

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**BENEFICIOS CON EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PAREJA EN EL
PROCESO DE TRABAJO DE PARTO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN
LA CLINICA PARTICULAR MONTENOR SAC, 2015**

TESIS PRESENTADO POR:

BACHILLER ANISSE KELLIE COLOS FLORES

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

DICIEMBRE 2015

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	V
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	12
1.2.-DELIMITACIÓN DELPROBLEMA	13
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3.1 Problema General	
1.3.2 Problema Específicos	
1.4.-OBJETIVOS	15
1.4.1 Objetivo General	
1.4.2 Objetivos Específicos	
1.5. HIPÓTESIS	15
1.5.1 Hipótesis de la investigación	
1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores	
1.5.3 Operacionalización del as Variable	
1.6.-DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.6.1 Tipo Nivel de Investigación	
1.6.2 Nivel de investigación	
1.6.3 Método de Investigación	
1.7.-POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.7.1 Población de la Investigación	
1.7.2 Muestra de la Investigación	
1.7.3 Criterios de selección	
1.8.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	18
1.8.1 Técnicas de recolección de datos	
1.8.2 Instrumentos de recolección de datos	
1.8.3 Procedimiento para el manejo de datos	

1.9.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	19
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.2 BASES TEÓRICAS	26
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	42
CAPÍTULO III	44
3.1 ANÁLISIS DE DATOS	
3.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	65
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	71
FUENTES DE INFORMACIÓN	72
ANEXOS	76

Dedico a:

Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mi familia y sobre todo a mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A Juan Carlos, gracias por estar conmigo en este tiempo tan importante, te amo.

Agradezco a:

A mi asesora de tesis la Lic. Luisa Parra y Lic. Mirian Torrejón, por la orientación y ayuda que me brindó para la realización de esta tesis, por su apoyo y amistad que me permitieron aprender mucho más que lo estudiado en el proyecto.

A la Dra. Rita por facilitarme el lugar de estudio, además por su apoyo y consejos, por hacer lo ordinario en extraordinario, gracias.

A la Lic. Lourdes por brindarme su confianza y amistad además por apoyarme en cada paso de desarrollo profesional que doy.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo:** Determinar los beneficios con el acompañamiento de la pareja en el proceso de trabajo de parto en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor SAC, 2015.

Material y métodos. : Este estudio se desarrolla en el marco de la metodología cuantitativa y es de tipo descriptivo. La recolección de datos se realizó por medio de encuestas donde la muestra fueron 95 gestantes que acudieron a la clínica instituto materno infantil Montenor S.A.C.

Conclusiones. Al abordar la investigación sobre los beneficios del acompañamiento de la pareja en el proceso de trabajo de parto en primigestas atendidas en la clínica particular MONTENOR SAC, 2015, al finalizar el Estudio de Investigación se concluye lo siguiente: El acompañamiento durante el trabajo de parto, sobre todo el de la pareja, constituye una opción saludable potencialmente beneficiosa para el binomio madre – niño.

Los hallazgos fueron significativamente favorables en su gran mayoría obteniendo los siguientes resultados:

En cuanto a la dilatación de ingreso y duración del periodo de dilatación nos demostró que con el acompañamiento de la pareja, se favoreció significativamente a la gestante, y estadísticamente se observa que el 61% (58) de las pacientes que al ingreso estuvieron entre 1 a 4 de dilatación, el 37% (35) de ellas culminaron el periodo de dilatación con una duración de 9 horas aprox. Por lo tanto se puede apreciar que lo demostrado es beneficioso para la gestante.

En relación a la duración del periodo expulsivo y como se siente que su pareja haya estado acompañándola durante el trabajo de parto, ante este escenario las estadísticas nos dicen lo siguiente; vemos que un 52% (50) de las pacientes se sintieron felices, el 36.8% (35) se sintió amada y un 10.5% (10) se sintió comprendida, por lo tanto, la duración se acortó en un aproximado de 15 minutos con un 62.1% (59) del total de ellas, esto no indica que el acompañamiento consolida las emociones positivas de la paciente.

Con esto se concluye que el acompañamiento de la pareja se debería de estandarizar en todo los establecimientos, como un plan estratégico para así brindar calidad de atención un parto humanizado.

Palabras clave: Apoyo del acompañante, Trabajo de parto, Duración del trabajo de parto.

ABSTRACT

This study was planned with **the aim:** To determine the benefits to the accompaniment of the couple in the process of labor in primiparous served in the private clinic Montenor SAC, 2015.

Material and methods. This study was developed within the framework of the quantitative methodology is descriptive. Data collection was conducted through surveys where the sample will be 95 pregnant women who come to the clinic institute maternal and child Montenor SAC

Conclusions. In addressing the research on the benefits of the accompaniment of the couple in the process of labor in primiparous treated at the private clinic MONTENOR SAC, 2015, the end of the Research Study concluded the following: The support during labor, especially the couple constitutes a healthy potentially beneficial option for the binomial mother - child.

The findings were significantly favorable for the most part with the following results: As for the expansion of income and duration of dilatation we showed that with the support of the couple, significativamente was favored to pregnant women, and statistically shows that 61% (58) of the patients on admission were between 1 4 of expansion, 37% (35) of them completed the period of expansion with a duration of 9 hours approximately. So you can see that it is proven beneficial for pregnant women.

Regarding the duration of the second period and as you feel that your partner has been accompanying her during labor, in this scenario the statistics tell us this; we see that 52% (50) of the patients were happy, 36.8% (35) felt loved and 10.5% (10) felt understood, therefore, the duration was shortened by approximately 15 minutes 62.1% (59) of all of them, this does not indicate that the accompanying consolidated positive emotions of the patient.

With regard to completion of labor is obstetric importance statistically what we can see, that 100% (95) were normal deliveries, which means that once again the support of the partner benefits significantly in pregnant women.

An important aspect is the Apgar Newborn as he tells us how good was the birth process as a whole, the Apgar associated with the characteristics of pregnant let us see; 93.7% (89) of the patients was cooperating so favorable results were obtained in terms of Apgar which 89.5% (85) of the newborn obtained the highest score of 9 according to test.

For these reasons the results of this investigation, it is revealed that professionals should take into account the importance and the fundamental role it plays the couple to accompany the mother during the exhaustive process of childbirth, since they will be more tangible conditions for the patient, also the couple learn the importance of its role as a facilitator of the process. It is also important the results obtained in the neonate with optimal Apgar test.

With this we conclude that the support of the couple should standardize all establishments, as a strategic plan in order to provide quality care a humanized birth.

Keywords: Passenger support, labor, duration of labor.

INTRODUCCION

El acompañamiento del parto durante estos últimos años proporcionado en el ámbito hospitalario en todo el mundo se ha convertido en la excepción en lugar de ser una práctica de rutina. Aun cuando el profesional de salud se dedique al cuidado de una sola mujer, sería contributorio que la parturienta cuente con otro acompañante durante su trabajo de parto, el cual puede proporcionar a la mujer un apoyo físico y emocional constante.

Desde los años de 1960 Lamaze International y otras organizaciones para el nacimiento ejercieron presión exitosamente, para permitir que las parejas entraran a la sala de parto, ya que proveían un apoyo emocional muy especial a la mujer en trabajo de parto.

Ahora en el siglo XXI, las mujeres están volviendo a descubrir el valor del apoyo que proporciona un acompañante durante el parto.

La preocupación por la humanización del parto y el incremento de la calidad asistencial ha propiciado que las mujeres, su pareja y los profesionales de la salud se planteen la necesidad de la participación de la pareja o que algún familiar elija libremente el acompañamiento del parto. Como consecuencia, se han modificado las normativas existentes en algunos de los centros hospitalarios, y en el transcurso de los últimos quince años, se ha permitido y potenciado el acompañamiento de la mujer por su pareja en el parto (19,20). Es entonces que para asegurar una atención de la mejor calidad posible y para tener un embarazo sin problemas, surgió el Parto Humanizado donde se respeta las necesidades emocionales de la mujer y el niño por nacer, contemplando los valores culturales, étnicos y religiosos que permiten a la mujer y a su pareja asumir su papel protagónico en el momento del parto.

Las mujeres deberían contar con personas próximas y profesionales que las apoyen durante el trabajo de parto y el nacimiento, ya que este apoyo mejora la

fisiología del parto y la sensación de confianza materna. Dicho apoyo también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El contar con la presencia de un acompañante en el parto es una práctica ancestral, que aún persiste en muchas culturas. En las gestantes jóvenes se atribuye el temor que engendra en muchos casos la inexperiencia ante la acción del parto, la escasa preparación psicológica para enfrentar el problema cuando se trata de adolescentes, la reacción ante un sufrimiento desconocido; y en las que son mayores pueden asociarse con la experiencia de un parto anterior desfavorable o doloroso, el estar en un lugar y con personas desconocidas, es una situación que le genera temor y estrés a la parturienta, siendo una de las principales razones la falta de compañía durante el parto.

La organización mundial de la salud "OMS", ha declarado que para el bienestar de la madre, una persona elegida por ella debe tener acceso durante el trabajo de parto. Este acompañamiento, es para brindar a la parturienta contención, apoyo emocional continuo básico, durante todo el proceso de trabajo de parto. ¹

Se debe tener en cuenta que el parto humanizado y con adecuación intercultural, brinda un reconocimiento de padres e hijos como los verdaderos protagonistas además reconoce y respeta las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que deseen que transcurra esta experiencia (en una institución o en su domicilio) ya que ello contribuye al respeto de su intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento; asimismo favorece a la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi-sentada, o como desee) teniendo la libre elección de poder designar a su acompañante durante el trabajo de parto y parto, promoviendo de esta manera el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.

Es importante reconocer el valor del acompañamiento continuo en el trabajo de parto, como elemento clave en el parto natural y sobre todo para ayudar a las mujeres a tener una experiencia placentera de este momento tan trascendental en sus vidas. Por ende, las preocupaciones en torno a la deshumanización de las experiencias femeninas respecto del parto como son: la presencia de rutinas institucionales, altas tasas de intervenciones, límites en la autonomía de las mujeres, personal desconocido para ellas y la falta de privacidad, han motivado a un retorno del apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto. ²

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACION ESPACIAL

El presente estudio se realizó en la clínica particular Instituto Materno Infantil Montenor SAC, ubicado en el distrito de Puente Piedra. Lima, lima 22.

1.2.2 DELIMITACION SOCIAL

La población sujeto de estudio fueron las gestantes primigestas atendidas en la mencionada institución y que durante el parto tuvieron acompañamiento de la pareja.

1.2.3 DELIMITACION TEMPORAL

La investigación se realizó en los períodos de mayo – julio 2015.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿En qué medida beneficia el acompañamiento de la pareja en el proceso de trabajo de parto en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor SAC, 2015?

1.3.2 PROBLEMA ESPECÍFICA

- ¿De qué manera beneficia el acompañamiento de la pareja en la fase de dilatación en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor SAC, 2015?

- ¿De qué manera beneficia el acompañamiento de la pareja en el periodo del expulsivo en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor SAC, 2015?

- ¿De qué manera beneficia el acompañamiento de la pareja en el puerperio inmediato en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor SAC, 2015?

- ¿De qué manera beneficia el acompañamiento de la pareja en el recién nacido en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor SAC, 2015?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar los beneficios con el acompañamiento de la pareja en el proceso de trabajo de parto en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor SAC, 2015

1.4.2 Objetivos Específicos

- Conocer de qué manera beneficia el acompañamiento de la pareja en el proceso del trabajo de parto durante la dilatación
- Determinar los beneficios con el acompañamiento de la pareja durante el período expulsivo
- Conocer los beneficios con el acompañamiento de la pareja en el puerperio inmediato.
- Determinar los beneficios del acompañamiento de la pareja en el recién nacido.

1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El estudio no tiene hipótesis por ser descriptivo

1.5.1 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Variables:

Acompañamiento de la pareja

Proceso de trabajo de parto

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES O ASPECTOS	INDICADORES
Acompañamiento de la pareja	Características de la pareja	Edad
		Tipo de acompañante
		Grado de instrucción
		Ocupación
Proceso de trabajo de parto	Fase de dilatación	Duración
		Estado emocional
		Mitos y creencias
		Medicación
		Analgesia
	Fase de expulsión	Duración
		Estado emocional
		Mitos y creencias
		Tipo de parto
		Anestesia local
Puerperio	puerperio inmediato	Estado emocional
		Medicación
	Recién nacido	Sexo
		Contacto piel a piel
		Apgar
		Reanimación

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

Descriptivo, ya que describió los hechos de la misma manera como se presentaron, transversal pues la unidad de muestra fue tomada en una sola oportunidad y retrospectivo.

1.6.2 Nivel de Investigación

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios, orientados a la resolución de problemas específicos.

1.6.3 Método

Cuantitativa dado que analizó diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificados y sus resultados tendrán un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

Consta de 95 gestantes que acudieron a sala de partos con su pareja en la clínica instituto materno infantil Montenor en el año 2014, para el presente estudio se toma los partos ocurridos el último trimestre del año es decir 95.

Criterios de inclusión:

- Edad entre 15 a 49 años
- Gestante sin complicaciones previas al trabajo de parto.
- Edad gestacional a término (37-41 semanas)
- Feto único
- Parto cefálico
- Primíparas
- Gestante con acompañante

Criterios de exclusión

- Gestantes con complicaciones obstétricas previas al parto
- Edad gestacional a pretérmino (menos de 37 semanas)
- edad gestacional postérmino (mayor de 41 semanas)
- Multíparas que hayan tenido más de dos partos
- Gestación múltiple
- Analgesia Epidural

1.7.2 Muestra

$$\text{Formula: } n = \frac{z^2 p \cdot q}{e^2}$$

Dónde:
Z: nivel de confiabilidad
P: éxito
Q: fracaso
E: error

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.05}{0.05^2} \Rightarrow n = 416 \text{ (población)}$$

$$N = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}} \Rightarrow N = \frac{385}{1 + \frac{384}{142}} \Rightarrow N = 95$$

Donde la muestra será 95 gestantes que acudan a la clínica instituto materno infantil Montenor S.A.C

1.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Revisión de historias clínicas previa solicitud para la autorización del levantamiento de información a la dirección de la clínica.

Los resultados fueron procesados en una base de datos creado en el paquete estadístico SPSS (Stadistics Program for Social Sciences V22.0), también se realizaron cálculos estadísticos ingresados a una base de datos Excel, para obtener resultados en tablas y gráficos.

1.8.2 Instrumentos

Se elaboró una ficha para la recolección de datos cuyas características son las siguientes: La primera parte consta de 4 ítems sobre datos generales de la gestante, en la segunda parte comprende los datos obstétricos la que tuvo 4 ítems. La tercera parte correspondió a los datos del acompañante con 4 ítems. La cuarta área es sobre los datos del parto con 15 ítems. La quinta área correspondió a los datos del recién nacido que tuvo 6 ítems. La sexta área correspondió a las actitudes frente al proceso del trabajo de parto con acompañante con 3 ítems, Por último la séptima área correspondió a las actitudes durante el puerperio con acompañante, con 3 ítems. Como también se revisaron las historias clínicas y el carnet perinatal para completar la información.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El parto es un evento fisiológico complejo, y trascendental. El objetivo de que el parto culmine con una madre sana y el nacimiento de un bebé saludable ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas. En la últimas décadas se ha producido una expansión en el desarrollo y uso de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto con el propósito de mejorar los resultados para la madre y su recién nacido con prácticas habituales.

El acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto es una de las intervenciones seguras respaldada por la literatura internacional. Tiene efectos beneficiosos no sólo porque es menos probable que el parto se prolongue o finalice en cesárea, sino también porque las mujeres reportan mayor satisfacción y evalúan más positivamente la experiencia del parto.

Todo esto lleva a centrar la atención en el apoyo psicoafectivo de la mujer durante el trabajo de parto, ya que este evento natural en la vida de las mujeres, deja huella profunda en ella y en su familia. Es necesario retomar el aspecto humano del proceso del nacimiento, que con la institucionalización del parto se perdió. Es importante valorar el impacto que tiene la atención médica en la mujer, en uno de los momentos más trascendentales de su vida. Es por ello que se realiza la siguiente investigación para mejorar y entrenar previamente al acompañante y obtener mejores resultados en cuanto los procesos del trabajo de parto.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION ANTECEDENTES NACIONALES O INTERNACIONALES

Aguilar Molinery Nidia Elizabeth y Rosas González Daniela Monserrat en su trabajo denominado “Influencia del acompañamiento del padre durante el parto, en el apego padre-hijo/hija, en niños/niñas nacidos/nacidas en el Hospital de la Unión, durante el segundo trimestre del 2013. Con el **objetivo:** Comparar la relación del acompañamiento y no acompañamiento de los padres durante el parto, en la relación de apego con su hijo/hija en Niños/Niñas Nacidos/Nacidas en el Hospital de La Unión, durante el segundo trimestre del 2013. **Material y métodos:** Este estudio se desarrolla en el marco de la metodología cualitativa es de tipo exploratorio, comparativo, transversal y Multicéntrico, pues fue realizado de acuerdo a un protocolo único, en las localidades de Panguipulli y La Unión, participando por lo tanto, más de un investigador/investigadora (Pérez y Cols, 2006). La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas en profundidad. Se entrevistaron a 17 padres de los cuales 7 correspondían a padres que no acompañaron durante el parto, y 10 a padres que si acompañaron durante el parto. Las dimensiones exploradas fueron: “Motivaciones”,

“Vivencias de los padres”, “Valoración que otorgan al acompañamiento”, “Significado de apego” y “Expresiones de apego de los padres con su hija o hijo”. Se obtuvieron como **resultados:** que la mayoría de los padres participantes tienen como principal motivación el apoyar a su pareja y así acompañar en el nacimiento de su hijo/hija. Tanto los padres que acompañaron como los que no otorgan una valoración positiva al acompañamiento. Por otra parte al analizar la Influencia del acompañamiento del parto en el apego, los padres que estuvieron presentes en el nacimiento de su hijo/hija, lo/la sienten más propio/propia y consideran que el verlos nacer, el acariciarles y sentirles desde el primer momento de su vida extrauterina influye en el vínculo de apego posterior. **Conclusión:** tanto los padres que participaron en el parto como los que no participaron porque no pudieron, demuestran un vínculo con su hijo/hija, el cual se evidencia en las actividades de cuidado que estos realizan, mientras que en los padres que no participaron porque les daba miedo o estaban molestos con su pareja, se evidencia menor participación en los cuidados, a pesar de ello todos los padres entrevistados demuestran manifestaciones de apego con sus hijos/hijas.

Flores Mercado Mirella y Olivares Martos Dayan Melissa en su trabajo denominado Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Lima – Perú en el 2011 con el **objetivo:** Comparar el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2011. **Materiales y Método:** El grupo estudio comprendió 185 gestantes divididas en 3 grupos: grupo 1: gestante con acompañante capacitado, grupo 2: gestante con acompañante informado y grupo 3: gestante sin acompañante que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal para la atención de parto. Obteniendo como **Resultados:** se evidenció que el grupo con

acompañante capacitado tuvo un inicio espontáneo del trabajo de parto, un menor uso de oxitócicos, menor uso de analgésicos, una menor duración del tiempo de trabajo de parto, menor uso de episiotomía y una menor ocurrencia de desgarros en comparación al grupo con acompañantes informados y con el grupo sin acompañantes.

Conclusión: Los resultados maternos fueron significativamente favorables para el grupo con acompañantes capacitados.

Yolanda Callata Puma y Sandra Jenise Zegarra Bellido en sus trabajo denominado Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Con el **Objetivo:** Determinar los factores limitantes en la atención del parto con acompañante desde la percepción de púerperas atendidas en el INMP. **Material y método:** Estudio, transversal, retrospectivo y descriptivo, compuesta por 322 púerperas mayores de 20 años de parto vaginal que no tuvieron parto con acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Donde el tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple. Se les realizó una entrevista estructurada realizada en el período de noviembre a diciembre del 2011. Estos datos fueron analizados y tabulados en tablas y gráficas del programa SPSS 18. Se utilizó estadística inferencial Chi Cuadrado para las variables cualitativas relacionadas a un nivel de significación estadístico menor de 0,05. Se obtuvieron los siguientes **resultados:** Con respecto a los factores que limitan a la usuaria para la atención de un parto con acompañante encontramos que no tuvieron información el 38.5% acerca del tema ($p < 0.01$). El 70.5% de la población estudiada no asistió al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica, de estas un 51.6% está en la categoría de informada. El 14.6% no hubieran deseado estar acompañadas en su parto. El 75.4% desconoce los beneficios del parto con acompañante ($p < 0.01$), a pesar de que la púerpera manifiesta haber tenido información del tema. Los factores que limitan la participación del acompañante según la percepción de la púerpera es la falta de

información de su acompañante elegido (58.7%) ($p < 0.01$) y que no se encuentran preparados (53.4%), no tienen disponibilidad de tiempo para acompañar en el parto (18.3%) ya que tienen una ocupación dependiente en un 14.3% ($p < 0.02$). **Conclusiones:** Se determinó que hay factores limitantes relacionados al parto con acompañante: en la usuaria, en el acompañante y predominantemente en la institución, que son influyentes.

Samar Quintanilla Deysi Adela en su trabajo denominado Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010, con el **objetivo:** Identificar la asociación entre el Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto y los Beneficios Maternos-Perinatales de las Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. **Material y Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles, compuesta por 120 primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre enero y agosto del 2010, de las cuales 60 fueron acompañadas durante su trabajo de parto (grupo casos) y 60 primigestas sin acompañante (grupo control). Revisamos las hojas de seguimiento del servicio de Psicoprofilaxis e historias clínicas para obtener los datos de las pacientes en estudio según los criterios de selección, los cuales fueron registrados en las fichas de recolección. Se determinaron los beneficios maternos-perinatales en ambos grupos de estudio. Estos datos fueron analizados y tabulados en tablas y gráficas del programa SPSS10. Se utilizó el Chi cuadrado para medir asociación a un nivel de significancia estadístico menor a 0.05 y se calcularon los OR para medir la relación entre las variables de estudio a un intervalo de confianza del 95%, mediante el programa Epi-info 2000. Obteniendo como **Resultados:** Entre los beneficios maternos el Apoyo del Acompañante durante el Trabajo de Parto ayudo significativamente. Se evidenció una mayor tendencia de presentar: 8 a más controles prenatales (OR=2.48), ingresos a emergencia de una manera

contributoria (OR=8.83), inicio del trabajo de parto de una forma espontánea (OR=3.51), parto por vía vaginal (OR=5.12) y una estadía máxima de dos días en el hospital (OR=6.01), comparadas con el grupo control; a su vez obtuvieron OR significativos demostrándose su relación con el acompañamiento durante el parto. Con respecto a los beneficios perinatales se encontró una mayor tendencia de presentar: una frecuencia cardíaca normal (OR=6.51), líquido amniótico claro (OR=3.05) y contacto precoz piel a piel (OR=4.67), estas cifras superaron significativamente a los valores del grupo control, obteniéndose además OR significativos, por ende se demostró una asociación significativa y de relación entre estos beneficios perinatales y el apoyo del acompañante. Asimismo cabe resaltar que los acompañantes brindaron a las primigestas del grupo casos un apoyo informativo, físico, emocional y representativo durante el trabajo de parto; mientras que a los recién nacidos del grupo casos le brindaron un apoyo netamente físico y emocional; comparadas con las primigestas del grupo control quienes recibieron apoyo informativo y representativo por parte de los profesionales de salud que las atendieron y sus recién nacidos recibieron un apoyo emocional y físico de parte de la madre.

Oria Vicharra Cecilia María en su trabajo denominado influencia del apoyo del acompañante en el proceso del trabajo de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2007, con el **objetivo** de conocer cómo influye el acompañante en el proceso del trabajo de parto. **Material y Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles compuesta por 120 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) entre mayo a setiembre del 2006, de los cuales 30 (grupo casos) tuvieron acompañante y 90 (grupo control) no lo tuvieron. Tras acudir a la estadística hospitalaria y revisión de las historias clínicas, las cuales fueron tabuladas en tablas y gráficos del programa SPSS 10, se obtuvieron los siguientes **resultados:** la pareja fue el acompañante en el 86.7% de los casos, el 70% de ellos acudió a

las 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 90% de acompañadas inicio su Trabajo de Parto de forma espontánea, de la misma un 90% culminó su parto por vía vaginal, la duración media del trabajo de parto en acompañadas fue de 462.4 +- 170.5 minutos en comparación a 608.9 +- 197.2 minutos del grupo control; el 70% no sufrieron complicación alguna inmediatamente después del parto. El índice Apgar fue de 8.6+- 0.7 al minuto y 9.0 a los cinco minutos; el color del líquido amniótico fue claro en el 76.7% del grupo casos, los cuales superaron con sus respectivos valores a los del grupo control. **Conclusiones:** el acompañamiento durante el trabajo de parto constituye una opción saludable particularmente beneficiosa para el binomio madre - niño.

2.1.2 BASES TEÓRICAS

TRABAJO DE PARTO

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer).³

PRIMERA ETAPA DEL PARTO

La primera etapa es alcanzar la completa dilatación del cuello uterino. Ésta comienza con el inicio de las contracciones uterinas de labor de parto y es la fase más larga de la misma. La primera etapa se divide en tres fases: latente, activa y desaceleración.

En la fase latente, las contracciones se vuelven más frecuentes, fuertes y adquieren regularidad y se presenta el mayor cambio del cuello uterino, que se adelgaza o se borra. La fase latente es la que varía más de una mujer a otra y de una labor de parto a otra. Puede tomar algunos días o unas pocas horas. Por lo general, se espera que la fase latente se prolongue de 10 a 12 horas en mujeres que ya han tenido niños. Para los primeros embarazos, puede durar casi las 20 horas. Para muchas mujeres, la fase latente de la labor de parto puede ser confundida con las

contracciones de Braxton Hicks. Las membranas se romperán espontáneamente, al comienzo o en la mitad de la primera etapa de la labor de parto. Una vez que éstas se rompen, el proceso de labor de parto usualmente se acelera.

La siguiente parte de la primera etapa de la labor de parto es la fase activa, la cual es la fase en la que el cuello uterino se dilata con más rapidez. Para la mayoría de las mujeres ésta es desde los 3 a 4 centímetros de dilatación hasta los 8 a 9 centímetros. La fase activa es la más predecible, dura un promedio de cinco horas en las madres primerizas y dos horas en las madres que han tenido partos anteriores.

Finalmente, tenemos la fase de desaceleración, durante la cual la dilatación del cuello uterino continúa, pero a un paso más lento, hasta la dilatación completa.

En algunas mujeres la fase de deceleración no es muy evidente, se combina con la fase activa. Esta es también la fase de más rápido descenso, cuando el bebé se introduce más en la pelvis y más profundamente a través del canal de nacimiento. La fase de desaceleración también se llama transición y en las mujeres sin anestesia está con frecuencia marcada por vómitos y temblores incontrolables.

Ver estos síntomas puede causar miedo pero son parte de un nacimiento normal e indican que la primera etapa ya está casi completada. ⁴

SEGUNDA ETAPA DEL PARTO

Período de expulsivo: comprende el intervalo de tiempo que transcurre entre la dilatación y el borramiento cervical completo (10cm y 100% respectivamente), y el nacimiento del neonato. Su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las multíparas, pero esto es realmente variable

Se divide en dos fases: ⁵

- Fase temprana, no expulsiva o de descanso, que se inicia cuando el cuello uterino está totalmente dilatado.
- Fase avanzada, expulsiva, que comprende desde que la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento.

En el expulsivo el feto está siendo expulsado de la cavidad uterina, lo que produce una retracción del útero y una disminución de la circulación placentaria, por lo que la oxigenación al feto se reduce de forma gradual. Las contracciones fuertes y el pujo activo de la mujer pueden reducir incluso más la circulación útero-placentaria. Este descenso de la oxigenación fetal se acompaña de acidosis.

La mujer puede sentir la necesidad de pujar antes de estar totalmente dilatada, a los 8 cm; si ésta es la situación, la mujer debería adoptar otra posición en la que se encuentre más cómoda o practicar ejercicios de respiración. ⁵

DINÁMICA UTERINA

Es un término que se refiere a la actividad uterina normal durante los diferentes periodos del parto. Ésta se mide por diferentes parámetros que son:

- Frecuencia: el número de contracciones que aparecen en un periodo de 10 minutos. Lo normal es de 3-5 cada 10 minutos durante el trabajo de parto
- Tono basal: es la presión intrauterina existente en un útero en reposo, entre dos contracciones y oscila entre 8 y 12 mmHg.
- Intensidad: se mide en mmHg y compara la diferencia de presión desde el tono basal del útero hasta el punto más alto de la contracción uterina. Lo aceptado es de 30 a 50 mmHg.

- Duración: es el tiempo transcurrido desde que se inicia la contracción hasta que recupera el tono basal existente antes de su inicio. Lo normal es entre 30 y 90 segundos. ⁶

Tipos de respiración y modos de expulsión del aire durante el parto

Hay diferentes tipos de respiración: torácica, costal, abdominal, dorsal, soplido vela, entre otros.

Para simplificar y dar seguridad a la mujer en el momento del parto, se pueden dejar en tres, que son los principales y más importantes para ayudar a relajar a la futura mamá y a oxigenar al bebé: la torácica, la abdominal y la jadeante.

- Respiración torácica. Se trata de coger aire por la nariz, llenar el tórax y después ir expulsando el aire poco a poco por la boca.
- Respiración abdominal. Es similar en acción a la anterior, pero esta vez se hincha el abdomen y después se va expulsando el aire lentamente por la boca.
- Respiración jadeante. Consiste en sacar el aire a golpecitos y haciendo un sonido de expulsión corto. No debe emplearse más de 4 segundos y siempre debe continuarse de una respiración profunda y lenta.

¿En qué momento se utiliza cada respiración durante el parto?

- Fase inicial del parto. Es la fase lenta donde las contracciones son más o menos regulares y débiles. Estas contracciones tienen de 20 a 45 segundos de duración y aparecen con una frecuencia aproximada de 15 minutos. En el inicio y al final de las contracciones, utilizaremos la respiración abdominal y en el transcurso de la misma, respiraciones torácicas.
- Fase activa del parto. Se desarrolla con contracciones intensas y de unos 60 segundos de duración cada 3-5 minutos. Utilizaremos la respiración abdominal o la torácica al inicio y al final de la contracción, y respiraciones jadeantes durante cada contracción.

- Fase de transición. Las contracciones tienen una duración de unos 60-90 segundos y son más frecuentes, cada dos minutos más o menos. Utilizaremos respiraciones jadeantes, pero para no hiperventilarse, han de ser combinadas con respiraciones abdominales o torácicas.
- Fase de expulsión. Las contracciones vienen cada dos minutos, son fuertes y de más de un minuto de duración.

Lo importante es recuperarse tras cada pujo con respiraciones abdominales o torácicas, pues sólo tendremos dos minutos más o menos para reponernos. Durante el pujo, realmente no se respira, sino que se mantiene la respiración y se contiene el aire en los pulmones para poder hacer fuerza y expulsar al bebé.⁷

PUJOS

Pujos con maniobra de Vasalva

La mujer se coloca sujetando las rodillas y llevándolas en dirección al pecho, con los codos extendidos. Se instruye a la mujer para que coja gran cantidad de aire, lo mantenga con la boca cerrada y empuje (pujos con la glotis cerrada); esto se repite de tres a cuatro veces con cada contracción, sin emisión de ningún sonido. La maniobra de Vasalva se empezó a utilizar en obstetricia cuando las madres estaban sedadas durante el expulsivo y no sentían el impulso de empujar.

Durante esta maniobra se producen una serie de alteraciones fisiológicas que pueden producir un efecto negativo progresivo en el bienestar fetal:

- Aumento de la presión intratorácica.
- Disminución del retorno sanguíneo de las extremidades inferiores.
- Subida de la presión arterial y posterior bajada.
- Disminución de la pO₂ maternal y aumento de la pCO₂.
- Disminución del riego sanguíneo a la placenta.
- Riego sanguíneo a la placenta con pO₂ y pCO₂ disminuidas.⁸

Pujos espontáneos

En los pujos espontáneos se deja a la mujer que puje libremente cuando ella sienta el impulso. Pujar espontáneamente normalmente desencadena de 3 a 5 pujos espiratorios cortos (4 a 6 segundos) con cada contracción y con la glotis abierta.

Existen dos actitudes en cuanto al momento en que la mujer debe iniciar los pujos:

- Pedir a la mujer que comience los pujos a los 10 cm de dilatación cervical. Este método carece de base científica.
- Esperar a que la presentación fetal descienda pasivamente hasta que la mujer sienta el fuerte impulso de empujar y entonces se alienta a la mujer a seguir sus instintos.

Este impulso involuntario se produce cuando la contracción alcanza 30 mm/Hg de amplitud y la presentación fetal distiende los músculos del suelo pélvico provocando el reflejo de Ferguson, que se acompaña de la liberación de oxitocina. Esta oxitocina adicional aumenta la calidad y fuerza de las contracciones, facilitando el pujo.⁹

Se debería permitir el descenso pasivo fetal y los pujos espontáneos no deberían comenzarse hasta la fase avanzada o expulsiva. De esta forma, se deja a la mujer que puje libremente cuando ella sienta el impulso.

Si el feto no ha descendido suficientemente después de un periodo de dos horas de descenso fetal pasivo, la mujer es alentada a realizar pujos espontáneos durante las contracciones. No es necesario pedir una duración específica del pujo.

El descenso pasivo fetal no ha demostrado ser más efectivo que los pujos realizados una vez diagnosticado el comienzo de la fase temprana expulsiva. Sin embargo, el «inicio precoz del pujo» parece tener efectos negativos como:

- Alteraciones hemodinámicas maternas y fetales.

- Efectos negativos en el bienestar fetal, como deceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, hipoxemia y cambios en el equilibrio ácido-base.
- Aumento de la fricción de la presentación fetal con la pared vaginal posterior.
- Lesión de los músculos perineales y los ligamentos uterinos.
- Mayor incidencia de partos instrumentales.

El «descenso pasivo fetal» no ha mostrado ningún efecto adverso en el resultado fetal o neonatal y, por el contrario, sí parece tener algunos beneficios:

- Mayor tasa de partos espontáneos.
- Menos fatiga o cansancio materno.
- Menos traumatismos perineales.
- Mayor protección del suelo pélvico.
- Menor tasa de incontinencia y prolapso de órganos pélvicos en el futuro.¹⁰

No existen estudios que sostengan que es beneficioso instruir a las mujeres a no emitir ningún ruido o grito, ni a expulsar aire mientras empuja en la fase expulsiva, ni a empujar con una fuerza o duración determinada, Tampoco hay evidencia científica que sugiera la necesidad de instruir a una mujer cuándo y cómo debe pujar.

La práctica de pujos dirigidos a glotis cerrada es perjudicial, por lo que la OMS ha recomendado la eliminación de esta práctica.⁵

TERCERA ETAPA DEL PARTO

Período del alumbramiento: o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales. La expulsión del feto y la aparición de contracciones uterinas concomitantes originan una sensible reducción del tamaño del útero. Por

este mecanismo la superficie interna del cuerpo del útero disminuye, mientras que la superficie de la placenta mantiene su tamaño, lo que provoca que ésta se combe y se separe de la pared uterina a través de la decidua esponjosa.

Se produce una contracción y retracción del miometrio y un efecto de colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formándose las ligaduras vivientes de Pinard. ¹¹

Puerperio Normal

Se define como puerperio normal el período que transcurre desde que termina el alumbramiento hasta el regreso al estado normal pre gravídico del organismo femenino. El puerperio se divide en:

- Puerperio inmediato, que está dado en las primeras 24 horas.
- Puerperio mediato, que transcurre desde 1 hasta los 10 días.
- Puerperio tardío, desde el onceno hasta los 42 días posteriores al parto.

Hay que señalar que la involución total que ocurre en el organismo es sobre la base de fenómenos locales y generales. ¹²

Beneficios del acompañamiento en el trabajo de parto

En la actualidad, en nuestro medio observamos los siguientes modelos familiares: ¹³

- Nuclear o elemental. Unidad familiar básica formada por los padres y los hijos.
- Extensa o consanguínea. Se compone de más de una unidad familiar, se extiende a más de dos generaciones y se basa en vínculos de sangre.
- Monoparental. Se constituye por uno de los padres y sus hijos.
- Singularizada. Se compone sólo de la pareja que decide no tener hijos.

- Familia de padres separados. Los padres, por los motivos que sean, deciden no vivir juntos.
- Familia simultánea. Conformada por parejas que han tenido uniones anteriores que han concluido en ruptura. Si uno de los cónyuges aporta hijos de uniones anteriores se divide en:

Simple padrastral: cuando es la mujer la que aporta hijos.

Simple madrastral: cuando es el hombre el que aporta hijos.

- Familia compuesta. Conformada por parejas que han tenido uniones anteriores rotas, aportan hijos a una nueva relación y tienen hijos de esa nueva unión.

Este trabajo se centra en la función biológica, que contempla la reproducción y el desarrollo, deteniéndonos en su esfera más emocional. Una vez que la pareja completa participa en el proceso de embarazo, parto y puerperio, la matrona cobra importancia profesional, ya que es la que brinda el apoyo social a las mujeres durante los tres momentos nombrados.

Se establece una relación de empatía entre la pareja completa y la matrona, quien, al sumar su formación, se convierte en el profesional indicado para prestar información sobre la evolución del proceso, necesaria para que la gestante y su compañero puedan participar en las decisiones relativas al nacimiento y el posparto. Para conseguir esto es importante emplear como herramienta la escucha activa. ¹³ Según Schaefer y los estudios de Lazarus y Folkman, el apoyo continuo y personalizado consta de cuatro elementos básicos:

- Apoyo informativo. Informar y aconsejar a la mujer y la pareja con terminología comprensible.
- Apoyo físico o tangible. Se trata de ofrecer todas las medidas que pueden ayudar a la mujer a mejorar su bienestar y su comodidad.

- Apoyo emocional. Es la asistencia continuada presencial en el parto, manteniendo una actitud empática en todo momento.
- Representación. Se basa en ayudar a la mujer a expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás.

La ausencia de estudios, de momento, sobre el papel de otros acompañantes diferentes al padre durante el parto impide hacer otro tipo de revisión más inclusiva, por lo que nos centramos sólo en la figura paterna. Podemos definir «vínculo» como una relación única que se establece entre dos personas específica y duradera en el tiempo. La primera hora de vida del recién nacido parece ser el momento óptimo para el proceso de vinculación, aunque el vínculo comienza ya desde el embarazo y se consolida durante toda la infancia. La madre establece el vínculo mediante las visualizaciones del feto, las sensaciones que le producen sus movimientos intraútero.

El padre no tiene por qué esperar al nacimiento; también puede comenzar este proceso desde el embarazo, acompañando y apoyando a la madre desde el inicio de la gestación. Un buen vínculo del bebé con sus progenitores repercutirá satisfactoriamente en sus futuras relaciones sociales y afectivas. ¹⁴ El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer el beneficio del acompañamiento de la pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio, en relación con el vínculo paternofilial.

En la revisión realizada por Núñez ¹⁵ sobre estudios clínicos aleatorizados que comparan el apoyo continuo durante el parto con la atención habitual (entiéndase «atención habitual» como cuidados puntuales, no de una forma ininterrumpida en el tiempo, como sería el caso de «apoyo continuo»), destaca la importancia de esta intervención para disminuir la ansiedad o depresión de las mujeres, así como para aumentar su autocontrol y sentimientos positivos intra/posparto. En el estudio realizado en Nepal por Sapkota et al. ¹⁶ se comparó el apoyo recibido de las

mujeres por parte de su pareja/amiga/ningún apoyo, y se concluyó que el apoyo recibido por la pareja era más satisfactorio y suponía menores niveles de ansiedad o depresión, así como un mayor grado de apoyo posnatal. En la revisión realizada por Alemany y Velasco ¹⁷ se pone de manifiesto la importancia del acompañamiento que proporcionan los padres durante la dilatación, el parto y el puerperio, tanto para la madre como para el padre, lo que demuestra la satisfacción y la calidad percibida por ambos miembros de la pareja en cuanto a su vivencia del parto cuando han podido compartir la experiencia. Recientemente, en la revisión sistemática Cochrane realizada por Hodnett et al. ¹⁸ sobre este tema, quedan reafirmados los beneficios del apoyo personalizado continuo para las mujeres durante el parto en toda la esfera biopsicosocial.

Fegran et al. ¹⁹ realizaron en Noruega un estudio descriptivo con un enfoque hermenéutico con padres y madres de niños prematuros, con el objetivo de comparar las experiencias de apego de los padres en el nacimiento de sus hijos en un contexto de unión temprana difícil. Se obtuvieron como resultados dos categorías principales:

- Sorprendidos. Para las madres, el nacimiento prematuro creó un sentimiento de impotencia y experimentaron el periodo posnatal inmediato de modo extraño. Los padres experimentaron el nacimiento como un shock, pero estaban dispuestos a participar de inmediato.
- Construcción de una relación. Las madres experimentaron la necesidad de recuperar la pérdida temporal en la relación con su hijo tras el nacimiento e ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatal, mientras que los padres experimentaron el principio de una nueva relación y la oportunidad de este vínculo a través del contacto piel con piel.

En el estudio cualitativo realizado por Calderón y Ruiz de Cárdenas ²⁰ se describe la gestación como un periodo fundamental para el nacimiento y el desarrollo del vínculo paterno. Destacan las aportaciones realizadas por los participantes, en las que manifiestan su empoderamiento y su deseo de vincularse y ser protagonistas junto con la madre de este periodo de 9 meses, todo lo cual favorece la adopción de un nuevo rol.

En el estudio realizado por Manrique de Lara et al. El 81,3% de las gestantes presentaron una mayor fortaleza ante el apoyo del marido durante el trabajo de parto y un 96,7% experimentaron un incremento en el vínculo afectivo con su esposo y bebé. De este modo, la vivencia conjunta de los progenitores a lo largo de todo el proceso, especialmente en el parto, es un hecho beneficioso para la familia en general, que fortalece lazos, como se muestra en el discurso de uno de los padres participantes en el estudio de Alexandre y Martins ²¹, la emoción toma un pedazo de ti cuando no tienes nada que decir. Según indican algunos estudios, el hecho de considerar que el acompañante ideal sea el padre es por la relación emocional que se establece con el hijo; el padre, al ser testigo del nacimiento y tener un contacto temprano con el bebé, fortalece el lazo afectivo con el pequeño y se siente más comprometido en su cuidado, crianza y protección.

Es destacable que el hecho de estar presente sólo como observador en este proceso fomenta una transición sin problemas hacia el rol de paternidad ²², si bien lo ideal sería que las parejas acudieran juntas a las visitas y sesiones de educación al parto para reducir así las sensaciones abrumadoras de este momento tan importante, evitando la ansiedad o depresión y otros síntomas psicológicos que se dan el posparto, tanto en la mujer como el hombre ²³, y mejorar la satisfacción de la experiencia del parto en ambos progenitores. La dinámica familiar se ve afectada por la inclusión de un nuevo miembro.

La formación de una red de apoyo para el grupo familiar beneficia a los miembros que viven más de cerca el nacimiento del niño. Esta red la proporcionan habitualmente los abuelos 24.

EL PAPEL DEL PADRE EN EL PARTO

La presencia de la pareja u otro familiar durante el nacimiento del bebé reporta innumerables beneficios a la madre. Tras una revisión de 16 estudios clínicos, en los que participaron más de 13.300 mujeres, la Colaboración Cochrane, organización internacional especializada en investigaciones de salud, ha analizado cuáles son estas ventajas y de qué modo afectan a todos los implicados en el parto.

Parto más corto. El acompañamiento continuo reduce de forma leve la duración del trabajo de parto. En concreto, puede prolongarse hasta 43 minutos menos, gracias a la calma y tranquilidad que proporciona a la mujer la presencia de su pareja u otro acompañante. La explicación es sencilla. La ansiedad y el miedo por dar a luz pueden ocasionar patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal, hacer que se ralenticen las contracciones y, en consecuencia, que se alargue el parto.

Parto más fácil. Las mujeres acompañadas tienen más probabilidades de tener un parto natural y no instrumentalizado (fórceps, cesárea) y de no necesitar analgesia. La hipótesis que sugieren las investigaciones es que el apoyo mejora la sensación de control y competencia de la madre, y esto reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas, incluida la epidural. Asimismo, como el nivel de estrés es menor, se mejora el paso del feto a través de la pelvis y el parto resulta así más sencillo.

Mejor experiencia de parto. Las madres con acompañamiento manifiestan mayor satisfacción con la experiencia del nacimiento; sobre todo, quienes han contado con la presencia de su pareja desde el inicio. 25

EL MIEDO ES LA PRINCIPAL CAUSA DEL DOLOR EN EL PARTO

Existen un gran número de aspectos que influyen en el dolor de las parturientas, tanto psicológicos (la depresión, la ansiedad o la inestabilidad emocional son agravantes), médicos (un parto prolongado, inducido o el empleo de medicaciones durante el mismo lo acentúan) e, incluso, demográficos (las mujeres más mayores, con pareja o que ya han tenido niños experimentan más dolor).

Sin embargo, los autores del nuevo estudio, de la Universidad de California en San Diego (EEUU), creen que hasta el momento no se habían estudiado adecuadamente los aspectos psicológicos, así que decidieron indagar en uno de ellos: la sensibilidad a la ansiedad, es decir, el miedo ante situaciones que previsiblemente generarán ansiedad.

Estas expectativas negativas acentúan la preocupación por las respuestas fisiológicas ante la ansiedad, lo que lleva a conductas que no hacen sino exacerbar esas reacciones (miedo, excesiva limitación de la actividad, pensamientos catastrofistas...). "Es decir, un círculo vicioso de miedo y ansiedad que lleva a más reacciones fisiológicas", comentan los autores en el último número del 'European Journal of Pain'.²⁶

El círculo vicioso

Estos especialistas describen un caso extremo para explicar la situación. "Piense en una embarazada primeriza con un alto grado de sensibilidad a la ansiedad. Ha oído 'historias de terror' sobre el dolor durante el parto. De hecho, su propia madre y amigos le han dicho lo malo que va a ser. Cualquier información que suponga detalles específicos sobre el parto le recuerda esas historias, lo que ocasiona más respuestas fisiológicas, como palpitaciones, y pensamientos catastrofistas, como que tendrá un dolor insoportable. Estas respuestas llevan a conductas evasivas. Por ejemplo, no quiere acudir a las clases de preparación al parto porque

aumenta su ansiedad cuando habla sobre el proceso. Cuando el parto comienza, aunque las molestias y dolor asociados a las primeras contracciones no son insoportables, ella anticipa las futuras contracciones y comienza a experimentar una mayor ansiedad y miedo. Su sistema nervioso simpático responde y [la parturienta] nota que su ritmo cardiaco se acelera, comienza a sudar, su respiración cambia y se siente mareada. La atención a estos síntomas aumenta mientras sus síntomas y su ansiedad también se incrementan. Cada contracción empieza a ser más y más dolorosa".

Los autores han estudiado a 35 mujeres que, cuando estaban embarazadas de unas 17 semanas, rellenaron un test con preguntas para determinar su sensibilidad a la ansiedad. Tras dar a luz, cumplimentaron otro sobre cómo había ido el parto y las molestias que habían tenido. El 80% tuvo un parto vaginal y un tercio de las participantes experimentó complicaciones durante el alumbramiento.

Otros factores que se valoraron fueron si este era el primer hijo de la participante, el uso de analgesia, el estado conyugal, si la pareja estaba intentando concebir y la duración del parto, pero ninguno de ellos influía tanto en el dolor del parto como las expectativas negativas ante el alumbramiento.

"La sensibilidad a la ansiedad predecía tanto el dolor máximo durante el parto como aspectos sensoriales del dolor por encima y más allá que los factores demográficos y sociales así como otros aspectos psicológicos importantes (como la depresión y el estado de ansiedad)". "El dolor en el parto puede no estar influido por una ansiedad difusa, sino por el miedo de la madre a que esas experiencias de dolor sean amenazantes y posiblemente dañinas", concluyen los investigadores.²⁶

LA RISA EN EL PUERPERIO

Es común que las mujeres nos preparemos para uno de los eventos más importantes en nuestra vida: La llegada de nuestro propio bebé. Cuando somos pequeñas, solemos jugar con muñecas, transformándolas en mamás de bebés imaginarios. Una vez ya adultas, durante la dulce espera, leemos cuanta revista de bebés esté a nuestro alcance, todo esto con el objetivo de prepararnos para el momento más esperado: dar a luz a un nuevo ser.

El sueño de una mujer se hace realidad al tenerlo en brazos, de quién se espera, complementará alegremente la familia en todas sus dinámicas y dimensiones.²⁷

El texto de referencia sin embargo, muestra una pequeña dosis de emociones adversas por las que una madre puerpera atraviesa, definiendo el puerperio como el periodo de vida de la mujer que sigue al parto que dura entre seis a ocho semanas.²⁸ Luego de la dulce espera, comienzan a tomar forma, algunos estados emocionales como la tristeza, el enojo y la depresión. Una de las razones por las que surgen estas emociones, suele ser el tiempo insuficiente con el que se cuenta para el correcto cuidado del bebé y el de la misma madre, además de la poca tolerancia con la que ésta pudiera contar. Desde el baño, la elección de la ropa del día, el cambio constante de pañales, el tiempo de lactancia (se suma a esto la preocupación de brindar o no lactancia exclusiva), la visita de páginas de internet en temas referidos al cuidado del lactante (alimentación, abrigo, vacunas, sueño, etc.), los cuidados del sueño del bebé y las pocas horas de descanso de los padres, hacen de ésta una etapa única en la vida de una mujer, pudiendo transformar la alegría inicial en cuadros depresivos en esta importante etapa: El puerperio.

¿Cómo poder contrarrestar este estado?, es la pregunta a la que muchas puerperas buscan respuesta. Para esto, se hace necesario, entre otras cosas, contar y poner en práctica un bagaje de pensamientos y

emociones con las cuales la mayoría de las personas contamos, entre ellas la alegría, la felicidad o la expresión física de ambas: La risa. Recordemos que la felicidad, la alegría, la actitud positiva, la risa, la sonrisa y la carcajada son elementos propios de nosotros mismos.²⁹

En esta ocasión, haremos un pequeño análisis de la importancia de la risa como técnica de afrontamiento de pensamientos y emociones negativas por las cuales una persona pudiera atravesar.

Hace aproximadamente once años atrás, una de mis primas se encontraba gestando. Me impresionaba la dedicación y el cuidado que tenía para con su bebé, aun estando éste dentro del vientre. Su horario de comida y la calidad de la misma, el descanso y la preocupación de cómo llevar un mejor embarazo, hacían notar que el futuro sobrino tendría una madre totalmente dedicada y amorosa. La sorpresa fue grande cuando luego de unos días de nacido, los llantos del neonato incrementaban la intolerancia de su madre y ponían a prueba su paciencia y dedicación.

Casos como éstos no son únicos, suceden a muchas mujeres y más aún a aquellas cuyas características de ansiedad, irritabilidad (para consigo misma y con los demás) se muestran presentes. Es probable que la fatiga y el insomnio, pueden ocasionar actitudes como el rechazo al propio bebé (no querer cogerlo, ni tocarlo, ni verlo, tal como si él o ella fuera el motivo por el que se siente infeliz) o rechazo hacia la pareja (la intolerancia hacia éste se hace frecuente, además de culparlo de forma consciente o inconsciente del cambio en el nuevo estilo de vida ante la llegada del bebé). Ya no es extraño ver o escuchar a través de los medios de comunicación, madres que atentan contra su vida y la de sus pequeños debido al estado depresivo por el que están atravesando. Si bien el presente artículo hace mención de éstas escenas, no justifica dicha acción.³⁰

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Parto normal:** es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones.
- **Fase activa del parto:** comienza al alcanzar los 4 centímetros de dilatación y culmina al alcanzar los 10 cm. Su duración es variable, depende sobre todo del número de partos que ha tenido cada mujer y su progreso no es necesariamente lineal: La fase activa de la primera etapa del parto de las mujeres que van a tener su primer bebé (nulíparas) suelen ser de alrededor de 8 horas, siendo infrecuente que se alargue más de 18 horas. En las mujeres que ya han tenido algún parto (multíparas), la duración esperada es de aproximadamente 5 horas, aunque en algunas ocasiones puede prolongarse más de 12 horas.
- **Periodo expulsivo del parto:** comienza cuando el bebé es visible, se producen contracciones de expulsivo o se percibe el deseo de pujo. A partir de este momento el pujo materno ayuda al descenso y permite el nacimiento del bebé. La duración normal en nulíparas sin epidural es de hasta una hora y de hasta dos horas con epidural. En múltiparas la duración normal es de hasta una hora independientemente de que tengan o no analgesia epidural.
- **Alumbramiento:** es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

- **Acompañamiento familiar:** el acompañamiento durante el parto proporciona seguridad, hace más tolerable el dolor de las contracciones y facilita el progreso del parto. La persona que le acompañe durante el parto debe ser cuidadosamente elegida por la gestante. Tendrá que saber cómo desea vivir su parto y ser capaz de cuidarle, apoyarle y animarle en todo momento, sin dejarse llevar por la implicación emocional. ³¹

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

I.- DATOS GENERALES:

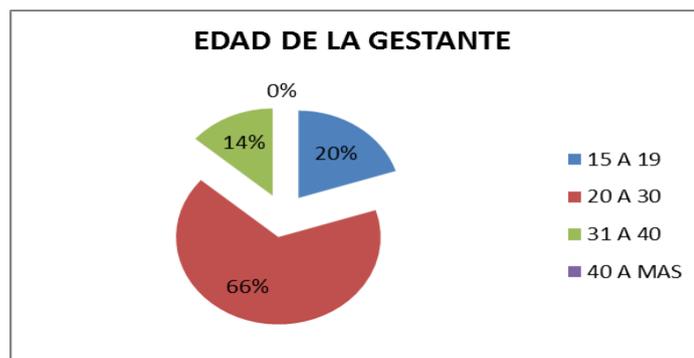
EDAD DE LA GESTANTE

TABLA Nº 1

EDAD	Nº	%
15 A 19	19	20,00
20 A 30	63	66,00
31 A 40	13	14,00
40 A MAS	0	0.00
TOTAL	95	100,0

EDAD DE LA GESTANTE

GRAFICO Nº 1



INTERPRETACION-

El 66.0% (63) de las gestantes están dentro de los 20 a 30 años, un 20% (19) entre los 15 a 19 años, un 14% (13) entre los 31 a 40 años.

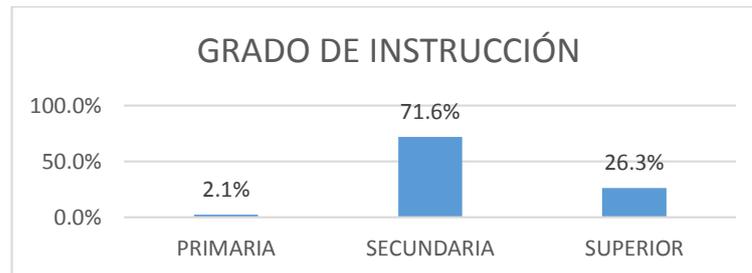
GRADO DE INSTRUCCIÓN

TABLA N° 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	2	2.1%
SECUNDARIA	68	71.6%
SUPERIOR	25	26.3%
Total	95	100.0%

GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRAFICO N° 2



INTERPRETACION -

Podemos observar que del total de la población sujeto de estudio el 71.6% (68) tiene secundaria, el 26.3% (25) llegaron a tener un grado superior, mientras que solo el 2.1% (2) primaria.

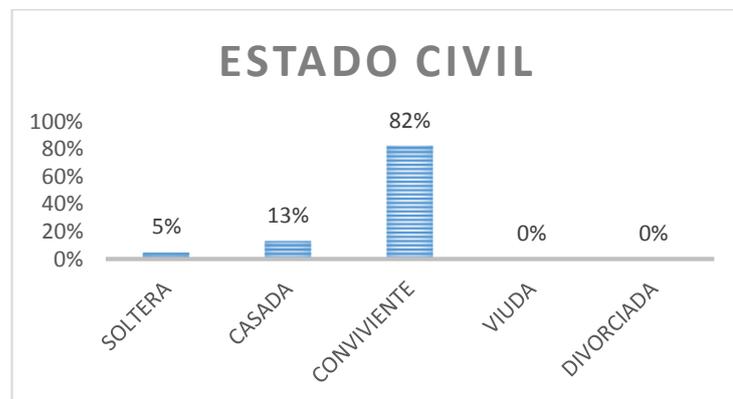
ESTADO CIVIL

TABLA N° 3

ESTADO CIVIL		
SOLTERA	5	5%
CASADA	12	13%
CONVIVIENTE	78	82%
VIUDA	0	0%
DIVORCIADA	0	0%

ESTADO CIVIL

GRAFICO N° 3



INTERPRETACION -

Podemos apreciar que un 82% (78) de las mujeres son convivientes, seguido de un 13% (12) que están casadas y solo un 5%(5) de ellas son solteras.

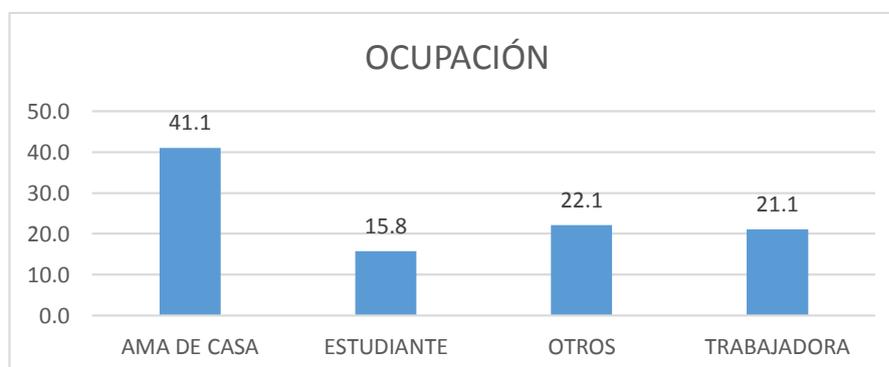
OCUPACIÓN

TABLA Nº 4

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	39	41.1
ESTUDIANTE	15	15.8
OTROS	21	22.1
TRABAJADORA	20	21.1
Total	95	100.0

OCUPACION

GRAFICO Nº 4



INTERPRETACION –

Con respecto a la ocupación, un 41.1% (39) de ellas son ama de casa, el 22.1%(21) se dedica a otras cosas, cabe resaltar que el 21.1% (20) son remuneradas por un oficio y el 15.8% (15) son aun estudiantes.

DATOS OBSTÉTRICOS:

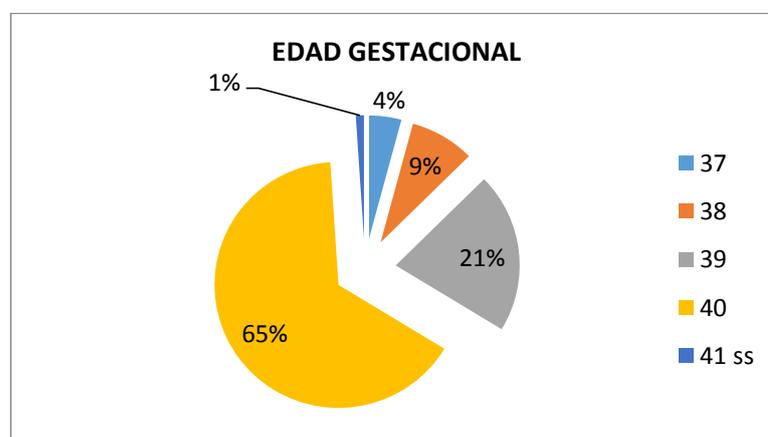
EDAD GESTACIONAL

TABLA N° 5

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
37	4	4.2%
38	8	8.4%
39	20	21.1%
40	62	65.3%
41 ss	1	1.1%
Total	95	100.0

EDAD GESTACIONAL

GRAFICO N° 5



INTERPRETACION -

En cuanto a la edad gestacional, se pudo observar que un 65.3% (62) tuvo 40 semanas, un 21.1% (20) llegó a las 39 semanas, con menor frecuencia un reducido 8.4% (8) llegó a las 38 semanas, un 4.2% (4) con 37 semanas y solo el 1.1% (1) llegó a las 41 semanas.

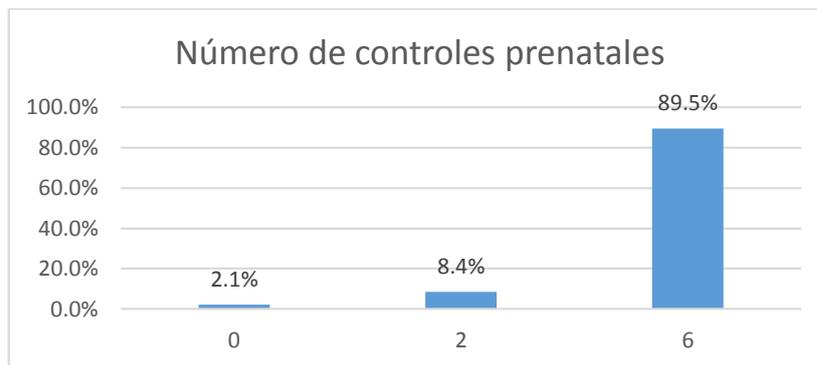
CONTROL PRENATAL

TABLA N ° 6

Número de controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
0	2	2.1%
2	8	8.4%
6	85	89.5%
Total	95	100.0%

CONTROL PRENATAL

GRAFICO N ° 6



INTERPRETACION -

Podemos observar, que fue un 89.5% (85) el que llegó a tener 6 o más controles, un reducido 8.4% (8) llegaron a tener solo 2 controles y un 2.1% (2) de las gestantes no fue controlada.

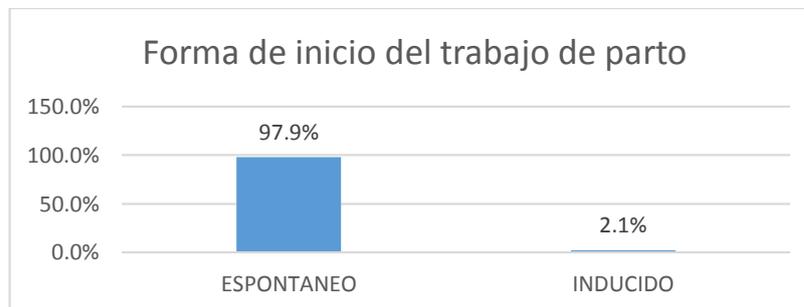
FORMA DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

TABLA N° 7

Forma de inicio del trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje
ESPONTANEO	93	97.9
INDUCIDO	2	2.1
Total	95	100.0

FORMA DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

GRAFICO N° 7



INTERPRETACION -

En cuanto a la forma de inicio del trabajo de parto un 97.9% (93) fue espontaneo y solo un 2.1% (2) fue inducido

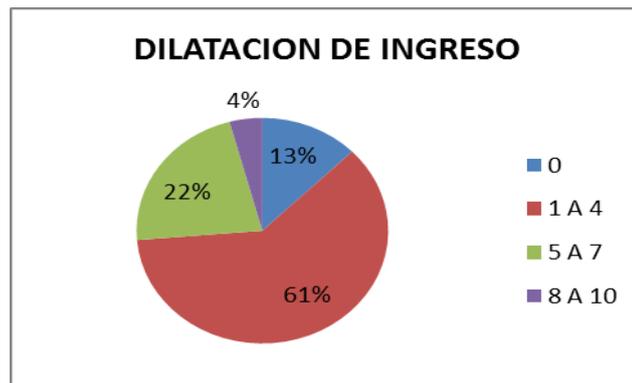
DILATACIÓN AL INGRESO INSTITUCIONAL

TABLA N° 8

DILATACIÓN DE INGRESO		
0	12	13%
1 A 4	58	61%
5 A 7	21	22%
8 A 10	4	4%

DILATACION DE INGRESO INSTITUCIONAL

GRAFICO N° 8



INTERPRETACIÓN –

Podemos apreciar que un 61% (58) ingresaron a la clínica con dilatación de 1 a 4, un 22% (21) de 5 a 7, un 13% (12) en dilatación 0 y un 4% (4) con dilatación de 8 a 10

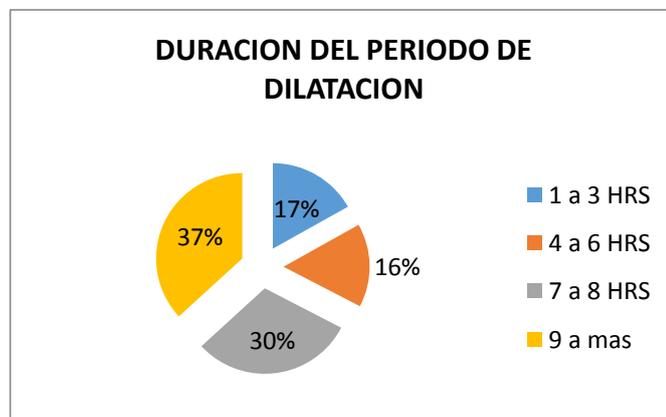
DURACIÓN DEL PERÍODO DE DILATACIÓN

TABLA N° 9

DURACIÓN DEL PERIODO DE DILATACION		
1 a 3 HRS	16	17%
4 a 6 HRS	15	16%
7 a 8 HRS	29	30%
9 a mas	35	37%
	95	100%

DURACIÓN DEL PERÍODO DE DILATACIÓN

GRAFICO N° 9



INTERPRETACIÓN -

Con respecto a la duración del periodo de dilatación el 37% (35) tuvo una duración de 9 horas a mas, el 30% (29) duro de 7 a 8 horas, el 17% (16) duro de 1 a 3 horas y el 16% (15) duro de 4 a 6 horas.

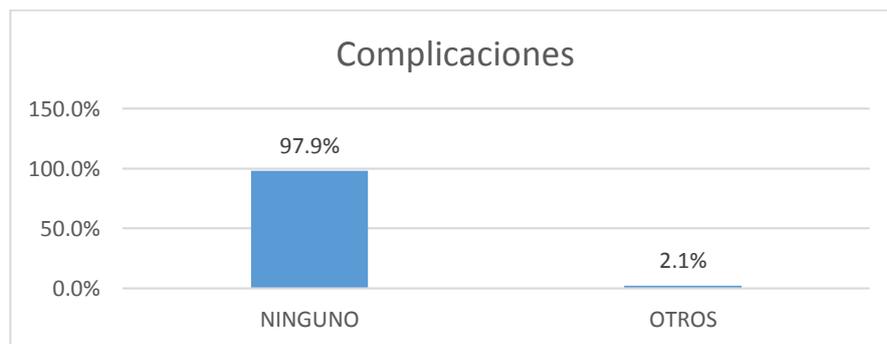
COMPLICACIONES EN LA DILATACIÓN

TABLA N° 10

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	93	97.9%
OTROS	2	2.1%
Total	95	100.0%

COMPLICACIONES EN LA DILATACIÓN

GRAFICO N° 10



INTERPRETACIÓN -

Del total de pacientes el 97.9% (93) no tuvo complicación alguna durante el periodo de dilatación y en un reducido 2.1% (2) con complicaciones leves.

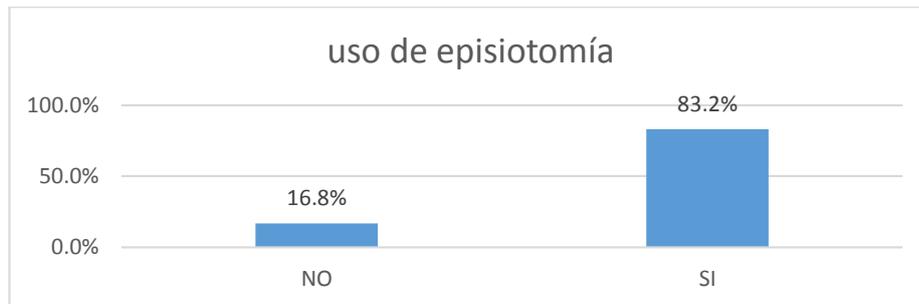
USO DE EPISIOTOMÍA

TABLA N° 11

uso de episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
NO	16	16.8%
SI	79	83.2%
Total	95	100.0%

USO DE EPISIOTOMÍA

GRAFICO N° 11



INTERPRETACIÓN -

Podemos observar que en un 83.2% (79) de las pacientes se usó episiotomía y un 16.8% (16) no lo necesitó.

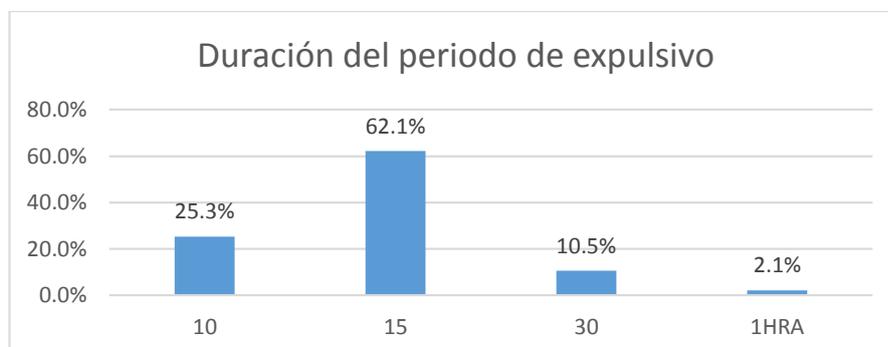
DURACIÓN DEL PERIÓDO EXPULSIVO

TABLA N° 12

Duración del periodo de expulsivo	Frecuencia	Porcentaje
10	24	25.3%
15	59	62.1%
30	10	10.5%
1HRA	2	2.1%
Total	95	100.0%

DURACIÓN DEL PERIÓDO EXPULSIVO

GRAFIICO N° 12



INTERPRETACIÓN -

En cuanto al periodo expulsivo el 62.1% (59) demoró 15 minutos, el 25.3% (24) demoró 10 minutos, el 10.5% (10) demoró 30 minutos y solo el 2.1% (2) demoró una hora.

COMPLICACIONES DEL EXPULSIVO

TABLA N° 13

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
DESGARRO VAGINAL	8	8.4%
NINGUNO	87	91.6%
Total	95	100.0%

COMPLICACIONES DEL EXPULSIVO

GRAFICO N° 13



INTERPRETACION -

Se observó que dentro de las complicaciones del periodo expulsivo el 91.6% (87) no presentó ninguna complicación y un reducido 8.4% (8) presentó desgarro vaginal

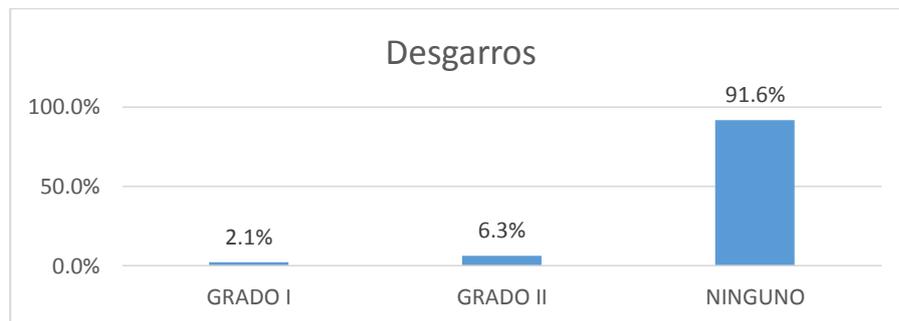
DESGARROS PERINEALES

TABLA N° 14

Desgarros	Frecuencia	Porcentaje
GRADO I	2	2.1%
GRADO II	6	6.3%
NINGUNO	87	91.6%
Total	95	100.0%

DESGARROS PERINEALES

GRAFICO N° 14



INTERPRETACION -

El 91.6 % de la pacientes no presento desgarro perinel, el 6.3% (6) tuvo desgarro de segundo grado y el 2.1% (2) tuvo desgarro de primer grado.

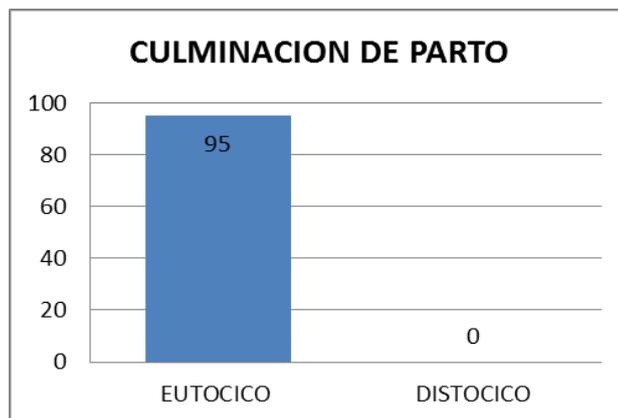
CULMINACION DEL PARTO

TABLA N° 15

Culminación del Parto	Frecuencia	Porcentaje
EUTOCICO	95	100.0%

CULMINACION DEL PARTO

GRAFICO N° 15



INTERPRETACION -

En cuanto a la culminación del parto el 100% (95) fueron partos eutócicos.

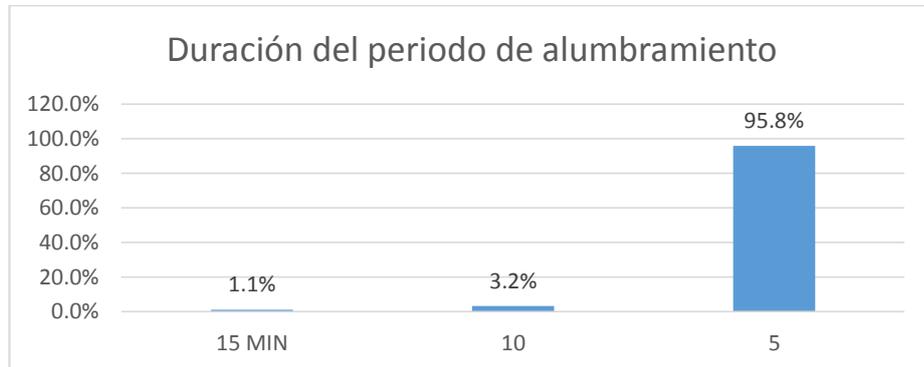
DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

TABLA N° 16

Duración del periodo de alumbramiento	Frecuencia	Porcentaje
15 MIN	1	1.1%
10	3	3.2%
5	91	95.8%
Total	95	100.0%

DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

GRAFICO N° 16



INTERPRETACION -

El 95.8% (91) tuvo una duracion de cinco minutos, el 3.2% (3) demoro diez minutos y el 1.1% (1) fue el mas duradero con quince minutos.

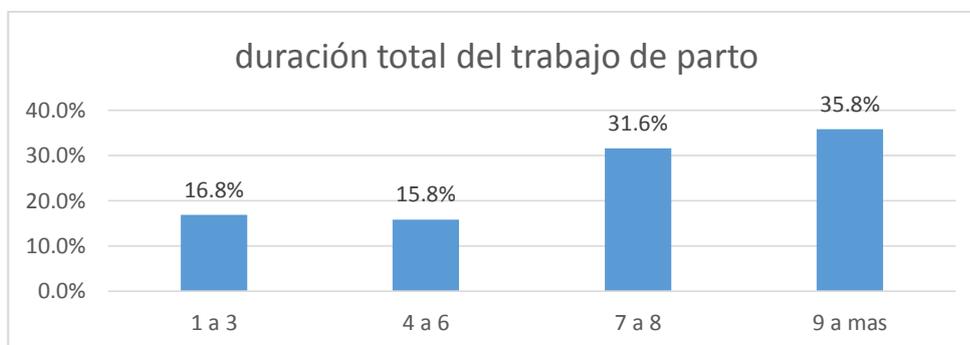
DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

TABLA N° 17

Duración total del trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3	16	16.8%
4 a 6	15	15.8%
7 a 8	30	31.6%
9 a mas	34	35.8%
Total	95	100.0%

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

GRAFICO 17



INTERPRETACION -

Se observa que en la duracion del parto el 35.8% (34) de las paciemtes duró nueve a mas horas, el 31.6% (30) duró siete a ocho horas, el 16.8% (16) duró de uno a tres horas y el 15.8% (15) duró de cuatro a seis horas.

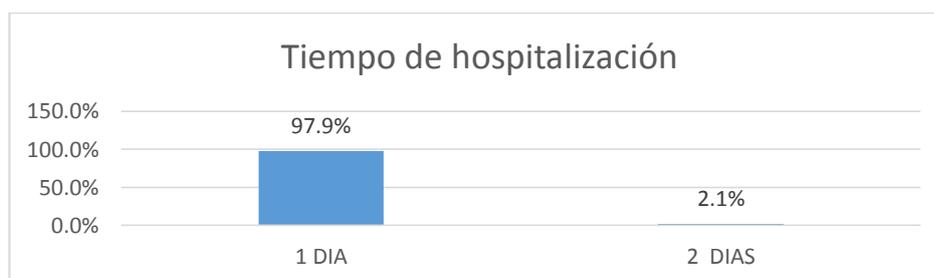
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

TABLA N° 18

Tiempo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
1 DIA	93	97.9%
2 DIAS	2	2.1%
Total	95	100.0%

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN

GRAFICO N° 18



INTERPRETACIÓN -

En cuanto al tiempo de hospitalización de las pacientes el 97.9% (93) se quedó un día por el apoyo continuo que tuvo de su pareja y ninguna complicación mientras un reducido 2.1% (2) se quedó 2 días por algunos motivos como: no deambulación, no buena técnica de lactancia materna, entre otras.

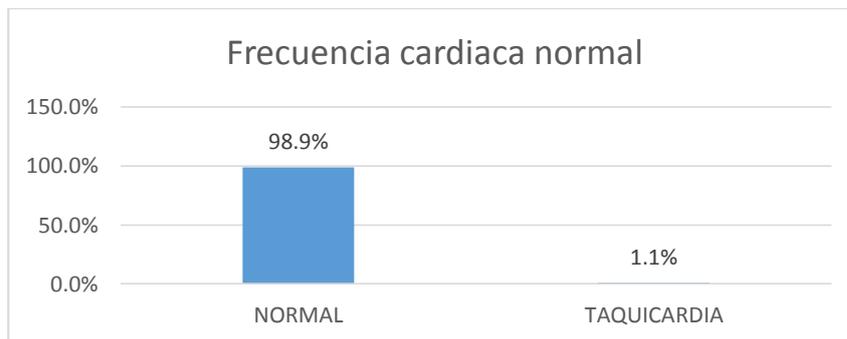
FRECUENCIA CARDIACA FETAL

TABLA N° 19

Frecuencia cardiaca normal	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	94	98.9%
TAQUICARDIA	1	1.1%
Total	95	100.0%

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

GRAFICO N° 19



INTERPRETACIÓN -

El 98.9% (94) de los recién nacidos presentó una frecuencia cardiaca normal y el 1.1% (1) presentó taquicardia.

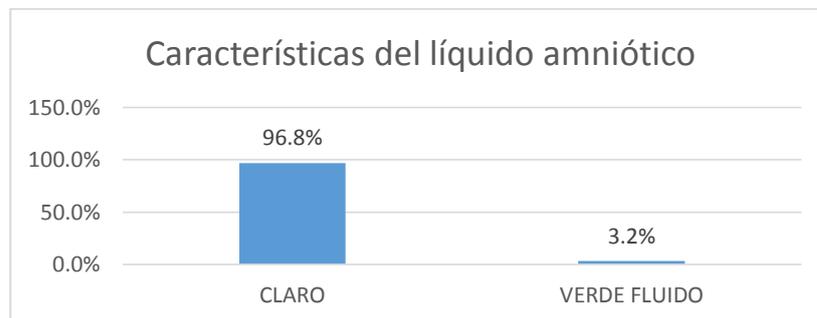
CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

TABLA N° 20

Características del líquido amniótico	Frecuencia	Porcentaje
CLARO	92	96.8%
VERDE FLUIDO	3	3.2%
Total	95	100.0%

CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

GRAFICO N° 20



INTERPRETACIÓN -

La mayoría de los Recien Nacidos presentaron las características del líquido amniótico normal en un 96.8%, solo 3.2% presentó alguna alteración.

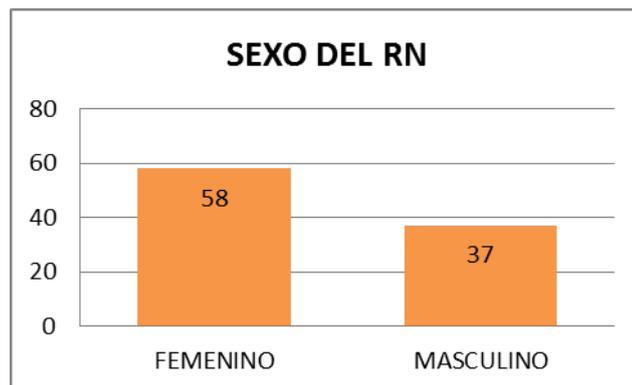
SEXO RECIEN NACIDO

TABLA N° 21

SEXO DEL RN		
MUJER	58	61%
HOMBRE	37	39%

SEXO RECIEN NACIDO

GRAFICO N° 21



INTERPRETACIÓN -

El 61% (58) del total de recién nacidos fueron sexo mujer, mientras que el 39% (37) hombres

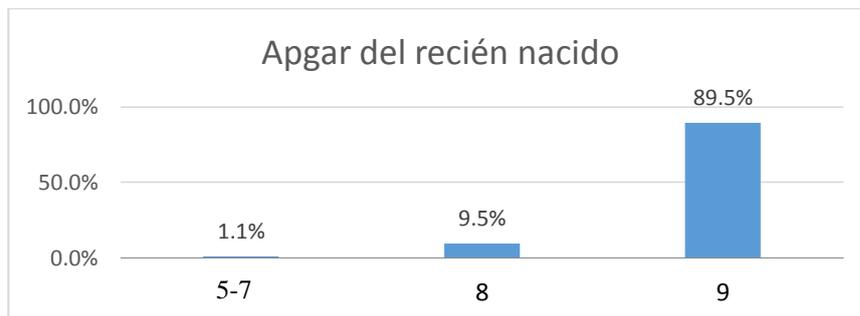
APGAR DEL RECIEN NACIDO

TABLA N° 22

Apgar del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje
5- 7	1	1.1%
8	9	9.5%
9	85	89.5%
Total	95	100.0%

APGAR DEL RECIEN NACIDO

GRAFICO N° 22



INTERPRETACION -

El 89.5% (85) de los recién nacidos tuvieron un apgar de nueve, mientras que el 9.5% (8) obtuvieron un apgar de ocho y el 1.1% (5-7).

CONTACTO PRECOZ DE LA PIEL

TABLA N° 23

CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL		
SI	92	97%
NO	3	3%

CONTACTO PRECOZ DE LA PIEL

GRAFICO N° 23



INTERPRETACION -

El 97% (92) de los recién nacidos tuvo contacto precoz con la madre, mientras que solo el 3% (3) no tuvieron contacto piel a piel por que fueron llevados de inmediato a la sala de recién nacidos por líquido amniótico verde.

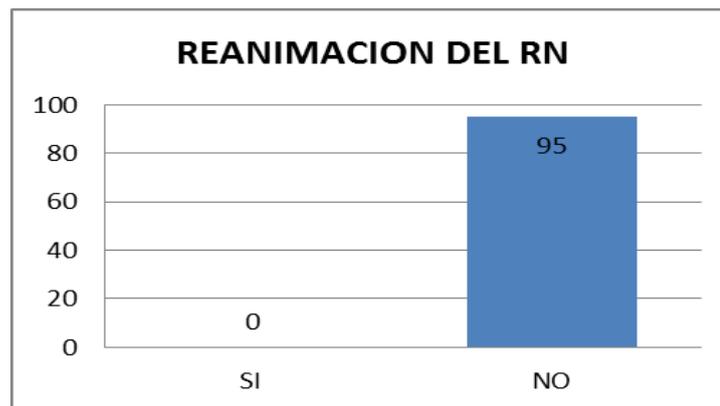
REANIMACIÓN DEL RECIEN NACIDO

TABLA N° 24

REANIMACION DEL RN		
SI	0	0%
NO	95	100%

REANIMACIÓN DEL RECIEN NACIDO

GRAFICO N° 24



INTERPRETACION -

El 100% (95) de los recién nacidos no necesitaron reanimacion por culminar en un parto exitoso.

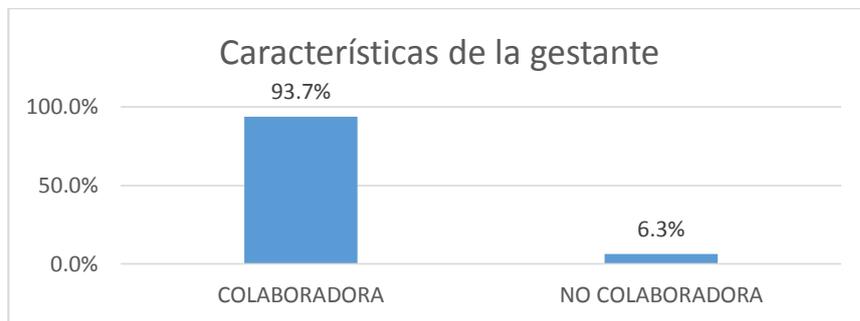
CARACTERISTICAS DE LA GESTANTE

TABLA N° 25

Características de la gestante	Frecuencia	Porcentaje
COLABORADORA	89	93.7%
NO COLABORADORA	6	6.3%
Total	95	100.0%

CARACTERISTICAS DE LA GESTANTE

GRAFICO N° 25



INTERPRETACION -

Se observa que el 93.7% de las gestantes fueron colaboradoras en cuanto a inicio del trabajo de parto como: buena técnica de respiración, buen uso de balón kinesico, deambulacion asisitida, entre tros y solo el 6.3% no.

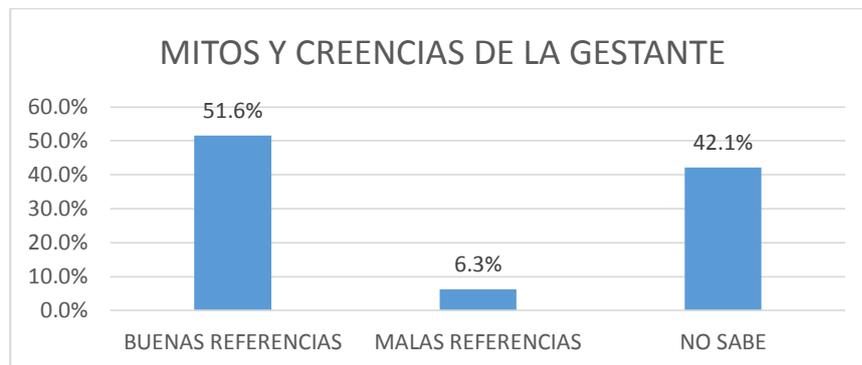
MITOS Y CREENCIAS DE LA GESTANTE

TABLA N° 25

MITOS Y CREENCIAS DE LA GESTANTE	Frecuencia	Porcentaje
BUENAS REFERENCIAS	49	51.6%
MALAS REFERENCIAS	6	6.3%
NINGUNA	40	42.1%
Total	95	100.0%

MITOS Y CREENCIAS DE LA GESTANTE

GRAFICO N° 25



INTERPRETACION -

Se observó que el 51.6% (49) de las gestantes tuvieron buenas referencias antes de llegar al trabajo de parto, producto de su información adquirida durante el embarazo, a comparación de un 42.1% (40) q no sabía que creer basado en el concepto que cada fisiología era única y solo un 6.3% (6) tiene malas referencias consecuencia de haber acumulado el temor de personas cercanas a su entorno.

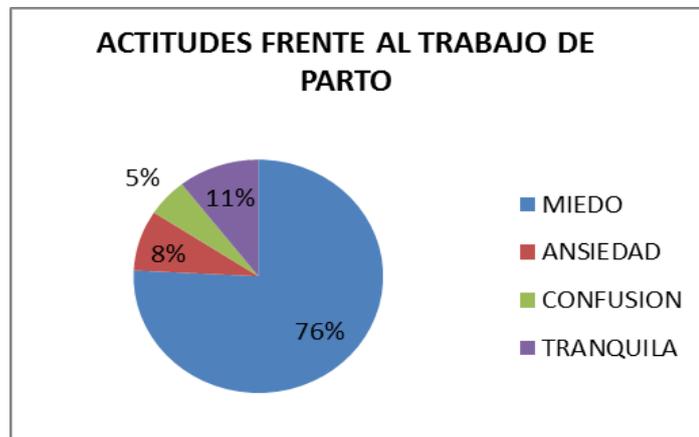
ACTITUD FRENTE AL TRABAJO DE PARTO

TABLA N° 26

Que emociones tiene respecto al trabajo de parto	Frecuencia	Porcentaje
ANSIEDAD	8	8.4%
CONFUSION	5	5.3%
MIEDO	72	75.8%
TRANQUILA	10	10.5%
Total	95	100.0%

ACTITUD FRENTE AL TRABAJO DE PARTO

GRAFICO N° 26



INTERPRETACION -

Podemos observar que el 75.8% (72) de las pacientes presentaron miedo ante el trabajo de parto, el 10.5% (10) se mantuvo tranquila durante el proceso, el 8.4% (8) tuvo o pudo controlar ansiedad que le producía todo el trabajo de parto y el 5.3% (5) tuvo confusión frente al trabajo de parto.

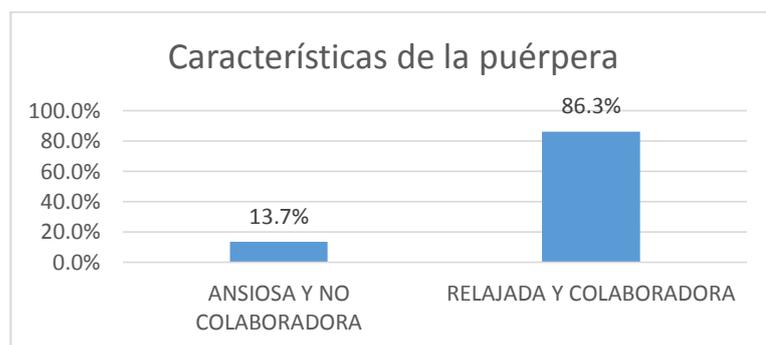
CARACTERÍSTICAS DE LA PUÉRPERA INMEDIATA

TABLA N° 27

Características de la puérpera	Frecuencia	Porcentaje
Ansiosa y no colaboradora	13	13.7%
Relajada y colaboradora	82	86.3%
Total	95	100.0%

CARACTERÍSTICAS DE LA PUÉRPERA INMEDIATA

GRAFICO N° 27



INTERPRETACION -

El 86.3% (82) de las puérperas se mantuvo relajada y colaboradora, poniendo así en práctica todos los cuidados del puerperio para evitar futuras complicaciones mientras que el 13.7% (13) estuvo ansiosa y no colaboradora, pues no sabía que procedimientos seguir por su desinformación.

COMO SE SIENTE QUE SU PAREJA HAYA ESTADO DURANTE EL PARTO

TABLA N° 28

Como se siente que su pareja haya estado durante el parto	Frecuencia	Porcentaje
AMADA	35	36.8%
COMPRENDIDA	10	10.5%
FELIZ	50	52.6%
Total	95	100.0%

COMO SE SIENTE QUE SU PAREJA HAYA ESTADO DURANTE EL PARTO

GRAFICO N° 28



INTERPRETACION -

El 52.6% (50) de las pacientes se sintió feliz al estar acompañada de su pareja, el 36.8% (35) se sintió amada, mientras que el 10.5% (10) se sintió comprendida.

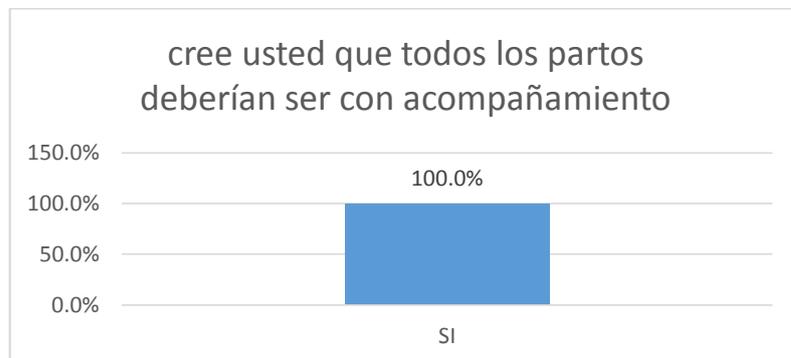
**CREE UD. QUE TODOS LOS PARTOS DEBERIAN SER CON
ACOMPANAMIENTO**

TABLA N° 29

cree usted que todos los partos deberían ser con acompañamiento	Frecuencia	Porcentaje
SI	95	100.0%

**CREE UD. QUE TODOS LOS PARTOS DEBERIAN SER CON
ACOMPANAMIENTO**

GRAFICO N° 29



INTERPRETACION -

En cuanto al acompañamiento durante el trabajo de parto el 100% (95) de las pacientes refiere que deberían estar sus parejas presentes.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos, revelan importantes aciertos como: la mayoría de las gestantes que participaron junto a su pareja estuvieron entre los 20 a 30 años de edad, seguida de las adolescentes de 15 a 19. Si bien del total de las pacientes un 71.6 % tuvo un nivel educativo básico que fue de secundaria completa, se contó con un nada minúsculo 26.3% con nivel superior. El no encontrar diferencia significativa entre las pacientes casadas y convivientes, refleja que esta condición no influye mucho en los resultados del estudio, mientras que, en el estudio del Dr. Samar Quintanilla Deysi Adela evidenció una mayor tendencia de presentar: 8 a más controles prenatales (OR=2.48), ingresos a emergencia de una manera contributoria (OR=8.83), inicio del trabajo de parto de una forma espontánea (OR=3.51), parto por vía vaginal (OR=5.12) y una estadía máxima de dos días en el hospital (OR=6.01), comparadas con el grupo control; a su vez obtuvieron OR significativos demostrándose su relación con el acompañamiento durante el parto. Con respecto a los beneficios perinatales se encontró una mayor tendencia de presentar: una frecuencia cardiaca normal (OR=6.51), líquido amniótico claro (OR=3.05) y contacto precoz piel a piel (OR=4.67), estas cifras superaron significativamente a los valores del grupo control, obteniéndose además OR significativos, por ende se demostró una asociación significativa y de relación entre estos beneficios perinatales y el apoyo del acompañante.

De acuerdo con los resultados del presente trabajo se obtuvieron los siguientes resultados: los beneficios durante todo el proceso del trabajo del parto, un amplio porcentaje (97.9%) presento un inicio espontaneo del trabajo de parto, que mostro una dilatación progresiva y un periodo expulsivo en tiempo reducido. Tal vez porque dada las condiciones de protección y seguridad que transmitía el acompañamiento de la pareja, lo que daba paso a despejar sus mitos y creencias basadas en las técnicas aprendidas durante los controles prenatales, que a si mismo dio como resultado el menor uso de analgésicos y

medicamentos, debido a la ausencia de complicaciones por haber terminado todos en partos eutócicos, en cuanto al apgar del RN el 89.5% tuvieron un apgar de nueve; el 9.5% ocho de puntaje lo que quiere decir que la gran mayoría no tuvieron complicación alguna. En el estudio del Dr. Oria Vicharra Cecilia María se obtuvieron los siguientes resultados: la pareja fue el acompañante en el 86.7% de los casos, el 70% de ellos acudió a las 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 90% de acompañadas inicio su Trabajo de Parto de forma espontánea, de la misma un 90% culmino su parto por vía vaginal, la duración media del trabajo de parto en acompañadas fue de 462.4 +- 170.5 minutos en comparación a 608.9 +- 197.2 minutos del grupo control; el 70% no sufrieron complicación alguna inmediatamente después del parto. El índice Apgar fue de 8.6+-0.7 al minuto y 9.0 a los cinco minutos; el color del líquido amniótico fue claro en el 76.7% del grupo casos, los cuales superaron con sus respectivos valores a los del grupo control.

Así mismo el hecho de terminar un puerperio acompañado de un estado emocional positivo y pleno, se le sumo la rápida recuperación de la paciente y así permanecer menor tiempo hospitalizado, siendo dada de alta sin ninguna complicación.

El que la paciente haya sido acompañada durante todo el proceso del parto ha sido significativamente favorable, pues despertó emociones como el sentirse amada en primer lugar, seguida de feliz y comprendida. Estos sentimientos despertados hicieron que todas afirmaran que los partos deben ser con acompañamiento de su pareja para sentirse más relajadas para que puedan colaborar con cada indicación del profesional y liberar toda ansiedad.

CONCLUSIONES

Al abordar la investigación sobre los beneficios del acompañamiento de la pareja en el proceso de trabajo de parto en primigestas atendidas en la clínica particular MONTENOR SAC, 2015, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En cuanto a la dilatación de ingreso y duración del periodo de dilatación nos demostró que con el acompañamiento de la pareja, se favoreció significativamente a la gestante, y estadísticamente se observa que el 61% (58) de las pacientes que al ingreso estuvieron entre 1 a 4 de dilatación, el 37% (35) de ellas culminaron el periodo de dilatación con una duración de 9 horas aprox. Por lo tanto se puede apreciar que lo demostrado es beneficioso para la gestante.

En relación a la duración del periodo expulsivo y como se siente que su pareja haya estado acompañándola durante el trabajo de parto, ante este escenario las estadísticas nos dicen lo siguiente; vemos que un 52% (50) de las pacientes se sintieron felices, el 36.8% (35) se sintió amada y un 10.5% (10) se sintió comprendida, por lo tanto, la duración se acortó en un aproximado de 15 minutos con un 62.1% (59) del total de ellas, esto no indica que el acompañamiento consolida las emociones positivas de la paciente.

Con respecto a culminación del parto es de importancia obstétrica lo que estadísticamente podemos apreciar, que el 100% (95) fueron partos eutócicos, lo que quiere decir, que una vez más el acompañamiento de la pareja beneficia significativamente en la gestante.

Un aspecto importante es el Apgar del recién nacido pues él nos indicará que tan bueno fue el proceso del parto en su totalidad, el Apgar asociado a las características de las gestantes nos deja apreciar que; el 93.7% (89) de las pacientes era colaboradora por lo cual se obtuvieron resultados favorables en

cuanto al Apgar del cual el 89.5% (85) de los recién nacido obtuvo el más alto puntaje de 9 según test.

Por todo lo expuesto en los resultados de la presente investigación, se revela que los profesionales deberíamos tener en cuenta la importancia y el papel fundamental que desarrolla la pareja al acompañar a la gestante, durante el proceso exhaustivo del parto, puesto que serán condiciones más tangibles para la paciente, así mismo la pareja aprenderá la importancia de su rol como un ente facilitador del proceso. Es también de suma importancia los resultados obtenidos en el neonato con un test de Apgar óptimo.

Con esto se concluye que el acompañamiento de la pareja se debería de estandarizar en todo los establecimientos, como un plan estratégico para así brindar calidad de atención un parto humanizado.

RECOMENDACIONES

Una vez finalizada la investigación, es importante resaltar y poner en práctica las siguientes recomendaciones.

Trabajar exhaustivamente fomentando la participación activa de la pareja durante todo el proceso de la gestación, desde el control prenatal, parto y puerperio.

Generar un sistema de política institucional en la clínica Montenor que permita a la paciente elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto.

Establecer talleres educativos de psicoprofilaxis exclusivos para el acompañante, orientados a la adecuada conducta durante el proceso de la dilatación y parto, en el cual se resalte las técnicas de relajación, respiración y pujo para crear un pilar emocional a la gestante.

Por lo tanto, en la Clínica MONTENOR, la formación del profesional de la salud sería necesaria la capacitación y preparación de los profesionales de salud en la atención del Parto con Acompañante, para eliminar todo tipo de creencias y valores negativos en relación a la presencia del acompañante en el parto, hecho que genera temor y desconfianza en relación a ellos. Por ende se requiere obtener competencia técnica, disponer de habilidades y tener disponibilidad y dedicación para alcanzar el ideal que contempla tanto los aspectos técnicos como humanísticos del cuidado. Con este entrenamiento se busca lograr una asistencia de calidad que considere la eficiencia profesional y la satisfacción de las necesidades en la perspectiva de las propias mujeres y de sus respectivas familias.

FUENTES DE INFORMACION

1. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (Aprobado en el 2011). [Pub. 23 de mayo, 2012]. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSSR.pdf
2. Ley del Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Posparto. (Aprob. 10 agosto, 2006). [Pub. 25 de agosto, 2011]. Disponible en: <http://www.lexjuris.com/LEXLEX/Leyes2006/lex12006156.htm>
3. Alan H. De Cherney. diagnóstico y tratamiento servicio de gineco obstetricia. Guías clínicas. Agosto 2014. Vol 2: 6
4. Irina Burd, MD. Las tres etapas de la labor de parto. University of Maryland medical center. 2012. Vol. 1:1. [citado en diciembre 2012, actualizado el 24 de mayo del 2013]. En <http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/trabajo-de-parto-y-parto/las-tres-etapas-de-la-labor-de-parto>
5. Clínicas obstetricas y ginecológicas de Norteamérica, manejo del primer y segundo estadios del parto 2012; 32 (2): 201-218.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Fundamentos de Obstetricia. Gráficas Marte, S.L. 2010. p. 737.
7. Marián Zamora Saborit. Tipos de respiración en el trabajo de parto. Guiainfantil. 2013; vol. 1:1. [revista en internet]. En: <http://www.guiainfantil.com/articulos/parto/tres-tipos-de-respiracion-para-ayudar-en-el-parto/>
8. Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Efecto del pujo espontaneo contra el pujo en vasalva en la segunda etapa del trabajo de parto en la madre y el feto: una revisión sistemática de ensayos aleatorios. BJOG. 2011 May; 118 (6): 662-70. [Resumen] [Texto Completo] [Consulta: 22/12/2011]
9. Roberts JE. El "pujo" para la evidencia: Gestión de la segunda etapa. J Partería Salud de la Mujer. 2013; 47 (1): 2-15.
10. Edmund F Funai, Errol R Norwitz. Gestión de parto normal. En: Al Dia, Vanessa A Barss (Ed), Dia, Charles J Lockwood, 2011.

11. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2010 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>
12. Dr. A. Velazco, Dr. O Rigol. Puerperio normal. Ginecoobstetricia. 2010: cap.: 10:5 [Revista en internet]. [Revisado el 10 de abril del 2014]. En <http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/Ginecobstetricia%20-%20RIGOL/cap10.pdf>
13. Márquez AM. Revisión sobre el acompañamiento en el proceso de parto. Hygia. 2011; 77: 31-5.
14. Young R. The importance of bonding. Int J Childbirth Educ. 2013; 28(3): 11-6.
15. Núñez AM. El apoyo durante el trabajo de parto tiene beneficios para la madre y el recién nacido. Evidencia. 2004; 1(1) [internet] [consultado el 17 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n1/1articulo.php>
16. Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour. Midwifery. 2013; 29(11): 1.264-71.
17. Alemany MJ, Velasco J. Aspectos emocionales que rodean al nacimiento. Estado de la cuestión. Matronas Prof. 2005; 6(4): 23-7.
18. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. [internet] Oxford: Update Software Ltd., 2008 [consultado el 18 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206387443&DocumentID=CD003766>
19. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MA. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. J Clin Nurs. 2008; 17(6): 810-6 [doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x].

20. Calderón N, Ruiz de Cárdenas C. La gestación: periodo fundamental para el nacimiento y el desarrollo del vínculo paterno. *Av Enferm.* 2010; 28(2): 88-97.
21. Alexandre A, Martins M. A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare Enferm.* 2012; 4(2): 324-31.
22. Indriunas F, Bonilhall A. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3): 245-52 [internet] [consultado el 17 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/textocontexto/20113pdf/20-245.pdf>
23. Bradley R, Slade P. A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *J Reprod Infant Psychol.* 2011; 29(1): 19-42.
24. Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. Husbands' experiences of supporting their wives during childbirth in nepal. *Midwifery.* 2012; 28(1): 45-51.
25. Marta Vázquez Reina. El papel del hombre en el parto. *Eroski consumer.* Pub. el 14 de noviembre de 2013; vol.1.7 [revista en internet]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/bebe/parto/tiposdeparto/2013/11/14/218422.php>
26. Isabel Espiño. El mundo es la principal causa del dolor de parto. *Elmundo.es.* 2010; vol. 1:2 [revista en internet]. [consultado, abril 2015]. En: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/03/17/dolor/1142608942.html>
27. Geosalud (2013) Depresión postparto. Recuperado de http://geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm
28. Peralta, O. (2011). Aspectos Clínicos del Puerperio. Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud. Recuperado de http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
29. Guía, C. (2011). *Detrás de la Risa. El arte y la ciencia del bienestar* (4ª ed.). Venezuela: Neuroguía 23.
30. Ladish, L. (2011). Evitar la tristeza post parto. Guía de About.com. Recuperado de <http://mamalatina.about.com/b/2011/07/01/tristeza-postparto.htm>
31. Charo Quintana Pantaleón, Rosa Rico Iturrioz e Idoia Armendariz Mántaras. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así

como a sus acompañantes y familiares. En: Eusko Jauriaritzaren Zerbitzu Nagusia, Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención al Parto Normal. Vasco: Eusko Jauriaritzaren Zerbitzu; 2010.11, 12,14. Pág. 39

ANEXOS



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES:

1.- EDAD

a) 15 - 18

b) 19 - 30

c) 31 - 40

d) 40 a más

4.- ESTADO CIVIL:

a) soltera.

b) casada.

c) conviviente.

d) viuda.

e) divorciada.

2.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

a) primaria

b) secundaria

c) superior

d) otro;

Especifique: _____

5.- OCUPACIÓN

a) estudiante.

b) trabajadora.

c) ama de casa.

d) otros.

II. ESPECIFICOS: Datos Obstétricos

6.- Edad gestacional: _____ ss.

7.- G: _____ P: ___/___/___/___

8.- Tipo de gestante:

a) Primer parto: ()

b) Segundo parto: ()

c) Más de dos partos: ()

9.- Número de controles prenatales:

- b) fase activa prolongada
 - c) detención del descenso
 - d) otros
 - e) ninguna
- 18.- uso de episiotomía
- a) SI
 - b) NO
- 19.- Duración del periodo de expulsivo: _____min.
- 20.- Complicaciones
- a) Expulsivo prolongado
 - b) Desgarro cervical
 - c) Desgarro vaginal
 - d) Ninguna
- 21.- Desgarros:
- a) Desgarro perineal grado I
 - b) Desgarro perineal grado II
 - c) Desgarro perineal grado III
 - d) Desgarro perineal grado IV
 - e) Ninguno
- 22.- culminación del parto:
- a) Eutócico
 - b) Distócico
- 23.- Duración del periodo de alumbramiento: _____min.
- 24.- duración total del trabajo de parto: _____min.
- 25.- analgesia:
- a) SI
 - b) NO
- 26.- Tiempo de hospitalización: _____ días.

- 27.- Frecuencia cardiaca normal:
a) Bradicardia b) Normal c) Taquicardia
- 28.- Características del líquido amniótico
a) Claro b) Meconial fluido c) Meconial espeso
- 29.- Apgar del recién nacido
-

V. Actitudes frente al proceso del trabajo de parto con acompañante

- 30.- Características de la gestante
a) Colaboradora
b) No Colaboradora
- 31.- Percepción de la gestante frente al trabajo de parto
a) Tiene buenas referencias
b) Tiene malas referencias
c) No sabe
- 32.- Que emociones tiene respecto al trabajo de parto
a) Miedo
b) ansiedad
c) Confusión
d) tranquilidad

VI. Actitudes durante el puerperio con acompañante

- 33.- Características de la puérpera
a) Relajada y colaboradora
b) Ansiosa y No Colaboradora
- 34.- Como se siente que su pareja haya estado durante el parto
a) Feliz
b) Comprendida

c) Amada

35.- cree usted que todos los partos deberían ser con acompañamiento

a) Sí, porque _____

b) No, porque _____

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: BENEFICIOS CON EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PAREJA EN EL PROCESO DE TRABAJO DE PARTO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN LA CLINICA PARTICULAR MONTENOR SAC, 2015

Problema	Objetivo	Operacionalización			Método
		HIPOTESIS	Variable	Indicadores	
¿Cuáles son los beneficios con el acompañamiento de la pareja en el proceso del trabajo de parto en primigestas atendidas en la clínica Instituto Materno Infantil Montenor en el 2015?	Determinar los beneficios con el acompañamiento de la pareja en el proceso del trabajo de parto en primigestas	El estudio no tiene hipótesis por ser descriptivo	<p>Fase de dilatación</p> <p>Fase de expulsivo</p> <p>Puerperio inmediato</p>	<p>Duración Estado emocional Mitos y creencias Medicación Analgésia</p> <p>Duración Estado emocional Mitos y creencias Tipo de parto Anestesia local</p> <p>Duración Estado emocional</p>	<p>Cuantitativa dado que analiza diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificados y sus resultados pueden ser extrapolables a toda la población, con un determinado nivel de error y nivel de confianza Cuantitativo Cuantitativo por que se vale de</p>

			Recién Nacido	Sexo Contacto piel a piel Apgar Reanimación	los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.
--	--	--	------------------	--	---

