respuesta a otros uterotónicos en hemorragia obstétrica, siempre y cuando se cuente con el recurso.

Cuando es necesario utilizar prostaglandinas como segunda o tercera opción y se cuente con el recurso debe ser utilizado por profesionistas de la salud capacitados o con experiencia en su uso, en caso de contar con misoprostol la vía oral en dosis de oral 400 mcg, 600 u 800 mcg. Cuando la hemorragia posparto no responde al uso de oxitócicos, o ergovínicos se deben considerar el tratamiento quirúrgico, ya sea conservador o radical, de acuerdo a cada caso al criterio médico.

La hemorragia post-parto es una de las principales causas de mortalidad materna; la mayoría de los casos ocurre en países en desarrollo. La incidencia de hemorragia postparto y retención de placenta se encuentra aumentada cuando existen factores predisponentes como embarazo múltiple, polihidramnios y cuando se producen complicaciones durante el trabajo de parto, como trabajo de parto prolongado, parto obstruido y/o parto instrumental (GPC, 2014).

La hemorragia post-parto y la retención placentaria pueden ocurrir más frecuentemente si estas complicaciones están presentes en la historia obstétrica de la mujer, por lo que constituyen factores de riesgo que deben identificarse durante el control prenatal y el trabajo de parto. Sin embargo, también pueden ocurrir en mujeres de bajo riesgo. El manejo del tercer período del trabajo de parto puede influenciar en la incidencia de estas complicaciones.

La misma Norma Oficial Mexicana 007 (SSA, 2016) Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

La misma NOM Oficial hace mención de contar con evidencia suficiente que apoya la teoría de que la posición sementada (vertical) o en decúbito lateral para el nacimiento del producto de la gestación tienen mayores ventajas que la posición en decúbito dorsal, las mujeres refieren menos dolor, hay menos traumas perineal y menos infecciones. La posición vertical durante el periodo expulsivo,

acorta la duración, reduce el número de partos asistidos y episiotomías y por ende una pronta recuperación el puerperio inmediato.

La misma norma menciona que durante el trabajo de parto normal se debe propiciar la deambulaci3n alternada con reposo en posici3n de sentada y dec3bito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicaci3n m3dica (NOM 007, SSA, 2016).

La revisi3n de la cavidad est3 recomendada solo en casos selectivos ante sospecha de retenci3n de placenta parcial o completa y bajo condiciones de analgesia y asepsia adecuada, con fines de minimizar el dolor y la infecci3n o alumbramiento manual previo, sospecha de lesiones corporales uterinas y ces3reas anterior, presencia de hemorragia uterina postparto, parto pret3rmino, ruptura de membranas de seis horas o mayor, parto fortuito, producto 3bito.

### **Puerperio.**

Terminado el parto, comienza un tiempo de observaci3n de la madre y del reci3n nacido. Durante las primeras dos horas ambos se adaptan a este nuevo estado. La permanencia continua del reci3n nacido con su madre favorece el v3nculo temprano y el comienzo de la lactancia. Es necesario controlar los signos vitales de ambos, vigilar el sangrado y la retracci3n uterina y observar al reci3n nacido, facilitando el proceso natural en la interacci3n madre-hijo.

Es ideal el contacto piel a piel, cubiertos madre e hijo con una compresa o s3bana. La temperatura de la madre evita el enfriamiento del beb3 y se facilita la iniciaci3n de la lactancia materna en la primera hora. En las horas siguientes se continuar3 con los cuidados de la madre y del ni1o acompa1ando las necesidades individuales y de la familia. Esto incluye el tratamiento temprano de complicaciones que pueden aparecer dentro de las primeras 24 horas, como hemorragias e infecciones y la lactancia materna exclusiva.

El puerperio Comienza despu3s de la expuls3n de la placenta y se extiende hasta la recuperaci3n anat3mica y fisiol3gica de la mujer. Es una etapa de

transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos, primera es puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas postparto, segundo es puerperio mediato incluye después de las 24 horas hasta los 7 días postparto y el tercero puerperio tardío que abarca del octavo día hasta los 42 días posteriores al parto el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional.

En este periodo hay cambios anatómicos y fisiológicos, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales. El Útero después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas, estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración.

Pueden distinguirse tres tipos de contracciones uterinas durante el puerperio contracción permanente o retracción uterina la cual ocurre en las primeras horas del puerperio inmediato clínicamente se detecta al palpar el útero en el hipogastrio de consistencia dura y firme, contracciones rítmicas espontáneas se superponen a la contracción permanente y se les ha denominado entuertos estas ocurren también durante el puerperio inmediato y en los primeros días del puerperio temprano, en las primeras 24 horas postparto estas contracciones son regulares y coordinadas, posteriormente disminuyen su intensidad y frecuencia, clínicamente son más evidentes en las multíparas que en las primíparas y las contracciones inducidas las cuales se producen durante la succión como respuesta al reflejo mama - hipotálamo - hipófisis, debido a la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior.

Estas contracciones ocurren durante todo el puerperio y mientras persista la lactancia.

## **Cambios fisiológicos en el puerperio**

El resultado de las contracciones fisiológicas disminuye el peso y tamaño del útero con regresión de su gran masa muscular. El útero pesa alrededor de 1.000 a 1.200 gramos después del alumbramiento, disminuye rápida y progresivamente a 500 gramos al 7º día postparto y a menos de 100 gramos al terminar la involución en la 6º - 8º semana después del parto. Esta acentuada pérdida de peso y volumen uterino se debe a una disminución en el tamaño de las células miometriales y no a reducción del número de ellas.

El endometrio se reconstituye rápidamente exceptuando el lecho placentario. Al 7º día ya hay una superficie epitelial bien definida y el estroma muestra características pregestacionales. Al 16º día postparto el endometrio es proliferativo, casi similar al de una mujer no gestante. El lecho placentario requiere de 6 a 8 semanas para su total restauración. Disminuye de 9 cm<sup>2</sup> después del parto a 4 cm<sup>2</sup> a los 8 días, para recubrirse del nuevo endometrio alrededor de la 6º semana.

El cuello uterino reduce rápidamente su dilatación a 2 -3 centímetros en las primeras horas postparto y permanece así durante la primera semana del puerperio para luego disminuir a 1 cm. El orificio cervical externo adquiere una disposición transversal diferente al aspecto circular de las mujeres nulíparas. Histológicamente se reduce progresivamente la hiperplasia e hipertrofia glandular persistiendo el edema más allá de la 6º semana.

## **Loquios**

Se denomina loquios al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio. Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquia rubra), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquia serosa). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquia

alba). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina.

## **Vagina**

En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las paredes e introito vaginal. En este momento ya es posible incluso obtener citología exfoliativa normal.

## **Trompas de Falopio**

Los cambios puerperales en las trompas son histológicos. Las células secretoras se reducen en número y tamaño y hacia la 6<sup>o</sup> semana ya han recuperado los cilios retornando a la estructura epitelial de la fase folicular. Mamas: Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células presecretoras se transforman en secretoras.

Entre el segundo y cuarto día post parto, las mamas se observan aumentadas de volumen, ingurgitadas y tensas debido al aumento de la vascularización sanguínea y linfática apreciándose además un marcado aumento en la pigmentación de laaréola y pezón. En este período, el flujo sanguíneo de la mama corresponde a 500-700 mL por minuto y es 400 a 500 veces el volumen de leche secretada. La mama de la nodriza representa aproximadamente el 3% del peso corporal.

## **Modificaciones de los sistemas cardiovascular y hematológico**

El volumen sanguíneo disminuye en un 16% ya al tercer día postparto para continuar descendiendo gradualmente hasta llegar a un 40% en la sexta semana.

El gasto cardíaco aumenta después del alumbramiento en aproximadamente 13% y se mantiene así por una semana. Posteriormente desciende paulatinamente hasta llegar a un descenso de 40% a la 6ª semana. Estos cambios permiten que la frecuencia cardíaca y la presión arterial regresen a valores pregestacionales.

Desde el punto de vista hematológico, existe un aumento de la masa eritrocítica. Esta aumenta en un 15% en la primera semana postparto para llegar a los valores habituales 3 a 4 meses después. En la serie blanca, hay leucocitosis en la primera semana postparto con aumento de los granulocitos. Las plaquetas también aumentan significativamente en la primera semana después del parto. Los factores de coagulación también se modifican.

El fibrinógeno y el factor VIII aumentan a partir del segundo día manteniéndose elevados durante la primera semana post parto. Otros factores de coagulación disminuyen desde el primer día. La actividad fibrinolítica del plasma materno aumenta rápidamente después del parto retornando a sus niveles normales y de esta forma mantiene el equilibrio en el sistema de coagulación. Agua y electrolitos El aumento total del agua corporal durante el embarazo es de 8.5 litros. De estos, 6.5 litros corresponden al espacio extracelular: dos tercios se distribuyen en los tejidos maternos y un tercio en el contenido intrauterino. Durante el puerperio, el balance hídrico muestra una pérdida de 2 litros en la primera semana y de 1.5 litros por semana en las 5 semanas siguientes, a expensas del líquido extracelular. También se producen cambios en los electrolitos plasmáticos. Al descender los niveles de progesterona, disminuye el antagonismo con la aldosterona aumentando la reabsorción del sodio.

### **Aparato digestivo**

En el postparto, al disminuir el tamaño uterino y la presión intraabdominal, se reubican las vísceras del tracto gastrointestinal. En la primera semana persiste discreta atonía intestinal por persistencia de la acción relajadora de la progesterona placentaria sobre la musculatura lisa intestinal. Posteriormente aumenta la motilidad intestinal, se acelera el vaciamiento del estómago con lo que desaparece el reflujo gastroesofágico y la pirosis. El metabolismo hepático regresa

a su función pregestacional aproximadamente a partir de la tercera semana postparto.

### **Tracto urinario**

Las modificaciones morfológicas del tracto urinario que ocurren normalmente durante el embarazo pueden persistir en el puerperio hasta alrededor de la 4<sup>o</sup> a 6<sup>o</sup> semana postparto. Los riñones se mantienen aumentados de tamaño los primeros días y los uréteres persisten significativamente dilatados durante el primer mes, en especial el derecho.

### **Pérdida de peso**

En el parto, con la salida del niño/a y la placenta, la pérdida del líquido amniótico y la pérdida insensible, se produce una disminución ponderal de 5 a 6 Kg. Posteriormente, por lo explicado anteriormente en relación al balance hídrico, la mujer pierde alrededor de 2 Kg durante el puerperio temprano y alrededor de 1.5 Kg por semana en las semanas siguientes.

### **Involución uterina**

A las 24 horas después del parto, el útero se palpa a nivel del ombligo. En los 10 días siguientes, desciende clínicamente alrededor de un través de dedo por día. Al 5<sup>o</sup> día del puerperio se palpa a la mitad de distancia entre el ombligo y la sínfisis pubiana. En el 10<sup>o</sup> día se palpa a nivel de la sínfisis o 1-2 través de dedo por encima de ella. Posteriormente no debe palparse por el examen abdominal. El útero regresa a su tamaño normal entre 5 y 6 semanas después del parto. El signo clínico más importante de la involución uterina es el descenso del fondo del útero día por día.

El parto en la antigüedad se vivía con temor, pues traía consigo riesgo tanto para la vida de la madre como para la del feto. En la actualidad, se cuenta con avances tecnológicos que proporcionan seguridad y un gran control de todo el proceso del parto. Este hecho hace que se pierda el entorno afectivo y familiar, así como que la mujer pierda protagonismo y confianza en sí misma. Por ello, el parto no es vivido como un proceso fisiológico (García, 2011).

La OMS (2018) menciona 56 recomendaciones para la atención de parto las cuales se dividen en las tres etapas de trabajo de parto y los cuidados inmediatos del recién nacido, todas ellas son de vital importancia para una buena resolución del nacimiento del producto de la gestación y el cuidado de la mujer en el puerperio, dentro de las más importantes podemos mencionar las siguientes.

- 1) Atención respetuosa de la maternidad.
- 2) Comunicación efectiva.
- 3) Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.
- 4) Continuidad de la atención.
- 5) Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación.
- 6) Duración del período de dilatación.
- 7) Política de ingreso en la sala de parto.
- 8) Pelvimetría clínica en el ingreso.
- 9) Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto.
- 10) Tacto vaginal (cada cuatro horas).
- 11) Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto.
- 12) Anestesia peridural para el alivio del dolor.
- 13) Opioides para el alivio del dolor.
- 14) Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor.
- 15) Líquido y alimentos por vía oral.
- 16) Movilidad y posición de la madre.
- 17) Uterotónicos profilácticos.
- 18) Pinzamiento tardío del cordón umbilical.
- 19) Tracción controlada del cordón (TCC).
- 20) Contacto piel con piel (primera hora después del nacimiento).
- 21) Lactancia exclusiva

La oxitocina es el fármaco más utilizado en la obstetricia moderna y apoya al obstetra a resolver distintas situaciones clínicas potencialmente graves. Sus indicaciones son: inducción y conducción del trabajo de parto, alumbramiento dirigido y apoyo de la hemostasia posaborto, posparto y post-cesárea. Sin

embargo, es necesario tener siempre presente, al momento de la indicación, sus efectos adversos y garantizar los cuidados necesarios, ya que el uso de oxitocina en obstetricia no debe ser rutinario, sino que su indicación deberá basarse en la evaluación individualizada de cada paciente y estar adecuadamente justificado en el razonamiento clínico (CONAMED, 2018).

La CONAMED (2018) menciona que el parto inducido o conducido mediante oxitocina presenta más complicaciones que el trabajo de parto espontáneo, especialmente en paciente primíparas, por lo cual es muy importante una indicación correcta y razonada, que evalúe cuidadosamente el riesgo-beneficio para el binomio. Otros puntos indispensables a valorar son la edad gestacional y el método de inducción que sea más adecuado para la paciente, la institución y los profesionales de la salud a cargo.

La CONAMED menciona que el derecho a la salud implica reconocer que la calidad de la atención es un derecho y la garantía del acceso a una atención de calidad durante el embarazo parto y puerperio, la cual es un indicador de desarrollo para nuestro país y un derecho a la vida, en este sentido podría esperarse que el trabajo de parto fuese una vivencia plena y satisfactoria, que además de estar basada en las mejores prácticas y evidencias científicas asegure por parte del personal de salud el saber identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante y así respetar la fisiología del parto e intervenir solo lo necesario.

#### **6.4 Intervenciones de enfermería.**

El catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACES) 2013, a través de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) 2013 hace referencia de las intervenciones de enfermería en la atención de parto y recién nacido, con apoyo de la taxonomía de los Diagnósticos Enfermeros de la Nanda Internacional (2015-2017) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Bulecheck, Butcher, Dochterman y Wagner. 2013).

Se definen las intervenciones de enfermería como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para

favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha, por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados. (Bulecheck, Butcher, Dochterman y Wagner. 2009).

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el (los) paciente (s). Comprenden acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales. Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en su beneficio, incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea a la paciente y la colaboración interdisciplinaria (Bulecheck, Butcher, Dochterman y Wagner. 2009).

Las actividades o acciones específicas que realiza el profesional de enfermería durante el trabajo de parto basado en la clasificación de intervenciones de enfermería (2009) son de ayuda para que la mujer embarazada llegue a una resolución satisfactoria y sin complicaciones son monitorización de signos vitales, monitorización fetal electrónica, manejo del dolor, preparación del parto, cuidados intraparto, manejo de líquidos, monitorización de líquidos, manejo de eliminación urinaria, reposición de líquidos, prevención de hemorragia obstétrica oxigenoterapia, disminución de la ansiedad, apoyo emocional, ayuda en la lactancia materna, cuidado posparto y manejo ambiental

Para cada actividad de enfermería durante el trabajo de parto, se describen las intervenciones que le corresponden.

Actividad de enfermería 1: Monitorización de signos vitales (6680).

Intervenciones:

Observar la presencia y calidad de los pulsos.

Observar si hay aumento o disminución de los pulsos.

Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

Observar si hay relleno capilar normal.

Observar si se presenta el trió de Cushing (presión de pulso ancha, Bradicardia y aumento de la presión sistólica).

Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

#### Actividad de enfermería 2: Monitorización fetal electrónica: durante el parto (6772)

Intervenciones:

Verificar la frecuencia cardiaca materna y fetal antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.

Realizar maniobras de Leopold para determinar la posición fetal.

Aplicar de forma cómoda tóco transductores para observar la frecuencia y la duración de las contracciones.

Interpretar la tira cuando ya se hayan obtenido al menos 10 minutos de trazado de la frecuencia cardiaca fetal y las señales de la actividad uterina.

Registrar la interpretación e monitorización de acuerdo con la política institucional.

Guardar la tira obtenida durante el parto como parte del registro permanente de pacientes (expediente).

#### Actividad de enfermería 3: Manejo del dolor (1400).

Intervenciones:

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor.

Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia el dolor (miedo, Fatiga y falta de conocimiento).

#### Actividad de enfermería 4: Preparación al parto (6760).

##### Intervenciones:

Enseñar a la madre y a la pareja, lo fisiológicos de los dolores y el parto.

Discutir con la madre las opciones para controlar el dolor.

Informar a la madre las opciones de parto si surgen complicaciones.

Enseñar a la madre y al asistente la técnica de relajación y respiración que se van a utilizar durante los dolores y el parto.

#### Actividad de enfermería 5: Cuidados intraparto (6830).

##### Intervenciones:

Determinar si la paciente esta con dolor.

Determinar si las membranas se han roto.

Preparar a la paciente para el parto según protocolo.

Monitorear frecuencia cardiaca fetal durante y después de las contracciones para detectar aceleraciones o desaceleraciones.

Informar los cambios anormales de la frecuencia cardiaca.

Explorar las posiciones que mejoran la comodidad materna y mantener la perfusión de la placenta.

Notificar a la paciente las opciones de la anestesia que requieren presencia de anestesiólogo.

Mantener vías intravasculares permeables.

Ministración de líquidos y control de los mismos.

Registrar los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos de los cuidados proporcionados a la embarazada e información proporcionada a la pareja o familiar corresponsable.

#### Actividad de enfermería 6: Oxigenoterapia (3320).

Intervenciones:

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.

Aplicar oxígeno suplementario según órdenes.

Vigilar el flujo de litro de oxígeno.

Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo encendido.

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro).

Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.

Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de terapia de oxígeno.

#### Actividad de enfermería 7: Apoyo emocional (5270).

Intervenciones:

Explorar con el paciente que he desencadenado las emociones.

Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.

Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

Animar al paciente que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

#### Actividad de enfermería 8: Disminución de la ansiedad (5820).

Intervenciones:

Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento (AMEU).

Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Crear un ambiente que facilite confianza.

Animar la manifestación de percepciones de sentimientos y miedos.

Escuchar con atención.

Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

#### Actividad de enfermería 9: Asesoramiento en la lactancia materna (5244).

Intervenciones:

Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la lactancia materna.

Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebé (sujeción, succión y estado de alerta).

Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación con la necesidad del bebé.

Evaluar la forma de deglución y succión del recién nacido.

Instruir en técnicas de relajación, incluyendo el masaje de los pechos.

Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.

Demostrar el masaje de los pechos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche.

Monitorizar la integridad de la piel de los pezones.

Actividad de enfermería 10: Cuidados postparto (6930).

Intervenciones:

Controlar signos vitales.

Poner al bebé en el pecho para estimular la producción de oxitocina.

Programar las actividades de cuidado alrededor del periodo diario de descanso.

Por la noche facilitar el descanso de la madre.

Actividad de enfermería 11: Manejo ambiental: confort (6482).

Intervenciones:

Proporcionar una habitación personal de preferencia.

Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.

Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

Proporcionar un ambiente seguro y limpio.

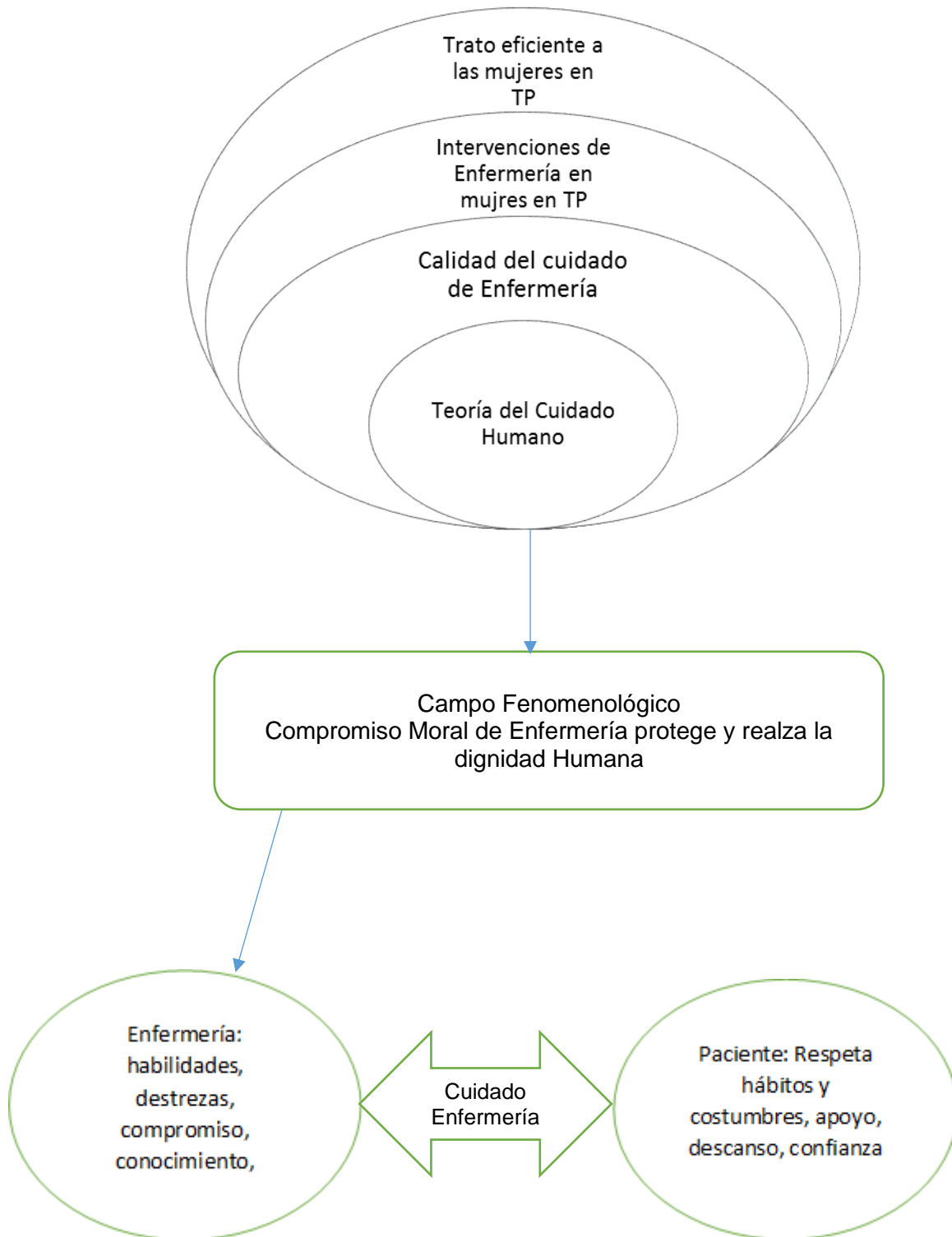
Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, excesos de calefacción o frío.

Facilitar medidas de higiene para la comodidad de la persona (baño).

Mantener un entorno libre de ruidos irritantes.

Figura 1

*Teoría de Cuidado Humano de Jean Watson*



# Capítulo III

## **VII. Material y métodos**

### **7.1 Tipo de diseño y estudio**

El estudio es cuantitativo, correlacional, transversal y no experimental.

### **7.2 Límites de tiempo y espacio**

Tiempo. Se realizó durante el mes de Octubre- Noviembre del 2017.

Lugar. Se efectuó en el Hospital General de la Mujer de la Secretaria de Salud de Morelia Michoacán durante el turno matutino, vespertino y jornada especial.

### **7.3 Definición del Universo de estudio**

Mujeres en trabajo de parto que acudieron al Hospital de la Mujer para resolución del embarazo.

### **7.4 Tamaño de la muestra**

La muestra fue probabilística con un nivel de confianza del 95%, 3% de precisión, un 5% de proporción y considerando un 15% de pérdidas esperadas, el tamaño muestral fue de 249 mujeres que acudieron a la unidad tocoquirúrgica.

### **7.5 Criterios**

#### **7.5.1 Criterios de inclusión.**

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión. Mujeres con embarazo a término embarazadas que ingresaron para resolución del embarazo vía parto o cesárea.

#### **7.5.2 Criterios de exclusión**

Se excluyeron del estudio las mujeres con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), preeclamsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp u otra patología que impida un puerperio fisiológico sano.

### **7.5.3 Criterios de eliminación**

Se eliminaron del estudio a las personas que no aceptaron participar o no firmaron el consentimiento informado.

### **7.6 Operalización de Variables**

Variable independiente: percepción de la calidad del cuidado.

La percepción de la calidad del cuidado se define como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de todo lo que le rodea (Grupo de cuidado, Colombia, 2010).

Variable dependiente: intervenciones de enfermería durante el trabajo de parto.

Las intervenciones de enfermería durante el trabajo de parto se definen como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente (Bulecheck, Butcher, Dochterman y Wagner. 2009).

Covariables. Se consideran a las variables sociodemográficas que se midieron de la siguiente forma:

Edad. Tiempo vivido por una persona que cubre el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento. Se medirán en años y meses. Se solicitará fecha de nacimiento.

Género. Condición orgánica, masculina o femenina, de los seres humanos. Se registrará como femenina o masculina.

Estado civil. Condición que guarda cada persona en relación con quien comparte su vida, pudiendo estar o no avalado por la ley.

Escolaridad. Total de cursos académicos realizados por una persona.

Religión. Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social.

Número de gestación. Es considerada el número de embarazos de la mujer.

Para. Es definido como en número de partos de la mujer.

### 7.7 Instrumentos

Para medir la variable percepción de la calidad del cuidado se utilizó el instrumento Cuidado de comportamiento profesional “forma A” de la doctora Sharon Horner (González, O. 2008). Existe una versión en español que presenta un alfa de Cronbach de 0.80.

El instrumento en su forma A consta de 28 ítems con una escala de respuesta de 1 a 4, donde 1 significa nunca, 2 es algunas veces, 3 es casi siempre y 4 es siempre y presenta cuatro factores o dimensiones en su versión original: no comprometido con 10 ítems, interacción con la familia con siete, cortesía con cinco y relación con 6. El factor no comprometido incluye los ítems 1, 5, 6,13, 19, 20,15,23 y 27, interacción con la familia incluye los ítems 9,16,17,21, 22, 24 y 25, cortesía incluye los ítems 10.11,14,18 y 26, relación incluye los ítems 2, 3, 4, 8, 12 y 28 (anexo 4).

La percepción de la calidad del cuidado fue medido con el instrumento Cuidado de comportamiento profesional (CCP) “forma A” de Sharon Horner (González, 2008). Se realizó una prueba piloto con 30 pacientes en puerperio inmediato para determinar la consistencia interna del instrumento y los resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4

#### *Alfa de Cronbach del Instrumento Cuidado de comportamiento profesional*

CCP	Alfa de Cronbach
Escala total	.81
Dimensiones	
No compromiso	.55
Interacción con la familia	.63
Cortesía	.65
Relación	.64

Nota: CCP= Instrumento Cuidado de comportamiento profesional

Para medir las intervenciones de enfermería en el parto se elaboró un instrumento contemplando las etapas de trabajo de parto y tres dimensiones (dilatamiento y borramiento, nacimiento y alumbramiento) con 20 ítems y escala tipo Likert que va de 1 a 5 donde 1 significa nunca, 2 es raramente, 3 es a veces, 4 es frecuentemente y 5 es siempre.

La dimensión Dilatación y borramiento incluyó los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, y 10, 2; la dimensión Nacimiento incluye los ítems 11, 12, 13, 14, 15; y la dimensión Alumbramiento incluye los ítems 16, 17, 18, 19 y 20.

Para la elaboración del instrumento se consideró la normatividad internacional y nacional, las Guías de Práctica Clínica, los planes de cuidado aprobados y las taxonomías NOC y NIC. Una vez elaborado se realizó la validación de contenido por expertos con la metodología de Lawshe modificado por Tristán (Lawshe,1975; Tristán, 2008) mediante el Índice de validez de contenido (Content Validity Ratio o CVR). Para la consistencia interna del instrumento se utilizó el alfa de Cronbach con un resultado de 0.89.

El proceso de elaboración del instrumento fue el siguiente. Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema, incluyendo la NOM 007 (2016), las Guías de Práctica Clínica secretaria de salud (2014), el Modelo de atención de Enfermería Obstétrica (2006), catálogo de Planes de Cuidado de Enfermería de la secretaria de salud (2013), los diagnósticos de enfermería de la taxonomía de NANDA (2015) y las intervenciones de la taxonomía NIC (2013).

Con la información previa, se elaboró la versión inicial del cuestionario con tres dimensiones y 18 reactivos (Tabla 2) y se realizó la invitación a diez expertos con nivel académico de licenciatura en enfermería o licenciatura en enfermería y obstetricia, con experiencia laboral mayor a cinco años en el área de tococirugía y ginecobstetricia, quienes evaluaron la relación de cada ítem con la dimensión correspondiente de las mujeres en trabajo de parto; para las respuestas se utilizó una escala tipo Likert que va desde 1= No relacionado hasta 4= Extremadamente relacionado, es decir, sin alteración. Los expertos tuvieron la libertad de realizar observaciones al ítem que consideraron confuso para ellos. Para la modificación de un ítem se consideró la observación de tres o más expertos sobre el reactivo.

De acuerdo a las observaciones de los expertos se realizaron modificaciones a dos ítems (8, 9 ,11), considerando el proceso de validación de contenido con la metodología de Lawshe modificado por Tristán (Tristán, 2008).

Tabla 1

*Instrumento Intervenciones de Enfermería en el trabajo de parto versión 1, 2017*

Intervenciones de Enfermería en el trabajo de parto
1.- La enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos
2- Durante las contracciones la enfermera le ofreció utilizar analgesia obstétrica (raquia) para manejar el dolor
3.- La enfermera escuchaba el corazón de su bebé cada hora
4.- La enfermera le palpaba el abdomen antes de colocar el aparato para escuchar el corazón de su bebé
5.- La enfermera estuvo a su lado durante los tactos vaginales
6.- La enfermera estuvo cuidando que los tactos fueran cada hora
7.- La enfermera le informó qué posición era más cómoda para usted y por medio de la cuál su bebé respiraba mejor
8.- La enfermera le indicó que se colocara del lado izquierdo durante el trabajo de parto
9.- La enfermera se aseguró de que recibiera medicamentos por el catéter (raquia) para disminuir el dolor
10.- La enfermera le explicó todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que había de experimentar durante el nacimiento de su bebé
11.- La enfermera le realizó limpieza de genitales en sala de parto
12.- El personal de enfermería le informó de la hora de nacimiento de su bebé
13.- Después de que el pediatra revisó a su bebé, la enfermera se lo llevó para que lo cargara
14.- Después del nacimiento de su bebé, la enfermera le tomó la presión arterial
15.- Después del nacimiento de su bebé, la enfermera estuvo vigilando su sangrado
16.- Después de que nació el bebé, la enfermera le inyectó algo para el dolor
17.- Después de que nació el bebé, la enfermera se lo llevó para que iniciara a amamantarlo
18.- La enfermera le apoyó para que descansara o durmiera un poco después del parto

Una vez que los expertos revisaron el instrumento, además de adecuar los ítems 8, 9, 11 y reconsiderar con más profundidad los ítems 2 y 6, a sugerencia de los expertos se agregaron dos ítems más (11 y 19) para elaborar la versión 2 del instrumento el cual se envió nuevamente a los expertos (Tabla 2).

Tabla 2

*Instrumento Intervenciones de Enfermería en el trabajo de parto versión 2, 2017*

Ítems
1.- La enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos
2.- Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le ofreció utilizar analgesia obstétrica (raquia) para ayudarlo a disminuir el dolor
3.- Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le ofreció levantarse y caminar para ayudarlo a disminuir el dolor
4.- La enfermera escuchaba el corazón de su bebé cada hora
5.- La enfermera le palpaba el abdomen antes de colocar el aparato para escuchar el corazón de su bebé
6.- La enfermera estuvo a su lado durante los tactos vaginales y la cubrió con una sábana
7.- Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera estuvo cuidando que el médico le hiciera tactos cada hora
8.- Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le informó la forma de respiración correcta
9.- La enfermera le informó qué posición era más cómoda para usted y por medio de la cuál su bebé respiraba mejor
10.- La enfermera le indicó que se colocara del lado izquierdo durante el trabajo de parto
11.- La enfermera le explicó cuántos centímetros de dilatación llevaba hora a hora
12.- La enfermera le explicó todos los procedimientos cuando ingresó a la sala de partos, incluyendo las sensaciones que tendría durante el nacimiento de su bebé
13.- La enfermera le realizó limpieza de genitales en sala de parto
14.- El personal de enfermería le informó la hora de nacimiento de su bebé
15.- Después de que el pediatra revisó a su bebé, la enfermera se lo llevó para que lo cargara e iniciara el contacto piel a piel
16.- Después del nacimiento de su bebé, la enfermera le tomo la presión arterial
17.- Después del nacimiento de su bebé, la enfermera estuvo vigilando su sangrado
18.- Después de que nació el bebé, la enfermera le inyectó algo para el dolor después de que lo indicara el médico
19.- Después de que nació el bebé, la enfermera se llevó para que iniciara a amamantarlo y continuara con el contacto piel a piel
20.- La enfermera le apoyó para que descansara o durmiera un poco después del parto

Con los resultados emitidos por los expertos en la versión 2 del instrumento, se procedió a calcular los siguientes índices para determinar la validez de contenido.

- índice de Validez por Ítem (IV x I) de acuerdo a la siguiente fórmula, considerando como Reactivos Aceptables (A) a los ítem con un puntaje igual o mayor a tres y los Reactivos No Aceptables (NA) a aquellos ítem con un puntaje menor a tres.

- Fórmula Índice de Validez por Ítem: 
$$\frac{\text{No. de reactivos totales menores de tres puntos}}{\text{Total de expertos}}$$

Sustitución:  $20/10= 2$

- Criterio de validez (CV) : 
$$\frac{\text{No. de reactivos totales menores de 3}}{\text{Total de jueces}}$$

Sustitución:  $2/20 = 0.1$

- Índice de validez de contenido (IVC): 
$$\frac{\text{No de reactivos totales o mayor a 3 puntos}}{\text{Total de reactivos}}$$

Sustitución:  $180/ 20= 9$

En la segunda etapa del estudio, se realizó la prueba piloto a 30 pacientes de puerperio inmediato para determinar la consistencia interna del instrumento. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 3.

Tabla 3  
*Fiabilidad del Instrumento Intervenciones de Enfermería en el trabajo de parto versión 2, 2017*

IETP v2	Alfa de Cronbach	Dos mitades de Guttman
Escala total	.78	.89
Dimensiones		
Dilatación y borramiento	.75	.87
Nacimiento	.62	.70
Alumbramiento	.68	.76

Nota: IETP v2= Instrumento Intervenciones de Enfermería en el trabajo de parto versión 2

## **7.8 Procedimientos**

Tras la aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en febrero del 2017, se solicitó la autorización a las autoridades del Hospital General de la Mujer de los Servicios de Salud de Michoacán (SSM) de la ciudad de Morelia, para su realización donde se pidió exponer ante la comisión mixta de capacitación el protocolo de investigación para su aprobación.

Ya que se obtuvo la autorización de las autoridades de la unidad, se procedió a realizar la localización de las mujeres en puerperio fisiológico y quirúrgico inmediato las cuales se encontraron en el piso de ginecología y obstetricia e inicia la recolección de la información.

En la selección de participantes se identificó a las mujeres que acudieron al área de tococirugía para la resolución del embarazo y que cumplen con los criterios de inclusión, se les abordó y se brindó la información del objetivo de estudio se puntualizó que la información era confidencial y su uso solo sería revisada por la autora de dicho proyecto y se solicitó su participación en él. Se acordó con la mujer el momento ideal para la aplicación de los instrumentos y en este momento se solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado.

## **7.9 Prueba piloto**

Para la variable percepción del cuidado se obtuvo la consistencia interna del instrumento Cuidado de comportamiento profesional “forma A” (González, 2008) con el alfa de Cronbach realizando una prueba piloto en una población con características semejantes a la población de estudio.

Para la variable intervenciones de enfermería durante el trabajo de parto se elaboró un instrumento *ad hoc* y se efectúa la validación de contenido por expertos empleando la metodología de Lawshe modificado por Tristán (Lawshe, 1975; Tristán, 2008); posteriormente se realiza una prueba piloto en la población semejante a la población se estudió, se mide la consistencia interna con el alfa de Cronbach.

### **7.10 Análisis estadístico**

Se empleó para el análisis de datos el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS), considerando un valor de  $p = .05$  de error. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (rangos y desviación estándar).

Para determinar la normalidad en la distribución de los datos, se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov y con base en los resultados se definió la utilización de pruebas no paramétricas.

Para determinar la factibilidad de los instrumentos se empleó la prueba estadística de Alfa de Cronbach cuyos resultados fueran igual o mayor a 0.70.

### **7.11 Consideraciones éticas y legales**

De acuerdo con las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación publicada en 1984 y actualizada en el 2014, se consideran para este proyecto los siguientes: Título segundo capítulo I artículo 13, artículo 14 fracción I, V, VI, VII Y VIII, artículo 16, artículo 17 fracción II, artículo 20, artículo 21 fracción I, VI, VII, VII Y IX, artículo 22 fracción I, II, III Y IV. Capítulo IV artículo 43, artículo 50. Título tercero capítulo I artículo 62 fracción I, II, III y VI. Título sexto capítulo único artículo 113, 116 fracción I, II, V y VI, artículo 119, artículo 120.

De acuerdo a lo anterior se especifica lo siguiente:

1. En esta investigación prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de los participantes.
2. Durante esta investigación se contó con el consentimiento informado, fue realizado por un profesional experto en el área.
3. Se cuenta con el dictamen de aceptación de la comisión de bioética de la Facultad de Enfermería y la autorización de la unidad de salud siendo este el hospital de la Mujer de la Secretaría de salud.

4. La investigación se considera de riesgo mínimo ya que solo involucra la aplicación de dos instrumentos por escrito.
5. Se informó al sujeto de investigación sobre los objetivos de dicha investigación, se le brindó confianza para realizar preguntas y aclaraciones sobre el tema en cuestión, de la misma forma se le dio la libertad de retirarse de la investigación sin ningún tipo de represaría.
6. Se le brindó la seguridad de mantener la confidencialidad de la información obtenida.
7. El consentimiento informado fue elaborado por el investigador donde se indica el nombre y la dirección del sujeto de investigación y dos testigos, como es considerada de riesgo mínimo se pudo obtener el consentimiento verbal avalado por la comisión de bioética de la unidad de salud.
8. Esta investigación no interfiere en la salud de la mujer durante el puerperio ni en el neonato en el periodo de lactancia materna y alojamiento conjunto.
9. Se cuenta con aprobación del protocolo por la Facultad y carta de aceptación, dictamen de aceptación, preparación académica del investigador de la misma forma se especifica que la conducción de dicha investigación está a cargo del investigador principal.
10. El investigador estuvo a cargo de preparar el protocolo, documentar y registrar todos los datos, seleccionar a la persona de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, elaborar y presentar los informes parciales y finales a la comisión de investigación de la institución.

# Capítulo IV

## VIII. Resultados

El objetivo de este trabajo fue analizar las Intervenciones de enfermería y su relación con la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto, realizado durante los meses de octubre y noviembre del año 2017 con 249 usuarias del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud ubicado en Morelia, Michoacán.

En relación con las variables sociodemográficas iniciando con la edad encontramos lo siguiente.

Tabla 5  
*Edad por categoría de las mujeres en puerperio, 2017*

Edad*	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15-20	87	34.9	34.9
21-25	87	34.9	69.8
26-30	51	20.5	90.3
31-35	19	7.6	97.9
36-40	5	2.0	100
Total	249	100.0	

Nota: La edad está dada por años.

En la tabla 5 se aprecia que los rangos de edad de 15-20 y de 21-25 años obtuvieron 34.9%, siendo ellas la escala mayoritaria donde se puede deducir que la edad de las gestantes es muy joven.

Tabla 6  
*Número de partos de usuarias*

Número de partos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cesáreas	37	14.9	14.9
Primigesta	133	53.4	68.3
Secundigesta	58	23.3	91.6
Tercigesta	11	4.4	96
Multigesta	8	3.2	99.2
Ningún parto	2	.8	100.0
Total	249	100.0	

Nota: el número de parto= Número de embarazos totales

Se observa en la tabla 6 que las mujeres que obtuvieron mayor puntaje son las primigestas con 53.4%.

Tabla 7

*Estado civil de las participantes*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	62	24.9
Casada	64	25.7
Divorciada	2	.8
Viuda	4	1.6
Unión libre	117	47.0
Total	249	100.0

Nota: Cuestionarios aplicados

En esta tabla 7 se observa que el 47 % de las mujeres de la muestra se encuentran en unión libre.

Tabla 8

*Escolaridad de las participantes*

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria terminada	134	53.8
Secundaria terminada	89	35.7
Preparatoria terminada	17	6.8
Carrera profesional	5	2.0
Maestría	1	.4
Sin estudios	3	1.2
Total	249	100.0

Nota: cuestionarios aplicados

En la tabla 8 se puede observar que la escolaridad mayoritaria de la población estudiada es primaria terminada (53.8%).

Tabla 9

*Vía de nacimiento de los recién nacidos*

Vía de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Parto normal	174	69.9
Cesárea	62	24.9
Puerperio complicado	13	5.2
Total	149	100.0

Nota: Cuestionarios aplicados

En la tabla 9 se puede identificar que el parto normal es la vía de nacimiento con mayor porcentaje 69.9.

El objetivo dos de la investigación fue identificar las intervenciones de enfermería en mujeres durante el trabajo de parto y se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes y se muestra en la tabla 10.

En la tabla 10 se observa que las intervenciones de enfermería proporcionadas a las mujeres en trabajo de parto fue eficiente en la escala total (55%) y en las dimensiones dilatación y borramiento (53.4%) y alumbramiento (83.5%); y regular en la dimensión nacimiento (47.85).

Tabla 10

*Intervenciones de enfermería en mujeres en trabajo de parto en escala total y dimensiones*

Intervenciones de enfermería	<i>f</i>	%
Escala total		
Insuficientes	6	2.4
Regulares	106	42.6
<b>Eficientes</b>	<b>137</b>	<b>55.0</b>
Dimensiones		
Dilatación y borramiento		
Insuficientes	23	9.2
Regulares	93	37.3
<b>Eficientes</b>	<b>133</b>	<b>53.4</b>
Nacimiento		
Insuficientes	32	12.9
<b>Regulares</b>	<b>119</b>	<b>47.8</b>
Eficientes	98	39.4
Alumbramiento		
Insuficientes	8	3.2
Regulares	33	13.3
<b>Eficientes</b>	<b>208</b>	<b>83.5</b>

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

El objetivo tres de la investigación fue medir la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias absolutas y porcentajes. A continuación se presentan los resultados en tablas.

Tabla 11

*Percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante trabajo de parto en escala total y dimensiones*

Percepción de la calidad del cuidado		<i>f</i>	%
Escala total			
	Baja	0	0
	Regular	46	18.5
	<b>Alta</b>	<b>203</b>	<b>81.5</b>
Dimensiones			
No comprometido			
	Bajo	42	16.9
	<b>Regular</b>	<b>195</b>	<b>78.3</b>
	Alto	12	4.8
Interacción familiar			
	Bajo	56	22.5
	<b>Regular</b>	<b>163</b>	<b>69.5</b>
	Alto	20	8
Cortesía			
	Bajo	22	8.8
	<b>Regular</b>	<b>165</b>	<b>66.3</b>
	Alto	62	24.9
Relación			
	Bajo	31	12.4
	<b>Regular</b>	<b>141</b>	<b>56.6</b>
	Alto	77	30.9

Nota: PCC= percepción de la calidad del cuidado, *f*= frecuencia, %= porcentaje

Se observa en la tabla 11 que la percepción total de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto fue regular en las dimensiones no comprometido (78.3%), interacción familiar (69.5%), cortesía (66.35) y relación (56.65); y alta en la escala total (81.5%).

El objetivo cuatro fue identificar la relación de las intervenciones de enfermería y la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto. Se utilizó la prueba no paramétrica  $\chi^2$  y se encontró relación estadísticamente significativa ( $p=.023$ ), como se muestra en las tablas 12 y 13.

Tabla 12

*IETP escala total y la dimensión no comprometido de la PCC.*

IETP *	No comprometido PCC						$\chi^2$	gl	Valor de $p$
	Deficiente		Regular		Eficiente				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%			
							11.345	4	.023
IE Bajo	0	0.0	6	100.0	0	0.0			
IE Reguar	14	13.2	91	85.8	1	0.9			
IE alto	28	24.8	98	71.5	11	8.0			
Total	42	16.9	195	78.3	12	4.8			

Nota: \* IETP= Intervenciones de Enfermería en Trabajo de Parto PCC= Percepción de la calidad del cuidado

Tabla 13

*Relación de la escala total IETP con la dimensión interacción de la PCC.*

IETP *	No comprometido PCC						$\chi^2$	gl	Valor de $p$
	Deficiente		regular		Eficiente				
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%			
							15.846	4	.003
IE Bajo	3	5.3	21	37.1	0	0.0			
IE Reguar	1	0.6	82	47.4	90	52.0			
IE alto	2	10.0	3	15.0	15	75.0			
Total	6	2.4	106	42.6	137	55.0			

Nota: \* IETP= Intervenciones de Enfermería en Trabajo de Parto PCC= Percepción de la calidad del cuidado

La relación entre ambas variables arroja una significancia estadística de  $p=.003$ .

Adicionalmente, se realizó la prueba no paramétrica  $\chi^2$  con los ítems del instrumento “Intervenciones de Enfermería en el trabajo de parto” y la “Escala de Percepción de la Calidad del Cuidado” con las variables sociodemográficas. Se encontraron los siguientes resultados estadísticamente significativos.

Relación significativa entre edad y la pregunta 1 Cuando la enfermera le explica las cosas, usted no logra comprenderla PCC1 ( $\chi^2=28.840$ ,  $gl=15$ ,  $p=.017$ ); relación entre edad con la pregunta 13 la enfermera le habla de manera disgustada PCC13 ( $\chi^2=8.181$ ,  $gl=3$ ,  $p=.042$ ); relación entre edad con la pregunta 14 la enfermera expresa preocupación por su condición PCC14 ( $\chi^2=9.322$ ,  $gl=3$ ,  $p=.025$ ); relación entre edad con la pregunta 16 la enfermera les dedica tiempo a sus familiares PCC16 ( $\chi^2=28.840$ ,  $gl=15$ ,  $p=.017$ ); relación entre edad con la pregunta 19 al atenderlo, la enfermera actúa de manera brusca y apresurada PCC19 ( $\chi^2=49.797$ ,  $gl=15$ ,  $p=.000$ ); relación entre edad con la pregunta 20 la enfermera, al atenderlo es poco amigable PCC20 ( $\chi^2=37.118$ ,  $gl=15$ ,  $p=.001$ ); relación entre edad con la pregunta 21 la enfermera le pone las inyecciones de tal manera que le produce menos temor y dolor PCC20 ( $\chi^2=9.919$ ,  $gl=3$ ,  $p=.019$ ); relación entre edad con la pregunta 22 la enfermera no se interesa por sus problemas PCC22 ( $\chi^2=31.313$ ,  $gl=15$ ,  $p=.008$ ); relación entre edad con la pregunta 26 la enfermera respeta sus necesidades religiosas PCC26 ( $\chi^2=28.840$ ,  $gl=15$ ,  $p=.017$ ) que corresponden a las Tablas 14,15,16,17, 18, 18, 20, 21 y 22 y se ubican en el apéndice 6.

En la variable religión se encontraron los siguientes resultados en relación con la pregunta la enfermera le habla de manera disgustada PCC13 ( $\chi^2=21.568$ ,  $gl=6$   $p=.001$ ); resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera expresa preocupación por su condición PCC14 ( $\chi^2=28.656$ ,  $gl=6$   $p=.000$ ); resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera no muestra un verdadero interés por sus problemas PCC15 ( $\chi^2=28.656$ ,  $gl=6$   $p=.000$ ); resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera ignora sus creencias religiosas PCC17 ( $\chi^2=13.130$ ,  $gl=6$   $p=.041$ ); resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera actua de manera brusca y acelerada PCC19 ( $\chi^2=25.242$ ,  $gl=6$   $p=.000$ ); resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera es poco amigable PCC20 ( $\chi^2=19.767$ ,  $gl=6$   $p=.003$ ); resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera no le dedica tiempo a sus familiares PCC21 ( $\chi^2=12.960$ ,  $gl=6$   $p=.044$ ), resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera no se interesa por sus problemas PCC22 ( $\chi^2=13.824$ ,  $gl=6$   $p=.032$ );

resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera deja la ropa sucia y el material de las curaciones usadas en su carro PCC23 ( $\chi^2=26.401$ ,  $gl=6$   $p=.000$ ); y resultados de religión en relación con la pregunta la enfermera respeta sus necesidades religiosas PCC26 ( $\chi^2=12.912$ ,  $gl=6$   $p=.044$ ). Los resultados se muestran en las tablas 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 y 32, que se encuentran en el apéndice 6.

En relación a la variable días de hospitalización se encontraron las siguientes relaciones con la pregunta 7 la enfermera se mueve mecánicamente, sin expresar sus sentimientos PCC7 ( $\chi^2=12.398$ ,  $gl=6$   $p=.054$ ); días de hospitalización en relación con la pregunta 13 la enfermera le habla de manera disgustada PCC13 ( $\chi^2=13.395$ ,  $gl=6$   $p=.037$ ); días de hospitalización en relación con la pregunta 17 la enfermera ignora sus creencias religiosas PCC17 ( $\chi^2=14.493$ ,  $gl=6$   $p=.025$ ); días de hospitalización en relación con la pregunta 19 la enfermera no les dedica tiempo a sus familiares PCC19 ( $\chi^2=12.920$ ,  $gl=6$   $p=.044$ ); días de hospitalización en relación con la pregunta 21 la enfermera no les dedica tiempo a sus familiares PCC21 ( $\chi^2=18.944$ ,  $gl=6$   $p=.004$ ); y días de hospitalización en relación con la pregunta 22 la enfermera no se interesa por sus problemas PCC22 ( $\chi^2=14.128$ ;  $gl=6$   $p=.028$ ). Los resultados se muestran en las tablas 33, 34, 35, 36, 37 y 38 que se encuentran en el apéndice 6.

En relación a los resultados con la variable número de partos encontramos relación con la pregunta 16 la enfermera les dedica tiempo a sus familiares PCC16 ( $\chi^2=7.555$ ,  $gl=3$   $p=.056$ ); número de partos en relación con la pregunta 21 la enfermera no les dedica tiempo a sus familiares PCC21 ( $\chi^2=7.460$ ,  $gl=3$   $p=.059$ ); número de partos en relación con la pregunta 22 la enfermera no se interesa por sus problemas PCC22 ( $\chi^2=11.267$ ,  $gl=3$   $p=.010$ ); número de partos en relación con la pregunta 26 la enfermera les dedica tiempo a sus familiares PCC26 ( $\chi^2=8.611$ ,  $gl=3$   $p=.035$ ); número de partos en relación con la pregunta 27 la enfermera no le presta atención cuando usted le habla de su problema y preocupaciones PCC27 ( $\chi^2=7.863$ ,  $gl=3$   $p=.049$ ). Los resultados se muestran en tablas 39, 40, 41, 42 y 43 que se encuentran en el apéndice 6.

En relación con la variable primera vez atendida en el hospital los resultados son los siguientes con la pregunta 16 la enfermera le dedica tiempo a sus familiares PCC16 ( $\chi^2=14.363$ ,  $gl=3$   $p=.026$ ). Los resultados se muestran en la tabla en la tabla 45 que se encuentra en el apéndice 6.

Continuando con la relación significativa de las preguntas de Intervenciones de Enfermería en Trabajo de Parto (IETP) y su relación con las variables sociodemográficas encontramos lo siguiente, estado civil en relación con la pregunta no 20 la enfermera lo apoyo para que descansara o durmiera un poco después del parto IETP20 ( $\chi^2=11.412$ ,  $gl=4$   $p=.022$ ); estado civil en relación con la pregunta no 13 la enfermera realizo limpieza de genitales en sala de partos IETP13 ( $\chi^2=20.737$ ,  $gl=8$   $p=.008$ ). Los resultados se muestra la tabla 46 que se encuentra en en el apéndice 6.

Religión en relación con la pregunta 11 la enfermera le explico cuántos centímetros llevaba cada hora IETP11 ( $\chi^2=11.412$ ,  $gl=8$   $p=.030$ ) Los resultados se muestra en la tabla 47 que se encuentra en el apéndice 6.

Dias de hospitalización con valor significativo en relación con la pregunta 5 la enfermera le palpa el abdomen antes de colocar el aparato para escuchar el corazón de tu bebé IETP5 ( $\chi^2=17.376$ ,  $gl=8$   $p=.026$ ). Los resultadis se muestran en tabla 48 que se encuentra en el apéndice 6.

En cuanto a la variable estado civil se encontró relación significativa en la pregunta 12 la enfermera le explicó los procedimientos cuando ingreso a la sala de partos IETP12 ( $\chi^2=15.748$ ,  $gl=8$   $p=.046$ ); estado civil en relación con la pregunta 13 la enfermera realizó limpieza de genitales en sala de partos IETP13 ( $\chi^2=20.737$ ,  $gl=8$   $p=.008$ ). Los resultados se muestran en las tablas 49 y 50 que se encuentran en el apéndice 6.

Años de estudio en relación con la pregunta 1 la enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos IETP1 ( $\chi^2=37.713$ ,  $gl=20$   $p=.010$ ); años de estudio en relación con la pregunta 3 durante las contracciones (dolores de parto) la enfermera le ofreció levantarse y caminar para disminuir el dolor IETP3 ( $\chi^2=64.891$ ,  $gl=20$   $p=.000$ ); años de estudio en relación

con la pregunta 4 la enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos IETP4 ( $\chi^2=83.403$ ,  $gl=20$   $p=.000$ ); años de estudio en relación con la pregunta 5 durante las contracciones (dolores de parto) la enfermera le palpa el abdomen antes de colocar el aparato para escuchar el corazón de su bebe IETP5 ( $\chi^2=49.240$ ,  $gl=20$   $p=.000$ ); años de estudio en relación con la pregunta 6 durante las contracciones (dolores de parto) la enfermera estuvo a su lado durante los tactos vaginales y la cubrió con una sábana IETP6 ( $\chi^2=55.647$ ,  $gl=20$   $p=.000$ ); años de estudio en relación con la pregunta 7 durante las contracciones (dolores de parto) la enfermera estuvo cuidando que el médico le hiciera tactos cada hora IETP7 ( $\chi^2=52.352$ ,  $gl=20$   $p=.000$ ); años de estudio en relación con la pregunta 9 la enfermera le informo que posición era la más cómoda para usted y por medio de la cual su bebé respiraba mejor IETP9 ( $\chi^2=30.899$ ,  $gl=20$   $p=.057$ ); años de estudio en relación con la pregunta 13 la enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos IETP13 ( $\chi^2=64.891$ ,  $gl=20$   $p=.000$ ); años de estudio en relación con la pregunta 20 la enfermera le apoyo para que durmiera un poco después del parto IETP20 ( $\chi^2=44.839$ ,  $gl=20$   $p=.001$ ). Los resultados se muestran en las tablas 51, 52,53, 54, 55, 56, 57, 58, 59 y 60 que se encuentran en el apéndice 6.

## IX. Discusión

El objetivo general de esta investigación fue analizar las Intervenciones de enfermería y su relación con la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto. El estudio se aplicó a mujeres en puerperio fisiológico o quirúrgico inmediato en el Hospital de la Mujer perteneciente a la Secretaría de Salud de Morelia, Michoacán. A continuación se realiza el análisis de los resultados obtenidos en este estudio.

Dentro de las variables sociodemográficas del estudio se encontró que, en relación con la edad, en la tercera parte de las usuarias en etapa de puerperio inmediato osciló entre 15-25 años; estos resultados difieren de los encontrados por Costa, Oliviera, Regina, Costa y Canicali en el 2014 en Brasil, Silva, Córdoba, Villanueva, Fhon y Rodriguez en Perú en el 2015 y Romero Contreras y Moncada (2016) cuyas edades de su población fueron mayores.

En relación con la escolaridad se obtuvo que un poco más de la mitad de la muestra habían cursado la primaria; Borre y Vega (2014) reportan resultados semejantes; en tanto que Torres y Rivas (2014) encontraron que menos de la tercera parte de su población contó con nivel primaria, mientras que Costa (2015) y Silva (2015) describen que la mitad de su población contaba con secundaria terminada.

Por otra parte, se observó que más de la mitad de las usuarias participantes eran primigestas, esto coincide con lo reportado por Prieto y Ruiz (2013), pero difieren de los resultados de Alvarez (2013), en donde una cuarta parte de su población eran primigestas..

Con respecto a la variable estancia hospitalaria, el tiempo de permanencia osciló entre 1 y 3 días; Lenis (2015) y Silva (2015) mencionan que su población la permaneció por más de 3 días.

Otro dato muy importante que no se puede omitir es el estado civil; la mitad de la muestra de estudio refiere estar en unión libre; resultados similares reportaron Romero, Contreras y Moncada (2016), mientras que Borre y Vega reflejaron que más de la cuarta parte de los participantes de su investigación se

encontraban en unión libre y la misma frecuencia correspondió a casadas; Silva (2015) encontró que la mitad de su muestra eran casadas.

En relación con la variable intervenciones de enfermería durante las primera, y segunda etapas del trabajo de parto y del nacimiento del niño, las participantes refirieron recibir un trato regular; en la etapa de alumbramiento manifestaron que el trato fue eficiente. En la escala total del trato digno de dichas intervenciones, se interpreta como un trato eficiente. Desafortunadamente estos resultados no pueden contrastarse con los de otros investigadores, ya que no se encontraron estudios similares en la búsqueda realizada.

Con respecto a la variable percepción de la calidad del cuidado, en la escala total de dicha variable, la mayor parte manifestó que el trato recibido fue alto. Dividiendo el trato otorgado de acuerdo a las diversas dimensiones: no comprometido, interacción, relación y cortesía más de una mitad respondieron que el trato fue regular.

Las pacientes refieren que el trato recibido, en general, fue eficiente ello con base a las escalas totales de los ítems de ambos instrumentos y tomando en cuenta la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-2016) que rige la atención del parto y del recién nacido. Esta NOM marca específicamente que el trabajo de parto debe ser de calidad y respondiendo a las necesidades que demanda la mujer en esta etapa vulnerable, de igual manera, que el nacimiento del producto de la concepción sea en las mejores condiciones y sin riesgo alguno.

El profesional de enfermería es clave esencial dentro del proceso de trabajo de parto al brindar apoyo y seguridad a la mujer, ya que aplica conocimientos científicos para detectar a tiempo las complicaciones post-parto como la hemorragia obstétrica lo que conlleva a la disminución de las muertes maternas como lo marca el Modelo de Atención Obstétrica de la Secretaría de Salud.

## X. Conclusiones

Durante la revisión bibliografía en diferentes buscadores no se encontraron estudios relacionados con intervenciones de enfermería en mujeres en trabajo de parto, lo único que se pudo rescatar y se observa es la percepción de la calidad del cuidado la cual mantiene una relación estrecha con el cuidado que menciona la teoría de la Dra. Jean Watson donde lo define como un todo; menciona que el personal de enfermería debe cubrir todas las necesidades de la persona.

La misma teórica continua puntualizando que el cuidado es un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad y compromisos con la ética; puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado debe transmitirse de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; enfermería lo debe ejercer tomando en cuenta lo anterior y de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales.

Durante el actual estudio se observó como resultado que las intervenciones de enfermería se consideran eficientes y la percepción del cuidado en un nivel alto, por lo tanto se puede concluir que la atención que brinda el personal de enfermería en relación al cuidado guarda correlación con los resultados que se pueden observar en los indicadores de calidad en cuanto a su trato digno.

De lo anterior mencionado se puede concluir que hay un buen trato por parte del personal de enfermería en el hospital general de la mujer y que la insatisfacción que ellas expresan verbalmente sea por otras disciplinas médicas o que simplemente las usuarias no sienten con la confianza para expresar su sentir en ese momento por la edad o por el hecho de encontrarse hospitalizadas y sientan miedo por represarías a su persona.

La hipótesis nula no se cumple ya que la calidad de atención es buena y se relaciona solo con una sola con dos intervención de enfermería por lo tanto no es significativo, sería conveniente otro estudio relacionado la cual podría ser

abordado en otro espacio diferente que no sea el área hospitalaria y conocer en otro contexto el porqué de la inconformidad verbal expresada de mala atención durante el trabajo de parto las cuales por alguna razón o situación por el momento no se ven reflejadas en este estudio realizado, las disciplinas específicas de las que se sintió insatisfecha o maltratada y que nos pueda proporcionar pautas o guías futuras para poder brindar un trato humanizado de acuerdo a lo que menciona Jean Watson y nos remarca la NOM oficial 007 y la OMS para la atención a las mujeres en el embarazo parto y puerperio.

Pero hay una alarma latente ya que la población en etapa reproductiva es de un porcentaje elevado y en edades donde no cuentan con la madurez suficiente para cuidar un neonato y hace reflexión sobre dos cosas importantes, la primera que la vida sexual activa se está iniciando a muy temprana edad en los niveles de secundaria y preparatoria, la segunda que a pesar de los esfuerzos de las escuelas por brindar información sobre métodos de planificación familiar no quedan claros o podrían estar mal enfocados para la edad que sustentan.

## XI. Sugerencias

Derivado de los resultados obtenidos en esta investigación, se sugiere lo siguiente. Para los prestadores de salud:

1. Mantener el buen trato hacia las usuarias que demanden la atención de parto.
2. Mantener la capacitación continúa de técnicas de relajación y relaciones humanas para continuar con el buen trato hacia las pacientes.
3. Tratar en la posibilidad de mantener a los familiares informados sobre el estado de salud de la usuaria.
4. De ser posible pasar al familiar por turno para que vea a su paciente y así poder brindar tranquilidad a la gestante.
5. De ser posible dejar que la paciente adopte la posición que le brinde confort siempre y cuando no interfiera con el bienestar fetal.
6. No olvidar que la paciente se encuentra vulnerable durante el período de trabajo de parto por lo tanto cuidar el vocabulario con el cual se dirijan a ella.
7. Implementar las recomendaciones que nos brinda la OMS en cuanto a la atención de parto humanizada para una mejor resolución del parto.
8. No olvidar jamás que el producto de la gestación es una vida humana que requiere nuestra ayuda para salir exitosamente al mundo.
9. Orientar a las pacientes sobre métodos de planificación familiar y riesgos de los embarazos a edades tempranas.

## XII. Referencias bibliográficas

- Abad, V., Calle, Q. (2014). Factores que conllevaron a demoras en la muerte materna. (Tesis para obtener título médico. Facultad de Cuenca Ecuador.
- Aguilar, C., Sáenz, M., Menor, R., Mur, V., Expósito, R., Hérvás, P. y González, M. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr. Hosp*, 28, 920-926.
- Álvarez, F. (2013). Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aquichan*, 13, 17-26.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Boletín Estadísticas Vitales.
- Borre, O. y Vega, V. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 20, 81-94.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. y Wagner, C. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier.
- Secretaría de Salud. (2013). *Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). 2014.
- Costa, L., Oliviera, V., Regina B., Costa, A. y Canicali P. (2014). Influencia y características sociodemográficas y perfil obstétrico de púerperas. *Aquichan*, vol 14, 571- 581.
- Corral, I. R. (2010). Humanización del cuidado de Enfermería durante el parto. *CONAMED*, 15, 152-154.
- Secretaria de Salud de Michoacán. (2016). Diagnóstico Estatal de salud.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2012).
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición y de Medio Camino (ENSANUT MC). (2016).
- Ferreiro, L., Díaz, S., Martínez, R., Rial, B., Varela, M., Clavería, F. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de

- las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de calidad asistencial*, 291-299.
- García, H., Cárdenas, B., Arana, G., Monroy, R., Hernández, O., Salvador, M. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagen*, 20, 74-80.
- González, O. (2008). Instrumentó cuidado de comportamiento profesional: validez y fiabilidad. *Aquichan*, 170-182.
- Grupo de cuidado. (2012). Facultad de enfermería. *Universidad Nacional de Colombia*. Unibiblos.
- Secretaría de Salud. (2014). Guía de práctica clínica vigilancia y manejo en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.
- Ministerio de Sanidad y política Social. (2011). Guía práctica clínica sobre la atención al parto normal.
- Hernández, S. (2014). *Metodología de la investigación*. México. 6ta edición. McGraw Hill.
- Hoffman, B. (2013). *Williams Ginecobstétrica*. 2da Edición. McGraw Hill.
- Jesse, D.E. En Raile, A y Marriner, T. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona España: Elsevier.
- Juárez, R., García, C. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista de enfermería del seguro social*, 17, 113-115.
- Lazcano, P., Schiavon R., Uribe, Z., Walker, D., Suárez, L. (2013). Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública de México*, 55, 214-224.
- Lazcano, P., Schiavon, R., Uribe, Z., Dilys, W., Suárez, L. (2013). Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública Méx*, 55, 214-224.
- Lenis, V y Manrique, A. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 15, 413-425.

- Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros definiciones y clasificación. (2012-2014). Elsevier.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2 (2016). Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Prieto, B y Ruiz, C. (2013). Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan*, 13, 7-15.
- Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (SMP). (2013-2018). Programa Sectorial de Salud.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Desarrollo. (2013-2018).
- Secretaría de Salud de Michoacán. Programa Sectorial de salud. (2012-2015).
- Rafael, L. (2014). Los objetivos del Desarrollo del Milenio y el Informe de avances 2013 de México. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública.
- Romero, M., Contretas, M., Moncada, S., (2016). Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia promoc., Salud*, 21, 26-36.
- Salas, S., Zárate, A., Chávez, D. (2011). Ser agente de salud y el cuidado humanitario Contribuyendo a su transformación. *Enfermería Universitaria*, 8, 24-34.
- Segura, G., Miranda, G., Guillen, C. (2014). Percepción del cuidado de enfermería en el paciente adulto. *CuidArte revista electrónica de la investigación en enfermería FESI-UNAM*, 3, 5.
- Silva, S., Ramón, C., Vergaray, V., Palacios, F., Partezani, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria*, 12, 80-87.
- Torres, c. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en enfermería* vol. XXVIII, 98-110.

- Tristán, L. (2008). Modificación del modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo. *Avances en medición*, 6, 37-48.
- Vasconcelos, M., Fernández, S., Santos, C., Méndez, A. (2014). La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. *Aquichan*, 14, 196-206.
- Velandia, M. (2011). Fundamentos teórico metodológicos de investigación en historia de la enfermería. *Revista cultura de los cuidados*. Colombia, 31.
- Waldow, V. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*, 9, 146-256.

### XIII. Anexo

#### Anexo 1. Instrumento cuidado de comportamiento profesional

Instrucciones: Lea cada enunciado e indique con una X el grado de acuerdo o desacuerdo si el enunciado representa el cuidado profesional.

Escala: siempre = 4; casi siempre = 3; algunas veces = 2; Nunca = 1

Enunciado	4	3	2	1
1. Cuando la enfermera le explica las cosas usted no logra comprenderla.				
2. Cuando la enfermera le realiza un procedimiento le habla con un tono de voz suave.				
3. La enfermera solo se toma unos minutos para hablar con usted				
4. La enfermera, que lo cuida, comprende la experiencia de su enfermedad y la comparte.				
Al atenderlo considera que la enfermera es desorganizada en su labor				
6. Cuando siente algún dolor, la enfermera lo examina de forma brusca.				
7. La enfermera se mueve, mecánicamente, sin expresar sus sentimientos.				
8. La enfermera arregla la unidad de los pacientes para que se vea bien.				
9. La enfermera entra al cuarto sin avisar				
10. La enfermera escucha, atentamente, cualquier queja suya.				
11. La enfermera está pendiente de sus necesidades especiales.				
12. La enfermera le pone las inyecciones, de tal manera, que le producen menos temor y dolor				
13. La enfermera le habla de manera disgustada				
14. La enfermera expresa preocupación por su condición.				
15. La enfermera no muestra un verdadero interés por sus problemas				
16. La enfermera le dedica tiempo a sus familiares.				
17. La enfermera ignora sus creencias religiosas				
18. La enfermera lo llama por su nombre				

19. Al atenderlo, la enfermera actúa de manera brusca y apresurada.				
20. La enfermera, al atenderlo es poco amigable.				
21. La enfermera no le dedica tiempo a sus familiares				
22. La enfermera no se interesa por sus problemas				
23. La enfermera deja la ropa sucia y el material de las curaciones usados, en su cuarto				
24. Al tocarlo la enfermera, lo hace de forma apropiada				
25. La enfermera da respuestas satisfactorias a sus preguntas				
26. La enfermera respeta sus necesidades religiosas.				
27. La enfermera no le presta atención cuando usted le habla de su problema y preocupaciones				
28. La enfermera cuando le sonrío lo hace en forma cariñosa				

## Anexo 2. Instrumento intervenciones de enfermería en mujeres en trabajo de parto



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
Facultad de Enfermería



### Instrumento Intervenciones de Enfermería en el trabajo de parto

**Objetivo:** Conocer la percepción de la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería a las mujeres en trabajo de parto en la unidad de Tococirugía.

Le solicitamos su apoyo para que colabore contestando las preguntas de acuerdo a las instrucciones, de antemano le informo que el personal que le está atendiendo en este momento no conocerá la información que usted proporcione.

La finalidad de este estudio es mejorar la atención del cuidado que les brinda el personal de enfermería.

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste con una x la respuesta que considere correcta con las siguiente escala de medición.

1= Nunca

2= Raramente

3= A veces

4= Frecuentemente

5= Siempre

Ítems	1	2	3	4	5
1. La enfermera le midió la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos?					
2. Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le ofreció utilizar analgesia obstétrica (raquia) para ayudarle a disminuir el dolor?					
3. Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le ofreció levantarse y caminar para ayudarle a disminuir el dolor?					
4. La enfermera escuchaba el corazón de su bebé cada hora?					
5. La enfermera le palpaba el abdomen antes de colocar el aparato para escuchar el corazón de su bebé?					
6. La enfermera estuvo a su lado durante los tactos vaginales y la cubrió con una sábana?					
7. Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera estuvo cuidando que el médico le hiciera tactos cada hora?					
8. Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le informó la forma de respiración correcta?					
9. La enfermera le informó qué posición era la más cómoda para usted y por medio de la cuál su bebé se oxigenaba mejor?					
10. La enfermera le indicó que se colocara del lado izquierdo					

durante el trabajo de parto?					
11. La enfermera le explicó cuántos centímetros de dilatación llevaba hora a hora?					
12. La enfermera le explicó todos los procedimientos cuando ingresó a la sala de partos incluyendo las sensaciones que tendría durante el nacimiento de su bebé?					
13. La enfermera le realizó limpieza de genitales en sala de parto?					
14. El personal de enfermería le informó la hora de nacimiento de su bebé?					
15. Después de que el pediatra revisó a su bebé, la enfermera se lo llevó para que lo cargara e iniciara el contacto piel a piel?					
16. Después del nacimiento de su bebé, le tomaron la presión arterial?					
17. Después del nacimiento de su bebé, la enfermera estuvo vigilando su sangrado?					
18. Después de que nació el bebé, la enfermera le inyectó algo para el dolor después de que lo indicara el médico?					
19. Después de que nació el bebé, la enfermera se llevó para que iniciara a amamantarlo y continuara con el contacto piel a piel?					
20. La enfermera le apoyó para que descansara o durmiera un poco después del parto?					

## XIV. Apéndices

### Apéndice 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRIA EN ENFERMERIA

Consentimiento informado

Yo: \_\_\_\_\_ con pleno uso de mis facultades mentales y sin obligación, ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio, que más adelante indico, certifico lo siguiente:

1. Haber sido informada de manera objetiva, clara y sencilla por parte de la autora de la investigación C.M.E Edith Cornelio Ramos sobre el título de la investigación llamado: "Intervenciones de enfermería relacionadas con la percepción de la calidad del cuidado en mujeres durante el trabajo de parto", así como del objetivo y en lo que consistirá mi participación.
2. Se informó que en esta investigación prevalecerá el criterio de respeto a mi dignidad y a la protección de mis derechos y bienestar.
3. Se me informo que la investigación es de riesgo mínimo ya que solo involucra la contestación de dos cuestionarios por escrito.
4. Se me dio a conocer el objetivo fundamental de la investigación el cual consiste en responder a una entrevista relacionada con la percepción del cuidado de enfermería recibido durante mi estancia en sala de partos.
5. El investigador (a) me ha garantizado confidencialidad relacionada con mi identidad, como de cualquier información relacionada a mi persona a la que tenga acceso por concepto de mi participación en la investigación.
6. Se me dio a conocer que esta investigación no interfiere en la recuperación de mi salud durante el puerperio ni el proceso de alimentación de mi bebé.
7. Estoy de acuerdo con el uso, para fines de mejora en la atención de los resultados obtenidos en la presente investigación.
8. Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos de la referida investigación.

9. Que de ser necesarios o me interese saber el resultado de dicha investigación me será mostrado sin inconveniente alguno

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento, y por cuanto mi participación en este estudio es completamente voluntario, acuerdo:

Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizo a la investigadora a realizar la referida entrevista.

Reservarme el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en la investigación, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencias negativas a mi persona.

Todo lo mencionado sustentado en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Cualquier duda o pregunta se puede comunicar con la responsable de la investigación, la LE Edith Cornelio Ramos al teléfono 4431080344

Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

**Apéndice 2.**  
**Operacionalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores (ítems) y escala de medición</b>	<b>Medición / Clasificación</b>
Percepción de la calidad del cuidado	Es proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de si mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de todo lo que le rodea (Grupo de cuidado, 2012).	Es la forma que el usuario percibe el trato que se le ha brindado o proporcionado durante su estancia hospitalaria	No comprometido	1, 5, 6, 7, 13, 15, 19, 20, 23 y 27	A mayor puntaje mejor percepción de la calidad del cuidado
			Interacción con la familia	9, 16, 17, 21, 22, 24, 25	
			Cortesía	10, 11, 14, 18, 26	
			Relación	2, 3, 4, 8, 12, 28	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores (ítems) escala de medición	Medición/ clasificación
Intervenciones de enfermería en mujeres en trabajo de parto	las intervenciones de enfermería como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente	Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha, por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados. (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner. 2009).	Dilatación y borramiento	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	A mayor puntaje mayor satisfacción en las intervenciones de enfermería
			Nacimiento	11, 12, 13, 14, 15	
			Alumbramiento	16, 17, 18, 19, 20	

**Apéndice 3**  
**Hoja de colecta de datos**

**Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**

**Facultad de Enfermería**

**Cédula de recolección de datos**

Objetivo. Conocer la percepción del paciente, referente al cuidado de relación interpersonal que le proporciona la enfermera

**Parte I Datos sociodemográficos**

Edad\_\_\_\_\_ Escolaridad\_\_\_\_\_ Estado civil\_\_\_\_\_ Religión\_\_\_\_\_

Horas post parto \_\_\_\_\_ Estancia hospitalaria\_\_\_\_\_

**Parte II Datos clínicos**

Gesta\_\_\_\_\_ Partos\_\_\_\_\_ Abortos\_\_\_\_\_ Cesáreas\_\_\_\_\_

Productos vivos\_\_\_\_\_

**Parte II Intervenciones de Enfermería en el trabajo de parto**

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste con una x la respuesta que considere correcta con las siguiente escala de medición.

1= Nunca

2= Raramente

3= A veces

4= Frecuentemente

5= Siempre

Ítems	1	2	3	4	5
1.- La enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos					
2.- Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le ofreció utilizar analgesia obstétrica (raquia) para ayudarle a disminuir el dolor					
3.- Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le ofreció levantarse y caminar para ayudarle a disminuir el dolor					
4.- La enfermera escuchaba el corazón de su bebé cada hora					
5.- La enfermera le palpaba el abdomen antes de colocar el aparato para escuchar el corazón de su bebé					
6.- La enfermera estuvo a su lado durante los tactos vaginales y la cubrió con una sábana					
7.- Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera estuvo cuidando que el médico le hiciera tactos cada hora					

8.- Durante las contracciones (dolores de parto), la enfermera le informó la forma de respiración correcta					
9.- La enfermera le informó qué posición era más cómoda para usted y por medio de la cuál su bebé respiraba mejor					
10.- La enfermera le indicó que se colocara del lado izquierdo durante el trabajo de parto					
11.- La enfermera de explico cuántos centímetros de dilatación llevaba hora a hora					
12.- La enfermera le explicó todos los procedimientos cuando ingresó a la sala de partos, incluyendo las sensaciones que tendría durante el nacimiento de su bebé					
13.- La enfermera le realizó limpieza de genitales en sala de parto					
14.- El personal de enfermería le informó la hora de nacimiento de su bebé					
15.- Después de que el pediatra revisó a su bebé, la enfermera se lo llevó para que lo cargara e iniciara el contacto piel a piel					
16.- Después del nacimiento de su bebé, le tomaron la presión arterial					
17.- Después del nacimiento de su bebé, la enfermera estuvo vigilando su sangrado					
18.- Después de que nació el bebé, la enfermera le inyectó algo para el dolor después de que lo indicara el médico					
19.- Después de que nació el bebé, la enfermera se llevó para que iniciara a amamantarlo y continuara con el contacto piel a piel					
20.- La enfermera le apoyó para que descansara o durmiera un poco después del parto					

### Parte III Instrumento cuidado de comportamiento profesional

Instrucciones: Lea cada enunciado e indique con una X el grado de acuerdo o desacuerdo si el enunciado representa el cuidado profesional.

Escala: siempre = 4; casi siempre = 3; algunas veces = 2; Nunca = 1

Enunciado	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Nunca
	4	3	2	1
1. Cuando la enfermera le explica las cosas usted no logra comprenderla.				
2. Cuando la enfermera le realiza un procedimiento le habla con un tono de voz suave.				
3. La enfermera solo se toma unos minutos para hablar con usted				
4. La enfermera, que lo cuida, comprende la experiencia de su enfermedad y la comparte.				
5. Al atenderlo considera que la enfermera es desorganizada en su labor				
6. Cuando siente algún dolor, la enfermera lo examina de forma brusca.				
7. La enfermera se mueve, mecánicamente, sin expresar sus sentimientos.				
8. La enfermera arregla la unidad de los pacientes para que se vea bien.				
9. La enfermera entra al cuarto sin avisar				
10. La enfermera escucha, atentamente, cualquier queja suya.				
11. La enfermera está pendiente de sus necesidades especiales.				
12. La enfermera le pone las inyecciones, de tal manera, que le producen menos temor y dolor				
13. La enfermera le habla de manera disgustada				
14. La enfermera expresa preocupación por su condición.				

15. La enfermera no muestra un verdadero interés por sus problemas				
16. La enfermera le dedica tiempo a sus familiares.				
17. La enfermera ignora sus creencias religiosas				
18. La enfermera lo llama por su nombre				
19. Al atenderlo, la enfermera actúa de manera brusca y apresurada.				
20. La enfermera, al atenderlo es poco amigable.				
21. La enfermera no le dedica tiempo a sus familiares				
22. La enfermera no se interesa por sus problemas				
23. La enfermera deja la ropa sucia y el material de las curaciones usados, en su cuarto				
24. Al tocarlo la enfermera, lo hace de forma apropiada				
25. La enfermera da respuestas satisfactorias a sus preguntas				
26. La enfermera respeta sus necesidades religiosas.				
27. La enfermera no le presta atención cuando usted le habla de su problema y preocupaciones				
28. La enfermera cuando le sonrío lo hace en forma cariñosa				

## Apéndice 4

### Aprobación Comisión Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

LEO. Edith Cornelio Ramos

Presente.

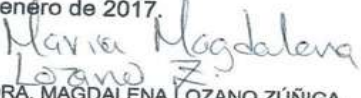
Por este conducto se comunica que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, realizó la revisión del protocolo de investigación; titulado: **"Percepción de la calidad del cuidado relacionado con las intervenciones de enfermería en mujeres durante el trabajo de parto."**. La Comisión dictaminó aprobar en lo general el protocolo de tesis para que continúe trabajando con su tutora.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Morelia, Michoacán a 23 de enero de 2017.

  
DRA. MARIA CRISTINA MARTHA REYES

  
DRA. MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA

  
DRA. MA DE JESUS RUIZ RECÉNDIZ

  
DRA. MARIA JAZMIN VALENCIA GUZMAN

  
ME. BARBARA MONICA LEMUS LOEZA



## Apéndice 5

### Aprobación Departamento de Enseñanza y Capacitación del Hospital de la Mujer



Dependencia:  
Secretaría de Salud

Subdependencia: HOSPITAL DE LA MUJER

Oficina: DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACION

No. De Oficio : 090 /

Expediente:

"2017, Año del Centenario de la Constitución y de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo"

ASUNTO: CARTA DE ACEPTACION.

Morelia, Mich. a 21 de agosto del 2017

**DRA. ELBA ROSA VALTIERRA OBA  
SECRETARIO ACADEMICO  
DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA  
P R E S E N T E**

Por este conducto me permito informar a usted, que la E.M.E. Edith Cornelio Ramos ha presentado el Protocolo de Investigación "Percepción de la calidad del cuidado relacionado con las intervenciones de enfermería en mujeres durante el trabajo de parto", el cual ha sido aceptado para llevarse a cabo en este Hospital, ya que se han cubierto los requisitos correspondientes.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E  
COORDINADOR DE INVESTIGACION**

**DR. VICTOR LLANOS ARRIAGA**

C.e.p.- Archivo / Minutario.  
VLLA/kaja\*

Al contestar este oficio, créase los datos contenidos en el cuadro del área superior derecho

\*El contenido del presente documento es responsabilidad directa del titular del Área Administrativa que lo genera, en apego a sus atribuciones\*

## Apéndice 6

Relación de tablas para dar cumplimiento al objetivo cuatro: en donse se utilizó la prueba no paramétrica  $\chi^2$  para encontrar la relación del instrumento de percepción de la calidad del cuidado con las variables sociodemográficas las cuales se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 14

*Edad por categoría en relación con la pregunta la enfermera le pone las inyecciones de tal manera que le produce menos temor y dolor.*

Edad por categoría	PCC12								$\chi^2$	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
15-30	22	95.7	49	98.0	73	83.00	81	92.0	9.919	3	.019
30-45	1	4.3	1	2.0	15	17.0	7	8.0			
Total	23	100	50	100	88	100	88	100			

Nota: \* PCC2= ítem 12 de la Escala de Percepción de la calidad del cuidado

Tabla 15

*Edad por categoría en relación con la pregunta cuando la enfermera le explica las cosas, usted no logra comprenderla.*

Años de estudio	PCC1								$\chi^2$	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	38	53.5	11	35.5	35	61.4	50	55.6	28.840	15	.017
Secundaria	22	31.0	16	51.6	19	33.3	32	35.6			
Preparatoria	5	7.0	2	6.5	3	5.3	7	7.8			
Carrera p	5	7.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
Maestría	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1			
Sin estudios	1	1.4	2	6.6	0	0.0	0	0.0			
Total	71	100.0	31	100.0	57	100.0	90	100.0			

Nota: PCC= Ítem 1 escala de percepción del cuidado

Tabla 16

*Edad por categoría en relación con la pregunta la enfermera que lo cuida comprende la experiencia de su enfermedad y la comparte.*

Años de estudio	PCC4								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	48	62.3	19	48.7	14	35.9	53	56.4	24.587	15	.056
Secundaria	23	29.9	13	33.3	22	56.4	31	33.0			
Preparatoria	5	6.5	6	15.4	0	0.0	6	6.4			
Carrera p	1	1.3	1	2.6	1	2.6	2	2.1			
Maestría	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1			
Sin estudios	0	0.0	0	0.0	2	5.1	1	1.1			
Total	77	100.0	39	100.0	39	100.0	94	100.0			

Nota: PCC= Ítem 4 escala de percepción del cuidado

Tabla 17

*Edad por categoría en relación con la pregunta la enfermera les dedica tiempo a sus familiares*

Años de estudio	PCC16								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primaria	74	68.5	41	46.6	7	26.9	12	44.4	28.840	15	.017
Secundaria	27	25.0	39	44.3	11	42.3	12	44.4			
Preparatoria	4	4.6	5	5.7	4	15.4	3	11.1			
Carrera p	0	0.0	3	3.4	2	7.7	0	0.0			
Maestría	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
Sin estudios	1	0.9	0	0.0	2	7.7	0	0.0			
Total	108	100.0	88	100.0	26	100.0	27	100.0			

Nota: PCC= Ítem 16 escala de percepción del cuidado

Tabla 18

*Edad por categoría en relación con la pregunta al atenderlo, la enfermera actúa de manera brusca y apresurada*

Años de estudio	PCC19								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primaria	7	41.2	25	69.4	67	63.2	35	38.9	49.797	15	.000
Secundaria	7	41.2	9	25.0	30	28.3	43	47.8			
Preparatoria	0	0.0	2	5.6	6	5.7	9	10.0			
Carrera p	0	0.0	0	0.0	2	1.9	3	3.3			

Maestría	1	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Sin estudios	2	11.8	0	0.0	1	0.9	0	0.0
Total	17	100.0	36	100.0	106	100.0	90	100.0

Nota: PCC= Ítem 19 escala de percepción del cuidado

Tabla 19

*Edad por categoría en relación con la pregunta la enfermera, al atenderle es poco amigable.*

Años de estudio	PCC20								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primaria	6	54.5	11	55.0	43	45.7	74	53.8	37.118	15	.001
Secundaria	2	18.2	6	30.0	39	41.5	42	33.9			
Preparatoria	1	9.1	1	5.0	9	9.6	6	4.8			
Carrera p	2	18.2	0	0.0	2	2.1	1	0.8			
Maestría	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8			
Sin estudios	0	0.0	2	10.0	1	1.1	0	0.0			
Total	11	100.0	20	100.0	94	100.0	124	100.0			

Nota: PCC= Ítem 20 escala de percepción del cuidado

Tabla 20

*Edad por categoría en relación con la pregunta la enfermera le pone las inyecciones de tal manera que le produce menos temor y dolor.*

Años de estudio	PCC21								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primaria	9	56.3	13	36.1	50	53.2	62	60.2	38.161	15	.001
Secundaria	4	25.0	13	36.1	35	37.2	37	35.9			
Preparatoria	2	12.5	4	11.1	8	8.5	3	2.9			
Carrera p	1	6.3	3	8.3	1	1.1	0	0.0			
Maestría	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0			
Sin estudios	0	0.0	3	8.3	0	0.0	0	0.0			
Total	16	100.0	36	100.0	94	100.0	103	100.0			

Nota: PCC= Ítem 21 escala de percepción del cuidado

Tabla 21

*Edad por categoría en relación con la pregunta la enfermera no se interesa por sus problemas.*

Años de estudio	PCC22								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primaria	11	52.4	11	40.7	54	54.5	58	56.9	31.313	15	.008
Secundaria	7	33.3	10	37.0	34	34.3	38	37.3			
Preparatoria	2	9.5	2	7.4	9	9.1	4	3.9			

Carrera p	1	4.8	1	3.7	1	1.0	2	2.0
Maestría	0	0.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0
Sin estudios	0	0.0	3	11.1	0	0.0	0	0.0
Total	21	100.0	27	100.0	99	100.0	102	100.0

Nota: PCC= Ítem 22 escala de percepción del cuidado

Tabla 22

*Edad por categoría en relación con la pregunta la enfermera respeta sus necesidades religiosas.*

Años de estudio	PCC26								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primaria	67	59.4	34	58.6	15	46.9	18	39.1	28.840	15	.017
Secundaria	38	33.6	20	34.5	15	46.9	16	34.8			
Preparatoria	7	6.2	2	3.4	1	3.1	7	15.2			
Carrera p	0	0.0	2	3.4	0	0.0	3	6.5			
Maestría	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
Sin estudios	0	0.0	0	0.0	1	3.1	2	4.3			
Total	113	100.0	58	100.0	32	100.0	46	100.0			

Nota: PCC= Ítem 26 escala de percepción del cuidado

Tabla 23

*Religión en relación con la pregunta la enfermera le habla de manera disgustada*

Religión	PCC13								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	8	61.5	27	81.8	88	88.9	89	85.6	21.568	6	.001
Cristiana	0	0.0	2	6.1	7	7.1	9	8.7			
Otro	5	38.5	4	12.1	4	4.0	6	5.8			
Total	13	100.0	33	100.0	99	100.0	104	100.0			

Nota: PCC= Ítem 13 escala de percepción del cuidado

Tabla 24

*Religión en relación con la pregunta la enfermera le habla de manera disgustada*

Religión	PCC14								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	48	87.3	90	90.9	51	85.0	23	65.7	28.656	6	.000
Cristiana	6	10.9	6	6.1	4	6.7	2	5.7			
Otro	1	1.8	3	3.0	5	8.3	10	28.6			
Total	55	100.0	99	100.0	60	100.0	35	100.0			

Nota: PCC= Ítem 14 escala de percepción del cuidado

Tabla 25

*Religión en relación con la pregunta la enfermera no muestra un verdadero interés por sus problemas*

Religión	PCC15								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	21	72.4	47	83.9	82	90.1	62	84.9	15.175	6	.019
Cristiana	1	3.4	4	7.1	6	6.6	7	9.6			
Otro	7	24.1	5	8.9	3	3.3	4	5.5			
Total	29	100.0	56	100.0	91	100.0	73	100.0			

Nota: PCC= Ítem 15 escala de percepción del cuidado

Tabla 26

*Religión en relación con la pregunta la enfermera ignora sus creencias religiosas*

Religión	PCC17								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	10	66.7	17	77.3	67	87.0	118	87.4	13.130	6	.041
Cristiana	1	6.7	1	4.5	6	7.8	10	7.4			
Otro	4	26.7	4	18.2	4	5.2	7	5.2			
Total	15	100.0	22	100.0	77	100.0	135	100.0			

Nota: PCC= Ítem 17 escala de percepción del cuidado

Tabla 27

*Religión en relación con la pregunta al atenderlo, la enfermera actúa de forma brusca y acelerada*

Religión	PCC19								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	11	54.7	28	77.8	96	90.6	77	85.6	25.242	6	.000
Cristiana	0	0.0	5	13.9	7	6.6	6	6.7			

Otro	6	35.3	3	8.3	3	2.8	7	7.8
Total	17	100.0	36	100.0	106	100.0	90	100.0

Nota: PCC= Ítem 19 escala de percepción del cuidado

Tabla 28

*Religión en relación con la pregunta la enfermera al atenderlo es poco amigable*

Religión	PCC20								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	10	90.9	13	65.0	83	88.3	106	85.5	19.767	6	.003
Cristiana	0	0.0	1	5.0	9	9.6	8	6.5			
Otro	1	9.1	6	30.0	2	2.1	10	8.1			
Total	11	100.0	20	100.0	94	100.0	124	100.0			

Nota: PCC= Ítem 20 escala de percepción del cuidado

Tabla 29

*Religión en relación con la pregunta la enfermera no les dedica tiempo a sus familiares*

Religión	PCC21								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	11	68.8	28	77.8	79	84.0	94	91.3	12.960	6	.044
Cristiana	1	6.3	3	8.3	8	8.5	6	5.8			
Otro	4	25.0	5	13.9	7	7.4	3	2.9			
Total	16	100.0	36	100.0	94	100.0	103	100.0			

Nota: PCC= Ítem 21 escala de percepción del cuidado

Tabla 30

*Religión en relación con la pregunta la enfermera no se interesa por sus problemas*

Religión	PCC22								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	16	76.2	20	74.1	86	86.9	90	88.2	13.824	6	.032

Cristiana	0	0.0	3	11.1	8	8.1	7	6.9
Otro	5	23.8	4	14.8	5	5.1	5	4.9
Total	21	100.0	27	100.0	99	100.0	102	100.0

Nota: PCC= Ítem 22 escala de percepción del cuidado

Tabla 31

*Religión en relación con la pregunta la enfermera deja la ropa sucia y el material de las curaciones usadas en su cuarto*

Religión	PCC23								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	13	65.0	14	77.8	43	87.8	142	87.7	26.401	6	.000
Cristiana	0	0.0	3	16.7	3	6.1	12	7.4			
Otro	7	35.0	1	5.6	3	6.1	8	4.9			
Total	20	100.0	18	100.0	49	100.0	162	100.0			

Nota: PCC= Ítem 23 escala de percepción del cuidado

Tabla 32

*Religión en relación con la pregunta la enfermera respeta sus necesidades religiosas*

Religión	PCC26								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católico	100	88.5	53	91.4	23	71.9	36	78.3	12.912	6	.044
Cristiana	9	8.0	2	3.4	4	12.5	3	6.5			
Otro	4	3.5	3	5.2	5	15.6	7	15.2			
Total	113	100.0	58	100.0	32	100.0	46	100.0			

Nota: PCC= Ítem 26 escala de percepción del cuidado

Tabla 33

*Días de hospitalización en relación con la pregunta la enfermera se mueve, mecánicamente, sin expresar sus sentimientos*

Días de hospitalización	PCC7				x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca	Algunas	Casi	Siempre			

	veces		siempre		F	%	12.398	6	.054
	f	%	f	%					
P.Normal	14	70.0	19	73.1	59	72.0	82	67.8	
Cesárea	2	10.0	7	26.9	20	24.4	33	27.3	
P.complicado	4	20.0	0	0.0	3	3.7	6	5.0	
Total	20	100.0	26	100.0	82	100.0	121	100.0	

Nota: PCC= Ítem 7 escala de percepción del cuidado, P= Parto

Tabla 34

*Días de hospitalización en relación con la pregunta la enfermera le habla de manera disgustada*

Días de hospitalización	PCC13								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
P.Normal	5	38.5	21	63.6	74	74.7	74	71.2	13.395	6	.037
Cesárea	5	38.5	11	33.3	21	21.2	25	24.0			
P.complicado	3	23.1	1	3.0	4	4.0	5	4.8			
Total	13	100.0	33	100.0	99	100.0	104	100.0			

Nota: PCC= Ítem 13 escala de percepción del cuidado, P= Parto

Tabla 35

*Días de hospitalización en relación con la pregunta la enfermera ignora sus creencias religiosas*

Días de hospitalización	PCC17								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
P.Normal	9	60.0	9	40.9	59	76.6	97	71.9	14.493	6	.025
Cesárea	4	26.4	12	54.5	15	19.5	31	23.0			
P.complicado	2	13.3	1	4.5	3	3.9	7	5.2			
Total	15	100.0	22	100.0	77	100.0	135	100.0			

Nota: PCC= Ítem 17 escala de percepción del cuidado, P= Parto

Tabla 36

*Días de hospitalización en relación con la pregunta al atenderlo la enfermera actúa de manera brusca y apresurada*

Días de	PCC19								x <sup>2</sup>	gl	Valor
---------	-------	--	--	--	--	--	--	--	----------------	----	-------

hospitalización	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		12.920	6	de p .044
	f	%	f	%	f	%	F	%			
P.Normal	7	4.2	27	75.0	80	75.5	60	66.7			
Cesárea	9	5.2	6	16.7	20	18.9	27	30.0			
P.complicado	1	5.9	3	8.3	6	5.7	3	3.3			
Total	17	100.0	36	100.0	106	100.0	90	100.0			

Nota: PCC= Ítem 19 escala de percepción del cuidado, P= Parto

Tabla 37

*Días de hospitalización en relación con la pregunta la enfermera no les dedica tiempo a sus familiares*

Días de hospitalización	PCC21								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%	18.944	6	.004
P.Normal	7	43.8	18	50.0	69	73.4	80	77.7			
Cesárea	7	43.8	13	36.1	21	22.3	21	20.4			
P.complicado	2	12.5	5	13.9	4	4.3	2	1.9			
Total	16	100.0	36	100.0	94	100.0	103	100.0			

Nota: PCC= Ítem 21 escala de percepción del cuidado, P= Parto

Tabla 38

*Días de hospitalización en relación con la pregunta la enfermera no se interesa por sus problemas*

Días de hospitalización	PCC22								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%	14.128	6	.028
P.Normal	11	52.4	15	55.6	76	76.8	72	70.6			
Cesárea	7	33.3	8	29.6	21	21.2	26	25.5			
P.complicado	3	14.3	4	14.8	2	2.0	4	3.9			
Total	21	100.0	27	100.0	99	100.0	102	100.0			

Nota: PCC= Ítem 22 escala de percepción del cuidado, P= Parto

Tabla 39

*Número de partos en relación con la pregunta la enfermera les dedica tiempo a sus familiares*

Número de partos	PCC16								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primigesta	82	75,9	51	58.0	19	73.1	18	66.7	7.555	3	.056
Más de 2 P	26	24.1	37	42.0	7	26.9	9	33.3			
Total	108	100.0	88	100.0	26	100.0	27	100.0			

Nota: PCC= Ítem 16 escala de percepción del cuidado, P= Parto.

Tabla 40

*Número de partos en relación con la pregunta la enfermera no les dedica tiempo a sus familiares*

Número de partos	PCC21								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primigesta	9	56.3	23	63.9	58	61.7	80	77.7	7.460	3	.059
Más de 2 P	7	43.8	13	36.1	36	38.3	23	22.3			
Total	16	100.0	36	100.0	94	100.0	103	100.0			

Nota: PCC= Ítem 21 escala de percepción del cuidado, P= Parto.

Tabla 41

*Número de partos en relación con la pregunta la enfermera no se interesa por sus problemas*

Número de partos	PCC22								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primigesta	9	42.9	19	70.4	63	63.6	79	77.5	11.267	3	.010
Más de 2 P	12	57.1	8	29.6	36	36.4	23	22.5			
Total	21	100.0	27	100.0	99	100.0	102	100.0			

Nota: PCC= Ítem 22 escala de percepción del cuidado, P= Parto.

Tabla 42

*Número de partos en relación con la pregunta la enfermera les dedica tiempo a sus familiares*

Número de partos	PCC26								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primigesta	85	75.2	31	53.4	23	71.9	31	67.4	8.611	3	.035
Más de 2 P	28	24.8	27	46.6	9	28.1	15	32.6			
Total	113	100.0	58	100.0	32	100.0	46	100.0			

Nota: PCC= Ítem 26 escala de percepción del cuidado, P= Parto.

Tabla 43

*Número de partos en relación con la pregunta la enfermera no le presta atención cuando usted le habla de su problema y preocupaciones*

Número de partos	PCC27								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	F	%			
Primigesta	25	59.5	29	78.4	40	58.8	76	74.5	7.863	3	.049
Más de 2 P	17	40.5	8	21.6	28	41.2	26	25.5			
Total	42	100.0	37	100.0	68	100.0	102	100.0			

Nota: PCC= Ítem 27 escala de percepción del cuidado, P= Parto.

Tabla 44

*Primera vez atendida en el hospital en relación con la pregunta la enfermera la enfermera se mueve, mecánicamente, sin expresar sus sentimientos*

Primera vez Atendida en el hospital	PCC7								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Si	9	45.0	17	65.5	37	45.1	59	48.8	12.723	6	.048
No	11	55.0	8	30.8	45	54.9	62	51.2			
otros	0	0.0	1	3.8	0	0.0	0	0.0			
Total	20	100.0	26	100.0	82	100.0	121	100.0			

Nota: PCC= Ítem 7 escala de percepción del cuidado.

Tabla 45

*Primera vez atendida en el hospital en relación con la pregunta la enfermera les dedica tiempo a sus familiares*

Primera vez Atendida en el hospital	PCC16								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%			
Si	58	53.7	37	42.0	19	73.1	8	29.6	14.363	6	.026
No	50	46.3	50	56.8	7	26.9	19	70.4			
otros	0	0.0	1	11.1	0	0.0	0	0.0			
Total	108	100.0	88	100.0	26	100.0	27	100.0			

Nota: PCC= Ítem 16 escala de percepción del cuidado.

Para responder el objetivo cuatro la relación de las dos variables de estudio y de las cuales no se encontró valores significativos, sociodemográficas de estudio arrojando los siguientes resultados que se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 47

*Estado civil en relación con la pregunta la enfermera lo apoyo para que descansara o durmiera un poco después del parto*

Estado civil (EC)	IETP 20										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Soltera	11	16.2	10	47.7	1	1.5	1	1.5	45	66.2	11.412	4	.022
Casada	41	22.7	6	3.3	5	2.8	3	1.7	126	69.6			
Total	52	20.9	16	6.4	6	2.4	4	1.6	161	78.7			

Nota: \* IEPT= Instrumento Intervenciones de Enfermería en el trabajo, EC= Estado civil

Tabla 48

*Religión en relación con la pregunta la enfermera le explico cuántos centímetros llevaba cada hora*

Religión	IETP 11										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Rara- mente		A veces		Frecuent emente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Católica	69	32.5	22	10.4	23	10.8	21	9.1	77	36.3	11.412	8	.030
Cristiana	11	61.1	0	0.0	2	11.1	2	11.1	3	16.7			
otros	4	21.1	0	0.0	0	0.0	3	15.8	12	63.2			
Total	84	33.7	22	8.8	25	10.0	26	10.4	92	36.9			

Tabla 49

*Días de hospitalización en relación con la pregunta la enfermera le palpa el abdomen antes de colocar el aparato para escuchar el corazón de su bebe.*

Días de Hospitalización por categoría	IETP 5										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Normal	68	39.1	10	5.7	3	1.7	6	3.4	87	50.0	17.376	8	.026
Cesárea	21	33.9	1	1.6	5	8.1	8	12.9	27	43.5			
Parto C	4	30.8	1	7.7	0	0.0	0	0.0	8	61.5			
Total	93	37.3	12	4.8	8	3.2	14	5.6	122	49.0			

Nota: Parto c= parto complicado

Tabla 50

*Estado civil en relación con la pregunta la enfermera le explico los procedimientos cuando ingreso a la sala de partos.*

Días hospitalización por categoría	IETP 12										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
P.Normal	95	54.6	18	10.3	13	7.5	6	3.4	42	24.1	15.748	8	.046
Cesárea	28	45.2	2	3.2	1	1.6	4	6.5	27	43.5			
P.c	7	53.8	0	0.0	0	0.0	1	7.7	5	38.5			
Total	130	52.2	20	8.0	14	5.6	11	4.4	74	29.7			

Nota: Pc= Parto complicado

Tabla 51

*Estado civil en relación con la pregunta la enfermera realizo limpieza de genitales en sala de partos.*

Días hospitalización por categoría	IETP 13										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
P.Normal	84	48.3	17	9.8	7	4.0	4	2.3	62	35.6	20.737	8	.008
Cesárea	23	37.1	1	1.6	1	1.6	2	3.2	35	56.5			
P.c	2	15.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	84.6			
Total	109	43.8	18	7.2	8	3.2	6	2.4	108	43.3			

Nota: Pc= parto complicado

Tabla 52

*Años de estudio en relación con la pregunta la enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos.*

Años de estudio	IETP 1		x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
-----------------	--------	--	----------------	----	------------

	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente mente		Siempre		37.713	20	.010
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	33	24.6	1	0.7	0	0.0	1	0.7	99	73.9			
Sec	15	16.9	0	0.0	1	1.1	3	3.4	70	78.7			
Prepa	4	23.5	0	0.0	0	0.0	2	11.8	11	64.7			
Carrera p	0	0.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	4	80.0			
Maestría	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0			
Total	52	20.9	1	0.4	2	0.8	6	2.4	188	75.5			

Nota: Sec= Secundaria, Carrera P= Carrera profesional

**Tabla 53**

*Años de estudio en relación con la pregunta durante las contracciones (dolores de parto) la enfermera le ofreció levantarse y caminar para disminuir el dolor.*

Años de estudio	IETP3										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	103	76.9	1	0.7	2	1.5	0	0.0	28	20.9	64.891	20	.000
Sec	67	75.3	2	2.2	0	0.0	1	1.1	19	20.3			
Prepa	15	88.2	0	0.0	0	0.0	1	5.9	1	5.9			
Carrera p	1	20.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	2	40.0			
Maestría	1	100.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
Otros	1	133	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7			
Total	188	75.5	3	1.2	4	1.6	2	0.8	52	20.9			

Nota: Sec=Secundaria, otros= sin estudios, Carrera P=Profesional

**Tabla 54**

*Años de estudio en relación con la pregunta la enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos.*

Años de estudio	IETP 4										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	71	53.0	5	3.7	2	1.5	3	2.2	53	39.6	83.403	20	.000
Sec	39	43.8	5	5.6	4	4.5	6	6.7	35	39.9			
Prepa	4	23.5	1	5.9	2	11.8	7	41.2	17	100.0			
Carrera p	0	0.0	0	0.0	3	60.0	2	40.0	0	0.0			
Maestría	1	100.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0			
otros	1	33.3	0	0.0	0	0.0	2	67.7	0	0.0			
Total	146	46.6	11	4.4	11	4.4	16	6.4	95	38.2			

Nota: Sec= Secundaria. Otros= sin estudios, carrera P=Profesional

**Tabla 55**

*Años de estudio en relación con la pregunta la enfermera le palpa el abdomen antes de colocar el aparato para escuchar el corazón de su bebe.*

Años de estudio	IETP 5										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuentemente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	49	36.6	4	3.0	1	0.7	4	30.0	53	39.6	49.240	20	.000
Sec	38	42.7	6	6.7	6	6.7	3	3.4	35	39.9			
Prepa	4	23.5	2	11.8	0	0.0	0	0.0	17	100.0			
Carrera p	0	0.0	0	0.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0			
Maestría	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0			
otros	1	33.3	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0			
Total	93	37.3	12	4.8	8	3.2	14	5.6	122	49.0			

Nota: Sec= Secundaria. Otros= sin estudios

Tabla 56

*Años de estudio en relación con la pregunta la enfermera estuvo a su lado durante los tactos vaginales y la cubrió con una sábana.*

Años de estudio	IETP 6										x <sup>2</sup>	gl	Valor de P
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuentemente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	31	23.1	2	1.5	3	2.2	2	1.5	96	71.6	55.647	20	.000
Sec	27	30.3	1	1.1	10	11.2	3	3.4	48	53.9			
Prepa	4	23.5	0	0.0	1	5.9	1	5.9	11	64.7			
Carrera p	0	0.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	2	40.0			
Maestría	1	100.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
otros	1	33.3	0	0.0	0	0.0	1	33.3	1	33.3			
Total	64	25.7	4	1.6	14	5.6	9	3.6	158	63.5			

Nota: Sec= Secundaria, Otros= sin estudios

Tabla 57

*Años de estudio en relación con la pregunta durante las contracciones (dolores de parto) la enfermera estuvo cuidando que el médico le hiciera tactos cada hora.*

Años de estudio	IETP 7										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuentemente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	24	17.1	1	0.7	6	4.5	1	0.7	102	76.1	52.352	20	.000
Sec	24	27.0	3	3.4	5	5.6	4	4.5	53	59.6			
Prepa	3	17.6	2	11.8	2	11.8	1	5.9	9	52.9			
Carrera p	0	0.0	1	20.0	3	60.0	0	0.0	1	20.0			
Maestría	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0			
otros	2	66.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3			
Total	53	21.3	7	2.8	16	6.6	6	2.4	167	67.1			

Nota: Sec= Secundaria. Otros= sin estudios, Carrera p=profesional.

Tabla 58

*Años de estudio en relación con la pregunta la enfermera informo que posición era la más cómoda para usted y por medio de la cual su bebé respiraba mejor.*

Años de estudio	IETP 9										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente-mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	46	34.3	0	0.0	14	10.4	1	0.7	73	54.5	30.899	20	.057
Sec	25	28.1	4	4.5	7	7.9	2	2.2	51	57.3			
Prepa	5	29.4	1	5.9	2	11.8	1	5.9	8	47.1			
Carrera p	3	60.0	0	0.0	1	20.0	0	0.0	1	20.0			
Maestría	1	100.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
otros	1	33.3	0	0.0	0	0.0	1	33.3	1	33.3			
Total	81	32.5	5	2.0	24	9.6	5	2.0	134	53.8			

Nota: Sec= Secundaria. Otros= sin estudios, Carrera P=profesional.

Tabla 59

*Años de estudio en relación con la pregunta la enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos.*

Años de estudio	IETP 13										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente-mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	66	49.3	9	6.7	4	3.0	1	0.7	54	40.3	34.434	20	.023
Sec	39	43.8	6	6.7	1	1.1	2	2.2	41	46.1			
Prepa	2	11.8	2	11.8	2	11.8	2	11.8	9	52.9			
Carrera p	1	20.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0			
Maestría	0	0.0.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0			
otros	1	33.3	0	0.0	0	0.0	2	67.7	0	0.0			
Total	109	43.8	18	7.2	8	3.2	6	2.4	108	43.4			

Nota: Sec= Secundaria. Otros= sin estudios

Tabla 60

*Años de estudio en relación con la pregunta la enfermera le apoyo para que durmiera un poco después del parto.*

Años de estudio	IETP 20										x <sup>2</sup>	gl	Valor de p
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuente-mente		Siempre				
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	26	19.4	9	6.7	3	2.2	0	0.0	96	71.6	44.839	20	.001
Sec	20	22.5	6	6.7	1	1.1	3	3.4	59	66.3			
Prepa	3	17.6	0	0.0	0	0.0	1	5.9	13	76.5			
Carrera p	2	40.0	1	20.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0			
Maestría	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0			
otros	1	33.3	0	0.0	0	0.0	2	67.7	0	0.0			
Total	52	20.9	16	6.4	6	2.4	4	1.6	171	68.7			

Nota: Sec= Secundaria. Otros= sin estudios

Tabla 61

*Años de estudio en relación con la pregunta la enfermera le mide la presión y la temperatura cuando ingresa a la sala de partos.*

Años de estudio	IETP 4								x <sup>2</sup>	gl	Valor de p		
	Nunca		Raramente		A veces		Frecuentemente					Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
Primaria	71	53.0	5	3.7	2	1.5	3	2.2	53	39.6	83.403	20	.000
Sec	39	43.8	5	5.6	4	4.5	6	6.7	35	39.9			
Prepa	4	23.5	1	5.9	2	11.8	7	41.2	17	100.0			
Carrera p	0	0.0	0	0.0	3	60.0	2	40.0	0	0.0			
Maestría	1	100.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0			
otros	1	33.3	0	0.0	0	0.0	2	67.7	0	0.0			
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>46.6</b>	<b>11</b>	<b>4.4</b>	<b>11</b>	<b>4.4</b>	<b>16</b>	<b>6.4</b>	<b>95</b>	<b>38.2</b>			

Nota: Sec= Secundaria. Otros= sin estudios, carrera p= profesionalA

### Apéndice 7

Autorización de la autora para utilizar instrumento PCC

