

**FRECUENCIA DE LOS DOMINIOS NANDA ALTERADOS EN SALAS DE
PARTOS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ POPAYÁN
MAYO - AGOSTO 2012**

**MARÍA CRISTINA BOLAÑOS DÍAZ
JHONATHAN BURBANO MENESES
JOHAN ALEXIS FERNÁNDEZ DÍAZ
OSCAR EDUARDO MINA ZAPATA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2013**

**FRECUENCIA DE LOS DOMINIOS NANDA ALTERADOS EN SALAS DE
PARTOS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ POPAYÁN. MAYO -
AGOSTO 2012**

**MARÍA CRISTINA BOLAÑOS DÍAZ
JHONATHAN BURBANO MENESES
JOHAN ALEXIS FERNÁNDEZ DÍAZ
OSCAR EDUARDO MINA ZAPATA**

Asesora Académica: Enf. Mg. SANDRA FELISA MUÑOZ

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2013**

Nota de Aceptación

Firma Presidente de Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Popayán, Mayo de 2013.

DEDICATORIA

Los autores dedican el presente trabajo especialmente:

A Dios, por darnos la vida y la fortaleza

A nuestros padres y hermanos por su apoyo y la motivación de seguir adelante.

A nuestros profesores por ser faro de guía en este proceso de educación.

A nuestros compañeros por su compañía y frases de aliento para continuar con el desarrollo del trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A la UNIVERSIDAD DEL CAUCA por darnos la oportunidad de formarnos académicamente y convertirnos en profesionales.

A nuestra investigadora principal Enf. Esp. MGs. Sandra Felisa Muñoz, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación logró que termináramos este trabajo con éxito.

A la Enf. Esp. MGs. Maria del Pilar Restrepo de Paz, por sus valiosas observaciones.

A nuestras evaluadoras: Enf. Esp. MGs Ana Benavides y Ligia Martínez, por la objetividad en la evolución del trabajo.

Al Dr. José Luis Diago Decano de la Facultad Ciencias de la Salud por su aporte en el análisis de los datos estadísticos.

Al Hospital Universitario San José por abrirnos sus puertas y permitir la aplicación del proyecto.

A las gestantes sujetos de nuestro proyecto por su colaboración y disponibilidad para hacer parte de él.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a la realización de este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. OBJETIVOS	17
1.1 GENERAL	17
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 HISTORIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	18
2.1.1 Etapas del proceso de atención de enfermería	19
2.1.1.1 La valoración	19
2.1.1.2 El diagnóstico	19
2.1.1.3 La planeación	19
2.1.1.4 La ejecución	19
2.1.1.5 La evaluación	20
2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA NANDA	20
2.3 ORIGEN DE LOS DOMINIOS NANDA	23
2.3.1 Necesidades fisiológicas	23
2.3.2 Necesidades de seguridad	23
2.3.3 Necesidades sociales	23
2.3.4 Necesidades de reconocimiento.	23
2.3.5 Necesidades de auto superación o autorrealización	24
2.3.6 Estructura de la clasificación NANDA.	24
2.4 ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA	26
2.5 QUE ES NORMALIZAR EN ENFERMERÍA	27
2.5.1 Por qué es importante normalizar en enfermería.	28
2.6 DEFINICIONES OPERATIVAS	30
2.6.1 Embarazo	30
2.6.2 Trabajo parto	30
2.6.3 Puerperio inmediato	30
2.6.4 Confort	31
2.6.5 Factores estresantes.	31
3. METODOLOGÍA	32

3.1 TIPO DE ESTUDIO	32
3.2 MUESTRA	32
3.3 TIPO DE MUESTREO	32
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	33
3.4.1 Criterios de inclusión	33
3.4.2 Criterios de exclusión	33
3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
3.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	34
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	34
3.7.1 Información para los participantes del estudio	35
3.7.1.1 Beneficios	35
3.7.1.2 Riesgos	36
4. RESULTADOS	37
4.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	37
4.2 VARIABLES GINECOSBTÉTRICAS	42
4.3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS DOMINIOS NANDA ALTERADOS	43
5. DISCUSIÓN	76
6. CONCLUSIONES	80
7. RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA	82

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según rango de edad de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	37
Tabla 2. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según la escolaridad de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	37
Tabla 3. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según la ocupación de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	38
Tabla 4. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según el estrato de las gestantes en salas de parto del Hospital del Universitario San José.	38
Tabla 5. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central del sistema general seguridad social en salud (SGSSS) de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	39
Tabla 6. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central del lugar de residencia de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	39
Tabla 7. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central de los ingresos (salario mínimo legal vigente "s.m.l.v") de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	40
Tabla 8. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central del estado civil de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	40
Tabla 9. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según etnia de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	41
Tabla 10. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según condición de desplazamiento de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	41

Tabla 11. Distribución de frecuencia, porcentaje y medidas de tendencia central según tipo de vivienda de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	42
Tabla 12. Distribución del dominio 12: (confort) en las gestantes en trabajo de parto y puerperio inmediato del Hospital Universitario San José.	45
Tabla 13. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del dominio 9 según si su embarazo fue planeado en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	49
Tabla 14. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9: según adaptación a los cambios durante el embarazo en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	49
Tabla 15. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: expresa tensión en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	50
Tabla 16. Distribución de frecuencia, porcentaje y desviación estándar del dominio 9 ítem: expresa impaciencia en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	50
Tabla 17. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: informa exceso de estrés en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	50
Tabla 18. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: expresa verbal preocupación en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	51
Tabla 19. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: su embarazo le causo en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	51
Tabla 20. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: observación de dolor en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	52
Tabla 21. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: conducta defensiva en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	53

Tabla 22. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: postura para evitar dolor en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	53
Tabla 23. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: dilatación pupilar en las gestantes en trabajo de parto y puerperio inmediato Hospital Universitario San José.	54
Tabla 24. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: informe verbal de dolor en las gestantes en salas de parto Universitario San José.	54
Tabla 25. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: conductas expresivas en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	55
Tabla 26. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: mascara facial en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	55
Tabla 27. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: conductas de distracción en las gestantes en salas del Hospital Universitario San José.	56
Tabla 28. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: estrechamiento foco de atención en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	56
Tabla 29. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: informe sensación de incomodidad en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	57
Tabla 30. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: deseo de acompañamiento por parte de un familiar en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	57
Tabla 31. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: informe falta de satisfacción en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	58

Tabla 32. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: aversión a algún alimento en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	58
Tabla 33. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: sensación nauseosa en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	59
Tabla 34. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: aumento salivación en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	59
Tabla 35. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: informe nivel satisfacción en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	60
Tabla 36. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: escala verbal simple en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	60
Tabla 37. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: toma de citología en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	61
Tabla 38. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: autoexamen de mama en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	61
Tabla 39. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: utilizaba método anticonceptivo en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	62
Tabla 40. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: ha recibido educación sexual gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	62
Tabla 41. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: tiene listo el ajuar en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	63

Tabla 42. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: demuestra técnicas de cuidado básico de la lactante en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	63
Tabla 43. Distribución de frecuencia, porcentaje y desviación estándar del dominio 8 ítem: demuestra conductas de vinculación con el lactante en salas de parto Hospital Universitario San José.	64
Tabla 44. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs expresión de tensión en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	64
Tabla 45. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	65
Tabla 46. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs uso de conductas de distracción en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	66
Tabla 47. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs realización de la toma de citología en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	66
Tabla 48. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs recibimiento de educación sexual en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	67
Tabla 49. Distribución porcentual y de frecuencia según escolaridad Vs expresión de tensión en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	68
Tabla 50. Distribución porcentual y de frecuencia según escolaridad Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	69
Tabla 51. Distribución porcentual y de frecuencia según escolaridad Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	70

Tabla 52. Distribución porcentual y de frecuencia según escolaridad Vs educación sexual recibida en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	71
Tabla 53. Distribución porcentual y de frecuencia según realización de controles prenatales Vs expresión de tensión en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	71
Tabla 54. Distribución porcentual y de frecuencia según realización de controles prenatales Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	72
Tabla 55. Distribución porcentual y de frecuencia según realización de controles prenatales Vs realización de las conductas de distracción en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	72
Tabla 56. Distribución porcentual y de frecuencia según realización de controles prenatales Vs realización de la toma de citología en gestantes en salas de parto de parto Hospital Universitario San José.	73
Tabla 57. Distribución porcentual y de frecuencia según paridad Vs expresión de tensión en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	73
Tabla 58. Distribución porcentual y de frecuencia según paridad Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	74
Tabla 59. Distribución porcentual y de frecuencia según paridad uso de conductas de distracción en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	74
Tabla 60. Distribución porcentual y de frecuencia según paridad Vs realización de la toma de citología en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.	75

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución de dominios y clases NANDA	25
Figura 2. Distribución porcentual según paridad de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	42
Figura 3. Distribución porcentual de los dominios NANDA alterados en gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	43
Figura 4. Distribución del dominio 9: (afrentamiento y tolerancia al estrés) en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	43
Figura 5. Distribución del dominio 9: (afrentamiento y tolerancia al estrés) según sentimientos causados por el embarazo, en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	44
Figura 6. Distribución del dominio 9: (afrentamiento y tolerancia al estrés) según sentimientos causados por el trabajo de parto, en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	44
Figura 7. Distribución del dominio 12 (confort) según deseo de acompañamiento en sala de partos en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	46
Figura 8. Distribución del dominio 12 (confort) según satisfacción en la sala de partos en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José	47
Figura 9. Distribución del dominio 12: (confort) según escala verbal simple del dolor en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	47
Figura 10. Distribución del dominio 8: (sexualidad) en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.	48

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Constancia de consentimiento informado	84
Anexo B. Variables y su nivel de medición	86
Anexo C. Instrumentos valoración de enfermería	89
Anexo D. Cuestionario valoración de enfermería según los dominios NANDA.	91

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático, dinámico y humanístico, que recogen los datos necesarios orientados a brindar cuidados para el bienestar del paciente; Es un sistema compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Parte de la aplicación del método científico que permite a los enfermeros prestar cuidados de una forma racional, lógica y coordinada con el fin de orientar el ejercicio óptimo del cuidado, reducir los efectos negativos del proceso salud enfermedad y mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud.

Los profesionales de enfermería impulsados por los persistentes avances científicos y tecnológicos a los que se ven enfrentados, deben actualizar constantemente sus conocimientos, así como su actuar en lo referente al cuidado de los pacientes. El uso de protocolos se ha convertido en una herramienta fundamental, de la cual hacen uso los profesionales para validar su práctica. El proponer nuevos protocolos permitirá no solo normalizar el cuidado de enfermería, sino también disponer de un lenguaje común que le permitirán favorecer la agrupación de pacientes, aportar instrumentos a la enseñanza mediante la unificación de criterios, facilitar el desarrollo de la investigación y servir de fuente de nuevas líneas de investigación con la mejor evidencia científica que le permita establecer un lenguaje común para describir la práctica de la enfermería, estimar los costos, describir los cuidados que la enfermería presta a la población estableciendo su competencia profesional.

La práctica del profesional de enfermería en salas de partos, dirige su quehacer al cuidado directo de las gestantes, pero en la actualidad no existe un registro validado, que evidencie la aplicación del cuidado de enfermería, basado en el proceso de atención y la taxonomía NANDA, que garanticen su normalidad y continuidad. El cuidado brindado requiere nuevas estrategias de intervención basadas en la búsqueda de la autonomía, identidad profesional y seguimiento del cuidado ofertado a las gestantes en salas de partos. El objetivo de la presente investigación es identificar los dominios de la taxonomía Nanda, alterados en las mujeres en salas de trabajo de parto, del hospital san José de Popayán.

Surge entonces la necesidad de investigar ¿Cuáles son los dominios NANDA alterados en las mujeres en trabajo de parto, que asisten a la sala de partos del Hospital Universitario San José de Popayán?

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Establecer la frecuencia de los dominios NANDA alterados en las gestantes asistentes a las salas de partos del Hospital Universitario San José.

1.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar el perfil y los antecedentes obstétricos, de las mujeres en trabajo de parto y puerperio inmediato que son atendidas en sala de partos del Hospital Universitario San José de Popayán.
- Realizar valoración de enfermería a las gestantes en trabajo de parto y puerperio inmediato, basados en la taxonomía NANDA que permita determinar los dominios NANDA más frecuentes a los cuales se enfrentan las parturientas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 HISTORIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE) se define como un método sistemático compuesto de etapas fijadas de forma ordenada y lógica que recogen los datos necesarios para ser analizados de forma reflexiva y consciente logrando puntualizarlos en intervenciones de enfermería orientadas a brindar cuidados para el bienestar del paciente; además, permite evaluar los resultados obtenidos dado que: “El proceso constituye un instrumento para que el enfermero evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore”¹.

Según la historia, la Enfermería surge como una labor para ayudar a suplir las necesidades del sufrimiento humano la cual era practicada por comunidades religiosas como servicio al prójimo y caridad cristiana; se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico.

La enfermería moderna remonta su origen en 1860 en tiempos de Florence Nightingale, y es en esta misma época donde las guerras, las epidemias de enfermedades y la pobreza obligan a la gente a vivir en hacinamiento y aglomeración en los hospitales y asilos, donde las religiosas no se daban abasto con el cuidado ofrecido a los enfermos y se decide contratar personas para que les ayuden en su oficio; es aquí donde estas personas fundan una nueva profesión, la de las enfermeras seculares, cuya diferencia con las religiosas es el no pertenecer a los conventos. Los hospitales reconocían la labor de estas mujeres y eran contratadas para asistir a sus enfermos y fue así como se convirtieron en un ente necesario para el cuidado de los pacientes que no pretendía competir con los médicos si no que su misión era ayudar en la recuperación de los pacientes a sus comunidades. Es de esta manera como poco a poco la cantidad de enfermeras progresa paulatinamente y sus intereses de unirse con lo que luego formaron una disciplina que estableció un registro general de enfermeras.

Las enfermeras fueron evolucionando en su forma de cuidar percibiendo al paciente como un ser individual que necesita un cuidado de forma integral; en esta evolución nacen nuevas formas de cuidado y conceptos como el de bases científicas para los cuidados y la utilización de un método para la resolución de problemas; a este método se le llamó proceso de enfermería el cual en su inicio se

¹ IBÁÑEZ ALFONSO Luz Eugenia y SARMIENTO DE PEÑARANDA Lucia Victoria. Proceso de atención de Enfermería, Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2003; ISBN 958-8187-22-2, p. 22

conformó de dos etapas: la identificación de problemas de enfermería y un plan de cuidados para su resolución, posteriormente fue reformado y surge una tercera etapa: la evaluación, tiempo después el término “Problema de Enfermería” evolucionó a “Diagnóstico de Enfermería” y es de esta forma como el proceso de atención de enfermería queda constituido por 5 pasos: el primero, la valoración, el segundo, el diagnóstico de enfermería; el tercero, la planeación de cuidados; el cuarto, la ejecución o realización de los cuidados y, por último, la evaluación.

2.1.1 Etapas del proceso de atención de enfermería

2.1.1.1 La valoración. Es la primera etapa del PAE y consiste en la recolección, análisis y validación de la información a través de la interacción con el paciente, familia y equipo de salud. Su objetivo se centra en una observación sistemática, siguiendo un orden específico, con la intención de obtener una completa información que garantice una evaluación integral y a su vez capte la naturaleza de la respuesta humana ante determinada situación o problemática.

Consta de unas etapas o fases las cuales son: (I) La recolección de la información, que radica en reunir información útil y fundamental para la valoración; (II) Verificación de información, en la cual se comprueba que la información que se ha reunido es verídica y basada en hechos; (III) Organización de los datos. En esta etapa se agrupa la información de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas; (IV) Comprobación de impresiones, aquí se destaca lo verdaderamente relevante y (V) Registro y comunicación de datos. Consiste en dejar evidencia por escrito de la información adquirida.

2.1.1.2 El diagnóstico. Constituye la segunda etapa del proceso de enfermería y es exactamente en esta etapa donde se analizan los datos obtenidos del paciente con el propósito de identificar los problemas que establecerán la base del plan de cuidados.

2.1.1.3 La planeación. En esta tercera etapa se busca realizar un plan de cuidados adecuados y relacionados con el diagnóstico y realidad del paciente. Su fin es prestar atención individualizada al usuario.

2.1.1.4 La ejecución. Es la etapa donde se realizan o se ofrecen todos los cuidados programados en la planeación al paciente, con el fin de lograr una atención de calidad; igualmente le confiere validación a los planes de enfermería.

2.1.1.5 La evaluación. En esta última etapa se evalúan: la eficacia de las intervenciones de enfermería proporcionadas, la reacción o respuesta del paciente ante las mismas y se decide si el paciente ha alcanzado los objetivos propuestos en la planeación.

2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA NANDA

En 1970 las enfermeras de Norteamérica tuvieron la oportunidad de colaborar en un proyecto en el cual se intentaba demostrar las ventajas del trabajo en equipo para el cuidado de los enfermos/usuarios. Para participar había que satisfacer dos requerimientos:

- Los datos obtenidos tenían que ser codificados y
- Los miembros de cada disciplina debían proporcionar cuidados que no fueran ya brindados por otros miembros del equipo de salud; como no se pudo cumplir, fueron a buscar ayuda a la escuela de enfermería de “San Luis”, Missouri, y su petición inició el proceso. El propósito de establecer estas denominaciones era definir y clasificar la esfera de acción de la enfermería².

En su primera Reunión el Grupo Nacional también designó un Comité Especial para:

- Recoger información y difundirla por medio del centro distribuidor de información sobre Diagnóstico de Enfermería.
- Promover las actividades educativas a nivel regional y estatal para fomentar la implementación del Diagnóstico de Enfermería. Estas actividades incluyen conferencias que preparan a los enfermeros para la identificación de denominaciones adicionales de diagnósticos y seminarios para la enseñanza sobre los diagnósticos de Enfermería.
- Promover y organizar actividades para continuar con el desarrollo, clasificación y comprobación del diagnóstico de Enfermería³.

²CARPENITO L J. Manual de diagnóstico de enfermería.4ª ed. Madrid (Esp.): Interamericana, 1998, p.

³ Lic. TORRES AVALOS Esteyer, et all, Diagnostico de Enfermería. Evolución histórica y diagnósticos de Enfermería más frecuentes en afecciones cardiovasculares, 2007, [En línea]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/838/1/Diagnostico-de-Enfermeria-Evolucion-historica-y-diagnosticos-mas-frecuentes-en-afecciones-cardiovasculares.html>

En 1975 se desarrolló la Segunda Conferencia Nacional. En 1977 se desarrolla la Tercera Conferencia Nacional, donde invitaron a un Grupo de 14 teóricas presidido por Sor Callista Roy para comenzar a trabajar sobre la base conceptual del esquema de clasificación pidiéndole que desarrollara una estructura taxonómica útil y manejable⁴

¿Por qué una taxonomía? Porque beneficiaría a todos los enfermeros ya sea en su orientación, asistencia, práctica educativa o de investigación. La enfermería en general necesita un sistema de clasificación para desarrollar unos fundamentos científicos sólidos que cumplan uno de los criterios como profesión².

En 1979 se efectuó la Cuarta Conferencia Nacional, desapareció la sección especial y se aprueba la creación en su lugar la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), y se forma un grupo encargado de la taxonomía presidido por Kritek⁵.

En 1982 se desarrolla la Quinta Conferencia Nacional. Se presentan los resultados del trabajo del equipo de las 14 teóricas. Marjory Gordon identifica los Patrones Funcionales de Salud, que son la expresión de la integración bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad. Lo constituyen 11 aspectos⁶:

1. Percepción /manejo de salud.
2. Metabolismo/nutricional.
3. Ejercicio/actividad.
4. Eliminación.
5. Descanso/sueño.
6. Autopercepción.
7. Cognoscitivo perceptual.
8. Relación/rol.
9. Sexual reproductivo.
10. Tolerancia al estrés.
11. Valor/ creencia.

Con posterioridad, esta clasificación se adopta por la Asociación de Enfermeras Norteamericanas para los diagnósticos de Enfermería (Grupo NANDA) para

⁴ GAUNTLETT, P. Adult Health Nursing. 2nd edition. Chicago: Mosby. 1994 p. 77

⁵ FELIÚ ESCALONA, BM. Modelo de atención de enfermería comunitaria; Cuba, 1997; p. 25-27.

⁶ GORDON, M. Manual of Nursing Diagnosis. 4th ed. Philadelphia. EU: J.B. Lippincott. 1991; p. 61

agruparlos a través de los Patrones Funcionales de Salud. Estos Patrones encierran en sentido general todas las necesidades afectadas de los pacientes⁷. En 1984, en la Sexta Conferencia Nacional de la NANDA, Fehring presentó un método para estandarizar la valoración diagnóstica

En la Séptima Conferencia Nacional de la NANDA efectuada en el año 1986, se introduce el término de Patrones de respuesta Humana (PRH) para reemplazar la denominación menos familiar del hombre unitario. Se aprueba la taxonomía I de la NANDA (los diagnósticos de Enfermería incluidos en los 9 Patrones unitarios a saber:

1. Intercambio
2. Movimiento
3. Comunicación
4. Percepción
5. Relaciones
6. Conocimientos
7. Valores
8. Sentimientos
9. Elección

En el año 1988 en la Octava Conferencia de la NANDA, proponen presentar a la OMS una visión específica de la Taxonomía I NANDA, con el título “Condiciones que necesitan Cuidados de Enfermería”, para ser incluida en la décima revisión de la clasificación de enfermedades. La OMS recomienda incrementar los esfuerzos para organizarse y trabajar la Taxonomía Diagnóstica a Nivel Internacional

En 1990 se desarrolló la Novena Conferencia de la NANDA, donde se presentó la versión inicial de la Taxonomía II y el concepto de ejes. Desde que se realizó la propuesta a la OMS de incluir en la Clasificación Internacional de Enfermedades los Diagnósticos de Enfermería, comenzaron los estudios comparativos con otras clasificaciones y taxonomía entre grupos interdisciplinarios.

En 1992 en la Décima Conferencia de la NANDA se hacen revisiones de la Taxonomía I.

⁷ INSTITUTE OF MEDICINE, EEUU. Field y Lohr, citado por RUIZ LÓPEZ Pedro. Gestión clínica en cirugía. Madrid (Esp.): Arán Editores; 2005. p.515.

En el año 1994, cuando se desarrolla la Oncena Conferencia de la NANDA celebrada en Nashville, Tennessee, se redefinió del proceso de revisión. Modificación del Proceso de generación y aceptación de los nuevos Diagnósticos.

Se identifica la permanente colaboración entre NANDA, ANA (Asociación Americana de Enfermeras) y el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras).

2.3 ORIGEN DE LOS DOMINIOS NANDA

El comienzo de los dominios NANDA tiene su origen en Las necesidades humanas básicas descritas por Abraham Maslow, psicólogo humanista, en 1970, quien plantea que el ser humano está constituido y compuesto por un cuerpo físico, cuerpo sociológico y cuerpo espiritual y que cualquier repercusión o problema que ocurre en cualquiera de estos cuerpos repercute automáticamente sobre el resto de los cuerpos de la estructura. Por esto Maslow estableció su correspondiente jerarquización:

2.3.1 Necesidades fisiológicas. Constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia. Dentro de éstas encontramos, entre otras, necesidades como la alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, etc.

2.3.2 Necesidades de seguridad. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, entre otras. Estas necesidades se relacionan con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo a lo desconocido.

2.3.3 Necesidades sociales. Relacionadas con el aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, y la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras.

2.3.4 Necesidades de reconocimiento. También conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo se basa en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social. De igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

2.3.5 Necesidades de auto superación o autorrealización. Se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

De acuerdo a este modelo a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está razonablemente satisfecha, se dispara una nueva necesidad⁸.

2.3.6 Estructura de la clasificación NANDA. En la taxonomía diagnóstica NANDA II se presentan los diagnósticos aprobados por NANDA hasta abril de 2000, con esta organización se pretende proporcionar una estructura que facilite la información, la investigación y utilización en la práctica clínica dichos diagnósticos.

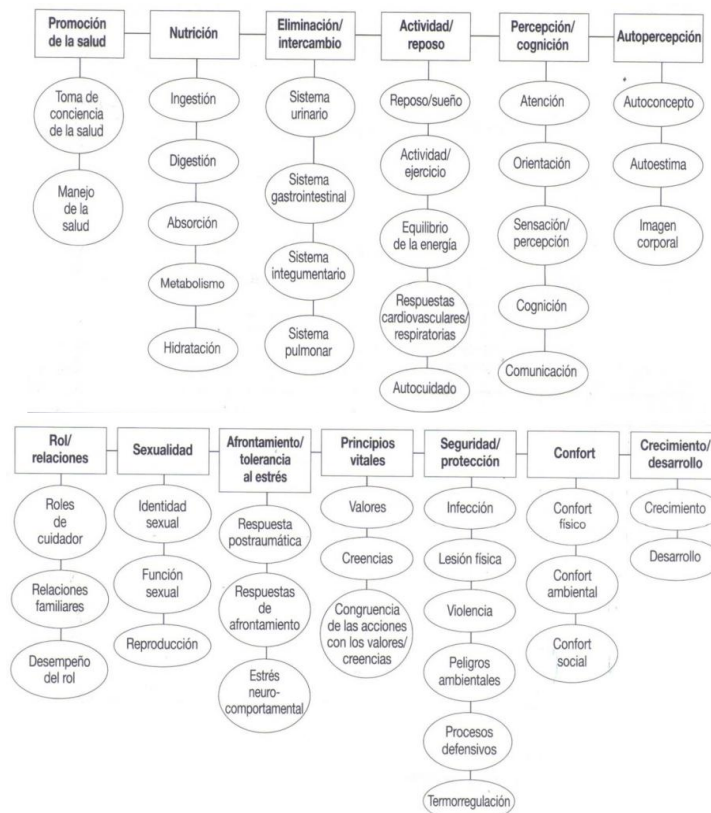
A continuación se describe la estructura de la clasificación. Ésta presenta 13 dominios con su correspondiente definición:

1. Promoción de la salud: toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
2. Nutrición: actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
3. Eliminación: secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
4. Actividad/reposo: producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
5. Percepción/cognición: sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
6. Autopercepción: conciencia del propio ser.
7. Rol/relaciones: conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que demuestran tales conexiones.
8. Sexualidad: identidad sexual, función sexual y reproducción.

⁸Colvin y Rutland 2008.

9. Afrontamiento/tolerancia al estrés: forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
10. Principios vitales: principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.
11. Seguridad/protección: ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
12. Confort: sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
13. Crecimiento/ desarrollo: aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad⁹.

Figura 1. Distribución de dominios y clases NANDA



⁹ HERDMAND T., Heather. NANDA Internacional, diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona (Esp.): Elsevier, 2010. ISBN 978-81-8086-481-7.

2.4 ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

La evidencia científica va de la mano con el desarrollo profesional, el cual debe ser ético, eficaz, efectivo y eficiente. La enfermería no ha sido tradicionalmente una profesión “basada en la evidencia”; ahora bien la mayoría de las prácticas de enfermería son trabajos asentados en la experiencia y la tradición; razón además para incorporar a la experiencia o maestría individual la mejor información científica disponible, con el fin de aplicarlo en la práctica clínica.

La evidencia tiene un carácter dinámico y paralelo a la adquisición, aplicación y evaluación del conocimiento; este dinamismo le da flexibilidad y variabilidad; “lo que hoy es evidente puede que mañana no lo sea”. Florence Nightingale (siglo XIX) fue la primera en observar que es esencial conocer el resultado de cada intervención para planificar los cuidados más efectivos, defendió la evaluación de la investigación para ganar conocimiento sobre lo que es mejor y lo que no para los pacientes. ¿Qué es la Enfermería Basada en la Evidencia? “es la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de los enfermeros, pero que considera un enfoque reflexivo e interpretativo que es el que permite hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad particular de la enfermera¹⁰” o bien, es el uso consciente y explícito de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la Medicina Basada en la Evidencia. Coincidiendo con Almeida Vázquez, al decir que: “Es una corriente científica de investigación que nos permite abordar nuestras dudas o interrogantes mediante la constatación de la mejor evidencia científica¹¹”.

Para Uzeta-Figueroa, hay que distinguir la diferencia entre: Enfermería basada en la investigación y la basada en la evidencia. Enfermería basada en la investigación significa investigar para introducir cambios en la práctica. (Utilizar los hallazgos de la investigación para fundamentar los cuidados). Enfermería basada en la evidencia es el uso de la investigación cuantitativa y cualitativa que permiten buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la Investigación¹².

¹⁰ UZETA FIGUEROA, MC. Enfermería basada en la evidencia. Hospital General de Culiacán. Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum”. ASSin Vol.3 No.4 2009. [En línea]. Disponible en: <http://www.hgculiacan.com/revistahgc/enfermeria%20evidencia.htm>

¹¹ LIMÓN CÁCERES, Enrique. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. III Trimestre 99, N° 7. [En línea] Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art320_1.pdf

¹² UZETA FIGUEROA, MC. Enfermería basada en la evidencia. Hospital General de Culiacán. Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum”. ASSin Vol.3 No.4 2009. [En línea]. Disponible en: <http://www.hgculiacan.com/revistahgc/enfermeria%20evidencia.htm>

La Enfermería Basada en la Evidencia tiene una manera secuencial de recolección de los datos y su posterior análisis siendo sus etapas en la práctica de la EBE:

1. Formular la pregunta.
2. Buscar la evidencia.
3. Evaluar la validez y utilidad de los hallazgos.
4. Aplicar los resultados.
5. Evaluar el rendimiento clínico.

Este tipo de evidencias no siempre se encuentran en el formato habitual de las revistas, publicaciones, sino que lo encontraremos en diferentes ubicaciones (monografías, colecciones, trabajos de fin de carrera, tesis doctorales, informes técnicos para administraciones, consultorías, informes regionales, y documentos similares). Para realizar la búsqueda en estas áreas necesitaremos disponer de fuentes de información secundaria y herramientas que nos faciliten la tarea.

No obstante, así se tengan unos lineamientos para la práctica de la EBE, se hace indispensable la experiencia clínica de cada profesional, no solo, para la investigación, sino también para la aplicación y posterior análisis de los elementos encontrados que ayudaran a validar el trabajo investigativo. Se podría resumir el proceso de la enfermería basada en la evidencia, en 3 pasos:

1. Acceder a la información científica.
2. Evaluar críticamente su validez y aplicabilidad.
3. Incorporarla a la práctica clínica cotidiana

2.5 QUE ES NORMALIZAR EN ENFERMERÍA

Una de las claves para mostrar y demostrar la aportación de la profesión, es poder medir y establecer los resultados obtenidos en el individuo, la familia y la comunidad, bajo la responsabilidad de los cuidados enfermeros; Para ello, entre otras cuestiones, es necesario que la enfermería disponga de un lenguaje común y una metodología homogénea, por lo que la normalización es un instrumento imprescindible.

La normalización en enfermería no se aplica sobre un producto con características fácilmente medibles por ensayos sobre el mismo. La normalización en enfermería se aplica a un proceso, en este caso, al proceso de atención de Enfermería; por lo

tanto, la normalización debe abarcar a todas las etapas de dicho proceso: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La normalización de los procesos asistenciales permitirá reducir la variabilidad de los mismos, dando consistencia a la producción del servicio y aportando imparcialidad en el cuidado de los distintos pacientes, así como el aumento de la eficacia en los resultados.

Es fundamental aclarar que las normas no son de obligatorio cumplimiento sino que pretenden servir como guía o referencia sobre los cuidados. Su estricto cumplimiento será inviable porque se deben tener en cuenta las características individuales del paciente y el juicio clínico que el enfermero aporta según la diversidad de las circunstancias que se puedan plantear, además de las diferentes escuelas en las cuales el enfermero haya sido formado.

El desarrollo de la normalización se basa en el conocimiento, la experiencia y en el avance científico y tecnológico, donde el enfermero este realizando su labor. Pero un aspecto de trascendencia a considerar, es que la normalización se desarrolla por consenso; por tanto, la normalización en el ámbito de la Enfermería debe aportar significativas ventajas a todas las partes interesadas, es decir, a los profesionales de enfermería, a los pacientes y familiares, al resto de profesionales de la salud, a las instituciones y administraciones sanitarias, en definitiva, a la sociedad.

2.5.1 Por qué es importante normalizar en enfermería. La importancia de la normalización en enfermería se encuentra en las siguientes consideraciones prácticas e instrumentales según el Proyecto “Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería”, N.I.P.E.¹³:

Para los profesionales de enfermería:

- Facilitar la toma de decisiones.
- Mostrar la aportación de enfermería al cuidado de la salud.
- Demostrar frente a terceros la aplicación de la buena praxis (normo praxis)

¹³CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. PROYECTO NIPE [En línea]. Disponible en http://www.nipe.isics.es/servlet/Satellite?cid=1071155509277&pagename=NIPE%2FPage%2Fplantilla_generica [diciembre 16., 2011]

- Definir los conocimientos enfermeros mediante la creación y manejo de guías de cuidados enfermeros.
- Facilitar la comunicación de los tratamientos enfermeros, dentro de la propia profesión y al resto de profesionales sanitarios.

Para los órganos gestores:

- Evaluar los costes de los cuidados enfermeros.
- Facilitar la planificación y gestión de equipos de enfermería.
- Evaluar la eficacia de los cuidados administrados en múltiples situaciones.

Para las instituciones sanitarias:

- Incorporar los principios de calidad total a la gestión de la organización.
- Impulsar la promoción de enfermería en el ámbito de la política sanitaria.
- Crear nuevas líneas de investigación, al detectarse las posibles carencias.

Para la enseñanza:

- Ayudar a los docentes a crear programas educativos basados en conocimientos de la práctica clínica.
- Facilitar la toma de decisiones a estudiantes y profesionales de reciente formación.

Para la sociedad:

- Servir para la comunicación de los cuidados al público.
- Mejorar la calidad de la profesión enfermera creando sistemas que la garanticen.

Este proceso de normalización pretende establecer una metodología y una terminología común, dentro de un proceso sostenible en el que deben mantenerse actualizadas tanto las normas, para adecuarse a los cambios técnicos y tecnológicos, como la ponderación de los costos, para asegurar la adecuación del sistema de financiación hospitalaria¹⁴

¹⁴ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD. Servicios sociales e Igualdad. Proyecto NIPE. [En línea] Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm> [diciembre 16,. 2011] Actualización en enfermería. Proyecto NIPE. [en línea]. y <http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/contenidos/proyectonipe.htm> [citado el 16 de Dic. 2011]

2.6 DEFINICIONES OPERATIVAS

2.6.1 Embarazo. Es el proceso de gestación, desarrollo, crecimiento embrionario y crecimiento fetal del ser humano en el útero de la madre, que comprende desde la concepción hasta el proceso del parto finalizando con el nacimiento. Cuya duración es de 40 semanas y aproximadamente de 280 días. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocisto a la pared del útero”¹⁵.

2.6.2 Trabajo parto. Es una secuencia de contracciones uterinas desencadenadas al final de la gestación, que tienen por objeto el borramiento y la dilatación del cérvix para lograr la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través del canal del parto en la mujer. Gonzalez refiere que La OMS define un parto normal como: “...comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”¹⁶

2.6.3 Puerperio inmediato. Pérez define el puerperio como “un periodo de tiempo que transcurre desde el alumbramiento hasta las primeras 24 horas después del parto”¹⁷. Es la etapa en la cual se producen, transformaciones paulatinas de orden orgánico y funcional, que hacen retornar gradualmente, todas las transformaciones que se han hecho durante el embarazo mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restaurar las modificaciones a su estado pre grávido, abarca las primeras 24 horas.

¹⁵ SANABRIA LEANDRO Yendry Priscilla. El embarazo. Diciembre de 2008. [En línea]. Disponible en: <http://todosobreel embarazo.blogspot.com/> [marzo 10, 2013]

¹⁶ GONZÁLEZ CASADO Almudena, ¿Qué no se debería hacer en la atención al parto bajo riesgo? [en línea] 10 de marzo de 2013. [En línea] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/07_PARTO/24_QUE_NO_SE_DEBERIA_HACER.pdf

¹⁷ PÉREZ JIMÉNEZ Amparo, et.al. Protocolo de puerperio inmediato, protocolos de enfermería, 2005. [En línea] Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/95de7456309a7b2ec371de7cf2371088.pdf> [marzo 10, 2013]

2.6.4 Confort. Según la NANDA la definición de confort de es “patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psico-espiritual, ambientales y sociales que puede ser reforzado”¹⁸.

El manejo del dolor es una parte importante a la hora de definir el confort durante el trabajo de parto, ya que con el manejo del dolor podemos aumentar el confort.

Las mujeres responden de diferente manera a las múltiples clases de actividades e intervenciones usadas para ayudar a disminuir los dolores del trabajo de parto y aumentar el confort. Algunas medidas eficaces para disminuir el dolor durante el trabajo de parto pueden ser el solo hecho de mantener un ambiente tranquilo y con poco ruido en su sala de partos, luz tenue, caminar, realizarse masajes en la espalda, bailar lentamente con su persona de apoyo, aplicarse compresas tibias o frías, practicar técnicas de respiración y/o relajación, dedicarse a orar, practicar la meditación, usando imágenes que le traigan paz, entre otras.

2.6.5 Factores estresantes. Durante el trabajo de parto se pueden presentar ciertos factores estresantes que son muy comunes en la mayoría de mujeres en su proceso de alumbramiento¹⁹.

Toda esta preocupación hace que las madres tengan niveles muy altos de ansiedad provocando un retraso en la fase de trabajo de parto asociado a la aparición de contracciones uterinas irregulares y poco intensas. El dolor que se siente durante el trabajo de parto es una experiencia subjetiva tan antigua como la propia existencia del ser humano, donde cada mujer puede presentar diferentes comportamientos influenciados por la cultura, ansiedad, miedo, experiencias anteriores y preparación para el parto y soporte ofrecido durante ese proceso.

¹⁸ NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros 2009-2011. España: Elsevier, 2010. p. 347

¹⁹ TORRES, Giuliana, Los miedos al trabajo de parto y a dar a luz más comunes en las embarazadas. [En línea] Disponible en: <http://embarazo10.com/los-miedos-al-trabajo-de-parto-y-a-dar-a-luz-ms-comunes-en-las-embarazadas/> [marzo 10, 2013]

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Diseño descriptivo, con enfoque cuantitativo, tipo observacional, transversal.

3.2 MUESTRA

La muestra constituida por 87 gestantes en trabajo de parto y puerperio inmediato de la unidad de sala de partos del Hospital Universitario San José de Popayán se obtuvo a partir de un universo constituido por 877 gestantes mediante la utilización de la fórmula estadística del plan de muestreo para poblaciones finitas que para el caso corresponde a:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra =87

Z: Nivel de confianza 95% que corresponde a 1.96

p: Es la variabilidad positiva; =0,5

q: Es la variabilidad negativa; =0,5

N: Es el tamaño de la población;= 877

E: Es la precisión o el error. =0.

Con una probabilidad a favor y una probabilidad en contra de 50% para cada una, con un nivel de confianza del 95%, un coeficiente de confianza de 1.96% y con un error máximo admitido de un 10%.

3.3 TIPO DE MUESTREO

Muestreo por conveniencia. Se tomará toda la población que ingrese a la unidad de gineco obstetricia del Hospital Universitario San José en el periodo comprendido entre mayo y julio de 2012, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1 Criterios de inclusión

- Gestantes de alto y bajo riesgo.
- Gestantes con terminación de parto por vía vaginal.
- Gestantes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Gestantes y puérperas con feto muerto
- Gestantes con alteración mental aparente.
- Gestantes cuyo trabajo de parto termine en cesárea
- Puérpera cuyo parto haya sido extra hospitalario

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizaron como técnicas la entrevista directa y como instrumento un cuestionario estructurado adaptado por los investigadores. Para su construcción se tuvo en cuenta el proceso de atención de enfermería y los tópicos del diagnóstico de enfermería. El cuestionario consta de dos capítulos distribuidos así:

- Primer capítulo: Valoración inicial, que incluye las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y examen físico.
- Segundo capítulo: Valoración focalizada que pretende la búsqueda de alteración de los 13 dominios de la taxonomía NANDA, utilizando las características definitorias propias de cada uno. Este formulario se basó y se adaptó de Ibáñez Alfonso Luz Eugenia, Sarmiento de Peñaranda Lucía Victoria, Proceso de atención de Enfermería, Bucaramanga, Colombia, Editorial Universidad Industrial de Santander. 2003. y González Pisano Marta María, Mirón Ortega Dolores, Cotiello Cueria Yolanda, et-al. Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. SEAPA Depósito legal: AS-3 702/2002, el cual fue aplicado por los investigadores.

3.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos recolectados se registraron en una base de datos en el programa SPSS versión 19 y las figuras se realizaron en Excel versión 2007.

Primer objetivo: Para el análisis de los datos sociodemográficos y antecedentes gineco - obstétricos utilizamos análisis de proporciones y medidas de tendencia central. Para las variables categóricas se utilizaron las proporciones y moda. Para las variables numéricas se utilizaron medidas de tendencia central como promedio, desviación estándar.

Segundo objetivo:

- El análisis de cada dominio se realizó con porcentajes por cada ítem y medidas de tendencia central: promedio y desviación estándar.
- Luego se priorizaron los dominios con mayor proporción de ítems alterados y se seleccionaron según su porcentaje de mayor a menor.
- Se compararon los resultados y se seleccionaron los tres primeros dominios.
- Se realizó estadística bivariada entre los datos socio demográfico y los dominios alterados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los investigadores principales de este proyecto son: María Cristina Bolaños Díaz, Jhonathan Burbano Meneses, Johan Alexis Fernández Díaz, Oscar Eduardo Mina Zapata. Quienes actualmente realizan su pregrado en la Universidad del Cauca, para el presente proyecto cuenta con la asesoría de la Enf. MGs Sandra Felisa Muñoz enfermera egresada de la universidad del cauca, quien labora actualmente en la unidad de gineco obstetricia del Hospital Universitario San José, quien actúa como co-investigadora

Para la realización de este proyecto de investigación se solicitara la aprobación por el departamento enfermería de la Universidad del Cauca así como del comité de ética para la investigación científica del Hospital Universitario San José, atendiendo las sugerencias y correcciones sugeridas por los mismos.

El avance de esta investigación se regirá por normas éticas internacionales vigentes en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, y el reporte Belmont, igualmente las normas del código civil Colombiano en su art. 1502, la ley 23 de 1981, decreto 3380 de 1981 y la resolución 8439 de 1993 del Ministerio de Salud, en los cuales se establecen las normas científico técnico administrativas para la administración en salud, y según estas acogiendo los principios éticos fundamentales como son el principio de autonomía, beneficencia, la no maleficencia.

El principio de autonomía se cumplirá por medio del consentimiento informado, en el cual serán explicados en forma clara y completa la metodología del estudio, la justificación y los objetivos de la investigación, las molestias y riesgos propios, además se garantiza la respuesta a cualquier inquietud y despejar cualquier duda, cerciorando que la paciente tiene la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo desee.

El principio de beneficencia se cumplirá en la medida en que se efectúe el propósito de la investigación, siendo esta información aplicable a la población de mujeres que ingresen a la unidad de gineco obstetricia del Hospital Universitario San José en trabajo de parto y puerperio inmediato.

El principio de no maleficencia se respetara manteniendo la confidencialidad de lo información suministrada por las mujeres objeto de estudio, asegurando el principio de respeto, además se garantiza que la información obtenida será utilizada solo para el presente estudio y en ninguna caso será revelada la identidad de la participantes, así mismo al ser un estudio de tipo descriptivo se descarta cualquier intervención realizada sobre la paciente que posea el potencial de generar daño sobre la salud de la misma

3.7.1 Información para los participantes del estudio

3.7.1.1 Beneficios

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la participación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- No recibirá pago por su participación, ni ningún tipo de beneficios de participación directa.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo a los investigadores.
- La información que usted brinde será confidencial y estará bajo la custodia de Johan Alexis Fernández Díaz, cuyo número de celular es 3163080511 y e-mail: jf_022@hotmail.com
- Los deberes a los que usted se compromete son: decir la verdad, buscar aclaración de las dudas que tenga respecto a cualquier del estudio.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado anexo a este documento.

3.7.1.2 Riesgos

- Pérdida de la confidencialidad de la información recolectada.
- No genera ningún tipo de riesgo para su salud física, psíquica o mental.

Para evitar esto se asegura que los datos obtenidos serán manipulados y almacenados por un solo miembro del equipo de investigación Johan Alexis Fernández Díaz identificado con c.c 1061704694 de Popayán Cauca, el cual se encargara de procesamiento y custodia de los datos

4. RESULTADOS

4.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según rango de edad de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Rango De Edad	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica.
14-20	34	39,1		
21-29	29	33,3		
30-39	20	23,0		
40-49	4	4,6		
Total	87	100,0	1.93	0.900

Fuente: Este estudio.

Con respecto a la edad el grupo más predominante se encontró en el rango de 14-20 años con un 39,1% (34), seguido de mujeres en edades entre 21-29 con un 33,3% (29), los menores porcentajes se hallaron entre 30 a 39 años con un 23% (20) y en un rango entre 40-49 años con un 4,6% (4); con una media de 19.3 y una desviación estándar de 0.900.

Tabla 2. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según la escolaridad de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Escolaridad	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica.
Analfabeta	3	3,4		
Primaria	26	29,9		
Secundaria	41	47,1		
Técnica	9	10,3		
Universitaria	8	9,2		
Total	87	100,0	2.92	0.955

Fuente: Este estudio.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 2, se encontró que el mayor número de mujeres participantes tiene formación secundaria con un 47,1%(n = 41), seguidas por quienes han cursado primaria 29,9% (n = 26); en tercer lugar se

encuentran quienes tienen una carrera técnica 10,3 % (n = 9), luego quienes poseen carrera universitaria con un 9,2% (n = 8) y, por último, las analfabetas 3,4% (n = 3); con una media de 2.92 y una desviación estándar de 0.955

Tabla 3. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según la ocupación de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Ocupación	Frecuencia	No.	Media	Desviación típica
Ama de casa	58	66,7		
Estudiante	16	18,4		
Empleada	13	14,9		
Total	87	100,0	1.48	0.745

Fuente: Este estudio.

En esta categoría se evaluó la ocupación de las parturientas observándose que el 66,7% (n = 58) son amas de casa, el 18,4% (n = 16) son estudiantes, en el último lugar están quienes son empleadas con un 14,9% (n = 13); con una media de 1.48 y una desviación estándar de 0.745.

Tabla 4. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según el estrato de las gestantes en salas de parto del Hospital del Universitario San José.

Estrato	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica.
0	3	3,4		
1	56	64,4		
2	18	20,7		
3	9	10,3		
4	1	1,1		
Total	87	100,0	1.48	0.745

Fuente: Este estudio.

Respecto al estrato socioeconómico se encontró que el 64,4% (n = 56) de la población estudiada pertenece al estrato 1; el 20,7% (n = 18) se encuentra en el estrato 2; el 10,3% (n = 9) alcanza el estrato 3; al estrato 4 corresponden el 1,1% (n = 1) y 3,4% (n = 3) pertenece al estrato 0; con una media de 1.41 y una desviación estándar de 0.771

Tabla 5. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central del sistema general seguridad social en salud (SGSSS) de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

SGSSS	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica.
Vinculado	13	14,9		
Subsidiado	52	59,8		
Contributivo	21	24,1		
Especial	1	1,1		
Total	87	100,0	2.11	0.655

Fuente: Este estudio.

La Tabla 5 describe la afiliación de las parturientas al SGSS; el 59,8% (n = 52) de las encuestadas pertenecen al régimen subsidiado, el 24,1% (n = 21) al régimen contributivo, el 14,9% (n = 13) son vinculadas y el 1,1% (n = 1) son régimen especial; con una media de 2.11 y una desviación estándar de 0.655

Tabla 6. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central del lugar de residencia de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Residencia	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica.
Urbana	48	55,2		
Rural	39	44,8		
Total	87	100,0	1.45	0.500

Fuente: Este estudio.

En lo referente a la residencia de las encuestadas el 55,2% (n = 48) viven en zona urbana, mientras que el 44,8% (n = 39) habitan en zona rural; con una media de 1.45 y una desviación estándar de 0.500

Tabla 7. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central de los ingresos (salario mínimo legal vigente “s.m.l.v”) de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Ingresos	Frecuencia	%	Media	Desviación. Típica.
Menos De 1 S.M.L.V	43	49,4		
1 S.M.L.V	31	35,6		
2 S.M.LV	11	12,6		
Más De 2 S.M.L.V	2	2,3		
Total	87	100,0	1.68	0.785

Fuente: Este estudio.

Según los ingresos familiares el 49,4% (n = 43) devengan menos de 1 SMLV, el 35,6% (n = 31) ganan 1 SMLV, el 12,6% (n = 11) tienen ingresos hasta de 2 SMLV y solo el 2,3% (n = 2) devenga más de 2 SMLV; con una media de 1.68 y una desviación estándar de 0.785.

Tabla 8. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central del estado civil de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Estado Civil	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica.
Soltera	18	20,7		
Unión Libre	58	66,7		
Casada	10	11,5		
Divorciada	1	1,1		
Total	87	100,0	1.93	0.606

Fuente: Este estudio.

Según el estado civil el 66,7% (n=58) se encuentran en unión libre, seguidas de estado civil solteras con un 20,7% (n=18); el 11,5% (n=10) se encuentran casadas y finalmente 1,1% (n = 1) son divorciadas; con una media de 1.93 y una desviación estándar de 0.606.

Tabla 9. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según etnia de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Etnia	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica
Mestiza	56	64,4		
Blanca	3	3,4		
Afrocolombiana	5	5,7		
Indígena	23	26,4		
Total	87	100,0	1.94	1.333

Fuente: Este estudio.

Según la etnia el 66,4% (n = 56) se consideran mestizas, el 26,4% (n = 23) son indígenas, el 5,7% (n = 5) son afrocolombianas y el 3,4% (n = 3) son blancas; con una media de 1.94 y una desviación estándar de 1.333

Tabla 10. Distribución porcentual, frecuencia y medidas de tendencia central según condición de desplazamiento de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Condición de Desplazamiento	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica.
Si	6	6,9		
No	81	93,1		
Total	87	100,0	1.93	0.255

Fuente: Este estudio.

Otro aspecto socio - demográfico analizado fue si las parturientas se encontraban en condición de desplazamiento, los resultados fueron los siguientes: el 93,1% (n = 81) no estaban en condición de desplazadas y el 6,9% (n = 6) eran desplazadas; con una media de 1.93 y una desviación estándar de 0.255.

Tabla 11. Distribución de frecuencia, porcentaje y medidas de tendencia central según tipo de vivienda de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

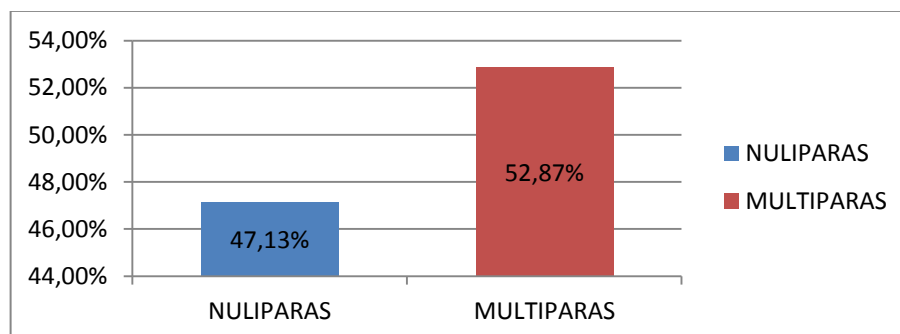
Tipo de vivienda	Frecuencia	%	Media	Desviación Típica
Propia	34	39,1		
Arrendada	22	25,3		
Familiar	31	35,6		
Total	87	100,0	1.97	0.869

Fuente: Este estudio.

Al clasificar el tipo de vivienda se encontró que el 39,1% (n=34) habitan en vivienda propia, el 35,6% (n=31) tienen vivienda tipo familiar y el 25,3% (n=22) arrendan una vivienda; con una media de 1.97 y una desviación estándar de 0.869.

4.2 VARIABLES GINECOSBTÉTRICAS

Figura 2. Distribución porcentual según paridad de las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

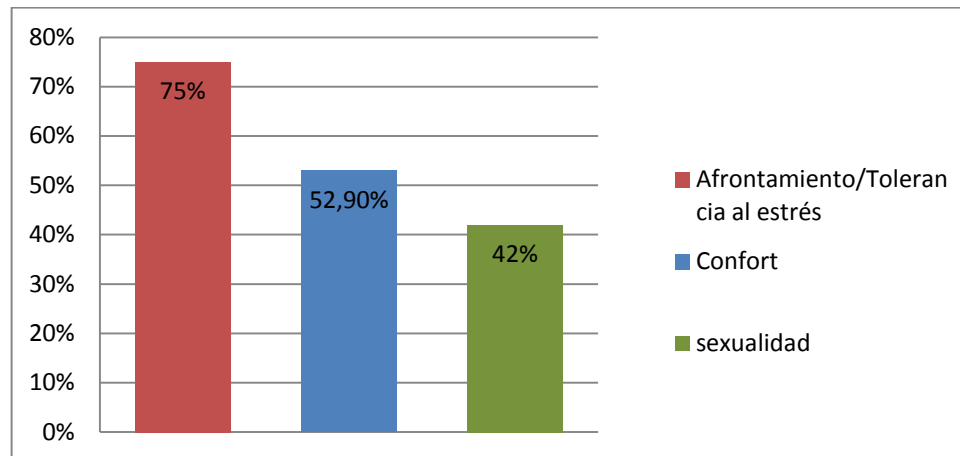


Fuente: Este estudio.

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos se evidencia que el 52,87% (n=46) son multíparas y el 47,13% (n=41) son nulíparas.

4.3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS DOMINIOS NANDA ALTERADOS

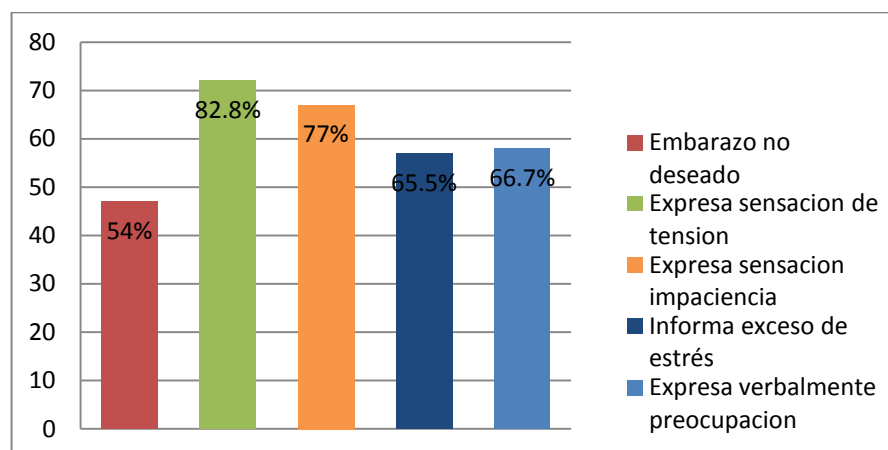
Figura 3. Distribución porcentual de los dominios NANDA alterados en gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.



Fuente: Este estudio.

En cuanto a la distribución porcentual de dominios se evidencia que el dominio afrontamiento y tolerancia al estrés fue el más alterado con un 75%, seguido de confort con un 52,90% y por último la sexualidad con 42%.

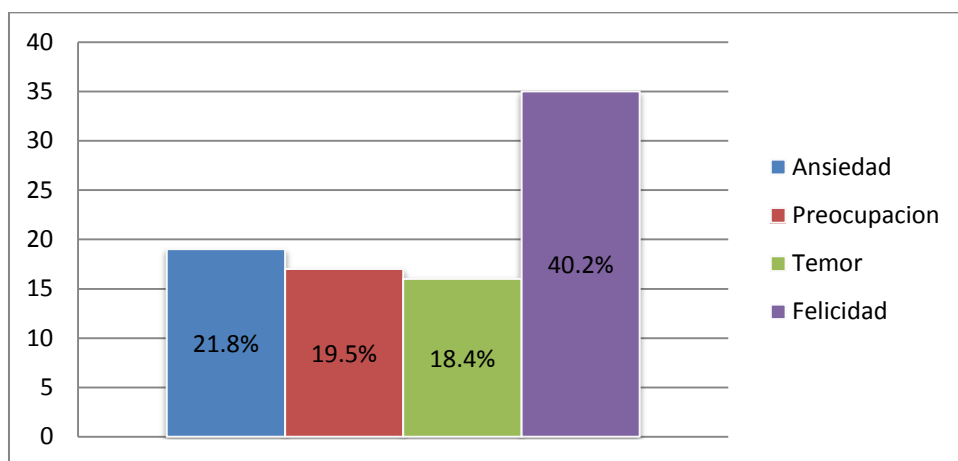
Figura 4. Distribución del dominio 9: (afrontamiento y tolerancia al estrés) en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.



Fuente: Este estudio.

En el dominio nueve (9) (Afrontamiento/Tolerancia al estrés), del total de ítems valorados (8), 5 se encuentran alterados en el siguiente orden porcentual: Expresa sensación de tensión el 82,8 % (n=95); expresa sensación de impaciencia el 77%(n=67), continuando con expresa verbalmente preocupación con un 66.7% (n = 58) seguido del ítem informa exceso de estrés con un 65.5% (n= 57) y el ítem que interroga si el embarazo no fue deseado con un 54% (n = 47).

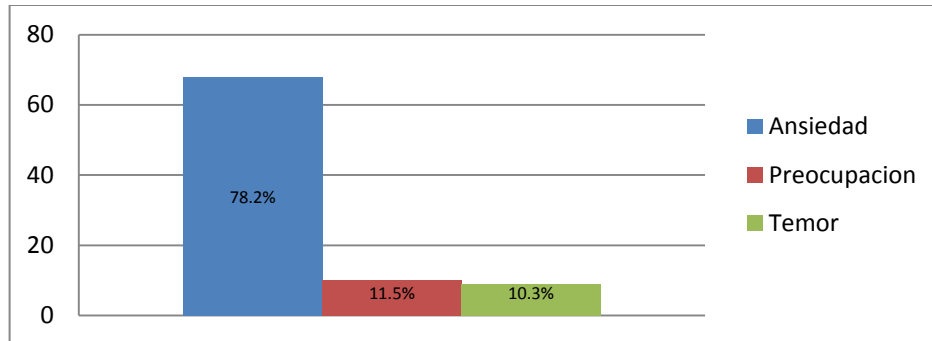
Figura 5. Distribución del dominio 9: (afrontamiento y tolerancia al estrés) según sentimientos causados por el embarazo, en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.



Fuente: Este estudio.

En el ítem cuya pregunta es: “Su embarazo le causo” los resultados arrojados corresponden a: Felicidad en un 40,2% (n = 35); Ansiedad en un 21.8% (n = 19); preocupación en un 19,5% (n = 17) y Temor en un 18,4% (n=16).

Figura 6. Distribución del dominio 9: (afrentamiento y tolerancia al estréssegún sentimientos causados por el trabajo de parto, en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.



Fuente: Este estudio.

Según el tipo de sensación que ocasiona el trabajo de parto al 78.2% (n = 68) le ocasiona ansiedad/miedo, seguido por Preocupación en un 11.5%(n = 10) y temor con un 10.3%(n = 9).

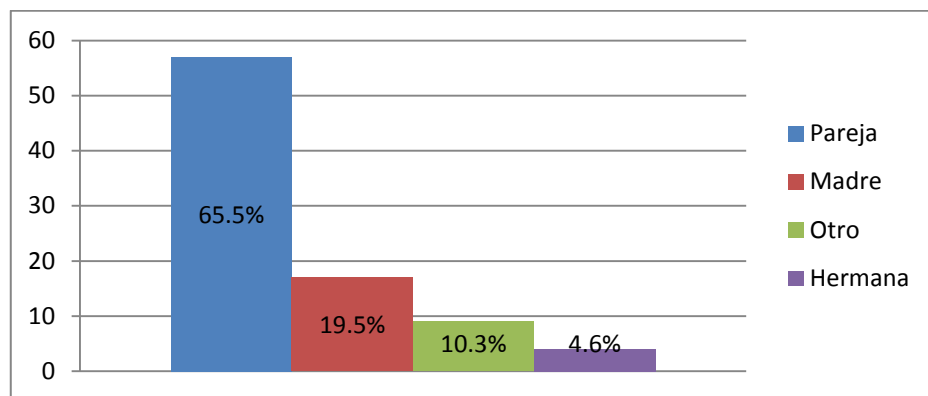
Tabla 12. Distribución del dominio 12: (confort) en las gestantes en trabajo de parto y puerperio inmediato del Hospital Universitario San José.

Ítem	Valor Numérico	Valor Porcentual
Observación de evidencias de dolor:	71	81.6
Conducta defensiva:	47	54
Postura para evitar el dolor	62	71.3
Informe verbal de dolor:	63	72.4
Conducta expresiva	70	80.5
Mascara facial como: ojos apagados	62	71.3
Informe de sensación de incomodidad o inconformidad por algún aspecto de la sala de partos	15	17.2
No realiza, conductas de distracción como: deambular de un lado a otro, búsqueda de otras personas o actividades, actividades repetitivas	64	73.6

Fuente: Este estudio.

Al valorar el dominio doce (12) (Confort) se encontró que el 52.9% del total de ítems (16) se encuentran alterados en el siguiente orden: la observación de evidencia de dolor con un 81,6% (n=71) seguida de conducta expresiva de dolor con un 80,5% (n=70), el 73.6% (n=64) no realiza conductas de distracción, seguido de dos (2) ítems con igual porcentaje 71.3% (n=62) para adopta una postura para evitar el dolor y mascara facial de dolor; el 72.4% (n=63) informan verbalmente presencia de dolor; el 54% (n=47) poseen conducta defensiva y el 17,2% (n=15) informan sensación de incomodidad o inconformidad por algún aspecto de la sala de partos .

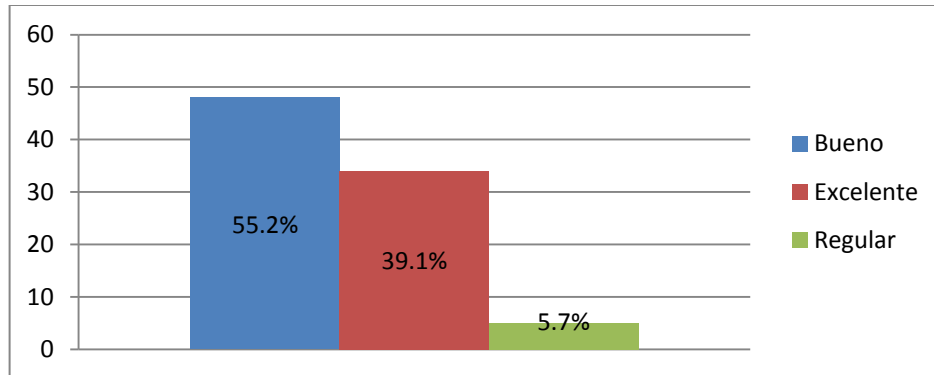
Figura 7. Distribución del dominio 12 (confort) según deseo de acompañamiento en sala de partos en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.



Fuente: Este estudio.

La Figura 7 refleja el deseo de acompañamiento de las pacientes por parte de un familiar, evidenciándose que el 65.5% (n = 57) desean que su pareja esté junto a ella durante el trabajo de parto, el 19.5% (n = 17) quisieran estar en compañía de su progenitora; el 10.3% (n = 9) prefieren la compañía de amigos y finalmente el 4.6% (n = 4) desean estar acompañadas de su hermana.

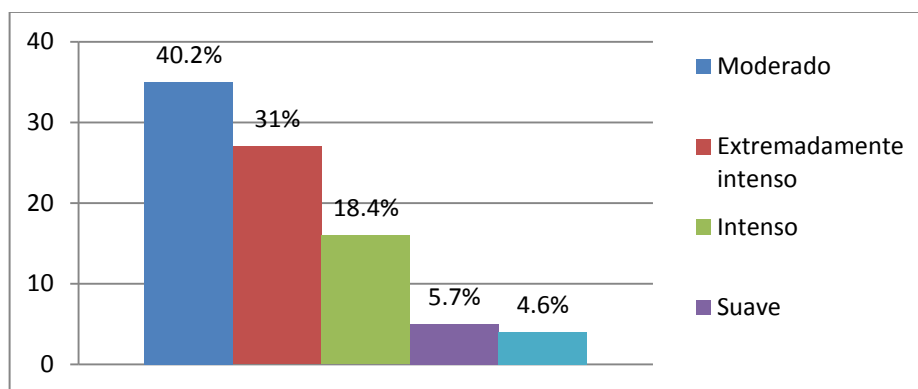
Figura 8. Distribución del dominio 12 (confort) según satisfacción en la sala de partos en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José



Fuente: Este estudio.

Con respecto al nivel de satisfacción de las usuarias y la atención recibida durante la estancia en la sala de partos del HUSJ y se logró identificar que el 55.2% (n = 48) refieren buena atención; el 39.1% (n = 34) excelente y el 5,7% (n = 5) clasifican el nivel de satisfacción como regular.

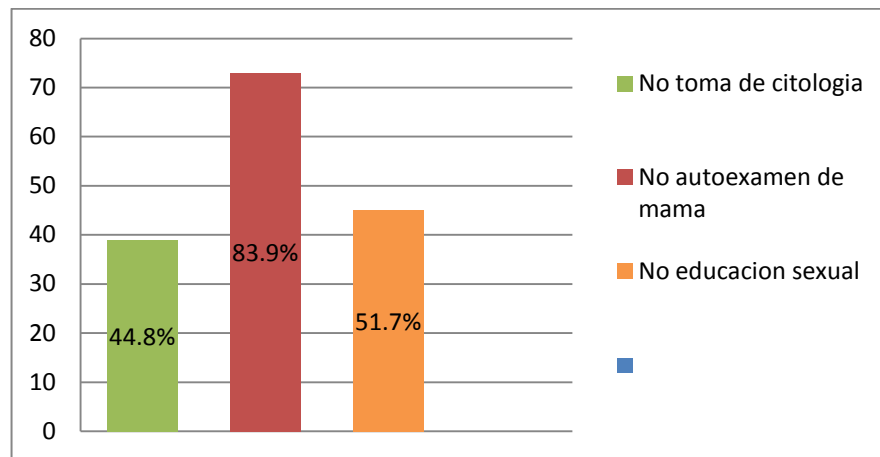
Figura 9. Distribución del dominio 12: (confort) según escala verbal simple del dolor en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.



Fuente: Este estudio.

En el momento de aplicar la escala verbal simple para determinar la presencia de dolor en las gestantes, se encontró que el 40.2% (n = 35) refieren dolor moderado; el 31% (n= 27) dolor extremadamente intenso; el 18.4% (n = 16) dolor intenso; el 5.7% (n = 5) dolor suave y el 4.6% (n = 4) expresaron ausencia de dolor.

Figura 10. Distribución del dominio 8: (sexualidad) en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.



Fuente: Este estudio.

Al analizar el dominio 8 de la taxonomía Nanda, “Sexualidad”, se encontró que del total de ítems (7), se encuentran alterados 4 descritos con los siguientes porcentajes: el 83,9% (n = 73) de las gestantes, no se realizaron el autoexamen de mama; el 51,7% (n = 45) carecen de información sobre educación sexual y reproductiva; el 43,7% (n = 39) negaron el uso anterior de métodos de planificación y el 44.8% negaron haberse realizado la citología.

4.4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE CADA ÍTEM DE LOS TRES DOMINIOS ALTERADOS

Tabla 13. Distribución porcentual y medidas de tendencia central del dominio 9 según si su embarazo fue planeado en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Embarazo Deseado	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
Si	46,0	46,0		
No	54,0	100,0		
Total	100,0		1,54	0,501

Fuente: Este estudio.

Frente a la pregunta ¿Cuándo se enteró que estaba embarazada, quería estar en embarazo? El 46% (n = 40) de las gestantes respondieron que sí, mientras que el 54% (n = 47) respondió que no.

Tabla 14. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9: según adaptación a los cambios durante el embarazo en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Se adaptó a los cambios en el embarazo	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
SI	77,0	77,0		
NO	23,0	100,0		
Total	100,0		1.23	.423

Fuente: Este estudio.

El 77% (n = 67) de las gestantes respondieron que si se adaptaron a los cambios durante la gestación, y el 23 %(n = 20) respondió que no.

Tabla 15. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: expresa tensión en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Expresa tensión	%	% Acumulado	Promedio	Desviación . Típica.
SI	82,8	82,8		
NO	17,2	100,0		
Total	100,0		1.17	.380

Fuente: Este estudio.

El 82.8% (n = 72) de las gestantes expresaron sensación de tensión durante su trabajo de parto, y el 17,2% (n = 15) no la expresaron.

Tabla 16. Distribución de frecuencia, porcentaje y desviación estándar del dominio 9 ítem: expresa impaciencia en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Expresa impaciencia	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
Si	77,0	77,0		
No	23,0	100,0		
Total	100,0		1.23	,423

Fuente: Este estudio.

El 77% (N = 67) de las gestantes expresaron sensación creciente de impaciencia durante su trabajo de parto, y el 23% (N = 20) no la expresaron.

Tabla 17. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: informa exceso de estrés en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Informa exceso de estrés	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
SI	65,5	65,5		
NO	34,5	100,0		
Total	100,0		1.34	.478

Fuente: Este estudio.

El 65,5% (n = 57) de las gestantes informaron exceso de estrés durante su trabajo de parto, y el 34,5% (n = 30) no lo expresaron.

Tabla 18. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: expresa verbal preocupación en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Expresa verbal preocupación	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
SI	66,7	66,7		
NO	33,3	100,0		
Total	100,0		1.33	.474

Fuente: Este estudio.

El 66,7% (n=58) de las gestantes expresaron verbalmente preocupación durante su trabajo de parto, y el 33,3% (n=29) no la expresaron.

Tabla 19. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: su embarazo le causó en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Su embarazo le causó	%	% Acumulado	%	Desviación. Típica.
Temor	18,4	18,4		
Preocupación	19,5	37,9		
Ansiedad	21,8	59,8		
Felicidad	40,2	100,0		
Total	100,0		3.24	1,585

Fuente: Este estudio.

Al encuestar a las gestantes acerca del sentimiento que causó su embarazo el 40,2% (n = 35) respondieron que les causó felicidad, el 21,8% (n = 19) respondieron que les causó ansiedad, el 19,5%(n = 17) preocupación y el 18,4% (n =16) respondieron que les producía temor.

Tabla 20. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 9 ítem: el trabajo de parto le ocasiona en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Trabajo de parto le ocasiona	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
Temor	10,3	10,3		
Preocupación	11,5	21,8		
Ansiedad/Miedo	78,2	100,0		
Total	100,0		2.68	,656

Fuente: Este estudio.

A la pregunta el trabajo de parto le ocasiona el 78,2% (n = 68) respondieron: ansiedad/miedo, el 11,5% (n = 10) preocupación y el 10,3% (n = 9) temor.

Tabla 21. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: observación de dolor en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Observación de dolor	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
Si	81,6	81,6		
No	18,4	100,0		
Total	100,0		1.18	,390

Fuente: Este estudio.

En el 81,6% (n = 71) de las gestantes se observó dolor, y en el 18,4% (n = 16) no.

Tabla 22. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: conducta defensiva en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Conducta defensiva	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
Si	54,0	54,0		
No	46,0	100,0		
Total	100,0		1.46	,501

Fuente: Este estudio.

El 54% (n=47) de las gestantes tenían una conducta defensiva, y el 46% (n=40) no la tenían.

Tabla 23. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: postura para evitar dolor en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Postura evitar dolor	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	71,3	71,3		
No	28,7	100,0		
Total	100,0		1.29	,455

Fuente: Este estudio.

El 71,3% (n = 62) de las gestantes tenían una postura para evitar el dolor, y el 28,7% (n = 25) no la tenían.

Tabla 24. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: dilatación pupilar en las gestantes en trabajo de parto y puerperio inmediato Hospital Universitario San José.

Dilatación pupilar	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
Si	17,2	17,2		
No	82,8	100,0		
Total	100,0		1.83	,380

Fuente: Este estudio.

Cuando se valoró la dilatación pupilar en las gestantes se encontró que el 82.8% (n = 72) no la presentaron, y el 17,2% (n =15) sí.

Tabla 25. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: informe verbal de dolor en las gestantes en salas de parto Universitario San José.

Informe verbal dolor	%	% Acumulado	Promedio	Desviación. Típica.
Si	72,4	72,4		
No	27,6	100,0		
Total	100,0		1.28	,450

Fuente: Este estudio.

El 72,4% (N = 63) de las gestantes informaron verbalmente sentir dolor, y el 27,6% (N = 24) no lo informaron.

Tabla 26. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: conductas expresivas en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Conductas expresivas	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	80,5	80,5		
No	19,5	100,0		
Total	100,0		1.20	,399

Fuente: Este estudio.

El 80,5% (N = 70) de las gestantes presentaron conductas expresivas como: inquietud, gemidos, llanto, irritabilidad, suspiros, vigilancia, y el 19,5% (N =17) no las presentaron.

Tabla 27. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: mascara facial en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Mascara Facial	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
SI	71,3	71,3		
NO	28,7	100,0		
Total	100,0		1.29	

Fuente: Este estudio.

El 71,3% (n = 62) de las gestantes presentaron mascara facial, y el 28,7% (n = 25) no la presentaron.

Tabla 28. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: conductas de distracción en las gestantes en salas del Hospital Universitario San José.

Conductas de distracción	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	26,4	26,4		
No	73,6	100,0		
Total	100,0		1.74	,444

Fuente: Este estudio.

El 73,6% (n = 64) de las gestantes no presentaron conductas de distracción, y el 26,4% (n = 23) si las presentaron.

Tabla 29. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: estrechamiento foco de atención en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Estrechamiento foco atención	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	2,3	2,3		
No	97,7	100,0		
Total	100,0		1.98	,151

Fuente: Este estudio.

El 97.7% (n = 85) de las gestantes no presentaron estrechamiento del foco de atención, y el 2,3% (n = 2) si lo presentaron.

Tabla 30. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: informe sensación de incomodidad en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Informe sensación de incomodidad	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
SI	17,2	17,2		
NO	82,8	100,0		
Total	100,0		1.83	,380

Fuente: Este estudio.

El 82,8% (n = 72) de las gestantes no informaron sensación de incomodidad en la sala de partos, y el 17,2% (n =159) si lo informaron.

Tabla 31. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: deseo de acompañamiento por parte de un familiar en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Deseo de acompañante	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Pareja	65,5	65,5		
Madre	19,5	85,1		
Hermana	4,6	89,7		
Otro	10,3	100,0		
Total	100,0		1.70	1,249

Fuente: Este estudio.

Cuando se indagó sobre si desea que alguno de sus familiares ingrese a sala de partos para acompañarla durante el trabajo de parto el 65,5% (n = 57) de las gestantes respondieron que deseaban que las acompañara su pareja, el 19.5% (n = 17) por su madre, el 10,3% (n = 9) por otro familiar (prima, tía, amiga) y el 4.6% (n = 4) por la hermana.

Tabla 32. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: informe falta de satisfacción en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Informe falta de satisfacción	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	25,3	25,3		
No	74,7	100,0		
Total	100,0		1.75	,437

Fuente: Este estudio.

El 74,7% (n = 65) de las gestantes informaron estar satisfechas con la situación, y el 25,3% (n = 22) insatisfacción con la situación.

Tabla 33. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: aversión a algún alimento en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Aversión alimentos	%	%Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
SI	28,7	28,7		
NO	71,3	100,0		
Total	100,0		1.71	,455

Fuente: Este estudio.

El 71,3% (n = 62) de las gestantes respondieron que no presentaban aversión a los alimentos, y el 28,7% (n = 25) respondió que sí.

Tabla 34. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: sensación nauseosa en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Sensación nauseosa	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	17,2	17,2		
No	82,8	100,0		
Total	100,0		1.83	,380

Fuente: Este estudio.

El 82,8% (n = 72) de las gestantes respondieron que no presentaban sensación nauseosa, y el 17,2% (n =15) respondió que sí.

Tabla 35. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: aumento salivación en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Aumento salivación	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	21,8	21,8		
No	78,2	100,0		
Total	100,0		1.78	,416

Fuente: Este estudio.

El 78,2% (n=68) de las gestantes respondieron que no tenían aumento de la salivación, y el 21,8% (n=19) respondió que sí.

Tabla 36. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: informe nivel satisfacción en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Informe nivel satisfacción	%	% acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Excelente	39,1	39,1		
Bueno	55,2	94,3		
Regular	5,7	100,0		
Total	100,0		1.67	,589

Fuente: Este estudio.

A la pregunta Informe el nivel de satisfacción en la sala de partos del HUSJ, el 55,2% (n = 48) de las gestantes respondieron que era bueno, el 39,1% (n = 34) excelente y el 5,7% (n = 5) regular.

Tabla 37. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 12 ítem: escala verbal simple en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Escala verbal simple	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Ningún dolor	4,6	4,6		
Suave	5,7	10,3		
Moderado	40,2	50,6		
Intenso	18,4	69,0		
Extremadamente intenso	31,0	100,0		
Total	100,0		2.66	1,119

Fuente: Este estudio.

Al aplicar la escala verbal simple, el 40,2 % (n = 35) de las gestantes respondieron que era un dolor moderado, el 31% (n =27) extremadamente intenso, el 18,4% (n=16) intenso, el 5,7% (n =5) suave, y el 4.6% (n = 4) ningún dolor.

Tabla 38. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: toma de citología en las gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Citología	%	% acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	55,2	55,2		
No	44,8	100,0		
Total	100,0		1.45	,500

Fuente: Este estudio.

El 55,2% (n = 48) de las gestantes respondieron que si se habían tomado la citología en el último año, y el 44,8% (n = 39) respondieron que no.

Tabla 39. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: autoexamen de mama en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Autoexamen de mama	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
SI	16,1	16,1		
NO	83,9	100,0		
Total	100,0		1.84	,370

Fuente: Este estudio.

El 83,9% (n = 73) de las gestantes respondieron que no se realizan el autoexamen de mama, y el 16,1% (n =14) respondió que sí.

Tabla 40. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: utilizaba método anticonceptivo en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Utilizaba método anticonceptivo	%	% Acumulad o	Promedi o	Desviaci ón Típica.
Si	43,7	43,7		
No	56,3	100,0		
Total	100,0		1.56	,499

Fuente: Este estudio.

El 56,3% (n = 49) de las gestantes afirmó no utilizaban métodos anticonceptivos, y el 43,7% (n = 38) respondió que sí.

Tabla 41. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: ha recibido educación sexual gestantes en salas de parto del Hospital Universitario San José.

Ha recibido educación Sexual	%	% acumulad o	Prome dio	Desviación Típica.
Si	48,3	48,3		
No	51,7	100,0		
Total	100,0		1.52	,503

Fuente: Este estudio.

El 51,7% (n = 45) de las gestantes respondieron que no han recibido educación sexual, y el 48,3% (n = 42) respondió que sí.

Tabla 42. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: tiene listo el ajuar en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Tiene listo el ajuar	%	% Acumulado	Promedio	Desviación Típica.
Si	86,2	86,2		
No	13,8	100,0		
Total	100,0		1.14	,347

Fuente: Este estudio.

El 86,2% (n=75) de las gestantes respondieron que si tienen listo el ajuar del recién nacido, y el 13,8% (n=12) no. lo tenía listo.

Tabla 43. Distribución porcentual y tendencia central del dominio 8 ítem: demuestra técnicas de cuidado básico de la lactante en las gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Demuestra técnicas de cuidado básico del lactante	%	% acumulado	Promedio	Desviación Típica
Si	90,8	90,8		
No	9,2	100,0		
Total	100,0		1.09	,291

Fuente: Este estudio.

El 90,8% (n =79) de las gestantes demostraron técnicas de cuidado básico del lactante, y el 9,2% (n= 8) no lo demostraron.

Tabla 44. Distribución de frecuencia, porcentaje y desviación estándar del dominio 8 ítem: muestra conductas de vinculación con el lactante en salas de parto Hospital Universitario San José.

Demuestra conductas de vinculación con el lactante	%	% acumulado	Promedio	Desviación Típica
Si	95,4	95,4		
No	4,6	100,0		
Total	100,0		1.05	,211

Fuente: Este estudio.

El 95,4% (n = 83) de las gestantes demostraron conductas de vinculación con el lactante, mientras que el 4,6% (n = 4) no las demostraron.

4.5 ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla 45. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs expresión de tensión en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

	Rango de edad	Expresa tensión		Total
		Si	No	
14-20	Recuento	30	4	34
	% De rango de edad	88,2%	11,8%	100,0%
21-29	Recuento	25	4	29
	% De rango de edad	86,2%	13,8%	100,0%
30-39	Recuento	15	5	20
	% De rango de edad	75,0%	25,0%	100,0%
40-49	Recuento	2	2	4
	% De rango de edad	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	72	15	87
	% De rango de edad	82,8%	17,2%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo referente a edad y expresión de tensión, el rango de edad de 14- 20 el 88,2% (n=30) expresa tensión, seguido del rango de edad de 21-29 con 86,2%

(n=25), luego el rango de 30-39 años con el 75% (n=15) y por último el rango de 40-49 años con el 50% (n=72) expresa tensión.

Tabla 46. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Rango de edad		Observación de dolor		Total
		Si	No	
14-20	Recuento	27	7	34
	% De rango de edad	79,4%	20,6%	100,0%
21-29	Recuento	26	3	29
	% De rango de edad	89,7%	10,3%	100,0%
30-39	Recuento	15	5	20
	% De rango de edad	75,0%	25,0%	100,0%
40-49	Recuento	3	1	4
	% De rango de edad	75,0%	25,0%	100,0%
Total	Recuento	71	16	87
	% De rango de edad	81,6%	18,4%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En cuanto a edad y la observación de dolor en el rango de edad de 21-29 el 89,7% (n=26) se observa dolor, seguido del rango de edad de 14-20 con 79,4% (n=27), luego el rango de 30-39 años con el 75,% (n=15) y por último el rango de 40-49 años con el 75% (n=3) se observa dolor.

Tabla 47. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs uso de conductas de distracción en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Rango de edad		Conductas de distracción		Total
		Si	No	
14-20	Recuento	10	24	34
	% de rango de edad	29,4%	70,6%	100,0%
21-29	Recuento	9	20	29
	% de rango de edad	31,0%	69,0%	100,0%
30-39	Recuento	3	17	20
	% de rango de edad	15,0%	85,0%	100,0%
40-49	Recuento	1	3	4
	% de rango de edad	25,0%	75,0%	100,0%
Total	Recuento	23	64	87
	% de rango de edad	26,4%	73,6%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo referente a la edad y el uso de conductas de distracción en el rango de edad de 21-29 el 31% (n=9) usa las conductas de distracción, seguido del rango de edad de 14-20 con 29% (n=10), luego el rango de 40-49 años con el 25% (n=1) y por último el rango de 30-39 años con el 15% (n=3) usa las conductas de distracción.

Tabla 48. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs realización de la toma de citología en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Rango de edad		Citología		Total
		Si	No	
14-20	Recuento	14	20	34
	% De rango de edad	41,2%	58,8%	100,0%
21-29	Recuento	20	9	29
	% De rango de edad	69,0%	31,0%	100,0%
30-39	Recuento	11	9	20
	% De rango de edad	55,0%	45,0%	100,0%
40-49	Recuento	3	1	4
	% De rango de edad	75,0%	25,0%	100,0%
Total	Recuento	48	39	87
	% De rango de edad	55,2%	44,8%	100,0%

En cuanto a la edad y la realización de la toma de citología en el rango de edad de 40-49 el 75% (n=3) se realizaron la toma de la citología, seguido del rango de edad de 21-29 con 69% (n=20), luego el rango de 30-39 años con el 55% (n=11) y por último el rango de 14-20 años con el 41,2% (n=14) se tomaron la citología.

Tabla 49. Distribución porcentual y de frecuencia según rango de edad Vs recibimiento de educación sexual en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Rango de edad		Ha recibido educación sexual		Total
		Si	No	
14-20	Recuento	18	16	34
	% de rango de edad	52,9%	47,1%	100,0%
21-29	Recuento	15	14	29
	% de rango de edad	51,7%	48,3%	100,0%
30-39	Recuento	9	11	20
	% de rango de edad	45,0%	55,0%	100,0%
40-49	Recuento	0	4	4
	% de rango de edad	,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	42	45	87
	% de rango de edad	48,3%	51,7%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo referente a la edad y si ha recibido educación sexual en el rango de edad de 14-20 años el 52,9% (n=18) ha recibido educación sexual, seguido del rango de edad de 21-29 con 51,7% (n=15), luego el rango de 30-39 años con el 45% (n=9) y por último el rango de 40-49 años con el 100,% (n=4) han recibido educación sexual.

Tabla 50. Distribución porcentual y de frecuencia según escolaridad Vs expresión de tensión en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Escolaridad		Expresa tensión		Total
		Si	No	
Analfabeta	Recuento	1	2	3
	% de escolaridad	33,3%	66,7%	100,0%
Primaria	Recuento	20	6	26
	% de escolaridad	76,9%	23,1%	100,0%
Secundaria	Recuento	35	6	41
	% de escolaridad	85,4%	14,6%	100,0%
Técnica	Recuento	8	1	9
	% de escolaridad	88,9%	11,1%	100,0%
Universitaria	Recuento	8	0	8
	% de escolaridad	100,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	72	15	87
	% de escolaridad	82,8%	17,2%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En cuanto la escolaridad y la expresión de tensión, las gestantes universitarias con el 100% (n=8) expresan sensación de tensión, seguido de las gestantes con educación técnica con 88,9% (n=8), luego tenemos las gestantes bachilleres con el 85,4% (n=35), después tenemos las gestantes con educación primaria con el 76,9% (n=20) y por último las gestantes analfabetas con el 33,3% (n=1) expresan sensación de tensión.

Tabla 51. Distribución porcentual y de frecuencia según escolaridad Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Escolaridad		Observación de dolor		Total
		Si	No	
Analfabeta	Recuento	1	2	3
	% de escolaridad	33,3%	66,7%	100,0%
Primaria	Recuento	24	2	26
	% de escolaridad	92,3%	7,7%	100,0%
Secundaria	Recuento	34	7	41
	% de escolaridad	82,9%	17,1%	100,0%
Técnica	Recuento	7	2	9
	% de escolaridad	77,8%	22,2%	100,0%
Universitaria	Recuento	5	3	8
	% de escolaridad	62,5%	37,5%	100,0%
Total	Recuento	71	16	87
	% de escolaridad	81,6%	18,4%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo perteneciente a la escolaridad y la observación de dolor, las gestantes con educación primaria con el 92,3% (n=24) se observan con dolor, seguido de las gestantes bachilleres con el 82,9% (n=34) luego tenemos las gestantes con educación técnica con el 77,8% (n=7), después las gestantes universitarias con el 62,5% (n=5) y por último las gestantes analfabetas con el 33,3% (n=1) se observan con dolor.

Tabla 52. Distribución porcentual y de frecuencia según escolaridad Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Escolaridad		Citología		Total
		Si	No	
Analfabeta	Recuento	2	1	3
	% de escolaridad	66,7%	33,3%	100,0%
Primaria	Recuento	15	11	26
	% de escolaridad	57,7%	42,3%	100,0%
Secundaria	Recuento	22	19	41
	% de escolaridad	53,7%	46,3%	100,0%
Técnica	Recuento	5	4	9
	% de escolaridad	55,6%	44,4%	100,0%
Universitaria	Recuento	4	4	8
	% de escolaridad	50,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	48	39	87
	% de escolaridad	55,2%	44,8%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo referente a la escolaridad y la toma de la citología, las gestantes analfabetas con el 66,7% (n=2) se toman la citología, seguido de las gestantes con educación primaria con el 57,7% (n=15), luego tenemos las gestantes con educación técnica con el 55,6% (n=5), después las gestantes bachilleres con el 53,7% (n=22) y por último las gestantes universitarias con el 50% (n=4) se toman la citología.

Tabla 53. Distribución porcentual y de frecuencia según escolaridad Vs educación sexual recibida en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Escolaridad		He recibido educación sexual		Total
		Si	No	
Analfabeta	Recuento	1	2	3
	% de escolaridad	33,3%	66,7%	100,0%
Primaria	Recuento	7	19	26
	% de escolaridad	26,9%	73,1%	100,0%
Secundaria	Recuento	22	19	41
	% de escolaridad	53,7%	46,3%	100,0%
Técnica	Recuento	6	3	9
	% de escolaridad	66,7%	33,3%	100,0%
Universitaria	Recuento	6	2	8
	% de escolaridad	75,0%	25,0%	100,0%
Total	Recuento	42	45	87
	% de escolaridad	48,3%	51,7%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo concerniente a la escolaridad y la educación sexual recibida, las gestantes universitarias con el 75,0% (n=6) han recibido educación sexual, seguido de las gestantes con educación técnica con el 66,7% (n=6), luego tenemos las gestantes bachilleres con el 53,7% (n=22) después las gestantes con educación primaria con el 26,9% (n=7) y por último las gestantes analfabetas con el 33,3% (n=1).

Tabla 54. Distribución porcentual y de frecuencia según realización de controles prenatales Vs expresión de tensión en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Control prenatal		Expresión tensión		Total
		Si	No	
No	Recuento	15	1	16
	% de CPN	93,8%	6,3%	100,0%
Si	Recuento	57	14	71
	% de CPN	80,3%	19,7%	100,0%
Total	Recuento	72	15	87
	% de CPN	82,8%	17,2%	100,0%

En lo referente a la realización de controles prenatales y la expresión de tensión, las gestantes que se realizaron los CPN el 80,3% (n=57) expresan tensión y las gestantes no se realizaron el CPN el 93,8% (n=15) expresan tensión.

Tabla 55. Distribución porcentual y de frecuencia según realización de controles prenatales Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Control prenatal		Observación de dolor		Total
		Si	No	
No	Recuento	13	3	16
	% de CPN	81,3%	18,8%	100,0%
Si	Recuento	58	13	71
	% de CPN	81,7%	18,3%	100,0%
Total	Recuento	71	16	87
	% de CPN	81,6%	18,4%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En cuanto a la realización de controles prenatales y la observación de dolor, las gestantes que se realizaron los CPN y las gestantes que no lo hicieron se encuentran en iguales proporciones con un 81,7% (n=58).

Tabla 56. Distribución porcentual y de frecuencia según realización de controles prenatales Vs realización de las conductas de distracción en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Control prenatal		Conductas de distracción		Total
		Si	No	
No	Recuento	4	12	16
	% de CPN	25,0%	75,0%	100,0%
Si	Recuento	19	52	71
	% de CPN	26,8%	73,2%	100,0%
Total	Recuento	23	64	87
	% de CPN	26,4%	73,6%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo referente a la realización de controles prenatales y el uso de conductas de distracción, de las gestantes que se realizaron los CPN el 26,8% (n=19) realizan

conductas de distracción, y las que no se realizaron los CPN el 25% (n=4) usan las conductas de distracción

Tabla 57. Distribución porcentual y de frecuencia según realización de controles prenatales Vs realización de la toma de citología en gestantes en salas de parto de parto Hospital Universitario San José.

Control prenatal		Citología		Total
		Si	No	
No	Recuento	7	9	16
	% de CPN	43,8%	56,3%	100,0%
Si	Recuento	41	30	71
	% de CPN	57,7%	42,3%	100,0%
Total	Recuento	48	39	87
	% de CPN	55,2%	44,8%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo pertinente a la realización de controles prenatales y la realización de la toma de citología, de las gestantes que se realizaron los CPN el 57,7% (n=41) se realizan la citología, luego las que no se realizaron los CPN el 43,8% (n=7) se realizaron la toma de la citología.

Tabla 58. Distribución porcentual y de frecuencia según paridad Vs expresión de tensión en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Paridad		Expresa tensión		Total
		Si	No	
Nulípara	Recuento	37	4	41
	% de Paridad	90,2%	9,8%	100,0%
Múltipara	Recuento	35	11	46
	% de Paridad	76,1%	23,9%	100,0%
Total	Recuento	72	15	87
	% de Paridad	82,8%	17,2%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo que a paridad se refiere y a expresión de tensión, las gestantes que expresan tensión fueron las nulíparas con el 90,2% (n=37) luego las múltiparas con el 76,1% (n=35)

Tabla 59. Distribución porcentual y de frecuencia según paridad Vs observación de dolor en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Paridad		Observación de dolor		Total
		Si	No	
Nulípara	Recuento	31	10	41
	% de Paridad	75,6%	24,4%	100,0%
Multípara	Recuento	40	6	46
	% de Paridad	87,0%	13,0%	100,0%
Total	Recuento	71	16	87
	% de Paridad	81,6%	18,4%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo referente a paridad y observación de dolor, las gestantes que se observan con expresión de dolor fueron las multíparas con el 87% (n=40) y las nulíparas con el 75,6% (n=31)

Tabla 60. Distribución porcentual y de frecuencia según paridad uso de conductas de distracción en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Paridad		Conductas de distracción		Total
		Si	No	
Nulípara	Recuento	8	33	41
	% de paridad	19,5%	80,5%	100,0%
Multípara	Recuento	15	31	46
	% de paridad	32,6%	67,4%	100,0%
Total	Recuento	23	64	87
	% de paridad	26,4%	73,6%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo pertinente a paridad y el uso de conductas de distracción, las gestantes que usan conductas de distracción fueron las multíparas con el 32,6% (n=15) luego las nulíparas con el 19,5% (n=8).

Tabla 61. Distribución porcentual y de frecuencia según paridad Vs realización de la toma de citología en gestantes en salas de parto Hospital Universitario San José.

Paridad		Citología		Total
		Si	No	
Nulípara	Recuento	21	20	41
	% de paridad	51,2%	48,8%	100,0%
Multípara	Recuento	27	19	46
	% de paridad	58,7%	41,3%	100,0%
Total	Recuento	48	39	87
	% de paridad	55,2%	44,8%	100,0%

Fuente: Este estudio.

En lo referido a paridad y la toma de citología, las gestantes que se realizaron la citología fueron las multíparas con el 58,7% (n=27) luego las nulíparas con el 51,2% (n=21).

5. DISCUSIÓN

El rango de edad en gestantes, predominó en las adolescentes con 39,1% (34), seguido de mujeres en edades entre 21-29 con un 33,3% (29). En Colombia, cada día, 19 niñas menores de 15 años alumbran un niño y 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año.²⁰ Un fenómeno que preocupa es el alto nivel de la fecundidad adolescente, que entre 1990 y 2005 pasó de 70 a 90 nacidos vivos por mil mujeres entre 15 y 19 años de edad.

El porcentaje de adolescentes que han sido madres y/o han estado embarazadas aumentó de 17.4% a 20.5% entre 2000 y 2005²¹. Al momento en que se realizó el análisis bivariado se encontró que las adolescentes por su inmadurez biológica, psíquica y emocional que, aunado a la falta de educación, hace que utilicen en menor porcentaje los métodos anticonceptivos.

Asimismo, se registran altos niveles de embarazo adolescente entre la población desplazada, las jóvenes indígenas y en la población de bajo nivel socioeconómico. López Nodarse afirma que, la asociación del estado civil y la edad materna no es apropiada para mantener una relación de pareja estable, a esto se une que estas madres tienen un bajo nivel escolar y en muchos casos han abandonado la escuela, aunque existen comunidades donde su cultura promueve y apoya el matrimonio en edades tempranas, estas condiciones constituyen factores de riesgo asociados a la gestación precoz²².

En cuanto al entorno social y económico, el nivel de estudios de las gestantes alcanzó la educación secundaria en un 47,1%(41) , seguido por educación básica primaria en un 29,9 % (26) y técnico y profesional con un 19.5% (17), solo el 3.4% (3) manifestaron ser analfabetas; un mayor porcentaje de las gestantes del estudio viven en un estrato social 1 y 2, asociado a bajos ingresos económicos menor a 1 SMLV donde el 66.7% (58) son amas de casa y tienen casa propia solo el 39.1% (34), el 35.6% (31) viven en casa de sus familiares y pagan arrendo el 25.3 % (22). El 66,7% (58) se encuentran en unión libre, seguidas de estado civil solteras con un 20,7% (18); el 11,5% (10) se encuentran casadas.

²⁰ UNFPA. Población y equidad en Colombia. Análisis de situación. Volumen I 2012 [En línea] Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=2> [julio 20, 2012].

²¹ Op. Cit.

²² LÓPEZ NODARSE, M.; FLORES MADAM, M., ROCHE PÉREZ, C. Embarazo en la adolescencia. Resultados de dos. I Parte. En. RevSexolSoc 1996; 2(4):12, citado por: FERNANDEZ Lilian, PUIG, Fernando. Et. al, Caracterización de la gestante adolescente. En: Rev Cubana ObstetGinecol 2004;30(2)

Respecto a los antecedentes obstétricos, el 52.9% (46) eran multíparas y 47.1% (41) nulíparas. La mayor tasa de natalidad en nuestro contexto se ve reflejada en un estrato socio económico bajo, influenciado posiblemente por la falta de educación en salud sexual y reproductiva de las personas pertenecientes al mismo y al no uso de métodos de planificación familiar.

Al valorar las trece dominios de la NANDA, se encontró que los dominios alterados de mayor a menor frecuencia fueron, el dominio nueve correspondiente a afrontamiento y tolerancia al estrés con un 75%; seguido por el dominio 12: confort con un 52,9%; y el dominio ocho: sexualidad, con un 42% y el dominio cuatro: actividad y reposo, con un 20%.

Se encontró una asociación entre paridad y dolor, demostrándose que a mayor paridad mayor dolor; coincidiendo con GREDILLA, et al²³. Está descrito que las multíparas, a pesar de las experiencias previas, suelen describir el dolor con puntuaciones de alta intensidad sobre todo en los primeros estadios del parto.

Inmerso al dominio de afrontamiento y tolerancia al estrés, son la ansiedad, el miedo y el estrés, las características que en mayor proporción refleja el trabajo de parto, como consecuencia de malas experiencias vividas por ellas mismas y/o por otras gestantes, por falta de conocimiento e información acerca del trabajo de parto y el parto mismo, por la preocupación inminente del estado de salud del niño al nacer, e incluso por la atención ofertada por el personal de salud que les está atendiendo.

El miedo en el parto se ha demostrado que está también implicado en el 7- 22% del incremento de cesáreas electivas. Ryding y colaboradores encontraron a su vez que el miedo severo puede causar que el parto desemboque en una cesárea de emergencia.^{24 -25} El estrés acompañado de la ansiedad y el temor, son emociones estimulantes o desencadenantes de la producción de cortisol y adrenalina, entre otros, por parte de la glándula suprarrenal, aumentando así la actividad cardiaca, disminuyendo las contracciones uterinas y llegando en algunos

²³ GREDILLA, E; PÉREZ FERRER, A; MARTÍNEZ, B; et al. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. En: Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2008; 55. p. 160-164.

²⁴ Ibid.

²⁵ RYDING, K. Wijma, and et al., Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1998a. 77: p. 542-547.) Citado por Carrascosa Laura. El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. Octubre 2010.

casos a deteriorar el estado fetal, además de prolongar la duración del trabajo de parto por parte de las gestantes.²⁶

El trabajo de parto es una situación estresante que va acompañado de dolor físico; percepción que fue valorada dentro del dominio doce: confort y en el cual se logra identificar que a pesar de que el dolor es observable (81.6%), y expresado por ellas tanto de forma verbal (72,4%), como de forma física (80,5%), la gran mayoría no realiza actividades que ayuden a controlar la sensación dolorosa 73.6%, factor que hace que la estancia hospitalaria y su trabajo de parto se vean afectados de manera directa por la falta de información y de afrontamiento efectivo de esta situación.

Los resultados arrojaron que se encuentra asociación entre el estado civil y el acompañamiento debido a que el ambiente de pareja disminuye la ansiedad y a la vez crea distracción para sobrellevar los acontecimientos.

La gestante visualiza que el sentirse acompañada por parte de un familiar: pareja 65,5%, madre 19,5 durante su trabajo de parto, les ayudaría a sentirse más seguras y protegidas, al reducir la percepción del ambiente hospitalario como un lugar frío y solitario. La rutina, la presencia de extraños y el hecho de ser dejada sola durante el parto y/o nacimiento causan estrés, y éste puede interferir con el proceso del parto, prolongándolo y desencadenando lo que se ha venido denominando la cascada del intervencionismo. En el trabajo de Alberola et al ²⁷ sobre cuidados de la mujer durante el parto, la mayoría de participantes eran casadas.

En el dominio ocho: sexualidad, se observa que la falta de educación sexual se encontró representada en un 42% (48.3) dentro de las prácticas de auto cuidado, las gestantes no se realizan el auto examen de mama en un 83.9%, y no se toman la citología del cuello uterino el 44.8%(48). Cifras que no reflejan las actividades de auto cuidado parciales en un sistema de salud, donde la salud de la mujer es una prioridad.

²⁶LEDERMAN, R., E. LEDERMAN, B.J. Work, and D. MCCANN, *Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. American journal of obstetrics and gynecology*, 1985. 153(8): p. 870-7. Citado por CARRASCOSA, Laura. El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. Octubre 2010.

²⁷ALBEROLA GARCÍA, Carmen, GÓMEZ MARTÍNEZ M. Antonia, RODRÍGUEZ HERRERO M. Soledad. Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? *Matronas Prof.* 2005; 6(3): p. 23-29.

El no uso de métodos anticonceptivos 38% (43.7) se reflejó en el número de embarazos no deseados con un 54%(47), solo el 86.2% (75) había preparado el ajuar del recién nacido, sin embargo el 90.8% (79) asumían técnicas de cuidado hacia su hijo y se observó un vínculo estrecho en un 95.4%(83) gestantes.

En el análisis bivariado entre edad y expresión de tensión, se pudo determinar una relación inversamente proporcional, coincidiendo con ZAMBRANO Las adolescentes embarazadas sufren de mayor estrés físico 85% y mental en un 95% en comparación con las adultas embarazadas²⁸.

Los resultado del análisis bivariado proyectaron una asociación entre edad y toma de citología en contraste con estos resultados; en el estudio llevado a cabo en Colombia, por Guevara-Cuellar, et al. “La prevalencia de toma de citología vaginal en las estudiantes de los seis primeros semestres de los programas académicos de salud de una universidad pública en Cali es menor que la descrita en la población general según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005”²⁹.

Al analizar la variable edad vs autoexamen de mama se encontró una asociación directamente proporcional. El estudio de WIRZ y colaboradores, arrojo “El grupo de mujeres universitarias que conoce el autoexamen y no se lo realiza refiere en un 70 % que se debe a que para ellas no es importante, en cambio en este mismo grupo las que no lo conocen no se lo realizan en un 75% porque no saben”³⁰

Al relacionar la multiparidad con el dolor durante el trabajo de parto y parto, se encontró que las mujeres multíparas expresaban mayor dolor frente a las nulíparas; coincidiendo con GREDILLA, et al³¹. Está descrito que las multíparas, a pesar de las experiencias previas, suelen describir el dolor con puntuaciones de alta intensidad sobre todo en los primeros estadios del parto.

²⁸ ZAMBRANO GARCÍA, Gastón. Comparación de prevalencia y magnitud de niveles de estrés entre mujeres embarazadas adultas y adolescentes que acuden a la consulta externa prenatal de la maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Tesis de grado Máster en Salud Pública. Quito (E.): Universidad San Francisco de Quito. Colegio de Postgrados, 2006. p.(5), [En línea] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/474/1/80861.pdf>

²⁹ GUEVARA-CUELLAR, Cesar, GEVARA-CHAUX, Claudia, MEDINA, Camilo, MERA-CERÓN, Soraya, TORRES-MARTINES, Luis. Prevalencia de la toma de citología vaginal en estudiantes de una universidad pública de Colombia. En: Revista Salud uninorte, Vol. 24, N° 1, 2008. p. 23-30.

³⁰ WIRZ, Walter Ricardo, FERNÁNDEZ Andrea Beatriz. Autoexamen de mamas: Influencia de la educación universitaria en la realización del autoexamen de mamas. En: Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Julio 2006. No. 159. p. 1-7

³¹ GREDILLA, E; PÉREZ FERRER, A; MARTÍNEZ, B; et al. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. En: Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2008; 55. p.160-164.

6. CONCLUSIONES

La utilización de la taxonomía enfermero, permitirá delimitar funciones favoreciendo la organización del equipo de salud, mostrar el alcance de la actividad enfermera y desarrollar un sistema de mejora continua de calidad que permita conocer el impacto de los cuidados en la salud, definiendo así el campo de actuación propio de enfermería.

La unificación del lenguaje enfermero, la normalización de la práctica y su aplicación, se convierte en un instrumento invaluable que nos permite adquirir los conocimientos necesarios para ofertar el mejor de los cuidados, fomentar el aprendizaje indispensable para mantener un nivel apropiado de competencia profesional, impulsar el trabajo multidisciplinario e identificar áreas que requieren investigación.

Las gestantes que acuden a las salas de gineco obstetricia del HUSJ son en su mayoría adolescentes jóvenes, con estudios de secundaria completa, de estrato socio económicos 1 y 2, inscritas al régimen subsidiado. Los dominios Nanda, con mayor puntaje de alteración fueron el dominio (9) Afrontamiento y tolerancia al estrés, el dominio (12) Confort y por último el dominio (8) Sexualidad.

A pesar de haber tenido un seguimiento continuo por parte del personal de salud durante su gestación, las mujeres refieren no haberse realizado el auto examen de seno en un 83,9%, carecen de información sobre educación sexual y reproductiva en un 51,7% y el 44.8% negaron haberse realizado toma de citología.

7. RECOMENDACIONES

Para efectos de futuras investigaciones se propone el presente trabajo de investigación como base para elaborar planes de cuidado en salas de parto.

El enfermero debe retomar su rol de cuidador y acompañante de la gestante en trabajo de parto.

Implementar actividades de educación y actualización al personal de salud, que trabaja en salas de parto, sobre humanización del parto.

Basados en los dominios NANDA alterados, el enfermero debe priorizar actividades que faciliten la humanización del parto, expresado en mayores tiempos de visita, una mayor comunicación con la gestante y su familia basados en la educación y el acompañamiento durante el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.

Gestionar en salas de parto del Hospital Universitario San José la implementación de medidas alternativas (musicoterapia, aromaterapia, masajes y técnicas de relajación) que permitan mejorar el confort de las gestantes en trabajo de parto.

BIBLIOGRAFÍA

ALBEROLA GARCÍA, Carmen; GÓMEZ MARTÍNEZ, M. Antonia y RODRÍGUEZ HERRERO, M. Soledad. Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? Matronas Prof. 2005.

ALFARO Rosalinda. Aplicación del proceso enfermero: Guía paso a paso. Barcelona (Esp.): Springer-Varlaglberica, 1999

CARPENITO, L. J. Manual de diagnóstico de enfermería. 4ª ed. Madrid (Esp.): interamericana, 1998 p.3

CARRASCOSA, Laura. El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del Parto Natural. Octubre 2010. [En línea] Disponible en: http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. Proyecto NIPE [En línea] Disponible en: [.http://www.nipe.isics.es/servlet/Satellite?cid=1071155509277&pagename=NIPE%2FPage%2Fplantilla_generica](http://www.nipe.isics.es/servlet/Satellite?cid=1071155509277&pagename=NIPE%2FPage%2Fplantilla_generica) [diciembre 16,. 2011]

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD. Servicios sociales e Igualdad. Proyecto NIPE [En línea] Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm> [diciembre 16, 2011]

GAUNTLETT, P. Adult healthnursing. 2a ed. Chicago: Mosby.1994 p.77

GORDON, M. Manual of nursing diagnosis. 4th ed. Philadelphia (E.U.) : J.b.lippincott.,1991.

GREDILLA, E; PÉREZ FERRER, A; MARTÍNEZ, B; et al. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia epidural para control del dolor del trabajo de parto. En: Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2008; 55. p. 160-164.

GUEVARA-CUELLAR, Cesar, GEVARA-CHAUX, Claudia, MEDINA, Camilo, MERA-CERÓN, Soraya, TORRES-MARTINES, Luis. Prevalencia de la toma de

citología vaginal en estudiantes de una universidad pública de Colombia. En: Revista Salud Uninorte, Vol. 24, N° 1, 2008. p. 23-30.

HERDMAND T. Heather. NANDA Internacional, diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona (Esp.) : El Sevier. 2010. ISBN 978-81-8086-481-7.

IBÁÑEZ ALFONSO Luz Eugenia, SARMIENTO DE PEÑARANDA Lucia Victoria. Proceso de atención de Enfermería. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2003.

TORRES AVALOS Esteyer, et all, Diagnostico de Enfermería. Evolución histórica y diagnósticos de Enfermería más frecuentes en afecciones cardiovasculares, 2007, [En línea]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/838/1/Diagnostico-de-Enfermeria-Evolucion-historica-y-diagnosticos-mas-frecuentes-en-afecciones-cardiovasculares.html>

LEDERMAN B.J. Work, and D. MCCANN, Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. American journal of obstetrics and gynecology, 1985. 153(8): p. 870-7. Citado por CARRASCOSA, Laura. El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. Octubre 2010.

LIMÓN CÁCERES, Enrique. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. III trimestre 99, n° 7. [En línea] Disponible en http://www.revistaseden.org/files/art320_1.pdf

LÓPEZ NODARSE M, Flores; MADAM, M. y ROCHE PÉREZ, C. Embarazo en la adolescencia. Resultados de dos. I Parte. En: Rev Sexo Soc 1996; 2(4):12, citado por: FERNANDEZ Lilian, PUIG Fernando et all, Caracterización de la gestante adolescente. En: Rev Cubana ObstetGinecol, 2004.

MARTIN ZURRO, Armando; CANO PÉREZ, J.F. Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica. España, 2003.

MATRONAS. Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? Prof. 2005.

OLMEDO LUCERÓN, M.C, SANCHIDRIÁN DE BLAS.C, et al. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. En: Revista Calidad Asistencial. 2010, vol.25 No. 05 p. 25:268-74.

RUIZ LÓPEZ, Pedro. Gestión clínica en cirugía. Madrid: Arán, 2005

UNFPA. Población y equidad en Colombia. Análisis de situación. Volumen I 2012 [En línea]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=2> [julio 20, 2012].

UZETA FIGUEROA, MC. Enfermería basada en la evidencia. Hospital General de Culiacán. Sociedad Médica del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum". ASSin Vol.3 No.4 2009. [En línea]. Disponible en: <http://www.hgculiacan.com/revistahgc/enfermeria%20evidencia.htm>

WIRZ, Walter Ricardo, FERNÁNDEZ Andrea Beatriz. Autoexamen de mamas: Influencia de la educación universitaria en la realización del autoexamen de mamas. En: Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. Julio 2006. No. 159.

ZAMBRANO GARCÍA, Gastón. Comparación de prevalencia y magnitud de niveles de estrés entre mujeres embarazadas adultas y adolescentes que acuden a la consulta externa prenatal de la maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Tesis de grado Máster en Salud Pública. Quito (E.): Universidad San Francisco de Quito. Colegio de Postgrados, 2006. p.(5), [En línea] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/474/1/80861.pdf>

Anexo A. Constancia de consentimiento informado

FRECUENCIA DE LOS DOMINIOS NANDA ALTERADOS EN SALAS DE PARTOS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ POPAYÁN. MAYO - AGOSTO 2012.

Yo (Nombres y Apellidos) _____ identificada con cedula de ciudadanía número: _____ de _____. He leído y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendido que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, mas mis datos personales serán resguardados con confidencialidad. Convengo participar en este estudio de investigación de manera libre y voluntaria, recibiré una copia firmada y fichada de esta forma de consentimiento informado.

Firma del participante

Tipo y numero de identidad

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR LOS INVESTIGADORES O SU ASESOR.

He explicado la naturaleza de la investigación, he explicado los riesgos y beneficios que implica su participación, he contestado las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Tipo y numero de identidad

Fecha



Anexo B. Variables y su nivel de medición

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL O ESCALA DE MEDICION	PREGUNTA O ITEM
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO DE LA SALA DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ	ASPECTOS PERSONALES QUE IDENTIFICAN A LAS MUJERES GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO DE LA SALA DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DOCUMENTO QUE EMITE EL ESTADO PARA POSIBILITAR LA IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE CADA CIUDADANO.	NOMINAL POLITOMICA	TARJETA DE IDENTIDAD CEDULA DE CIUDADANÍA CEDULA DE EXTRANJERÍA NUIT
		EDAD	NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS DE LA GESTANTE	INTERVALO	RANGO DE EDAD: 10 A 20 AÑOS () 21 A 31 AÑOS () 32 A 42 AÑOS () 43 O MÁS ()
		ESCOLARIDAD	GRADO ACADÉMICO QUE CURSA O CURSO LA GESTANTE	ORDINAL	ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA TÉCNICO UNIVERSITARIO
		OCUPACIÓN	SE REFIERE A LA CLASE DE TRABAJO QUE EFECTÚA UNA PERSONA OCUPADA	RAZÓN	ESPECIFIQUE
		ESTRATO ECONÓMICO	NIVEL DE LA PERSONA DENTRO DE LA JERARQUIZACIÓN O ESCALA SOCIAL	ORDINAL	1, 2,3,4,5,6

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL O ESCALA DE MEDICION	PREGUNTA O ITEM
		S.G.S.S	ASEGURACIÓN AL SISTEMA DE SALUD	NOMINAL POLITÓMICA	POBRE NO AFILIADO SUBSIDIADO, CONTRIBUTIVO RÉGIMEN ESPECIAL
		ZONA DE RESIDENCIA	LUGAR DONDE HABITA EL INDIVIDUO EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO.	NOMINAL DICOTOMICA	ZONA DE RESIDENCIA RURAL () URBANA ()
		INGRESOS	REMUNERACIÓN ORDINARIO MENSUAL	NOMINAL POLITÓMICA	MENOS DE 1 S.M.L.V 1, 2,3,4 O MASS.M.L.V
		ESTADO CIVIL	LA CONDICIÓN PARTICULAR QUE CARACTERIZA A UNA PERSONA EN LO QUE HACE EN SUS VÍNCULOS PERSONALES.	ORDINAL	SOLTERA CASADA UNIÓN LIBRE SEPARADA VIUDA DIVORCIADA
		ETNIA	CONJUNTO DE PERSONAS QUE COMPARTEN RASGOS CULTURALES, LENGUA, RELIGIÓN, CELEBRACIÓN DE CIERTAS FESTIVIDADES, MÚSICA, VESTIMENTA, TIPO DE ALIMENTACIÓN, UNA HISTORIA Y COMÚNMENTE UN TERRITORIO.	NOMINAL POLITÓMICA	MESTIZA AFROCOLOMBIANA INDÍGENA ROM

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL O ESCALA DE MEDICION	PREGUNTA O ITEM
		RELIGIÓN	SE REFIERE AL CONJUNTO DE CREENCIAS O DOGMAS ACERCA DE LA DIVINIDAD.	NOMINAL DICOTOMICA	CATÓLICA CRISTIANA
		CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO	HECHO DE TRASLADARSE (IR DE UN LUGAR A OTRO) Y DE MOVER O SACAR A ALGUIEN O ALGO DEL LUGAR EN QUE ESTÁ.	NOMINAL DICOTOMICA	SI () NO ()
		TIPO VIVIENDA	ES EL LUGAR CERRADO Y CUBIERTO QUE SE CONSTRUYE PARA QUE SEA HABITADO POR PERSONAS.	NOMINAL DICOTOMICA	PROPIA ARRENDADA
		ANTECEDENTES GINECOBSTERICOS	INFORMACIÓN PREVIA SOBRE EL NUMERO DE : GRAVIDEZ, PARTOS, ABORTOS, CESÁREAS, HIJOS VIVOS, HIJOS MUERTOS, FUM, CPN,	RAZÓN	GRAVIDEZ ____ PARIDAD____ ABORTOS____ CESÁREAS____ HIJOS VIVOS____ HIJOS MUERTOS____ FUN____ CPN SI ()NO () CUANTOS () CARNE PRENATAL SI () NO ()

Anexo C. Instrumentos valoración de enfermería

 Universidad del Cauca	INSTRUMENTOS VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	 HOSPITAL SAN JOSÉ
---	--	---

FECHA: D ___ M ___ A ___

CÓDIGO: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN							
1. Documento de identidad: 1. CC ___ 2. CE ___ 3. TI ___ 4. NUIP ___ Numero: _____							
2. Edad: 1. 14-20 ___ 2. 21-29 ___ 3. 30-39 ___ 4. 40-49 ___ 5. 50 o mas ___							
3. Escolaridad: 1. Analfabeta ___ 2. Primaria ___ 3. Secundaria ___ 4. Técnica ___ 5. Universitaria ___							
4. Ocupación:							
5. Estrato: 1. 0 ___ 2. 1 ___ 3. 2 ___ 4. 3 ___ 5. 4 ___							
6. SSSG: 1. Vinculada ___ 2. Subsidiada ___ 3. Contributivo ___ 4. Especial ___							
7. Residencia: 1. Urbana ___ 2. Rural ___							
8. Ingresos: 1. Menos de 1 SMLV ___ 2. 1 SMLV ___ 3. 2 SMLV ___ 4. Mas de 2 SMLV ___							
9. Estado civil: 1. Soltera ___ 2. Unión libre ___ 3. Casada ___ 4. Divorciada ___ 5. Viuda ___							
10. Etnia: 1. Mestiza ___ 2. Blanca ___ 3. Afrocolombiana ___ 4. Indígena ___ 5. ROM ___							
11. Condición de desplazamiento: 1. Si ___ 2. No ___							
12. Tipo de vivienda: 1. Propia ___ 2. Arrendada ___ 3. Familiar ___							
13. ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS							
1. Gravidez	2 Paridad	3 Abortos	4 Cesáreas	5. Hijos vivos	6. Hijos muertos		
EG		CPN: 1. Menos 4 ___ 2. Entre 4-8 ___ 3. Mayor 8 ___					
14. Carnet prenatal: 1. Si ___ 2. No ___							

DATOS DE INGRESO			
15. Tipo de ingreso: 1. Espontaneo ___ 2. Remitida ___ de donde:			
16. Estado de conciencia: 1. Alerta ___ 2. Somnolienta ___ 3. Orientada ___ 4. Desorientada ___ 5. Confusa ___			
17. Tipo de acompañamiento: 1. Sola ___ 2. Acompañada ___			
18. Venopunción: 1. Si ___ 2. No ___		MSD ___ MSI ___	Catéter N° ___ Marcado: 1. Si ___ 2. No ___
19. Líquidos endovenosos: 1. Ninguno ___ 2. SSN ___ 3. Dext ___ 4. DAD ___ 5. Hartman ___			
20. Estado de venopunción: 1. Buena ___ 2. Regular ___ 3. Mala ___ 4. Flebitis ___			
21. Estado de la piel: 1. Buena ___ 2. Mala ___			
EXAMEN FÍSICO			
Cabeza y Cara <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 2. Anormal Cuál? _____	Cardiorrespiratorio <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Anormal Cuál? _____	Genitourinario <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Anormal Globo _____ Sonda vesical _____	Sistema Nervioso <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Cuál? _____
Cuello <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 2. Anormal Cuál? _____	Abdomen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 2. Anormal AU ___ FCF ___ Dorso ___ Situación ___ Presentación ___ Actividad uterina _____	Extremidades <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Anormal Edema _____ Hipertermia: _____	Signos vitales FC _____ FR _____ PA _____ T°: _____

Anexo D. Cuestionario valoración de enfermería según los dominios NANDA.

CUESTIONARIO VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS DOMINIOS NANDA

OBJETIVO: Realizar valoración de enfermería a la gestante en trabajo de parto y puerperio inmediato, basados en los dominios North American Nursing Association NANDA.

Fecha:.....Código:.....

1. DOMINIO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	SI	NO
1.1 Automedicación durante el embarazo:		
1.2 Accidentes/caídas durante el embarazo:		
1.3 Ingresos hospitalarios durante el embarazo:		
1.4 Antecedentes personales: ¿Cuál? Cirugías <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/>		
1.5 Antecedentes familiares: ¿Cuál? HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/>		
1.6 Vacunas: Tétanos <input type="checkbox"/> dosis:..... Hepatitis B <input type="checkbox"/> dosis:.....		
1.7 Consumo de sustancias nocivas durante el embarazo: cuál? Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol: <input type="checkbox"/> Drogas: <input type="checkbox"/>		
1.8 Higiene lavado de manos: ¿cuántas veces? 1 vez al día <input type="checkbox"/> 2 veces al día <input type="checkbox"/> 3 veces al día <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/>		
1.9 Conoce los signos de alarma del embarazo: ¿Cuáles?		
2. DOMINIO 2. NUTRICIÓN	SI	NO
2.1 Ha ganado peso durante el embarazo: ¿cuántos?.....		
2.2 Presenta intolerancia o fastidio hacia algunas los alimentos:		
2.3 Peso..... Talla.....IMC.....		
3. DOMINIO 3. ELIMINACIÓN	SI	NO
3.1 Ha presentado infección urinaria durante el embarazo:		
3.1.1 Ha recibido tratamiento para la infección:		
3.2 Numero de deposiciones/día:.....Ninguna.....cada.....días		

3.3 Consistencia de las heces : Blanda <input type="checkbox"/> Dura <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/>		
3.4 Numero de micciones/día.....Noche:.....		
4. DOMINIO 4. ACTIVIDAD/REPOSO	SI	NO
4.1 Signos vitales: Dentro de límites normales:		
4.2 Realizo ejercicio físico durante el embarazo: ¿De qué tipo?: Caminata <input type="checkbox"/> Rutinas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuánto? tiempo: Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 hora <input type="checkbox"/> Más de 1 hora <input type="checkbox"/>		
4.3 Trabaja usted: ¿Cuántas horas?:.....		
4.4 Ha realizado algún curso de preparación parto: ¿Las actividades que realizaban eran para manejo de?: Respiración <input type="checkbox"/> Relajación <input type="checkbox"/> Evitar dolor <input type="checkbox"/>		
4.5 Cuántas horas duerme: _____: Noche.....Día:		

5. DOMINIO 5. PERCEPCIÓN/COGNICIÓN		
5.1 Orientación: Tiempo <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/>		
5.2 Estado de ánimo: Normal <input type="checkbox"/> Deprimida <input type="checkbox"/> Ansiosa <input type="checkbox"/> Eufórica <input type="checkbox"/> Lábil <input type="checkbox"/>		
5.3 Audición: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		
5.4 Piel/tacto: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		
5.5 Ojos/visión: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		
5.6 Nariz/olfato: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		
6. DOMINIO 6. AUTOPERCEPCION	SI	NO
6.1 Está satisfecha con su imagen corporal:		
6.2 Está satisfecha con el rol que desempeña:		
6.3 Aspecto personal: Adecuada <input type="checkbox"/> Descuidado <input type="checkbox"/> Extravagante <input type="checkbox"/> Meticuloso <input type="checkbox"/> Sucio <input type="checkbox"/>		
7. DOMINIO 7. ROL Y RELACIONES	SI	NO
7.1 Tiene una relación estable:		
7.2 Recibe apoyo de la pareja o padre del niño:		
7.3 Tiene buenas relaciones con sus amigos:		
7.4 La madre es capaz de poner al niño al pecho para promover con éxito una respuesta de succión:		
7.5 Deseo de la madre por mantener la lactancia materna para satisfacer la necesidades nutricionales del niño:		
7.6 Que tarea usted desempeña en su casa: Cuidador de familia: <input type="checkbox"/> Proveedor de recursos <input type="checkbox"/> Depende de su familia		

<input type="checkbox"/>		
8. DOMINIO 8 SEXUALIDAD	SI	NO
8.1 Utilizaba métodos anticonceptivos antes del embarazo: ¿Cuál?.....		
8.2 Ha recibido información/educación sexual y planificación familiar:		
8.3 Tiene listo el ajuar del recién nacido:		
8.4 Usa técnicas de relajación apropiadas en cada fase del parto:		
8.5 Demuestra técnicas de cuidado básico del lactante:		
8.6 Demuestra conductas de vinculación con el lactante:		
1.10 Citología:Fecha_____Resultado_____		
1.11 Autoexamen de mama:		
9. DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	SI	NO
9.1 El embarazo es deseado:		
9.2 Se adaptó a los cambios ocurridos durante el embarazo:		
9.3 Expresa sensación de tensión durante el trabajo de parto:		
9.4 Expresa sentimientos crecientes de impaciencia durante el trabajo de parto:		
9.5 Informa exceso de estrés situacional durante el trabajo de parto:		
9.6 Expresión verbal de preocupación durante el trabajo de parto:		
9.7 El acontecimiento de su embarazo le causó: Temor <input type="checkbox"/> Preocupación <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Sobreprotección: <input type="checkbox"/> Felicidad: <input type="checkbox"/>		
9.8 El trabajo de parto le ocasiona: Temor <input type="checkbox"/> Preocupación <input type="checkbox"/> Ansiedad/miedo <input type="checkbox"/>		
10. DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES	SI	NO
10.1 Cree en Dios:		
10.2Cuál es su religión: Ateo <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Testigos de jehová <input type="checkbox"/> Pentecostal <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		

11. DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	SI	NO
11.1 Presencia de enfermedad crónica:		
11.2 Defensas primarias inadecuadas:(rotura de piel, traumatismo tisular):		
11.3 Rotura prematura de las membranas amnióticas:		
11.4 Rotura prolongada de las membranas amnióticas:		
11.5 Invasión de las estructuras corporales, acceso venoso: estado de la venopunción: bueno <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/>		
11.6 Signos de hipotermia: Frialdad en la piel: <input type="checkbox"/> Cianosis en lechos ungueales <input type="checkbox"/> Palidez moderada <input type="checkbox"/> Pilo erección <input type="checkbox"/>		
12. DOMINIO 12 CONFORT	SI	NO
12.1 Observación de evidencias de dolor:		
12.2 Conducta defensiva:		
12.3 Postura para evitar el dolor		
12.4 Dilatación pupilar:		
12.5 Informe verbal de dolor:		
12.6 Conducta expresiva como: inquietud, gemidos, llanto, irritabilidad, suspiros, vigilancia:		
12.7 Mascara facial como: ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos:		
12.8 Conductas de distracción como: deambular de un lado a otro, búsqueda de otras personas o actividades, actividades repetitivas:		
12.9 Estrechamiento del foco de atención como: alteración de la percepción del tiempo, deterioro de los procesos de pensamiento, reducción de la interacción con las personas y el entorno		
12.10 Informe de sensación de incomodidad o inconformidad por algún aspecto de la sala de partos: Cual.....		
12.11 Desea que alguno de sus familiares ingrese a sala de partos para acompañarla durante el trabajo de parto: Quien: Pareja <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Amiga <input type="checkbox"/> Otro.....		
12.12Informe de falta de satisfacción con la situación:		
12.13 Aversión a los alimentos:		

12.14 Sensación nauseosa:			
12.15 Aumento de salivación:			
12.16 Informe el nivel de satisfacción en la sala de partos del HUSJ: Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>			
12.17 Escala verbal simple (EVS) de 5 puntos donde se aprecia la intensidad del dolor. ¿Cuál es el nivel de su dolor en este momento?			
0 Ningún dolor	1 Suave	3 Moderado	
3 Intenso	5 Extremadamente intenso		
Escala global del dolor EVS J. SÁNCHEZ JIMÉNEZ, J.C. COLMENAREJO HERNANDO, B. CALLE CABADA. Evaluación del dolor			
13. DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO		SI	NO
13.1 Su control prenatal fue considerado de alto riesgo:			
13.2 Realiza actividades de autocuidado propias de su edad:			