

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Lima - Perú, 2011

TESIS :

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR :

Mirella Flores Mercado

Dayan Melissa Olivares Martos

ASESORES :

Zaida Zagaceta Guevara

Oscar Munares García

Lima – Perú

2012

Agradecimientos

A Dios por ser siempre nuestro guía incondicional, a nuestros padres por su amor, confianza y apoyo, a nuestros asesores por su valiosa asesoría para la realización y finalización del presente trabajo.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por ser el principal “asesor” en los caminos que recorreremos por la vida, fortaleciendo e iluminando nuestros pasos en cada avance que realizamos.

A nuestros padres por su gran amor, confianza y apoyo incondicional.

A la Mg. Zaida Zagaceta Guevara y al Mg. Oscar Munares García por su valiosa asesoría para la realización y culminación de esta tesis.

A la Licenciada Karen Noemí La Rosa Ávila por su desinteresado apoyo y revisión del presente trabajo.

Una vez más, gracias a todos.

INDICE

	Pág.
I. Resumen	5
II. Introducción	6
III. Objetivos de la investigación	15
IV. Materiales y Métodos	16
V. Resultados	23
VI. Discusión	31
VII. Conclusión	35
VIII. Recomendaciones	36
IX. Bibliografía	37
X. Anexos	40

RESUMEN

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL TRABAJO DE PARTO CON ACOMPAÑANTE CAPACITADO, ACOMPAÑANTE INFORMADO Y SIN ACOMPAÑANTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. LIMA – PERÚ, 2011

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.

Resultados: Entre los resultados maternos 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.

Palabras Claves: Parto, acompañante, capacitado, informado y sin acompañante.

I. INTRODUCCION

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 ^{1,2}.

Es frecuente ver en hospitales de países de mediano y bajos ingresos, especialmente en América Latina y en algunos países de Asia, a parturientas sin apoyo y bajo un modelo de atención medicalizado y deshumanizado ³. La atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto. Los índices elevados de episiotomías y cesáreas constituyen los indicadores que señalan con claridad el elevado nivel de medicalización del parto de dichos lugares. Este modelo de atención puede caracterizarse como uno que promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las parturientas y contribuye con un costo global alto de los servicios médicos.

La atención de apoyo durante el trabajo de parto puede incluir apoyo emocional, medidas de alivio, información y defensa. Esta atención puede mejorar el proceso normal de trabajo de parto, así como el sentimiento de control y competencia de las mujeres y, por lo tanto, reducir la necesidad de intervención obstétrica.

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

proceso de parto ². Esta prerrogativa está asegurada legalmente en diversos países como en EEUU, Italia, Inglaterra, Francia, Chile, Cuba, Brasil, Puerto Rico y Uruguay desde hace mucho tiempo. En ellas se determina entre otros aspectos, el respeto al derecho de la parturienta de tener un acompañante de su elección en la hora del parto. Por ejemplo, entre las principales opciones del apoyo continuo del parto en los EE.UU se encuentra el acompañamiento por doulas (acompañantes con conocimientos del parto), y la asistencia de un amigo/a o familiar quien ha sido invitado/a a estar presente durante el parto ^{3,4}.

La presencia de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera y/u otro profesional, especialmente en el momento de trabajo de parto, es de gran soporte para ésta en uno de los momentos más críticos de su vida ⁵.

El Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (INMP), es el centro líder a nivel nacional del parto humanizado propuesto por el Ministerio de Salud, pues incluye los programas de parto vertical y parto con acompañante. Pero de acuerdo a las estadísticas de dicho Instituto, sólo el 12% de gestantes optan por el parto con acompañante, es decir se alcanzan sólo cuatro partos por esta modalidad al día; de un total de 11991 partos vaginales al año ⁶. Es por ello que es importante brindarle a la parturienta un atención con adecuación intercultural, que se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia ^{5,7}.

El parto es un proceso humano, fisiológico, absolutamente natural. Pero se lo ha deshumanizado considerándolo más bien un acto médico con rutinas institucionales excesivas. Se han impuesto como rutina una serie de acciones médicas que no siempre son necesarias, como la episiotomía, el uso de oxitocina, drogas, anestesia, fórceps, cesárea; y que muchas veces traen complicaciones que podríamos evitar ⁸.

Es cierto que la medicalización de los nacimientos ha servido para salvar muchas vidas de madres y bebés que antes morían por no contar con una asistencia profesional, nadie propone abandonar estos beneficios; pero los profesionales y parejas se han hecho conscientes de que existen derechos que no pueden ser avasallados con la excusa de un mayor control y prevención de complicaciones en el parto. Es entonces que para asegurar una atención de la mejor calidad posible y para quienes transcurran un embarazo sin problemas, surge el parto humanizado, éste propone respetar y crear condiciones para que todas las dimensiones del ser humano (psicológicas, biológicas y sociales), sean atendidas ⁸. Por ello, uno de los principales preceptos es la compañía durante el trabajo de parto, así el parto humanizado respeta las necesidades emocionales de la madre y el niño, contempla los valores culturales, étnicos y religiosos que le permite a la mujer asumir ese rol protagónico que siempre debe tener y en compañía del entorno emocional y social que ella requiera.

El estado emocional de la paciente, interfiere y ejerce una considerable influencia en la duración y las características del parto; y si este sucede en mayor tiempo presentan mayor grado de ansiedad, limitando su participación activa y aumentando los riesgos para el recién nacido. Así entonces, existen mayores posibilidades de presentar complicaciones obstétricas y por lo tanto, aumenta la morbimortalidad neonatal y materna ⁹.

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 ¹⁰.

Para ello lo que se busca en la actualidad es integrar todos estos conceptos acerca del parto humanizado e interculturalidad ^{8,10}. Como profesionales de la salud debemos tener conocimientos íntegros, que nos permitan entender este proceso fisiológico y para ello debemos comprender las diferentes modificaciones y actitudes por el cual pasa la gestante durante el trabajo de parto. Es necesario conocer estos términos en el que entendemos por parto a aquel evento fisiológico y dinámico que tiene como fin último la expulsión de un feto vivo o muerto con 22 semanas o más y la expulsión de sus anexos. En el que un parto normal va a ser designado como el comienzo espontáneo de bajo riesgo de un niño que nace espontáneamente en posición cefálica entre 37 a 41 semanas completas y que después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones para ello debemos de tomar en consideración dos factores el estado de riesgo del embarazo y el curso del parto y del nacimiento ^{11,12}.

En vistas de todas las evidencias científicas expuestas, en 1998 el Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal consideró la aparición del proyecto del parto con acompañante, teniendo en cuenta así la necesidad de compañía tanto en gestantes jóvenes como en adultas. Inclusive el año 2006 se realizó en la institución un estudio en el que concluyeron que el parto con acompañante capacitado constituye una opción de parto saludable y seguro al brindar apoyo y soporte emocional. Este proyecto fue aprobado por el servicio de psicoprofilaxis obstétrica de dicha institución, siendo ahora un “Programa, mas no un proyecto”. Para ingresar a este programa, los acompañantes debieron asistir como mínimo a 4 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, donde serían capacitados de forma teórica y práctica para asistir a la gestante desde el inicio del trabajo de parto. Como parte de este programa, se le brinda a la gestante y a su acompañante información acerca del embarazo y parto, se les apoya y estimula para que estén mejor preparados en el momento de la llegada de su bebé¹¹.

El programa parto con acompañante del Ministerio de Salud busca capacitar de manera integral a la gestante y a su acompañante con sesiones dirigidas de manera personalizada, mediante fundamentos teórico-práctico, diálogos,

ejemplos, figuras, maquetas, videos, ejercicios y simulacros de parto. Dicha capacitación se centra en la aceptación incondicional de la mujer, el apoyo emocional, el cuidado con el lenguaje y pudiendo usar técnicas de respiración u del manejo del dolor. Una adecuada respiración alivia las contracciones más intensas durante la fase de dilatación y las ganas de pujar antes de tiempo; la relajación, ayuda a controlar los niveles de estrés físico y emocional, ya que esta afecta al sistema nervioso simpático que asiste en el trabajo de parto. Poder relajarse entre contracciones se traduce, en muchas mujeres, en la posibilidad de enfrentar la próxima contracción con energías renovadas ^{13, 15, 26}.

Entonces un trabajo de parto con acompañante capacitado es aquel donde una gestante y su acompañante llegan preparados al parto luego de haber llevado el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Eliminando gracias a este, tensiones, angustias y emociones nocivas, con una seguridad incalculable, aliviando su dolor y reduciendo su nivel de estrés, adaptándose a una nueva situación intelectual, afectiva y corporal así como estimulando su actividad voluntaria. Esto quiere decir que se sustituye a la mujer pasiva y entregada al dolor por una mujer activa, perseverante, tranquila y con la tarea de cooperar con su mente, sus músculos y su respiración; con ayuda de un acompañante, para el mejor y más rápido nacimiento de su hijo ^{4, 8, 13, 17}.

Por lo tanto un acompañante es el que provee el soporte continuo, información, apoyo emocional, y físico de la mujer embarazada antes, durante y después del parto. El fundamento del cuidado de un acompañante se basa en el continuo soporte emocional y la confianza durante el proceso de parto que mejoran y facilitan todas las fases de la maternidad.

En vista de tales circunstancias se han realizado diversas investigaciones, en países de altos, mediano y bajos ingresos. En estos estudios se ha constatado que el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto por una persona de su elección, aumenta el bienestar de la madre, mejora los resultados del trabajo de parto y puerperio, y disminuye considerablemente la tasa de todas las intervenciones (menor uso de medicamentos para acelerar el trabajo de parto). Además de tener un parto vaginal más corto, periodo de expulsivo más

exitoso, parto no instrumentado, es decir, dar a luz sin fórceps o ventosa, tener sentimientos más positivos con respecto a su bebe y a su parto; y tener menos depresión postnatal ^{15,16,17,18 y 19}.

En un estudio que incluyó 16 ensayos de 11 países, con más de 13 000 mujeres en una amplia diversidad de ámbitos y circunstancias se obtuvo como resultado que las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de dar a luz de manera "espontánea". Sumado a ello, se halló que las mujeres tenían menor probabilidad de recibir analgésicos, tenían mayor probabilidad de sentirse satisfechas y pasaban por un trabajo de parto levemente más corto. En general, el apoyo en el trabajo de parto pareció ser más eficaz cuando era suministrado por mujeres que no eran parte del personal del hospital. También pareció ser más eficaz cuando se comenzaba a iniciarse el trabajo de parto. No se identificaron efectos adversos ²⁰.

Según Kennell y cols ²¹, sólo el 7,8% de parturientas acompañadas por doula optaron por el uso de analgesia. Caldas ²², encontró que existe una menor necesidad del uso de episiotomía y un menor número de complicaciones en las mujeres acompañadas.

En tres estudios realizados en escenarios diversos, como en Guatemala ^{20, 23, 24} y Houston ^{20, 24}, se encontró que la presencia de una doula reduce la duración del trabajo de parto en forma significativa. Por otro lado en las investigaciones de Zhang y Scott. ^{14, 25} se halló una reducción del tiempo de trabajo de parto gracias a la presencia continua de una doula.

Existen diversos estudios acerca del acompañamiento durante el trabajo de parto, el cual permite modificar positivamente este, obteniéndose mejores resultados tanto en la madre como en el recién nacido. Por todo lo expuesto surge la interrogante acerca de que diferencias existirían en los resultados maternos entre gestantes que cuentan con el apoyo de un acompañante capacitado (aquel que acudió a las sesiones de psicoprofilaxis), con aquellas que cuentan con el apoyo de un acompañante informado (aquel que sólo recibe información de psicoprofilaxis de emergencia en 15 minutos) y con aquellas

gestantes que no tienen acompañante durante el proceso de trabajo de parto. Por esta inquietud creemos importante realizar la presente investigación.

1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Acompañante capacitado:**

Es la persona que la parturienta escoge libremente para que la acompañe o asista durante las diversas etapas del trabajo de parto, los cuales pueden ser: pareja, madre, familiares, entre otros. Esta persona debe ser capacitada mediante la asistencia periódica a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (4 sesiones como mínimo), donde se le otorgará una certificación a nombre de la institución (Instituto Nacional Materno Perinatal) ⁽¹⁷⁾.

- **Acompañante informado:**

Es la persona que la parturienta escoge libremente para que la acompañe o asista durante las diversas etapas del trabajo de parto, los cuales pueden ser: pareja, madre, familiares, u otros. Este recibe información de psicoprofilaxis de emergencia (Es decir información acerca de las técnicas de relajación, de respiración, masajes sacrolumbares) dados por la Obstetra encargada por el lapso de quince minutos antes de ingresar a la Sala de Partos por voluntad propia. ⁽¹⁷⁾.

- **Doula:**

Es una persona que tiene conocimientos del embarazo, parto y puerperio, destacando entre ellos las técnicas de respiración, de relajación, y masajes que se deben brindar en el momento del trabajo de parto.

- **Control Prenatal:**

Asistencia Médica periódica durante su embarazo cuyo principal fin es la detección oportuna de factores de riesgo.

- **Ocupación:**

Labor que realiza cotidianamente la gestante o acompañante, que probablemente influirá en el natural desarrollo del trabajo de parto.

- **Paridad (P):**

Número total de recién nacidos a término, pre término, abortos y número de hijos vivos actualmente.

- **Proceso de Trabajo de Parto:**

Es el conjunto de acontecimientos que se suceden para permitir el nacimiento del bebé. Este conjunto tiene un inicio, una evolución y una finalización. Para esta investigación mediremos la variable considerando sólo tres factores:

- **El Inicio** puede ser espontáneo, cuando las contracciones se generan por si solas y contribuyen al descanso del bebé y a la dilatación del cuello uterino, o bien inducido, cuando por alguna razón es necesario finalizar el embarazo porque su continuación puede ser perjudicial para la mamá o para el bebé. Son llamadas causas de inducción del parto.
- **Durante el Trabajo del parto** tiempo que va desde la regularización de las contracciones uterinas, hasta la consecución del periodo de dilatación, expulsivo y alumbramiento.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. *Objetivo General*

- Comparar el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2011.

2. *Objetivos Específicos*

- Determinar las diferencias en la forma de inicio del trabajo parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2011.
- Determinar las diferencias en el tiempo de duración del trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2011.
- Determinar las diferencias sobre el uso de analgesia en el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2011.
- Determinar las diferencias sobre la realización de episiotomía, y la ocurrencia de desgarros en el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2011.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo prospectivo, descriptivo comparativo.

2. Área de estudio:

Instituto Nacional Materno Perinatal ubicado en Jr. Miroquesada s/n Barrios Altos, Lima Perú. Institución perteneciente al Ministerio de Salud de cuarto nivel de atención encargado de la atención especializada de la madre y del neonato.

3. Población de estudio

Gestantes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal para la atención del parto.

4. Diseño de estudio

Se trató de un estudio comparativo donde se asignaron a 185 gestantes divididas en 3 grupos: grupo 1: acompañante capacitado, grupo 2: acompañante informado y grupo 3: sin acompañante que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal para la atención de parto. En ellas se evaluaron características sociodemográficas de la gestante, datos obstétricos, datos del parto y finalmente las características del acompañante. Posteriormente se comparó los resultados entre los tres grupos de estudio, aplicándose estadísticas descriptivas e inferenciales con prueba de hipótesis significativo a un nivel de significación estadístico $p < 0,05$.

5. Definición de la población de estudio

Se estudió a las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, clasificadas en tres grupos: gestantes cuyo trabajo de parto fue con acompañante capacitado, con acompañante informado y sin acompañante.

- **Unidades de análisis:** La gestante

- **Unidades de observación:** La gestante

- **Criterios de inclusión**
 - ✓ Edad entre 20 a 35 años
 - ✓ Gestante sin complicaciones previas al trabajo de parto.
 - ✓ Control prenatal (mínimo 4 controles en el INMP)
 - ✓ Edad gestacional a término (37-41 semanas)
 - ✓ Feto único
 - ✓ Parto cefálico
 - ✓ Primíparas y/o multíparas (Estas últimas que hayan tenido sólo dos partos).
 - ✓ Gestante con acompañante capacitado:
 - Parturientas con su acompañante que hayan llevado Psicoprofilaxis Obstétrica (4 sesiones como mínimo) en el INMP.
 - ✓ Gestante con acompañante informado
 - Parturientas con su acompañante que este último haya recibido información de Psicoprofilaxis de Emergencia en el INMP.
 - ✓ Gestante sin acompañante

- **Criterios de exclusión**
 - ✓ Gestantes adolescentes y gestantes mayores de 35 años.
 - ✓ Gestantes con complicaciones obstétricas previas al trabajo de parto.
 - ✓ Gestantes sin control prenatal
 - ✓ Edad gestacional a pretérmino (menos de 37 semanas) y edad gestacional posttérmino (mayor de 41 semanas)
 - ✓ Multíparas que hayan tenido más de dos partos.
 - ✓ Gestación múltiple

6. Diseño muestral

a. Tipo de muestreo:

El muestreo es de tipo probabilístico, sistematizado.

b. Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra estuvo representado por 185 gestantes atendidas en el Instituto Materno Perinatal del año 2011.

c. Procedimientos de muestreo:

En lo que respecta a la muestra, ésta estuvo comprendida en tres grupos: gestantes con acompañante capacitado, gestantes con acompañante informado y gestantes sin acompañante que accedieron a participar en el estudio de manera voluntaria.

Para el cálculo de la muestra se apeló a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p(1-p)}$$

Donde:

- **n:** es el tamaño muestral
- **N:** es el tamaño de la población de 685 gestantes que tuvieron atención de parto vaginal para el mes de Abril en el INMP.
- **Z:** es el valor correspondiente a la distribución de Gauss de 1.96

- **p**: proporción esperada de la característica a evaluar de 0.79
- **q**: es 1-p (q = 0.21).
- **d**: es el error de muestreo de 0.05.

Para el cálculo del tamaño muestral, tomamos un intervalo de confianza (IC) al 95% y +/- 5% de error de muestra; con una prevalencia esperada (p) de partos vaginales de 79%, que se obtuvo en el mes de abril del año 2011 en el INMP.

Aplicando la formula:

IC: 95%

Z: 1.96

p: 0.79

q: 0.21

N-1: 684

d : 0.05

N: 685

Población (N)	N	%	n
Gestante sin acompañante	553	80.7	150
Gestantes con acompañante informado	94	13.7	25
Gestante con acompañante capacitado	38	5.6	10
Total	685	100	185

n : 185

7. Variables del estudio

○ Variable independiente

Acompañante: Es la persona que ha elegido la parturienta como acompañante, que puede ser su pareja, madre, o algún otro familiar durante el proceso de trabajo de parto.

- Acompañante capacitado: es quien asiste regularmente a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y las culmina.
- Acompañante informado: es aquel que recibe información acerca de psicoprofilaxis de emergencia, por el lapso de quince minutos antes de ingresar a la Sala de Partos por voluntad propia.
- Sin acompañante

○ Variable dependiente:

Trabajo de parto: constituye un proceso fisiológico en los que se conjugan un grupo de factores en una sabia armonía, con el fin de traer un nuevo ser.

- Forma de inicio del trabajo de parto
- Duración del trabajo de parto:
 - Duración del periodo de dilatación
 - Duración del periodo de expulsivo
 - Duración del periodo de alumbramiento
 - Duración total del trabajo de parto
- Uso de analgesia
- Uso de episiotomía
- Ocurrencia de desgarro perineal

- **Variables intervinientes**

- ***Características de la gestante***

- Datos generales:***

- Edad
 - Estado civil
 - Grado de instrucción
 - Ocupación

- Datos obstétricos:***

- Formula obstétrica
 - Edad gestacional
 - Tipo de gestante
 - Número de controles prenatales
 - Número de sesiones de psicoprofilaxis

- ***Características del acompañante***

- Edad
 - Estado civil
 - Grado de instrucción
 - Ocupación
 - Tipo de acompañante: pareja, madre, familiar.

8. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica utilizada fue una ficha de recolección de datos con la cual obtuvimos características socio demográficas de la gestante, datos obstétricos, datos del parto y finalmente características del acompañante. (Ver anexo 1). También se realizó la observación documental de la historia clínica y del carné perinatal.

9. PLAN DE PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el proceso de consentimiento informado, iniciando con la lectura del mismo, absolución de preguntas y firma de este, se entregó una copia del consentimiento al paciente (ver anexo 2). Luego se revisó las historias clínicas para la obtención de las variables, así como del carné perinatal para obtener los datos del acompañante. Al final, se agradeció a la paciente por su participación.

- ***Plan de tabulación***

Una vez concluida la recolección de datos, se procedió a vaciarlos y tabularlos según las tablas prediseñadas para este fin. Para ello, se revisó cada ficha de recolección, verificándose así los datos obtenidos que luego de ser procesados tuvieron legibilidad fácil entendimiento y consistencia.

- ***Plan de Análisis***

Los datos fueron procesados y analizados usando un software destinado para el estudio; se hizo empleo de SPSS versión 19 y Microsoft Excel, programas destinados a realizar análisis estadísticos.

10. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

- ***Consideraciones éticas***

Para la aplicación de la ficha de recolección de datos se esperó la aprobación por el Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal. Luego se hizo extensivo el uso del consentimiento informado el cual contiene los objetivos de la investigación e información acerca de los riesgos y beneficios del presente estudio. Este documento nos garantizó la aceptación de la paciente.

Se mantuvo la confidencialidad de la gestante, pues las fichas eran anónimas. La información registrada no podrá ser revelada a fuentes externas por tener fines académicos.

IV. RESULTADOS

Los resultados se presentan en cuatro áreas, la primera está referida a las características sociodemográficas de la gestante, la segunda corresponde a los datos obstétricos, la tercera corresponde a los datos del trabajo de parto y finalmente la cuarta a las características del acompañante.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA GESTANTE

Tabla N° 1. Edad (años) según distribución de grupos de estudio– Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011

Variables	X ± DE
Acompañante Capacitado	25,1 ± 5,2
Acompañante Informado	25,6 ± 5,2
Sin Acompañante	26,2 ± 4,7

Al comparar las características sociodemográficas de las pacientes encuestadas, encontremos que la edad promedio del grupo con acompañante capacitado es de 25,1 ± 5,2 años, la edad promedio del grupo con acompañante informado es de 25,6 ± 5,2 años y la del grupo sin acompañante es de 26,0 ± 4,7 años.

Tabla N° 2. Características Socio demográficas según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011

Características socio demográficas	Tipo de acompañante		
	Capacitado	Informado	Sin acompañante
	n = 10 %	n = 25 %	n = 150 %
Grado de instrucción			
Primaria completa	0,0	4,0	0,7
Primaria incompleta	0,0	4,0	1,3
Secundaria completa	70,0	48,0	64,7
Secundaria incompleta	10,0	28,0	21,3
Superior técnico	20,0	16,0	12,0
Estado civil			
Soltera	10,0	16,0	10,0
Conviviente	70,0	80,0	74,0
Casada	20,0	4,0	16,0
Ocupación			
Independiente	50,0	32,0	21,3
Dependiente	10,0	20,0	16,0
Ama de casa	40,0	48,0	62,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Se observa que el grado de instrucción que predomina es el de secundaria completa en los tres grupos de estudio (con acompañante capacitado 70%, con acompañante informado 48%, y sin acompañantes 64,7%).

Observamos que las pacientes de los grupos de estudio son en su mayoría convivientes, siendo el grupo con acompañantes informados el de mayor porcentaje (80%), seguido del grupo sin acompañante (74%) y por último con acompañantes capacitados (70%).

En cuanto a la ocupación hallamos que las pacientes de los grupos de estudio con acompañante informado y sin acompañantes son en su mayoría amas de casa, (48% y 62,7% respectivamente); mientras que en el grupo con acompañantes capacitados predomina la ocupación independiente (50%).

DATOS OBSTETRICOS DE LA GESTANTE

**Tabla N°3. Edad gestacional (semanas) según distribución de grupos de estudio
– Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011**

Variables	X ± DE
Acompañante Capacitado	39,0 ± 1,0
Acompañante Informado	39,1 ± 1,0
Sin Acompañante	39,1 ± 1,2

Observamos que en la tabla N°3, la edad gestacional promedio es de 39,0 ± 1,0 semanas en el grupo con acompañantes capacitados; 39,1 ± 1,0 semanas en el grupo con acompañantes informados y 39,1 ± 1,2 semanas en el grupo sin acompañantes.

Tabla N° 4 Datos Obstétricos según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011

Datos Obstétricos	Tipo de acompañante		
	Capacitado	Informado	Sin acompañante
	n = 10 %	n = 25 %	n = 150 %
Sesiones de Psicoprofilaxis			
Adecuado >4	100,0	12,0	15,3
Insuficiente <4	0,0	0,0	6,0
No llevo	0,0	88,0	78,7
Número de controles prenatales			
Adecuado >4	90,0	56,0	62,7
Insuficiente <4	10,0	44,0	37,3
Tipo de Gestante			
Primípara	70,0	60,0	60,7
Múltipara	30,0	40,0	39,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0

En la tabla N° 4, en cuanto al número de sesiones de psicoprofilaxis llevadas por las pacientes de los grupos de estudio, encontramos que el 100% del grupo con acompañantes capacitados llevo más de 4 sesiones de psicoprofilaxis, por el contrario, el grupo con acompañante informado y sin acompañante no llevaron el curso de psicoprofilaxis en un 88% y 78,7% respectivamente.

En cuanto al número de controles prenatales llevadas por las pacientes de los grupos de estudio, encontramos que el grupo con acompañantes capacitados llevó más de 4 controles prenatales en un 90%; el grupo con acompañantes informados llevó más de 4 controles prenatales en un 56% y el grupo de sin acompañantes llevó más de 4 controles prenatales en un 62,7%.

Observamos que la mayoría de las gestantes del estudio fueron primíparas para los tres grupos (con acompañantes capacitados 70%, con acompañante informado 60%; y sin acompañante 60,7).

RESULTADOS DEL TRABAJO DE PARTO DE LA GESTANTE

Tabla N°5. Forma de inicio del trabajo de parto según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011

FORMA DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	Tipo de acompañante		
	Capacitado	Informado	Sin acompañante
	n = 10 %	n = 25 %	n = 150 %
Espontáneo	100,0	92,0	74,0
Inducido	0,0	8,0	26,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Con respecto a la forma de inicio del trabajo de parto, se observa que el inicio espontáneo fue marcadamente mayor en el grupo con acompañante capacitado (100%) que en los otros dos (con acompañante informado (92%) y sin acompañante (74%)). Por el contrario, la inducción predomina en el grupo sin acompañante (26%), seguido del grupo con acompañantes informados (8%). Mostrando así una diferencia significativa.

Tabla N°6. Duración del trabajo del parto por periodos, según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011

Duración del trabajo de Parto por periodos	Tipo de acompañante		
	Capacitado	Informado	Sin acompañante
	X ± DE	X ± DE	X ± DE
Tiempo del periodo de dilatación	336,6 ± 52,7	385,0 ± 152,7	506,1 ± 131,7
Tiempo del periodo del expulsivo	6,5 ± 1,1	11,7 ± 5,4	14,0 ± 5,9
Tiempo del periodo del alumbramiento	5,2 ± 0,6	5,8 ± 1,7	8,0 ± 3,6
Tiempo total del trabajo de parto	348,3 ± 52,4	402,1 ± 155,9	527,7 ± 133,3

Observamos que el promedio del tiempo del periodo de dilatación fue de 336,6 ± 52,7 minutos para el grupo con acompañantes capacitados, 385,0 ± 152,7 minutos para el grupo con acompañantes informados y 506,1 ± 131,7 minutos para el grupo sin acompañantes.

Observamos que el promedio del tiempo del periodo expulsivo fue 6,5 ± 1,1 minutos para el grupo con acompañantes capacitados, 11,7 ± 5,4 minutos para el grupo de acompañantes informados y 14,0 ± 5,9 minutos para el grupo sin acompañantes.

Observamos que el promedio del tiempo del periodo del alumbramiento fue 5,2 ± 0,6 minutos para el grupo de acompañantes capacitados, 5,8 ± 1,7 minutos para el grupo de acompañantes informados y 8,0 ± 3,6 minutos para el grupo sin acompañantes.

Observamos que el promedio del tiempo total de la duración del trabajo de parto fue 348,3 ± 52,4 minutos para el grupo con acompañantes capacitados, 402,1 ± 155,9 minutos para el grupo con acompañantes informados y 527,7 ± 133,3 minutos para el grupo sin acompañantes.

Tabla N° 7. Uso de Analgesia según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011

USO DE ANALGESIA	Tipo de acompañante		
	Capacitado	Informado	Sin acompañante
	n = 10 %	n = 25 %	n = 150 %
Si	10,0	36,0	49,3
No	90,0	64,0	50,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Hallamos que el grupo con acompañantes capacitados no hizo uso de analgesia (90%) comparado al grupo con acompañantes informados (64%) y el de sin acompañantes (50,7%), siendo estadísticamente significativa las diferencias.

Tabla N° 8. Uso de Episiotomía según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011

USO DE EPISIOTOMIA	Tipo de acompañante		
	Capacitado	Informado	Ninguno
	n = 10 %	n = 25 %	n = 150 %
Si	20,0	44,0	57,3
No	80,0	56,0	42,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Se observa un menor porcentaje de uso de episiotomía en el grupo con acompañante capacitado (20%), a diferencia del grupo con acompañante informado (44%) y aquellas sin acompañantes (57,3%) que requirieron en su mayoría de ésta; siendo la diferencia significativa entre los tres grupos.

Tabla N° 9. Tipo de desgarro según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011

TIPO DE DESGARRO	Tipo de acompañante		
	Capacitado	Informado	Sin acompañante
	n = 10 %	n = 25 %	n = 150 %
Desgarro perineal grado I	10,0	44,0	57,3
Desgarro perineal grado II	0,0	0,0	0,7
Desgarro perineal grado III	0,0	0,0	0,0
Ninguno	90,0	56,0	42,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Observamos que el grupo con acompañantes capacitados no presentó complicaciones en un 90%, comparado con el grupo de acompañantes informados que no las presentó en un 56 %, y el de sin acompañantes en un 42%, lo cual es altamente significativo.

CARACTERISTICAS DEL ACOMPAÑANTE

Tabla N° 10. Tipo de Acompañante según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011

Tipo de Acompañante	Acompañante	
	Capacitado	Informado
	n = 10 %	n = 25 %
Pareja	100,0	64,0
Madre	0,0	24,0
Familiar	0,0	12,0
TOTAL	100,0	100,0

En el caso de las características del acompañante. Encontramos que la pareja es el acompañante más requerido por la gestante durante su labor de parto en ambos grupos: acompañantes capacitados (100%) y acompañantes informados (64%). En éste último las madres de las parturientas (24%) ocupan el segundo lugar.

Tabla N° 11 Características de los Acompañantes según distribución de grupos de estudio – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011

Tipo de Acompañante		Tipo de Acompañante	
		Capacitado	Informado
		n = 10 %	n = 25 %
Grado de Instrucción	Primaria	0,0	12,0
	Secundaria	80,0	72,0
	Superior	20,0	16,0
Ocupación	Independiente	70,0	76,0
	Dependiente	30,0	12,0
	Ninguno	0,0	12,0
TOTAL		100,0	100,0

En la tabla N°11, se observa que el grado de instrucción que predomina en los acompañantes es el de secundaria (acompañantes capacitados 80%, acompañantes informados 72%).

En cuanto a la ocupación hallamos que la gran mayoría cuenta con un trabajo independiente en ambos grupos (acompañantes capacitados 70%, acompañantes informados 76%).

V. DISCUSION

El apoyo del acompañante en el trabajo de parto y parto, no está siendo utilizado extensamente o en su totalidad en los establecimientos de salud. Podemos ver, por ejemplo, en las estadísticas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (INMP), centro líder a nivel nacional del parto humanizado propuesto por el Ministerio de Salud, sólo el 12% de gestantes tuvo parto con acompañante, es decir se alcanzó sólo cuatro partos por esta modalidad al día; de un total de 11991 partos vaginales al año en el 2010⁶.

En cuanto al inicio del trabajo de parto, se esperaba que la forma espontánea sea la más preponderante, y así fue, obteniéndose resultados estadísticamente significativos. El 100% del grupo con acompañantes capacitados logró iniciar espontáneamente el trabajo de parto a comparación del grupo de acompañantes informados que lo hizo en un 92% y el grupo de gestantes sin acompañante que logró hacerlo sólo en un 74%. Lo que guarda relación con lo hallado en la investigación de Hodnett y cols.¹⁹ quienes encontraron una mayor posibilidad de parto vaginal espontáneo contando con el apoyo continuo de una persona en el momento del trabajo de parto (15 ensayos; n = 13 357; RR 1,07; IC del 95%: 1,04 a 1,12). Asimismo en estudios randomizados controlados, desarrollado en Houston²⁴ se encontró que el 12% de las mujeres con el manejo habitual presentaron un parto natural comparado con el 55% de quienes tuvieron el apoyo de una doula (mujer que acompaña a la gestante durante el trabajo de parto y parto, ofreciéndole apoyo emocional continuo).

El siguiente punto de discusión es el tiempo de la duración de las 3 primeras etapas del trabajo de parto (Dilatación, expulsivo y alumbramiento) y la duración total de éste. En la presente investigación se encontró que la duración promedio del periodo de dilatación, expulsivo y alumbramiento en el grupo con acompañantes capacitados fue significativamente menor ($336,6 \pm 52,7$ minutos; $6,5 \pm 1,1$ minutos; $5,2 \pm 0,6$ minutos) con respecto al grupo con acompañantes informados ($385,0 \pm 152,7$ minutos; $11,7 \pm 5,4$ minutos; $5,8 \pm 1,7$ minutos) y aun más en comparación con el grupo de parturientas sin acompañantes ($506,1 \pm 131,7$ minutos; $14,0 \pm 5,9$ minutos; $8,0 \pm 3,6$ minutos). Asimismo, se

encontró que el promedio de la duración total del trabajo de parto fue menor en el grupo con acompañantes capacitados (348,3 ±52,4 minutos), seguidos del grupo con acompañantes informados (402,1 ±155,9 minutos) y finalmente el grupo con acompañantes (527,7±133,3 minutos). Esta reducción de la duración del trabajo de parto se evidenció en 3 estudios realizados en escenarios diversos, como en Guatemala ^{20, 21,23} y Houston ^{20, 24}, donde se encontró que la presencia de una doula reduce la duración del trabajo de parto en forma significativa. Por otro lado Zhang y cols. ²⁵ en un metanálisis de 7 ensayos randomizados controlados observó una reducción del tiempo de trabajo de parto de 2,8 horas (95% [CI] 2,2-3,4). De igual modo, en un metanálisis de 11 Estudios Randomizados Controlados, Scott y cols.¹⁴ encontró que con la presencia continua de una doula, la duración del trabajo de parto tuvo una reducción de 98 minutos cuando se compararon con aquellas gestantes de manejo habitual (gestantes que estuvieron solas en su labor de parto).

En cuanto al uso de analgesia el grupo con acompañantes capacitados no requirió el uso de analgesia durante el trabajo de parto en un 10%, a comparación del grupo con acompañantes informados que no hizo uso de esta en 36% y el grupo de gestantes sin acompañante que no lo requirió en 49,3%. Lo cual guarda relación con una revisión sistemática de Cochrane, Hodnett y cols ¹⁹, observaron que la presencia de una doula reduce el uso de analgesia, debido que compararon la presencia de una doula con el manejo habitual y el uso de analgesia regional (n=10.048; riesgo relativo (RR)= 0,90, 95% intervalo de confianza (CI) 0,81-0,9) y 11 ensayos usando cualquier tipo de analgesia (n=11.051; RR= 0,87, 95% CI= 0,79-0,96). Además en la investigación de Kennell y cols ²¹, se menciona que la presencia de una doula, reduce el uso de analgesia; pues en los tres grupos de estudiados el 7,8% de aquellas acompañadas por doula, 22,6% de las que solo fueron observadas y 55% de las mujeres con el manejo habitual, optaron por el uso de analgesia.

En cuanto al empleo de la episiotomía nuestro estudio reportó un menor porcentaje de su uso en el grupo con acompañante capacitado (20%), a comparación del grupo con acompañante informado (44%) y el grupo de gestantes sin acompañantes (57,3%). Según Caldas ²², estos resultados son

concluyentes, pues demuestra que existe un 34% menos necesidad del uso de episiotomía en mujeres acompañadas. Asimismo en un trabajo de investigación realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal por Oria ¹, se evidenció que al comparar al total de gestantes, un 33% de gestantes acompañadas no necesitaron el uso de episiotomía contrastando con sólo el 17,1% de pacientes no acompañadas que tampoco lo necesitaron.

En cuanto a la ocurrencia de desgarros (Grado I, II, III), ésta lesión del tracto genital ocurre generalmente de manera espontánea o secundario a la episiotomía. En la presente investigación en los tres grupos de estudio se logró que el porcentaje de desgarros fueran mínimas, obteniéndose resultados estadísticamente significativos. El 90% del grupo con acompañantes capacitados no presentó desgarros a comparación del grupo con acompañantes informados que no lo hizo en 56% y el grupo de gestantes sin acompañante en un 42%, lo cual guarda relación con el trabajo de investigación de Oria ¹. En donde se encontró que el 70% de gestantes acompañadas no presentó algún tipo de desgarro y que el 45,6% de gestantes sin acompañantes tampoco llegó a presentarlos.

Como podemos observar en nuestros resultados la pareja es el acompañante más requerido por la gestante durante su labor de parto en ambos grupos: acompañantes capacitados (100%) y acompañantes informados (64%). El vínculo amoroso que une a los conyugues es determinante en la necesidad de compartir una de las experiencias más importante y trascendental de sus vidas (El embarazo y trabajo de parto).

Pero no debemos dejar de lado al otro tipo de acompañante, la madre, que ocupó el segundo lugar en el grupo de acompañantes informados (24%). En un estudio anterior realizado por Oria en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se encontró que la pareja es quien en su mayoría acompaña a la gestante durante el trabajo de parto (86,7%), seguido de la madre (13,3%) ¹. Se aprecia aquí un marcado ambiente familiar, en un momento tan crucial en la vida de toda mujer, esta siente una fuerte necesidad de apoyarse en alguien conocido para su alivio no solo su dolor sino de su soledad (Enkin, Lumley y Keirse, 1995) ¹⁶.

El acompañamiento contribuye así, a que la parturienta, su hijo y su familia compartan la experiencia del trabajo de parto de forma integral y saludable, llevándose consigo un recuerdo positivo de aquel momento tan simbólico e importante.

VI. CONCLUSIONES

Los resultados maternos fueron significativamente favorables en su mayoría, para el grupo con acompañantes capacitados: teniendo un inicio espontáneo del trabajo de parto, un menor uso de oxitócicos, menor uso de analgésicos, una menor duración del trabajo de parto, menor uso de episiotomía y una menor ocurrencia de desgarros.

El inicio espontáneo del trabajo de parto fue significativamente mayor en el grupo con acompañantes capacitados (100%).

La duración total del trabajo de parto, así como la duración por periodos, fue significativamente menor en el grupo con acompañantes capacitados.

El grupo de acompañantes capacitados optó por un requerimiento menor de analgesia (10%), siendo este resultado estadísticamente significativo.

Existió un menor uso de episiotomía, siendo estadísticamente significativo, en el grupo con acompañantes capacitados (20,0%).

Se obtuvo un menor número de desgarros perineales de I grado para el grupo con acompañantes capacitados (10,0%), resultando significativo.

VII. RECOMENDACIONES

En caso de investigaciones futuras se sugiere hacer un seguimiento más prolongado, para obtener un mayor conocimiento de otros posibles beneficios y sobre las repercusiones del acompañamiento a largo plazo.

Fomentar la participación activa de la pareja en la gestación, parto y puerperio durante el control prenatal y el programa de psicoprofilaxis obstétrica.

Promover el programa de psicoprofilaxis obstétrica en aquellos lugares más alejados de nuestro país donde ésta práctica ha sido desvalorizada u olvidada, toda vez que juega un rol muy importante en la participación activa de la gestante, su pareja y/o familia en el trabajo de parto.

Promover el programa de parto con acompañante del MINSA haciéndose extensivo a todos los establecimientos de salud del país con un seguimiento a futuro y una evaluación de los resultados con respecto a los beneficios de éste, no dejando de lado las características socioculturales de la población

Sensibilizar al personal de salud sobre los beneficios del acompañamiento a la gestante durante el trabajo de parto, tanto para ella, como para los que la atenderán y por el establecimiento de salud.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Oria Cecilia. Influencia del parto con acompañante en el proceso de trabajo de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal. (Tesis), 2007.
2. Transformación de la gestión hospitalaria protocolo de acompañamiento integral a la gestante por una persona significativa en el proceso de parto (pre-parto, parto y postparto). Hospital de Huasco-Chile. Disponible en:http://www.saludatacama.cl/PDS/PRESUPUESTO/Protocolo_Acompañamiento_al_Partido_Hospital_Huasco.pdf
3. Biblioteca de salud reproductiva de la OMS. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto, 2007. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/Alcom2/es/index.html
4. Ley de acompañamiento del parto. Ley N° 17.386, aprobada en Uruguay durante el 2001.
5. Norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural. 2005.
6. Estadística Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú 2010. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/multimediaFotos.php?idGaleria=68>
7. Parto y nacimiento humanizado. 2003. Disponible en: <http://www.partohumanizado.com.ar/>
8. Parto humanizado. Astrolabio. Revista Salud Disponible en: <http://www.astrolabio.net/revistas/articulos/11015886841810.php>
9. Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. España, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
10. Mongrut, Andrés. Tratado de Obstetricia normal y patológica. 4ta Edición. Editorial los Andes. Lima Perú- 2007. Pág. 277-320.
11. Ricardo Schwarcz, Carlos Duverges, Ricardo Fescina. Obstetricia. 6ta Edición. Buenos aires, Argentina. El Ateneo 2005. Pág. 431-497.
12. ASPOO. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. 2da Ed. Pág. 135-139

13. Morales, Sabrina. La psicoprofilaxis obstétrica como eje de la prevención prenatal. 1ra edición. Perú 2004. Pág. 111-116
14. Scott KD, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor. A meta-analysis. American Journal of Obstetrics Gynecology. 1999 May;180(5):1054-9
15. Marshall H. Klaus, John H. Kennell. The doula Book. Perseus. Publishing 2002.
16. Barcaz, Hechebarria y cols. Impacto de la preparación Psicoprofiláctica para el parto en indicadores maternos infantiles, Manatí, 2004. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEEApFuVpkvdQvloMY.ph>
17. Maternity Center Association (Sitio Web). Un apoyo continuo durante el parto proporciona importantes beneficios para la madre y el bebé y no posee desventajas conocidas. Nueva York, 2003: Boletín semanal del centro de recursos de la red IBFAN de América Latina y el Caribe (publicación en línea).
18. Manrique De la Lara Digana y cols. Influencia del acompañamiento de un familiar durante el trabajo de parto. Centro de salud Aparico Pomares – Huanuco 2004 – 2005
19. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. Valdés L. Verónica, Morlans H. Ximena. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2005 [citado 2012 Mar 01]; 70(2): 108-112. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200010&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262005000200010.
21. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled

- trial. The Journal of the American Medical Association; 265: 2197-2201, 1991.
22. Caldas H. Maritza. Practicas rutinarias en la atención del parto: Lo que dicen las evidencias. I curso internacional: El parto institucional. Estrategia para una mejor atención. Hospital de Emergencias Grau; Lima-Perú 2006
 23. Sosa R, Kennell JH, Klaus MH, Robertson S, Urrutia J. "The effect of supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction" N Engl J Med, Sep 11;303:597-600, 1980.
 24. Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. Br Med J (Clin Res Ed). September 6; 293: 585–587, 1986
 25. Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. American Journal of Obstetrics Gynecology. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841285>
 26. Jiménez Miranda y col. Aplicación del programa nacional de maternidad y paternidad responsables. Evaluación y control de sus acciones integrales. Artículo en línea. MEDISAN 2005. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san03205.htm
 27. Soto L Carmen, Teuber L Hilda, Cabrera F Clemencia, Marín N Miguel, Cabrera D Jorge, Da Costa S Mahal et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5262006000200005&lng=esdoi: 10.4067/S0717-75262006000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5262006000200005&lng=esdoi:10.4067/S0717-75262006000200005).
 28. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2005. Oxford, Update Software Ltda. Disponible: <http://www.update-software.com>.

IX. ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL TRABAJO DE PARTO CON
ACOMPAÑANTE CAPACITADO, ACOMPAÑANTE INFORMADO Y SIN
ACOMPAÑANTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.
LIMA – PERÚ, 2011”**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

H.C: _____

Fecha: __/__/__ Hora: ____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA GESTANTE

1. Edad: ____ años
2. Grado de instrucción
 - Analfabeta
 - Primaria completa
 - Primaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Superior Técnico
 - Superior universitario
3. Estado civil
 - Soltera
 - Conviviente
 - Casada
4. Ocupación
 - Independiente
 - Dependiente
 - Ama de casa

II. DATOS OBSTETRICOS

5. Edad gestacional: ___ ss.
6. G___ P___/___/___/___
7. Tipo de gestante:
- Primípara ()
- Multípara ()
8. Número de controles prenatales : ___ veces
9. Número de sesiones Psicoprofilaxis : ___ veces

III. DATOS DEL TRABAJO DE PARTO

10. Forma de inicio del trabajo de parto
- Espontáneo ()
- Inducido ()
11. Duración del periodo de dilatación : _____(minutos)
12. Duración del periodo de expulsivo : _____(minutos)
13. Duración del periodo de Alumbramiento: _____(minutos)
14. Duración total del Trabajo de Parto : _____(minutos)
15. Analgesia:
- Si ()
- No ()
16. Uso de episiotomía
- Si ()
- No ()
17. Desgarros
- Desgarro perineal grado I ()
- Desgarro perineal grado II ()
- Desgarro perineal grado III ()
- Ninguno ()

IV. CARACTERISTICAS DEL ACOMPAÑANTE

Acompañante capacitado

Acompañante informado

Sin acompañante

18. Edad : ____ años

19. Tipo de acompañante

Pareja ()

Madre ()

Familiar ()

Otros ()

20. Grado de instrucción

Ninguna ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

21. Ocupación del acompañante

Independiente ()

Dependiente ()

Ninguno ()



ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL TRABAJO DE PARTO CON
ACOMPAÑANTE CAPACITADO, ACOMPAÑANTE INFORMADO Y SIN
ACOMPAÑANTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.
LIMA – PERÚ, 2011”**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN**

Flores Mercado Mirella

Alumna de pre-grado

E.A.P Obstetricia.

UNMSM

mire_f70m@hotmail.com

Olivares Martos, Dayan

Alumna de pre-grado

E.A.P Obstetricia.

UNMSM

naughty_meli@hotmail.com

La presente estudio, tiene la intención de determinar la relación que existe entre apoyo del acompañante durante el trabajo de parto y su influencia en los resultados maternos-perinatales, con la finalidad de brindar una atención a la usuaria.

Introducción

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de averiguar la relación que existe entre el apoyo del acompañante durante el trabajo de parto y su influencia en los resultados materno – perinatales, la participación de su persona es importante, voluntaria e incluirá solamente pacientes que deseen participar y que cuenten con los criterios de inclusión y exclusión. Para ello, se

está pidiendo su autorización para dicho estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: el propósito del estudio, beneficios, confidencialidad.

Propósito del estudio

El propósito del estudio de investigación es determinar la relación que existe entre el apoyo del acompañante durante el trabajo de parto y su influencia en los resultados materno – perinatales, y compararlos con tres grupos (gestantes con acompañante capacitado, gestantes con acompañante informado, gestantes sin acompañante), para así poder determinar la asociación existente.

Beneficios

Los beneficios encontrados que dará la investigación serán para la institución, contar con determinantes existentes entre el apoyo del acompañante durante el trabajo de parto y su influencia en los resultados maternos-perinatales.

Confidencialidad de la información

Toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador, por un periodo no mayor de 5 años, posteriormente los formularios serán eliminados.

Consentimiento / Participación voluntaria

Mi participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recojan será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Mis respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las encuestas se destruirán. Si accedo a participar en este estudio, se me pedirá responder a las preguntas de una encuesta, lo cual me tomará aproximadamente 10 minutos de mi tiempo.

Si tengo alguna duda sobre la encuesta, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación, y si deseo no responder, estoy en todo mi derecho. Igualmente, puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin que eso me perjudique en ninguna forma.

Declaración de la Paciente

He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no hay renuncia mía a nuestros derechos como pacientes o ciudadanos.

Yo.....Acepto, participar voluntariamente en la presente investigación habiendo sido previamente informada. Me han indicado también que tendré que responder preguntas de la encuesta a realizarse, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos; reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre participante

Firma Participante

Nombre del investigador

Firma del investigador

ID: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: _____



ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL TRABAJO DE PARTO CON
ACOMPAÑANTE CAPACITADO, ACOMPAÑANTE INFORMADO Y SIN
ACOMPAÑANTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.
LIMA – PERÚ, 2011”**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
(DIRECTIVA N°007-DG-INMP-10)**

FECHA:

YO:de años de edad; identificada con DNI
N°.....grado de instrucción:.....historia
clínica N°:.....,religión.....en pleno uso de mis facultades
mentales y de mis derechos de salud acepto que mi acompañante durante mi
trabajo de parto se:....., identificado con DNI:.....cuyo
parentesco es.....

Quien participará brindándome apoyo durante todo el proceso, de acuerdo a la
información educativa en Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, brindada
por la Obstetrix asignada, cabe mencionar que tanto mi acompañante como yo,
estamos informados en forma verbal y escriba de los procedimientos que se
realizan durante mi atención, mi acompañante se retirara de la sala de labor,
previa comunicación del personal encargado de la atención a fin de permitir la
actuación del equipo de salud.

Asimismo se nos ha explicado los beneficios del parto con acompañante, los
cuales son:

- Fortalecer el vínculo familiar con la participación del padre en el proceso del parto.
- Apoyo afectivo, brindando seguridad y fuerza a la gestante en el trabajo de parto.
- Afianzar el apego del trinomio madre-hijo-padre.
- Participación activa del acompañante en el proceso del parto.
- Satisfacción de la gestante de contar con su pareja en el momento del nacimiento de su bebe.

Y los riesgos que pudieran presentarse durante el parto con acompañante:

- Respuesta desfavorable y negativa del acompañante (inestabilidad emocional, desmayo, choque emocional, convulsiones y traumatismo producto de los anteriores).
- Respuesta desfavorable y negativa de la gestante.

Ha realizado las preguntas que considere oportuna, todas las cuales han sido absueltas con respuestas que considero suficientes y aceptables; brindada en forma respetuosa y con claridad por el médico de Gineco – Obstetra.....y la Obstetrix.

Declaro además que mi acompañante no presenta enfermedades descompensadas que puedan agravarse durante su presencia en la sala de partos, tales como: arritmias cardíacas, diabetes, crisis hipertensivas, epilepsia no controlada.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que mi acompañante participe durante mi trabajo de parto.

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Firma de la gestante

Firma del acompañante

Fecha __/__/__ hora: ____

ANEXO 4

MUESTREO SISTEMÁTICO GESTANTE CON ACOMPAÑANTE CAPACITADO

1. MARCO MUESTRAL.

× Gestante con acompañante capacitado 38

2. TAMAÑO DE MUESTRA.

× Gestante con acompañante capacitado 10

3. NÚMERO DE SELECCIÓN SISTEMÁTICO. $k=N/n$

$$K=38/10=3.8$$

4. Según sea el caso para k , se tiene lo siguiente.

K	SELECCIÓN
1	1
1+3	4
4+3	7
7+3	10

MUESTREO SISTEMÁTICO
GESTANTE CON ACOMPAÑANTE INFORMADO

1. MARCO MUESTRAL.

× Gestante con acompañante informado 94

2. TAMAÑO DE MUESTRA.

× Gestante con acompañante informado 25

3. NÚMERO DE SELECCIÓN SISTEMÁTICO. $k=N/n$

$$K=94/25=3.7$$

4. Según sea el caso para k , se tiene lo siguiente.

K	SELECCIÓN
1	1
1+3	4
4+3	7
7+3	10
10+3	13
13+3	16
16+3	19
19+3	21
21+3	24

**MUESTREO SISTEMATICO
GESTANTE SIN ACOMPAÑANTE**

1. MARCO MUESTRAL.

× Gestante sin acompañante 553

2. TAMAÑO DE MUESTRA.

× Gestante sin acompañante 150

3. NUMERO DE SELECCIÓN SISTEMÁTICO. $k=N/n$

$$K=553/150=3.6$$

4. Según sea el caso para k, se tiene lo siguiente.

K	SELECCIÓN
1	1
1+3	4
4+3	7
7+3	10
10+3	13
13+3	16
16+3	19
19+3	21
21+3	24
24+3	27
27+3	30
30+3	33
33+3	36
36+3	39
39+3	42
42+3	45
45+3	48
48+3	51
51+3	54
54+3	57

57+3	60
60+3	63
63+3	66
66+3	69
69+3	72
72+3	75
75+3	78
78+3	81
81+3	84
84+3	87
87+3	90
90+3	93
93+3	96
96+3	99
99+3	102
102+3	105
105+3	108
108+3	111
111+3	114
114+3	117
117+3	120
120+3	123
123+3	126
126+3	129
129+3	132
132+3	135
135+3	138
138+3	141
141+3	144
144+3	147
147+3	150

ANEXO 5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	CODIFICACION
Datos Generales de la gestante	Corresponden a los datos socio demográficos de la gestante	Edad	Cuantitativa Continua	Intervalo	Edad en años	Historia Clínica	Años
		Grado de instrucción	Cualitativa Politómica	Ordinal	Analfabeta Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior Técnico Superior Universitario	Historia Clínica	Analfabeta=1 Primaria Completa=2 Primaria Incompleta=3 Secundaria Completa=4 Secundaria Incompleta=5 Superior Técnico=6 Superior Universitario=7
		Estado civil	Cualitativa Politómica	Nominal	Soltera Conviviente Casada Otros	Historia Clínica	Soltera =1 Conviviente=2 Casada=3 Otros=4
		Ocupación	Cualitativa Politómica	Nominal	Independiente Dependiente Ama de casa	Historia Clínica	Independiente =1 Dependiente =2 Ama de casa =3
Datos Obstétricos de la gestante	Corresponden a los datos obstétricos de la gestante	Edad gestacional	Cuantitativa Discreta	Razón	Edad gestacional	Historia Clínica	En números
		Tipo de gestante	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Primípara Múltipara	Historia Clínica	Primípara=1 Múltipara=2
		Número de controles prenatales	Cuantitativa Discreta	Razón	Número de controles	Historia Clínica	En números
		Numero de sesiones de psicoprofiláctica	Cuantitativa Discreta	Razón	Numero de sesiones de Psicoprofiláctica	Historia Clínica	En números

Acompañante	Es la persona que ha elegido la parturienta como acompañante, que puede ser su pareja, madre, o algún otro familiar durante el proceso de trabajo de parto	Acompañante capacitado	Cualitativa Politómica	Nominal	Acudió a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica	Ficha de psicoprofilaxis	Acompañante capacitado = 1
		Acompañante informado	Cualitativa Politómica	Nominal	Recibió información de psicoprofilaxis de emergencia en 15 minutos	Ficha de psicoprofilaxis	Acompañante Informado =2
		Sin Acompañante	Cualitativa Politómica	Nominal	No hay presencia del acompañante.	Ficha de psicoprofilaxis	Sin Acompañante = 3
Trabajo de parto	Proceso fisiológico en los que se conjugan un grupo de factores en una sabia armonía, con el fin de traer un nuevo ser.	Forma de inicio del trabajo de parto	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Espontanea Inducida	Historia Clínica	Espontanea=1 Inducida=2
		Duración del periodo de dilatación	Cuantitativa Continua	Intervalo	Tiempo en minutos	Historia Clínica	minutos
		Duración del periodo expulsivo	Cuantitativa Continua	Intervalo	Tiempo en minutos	Historia Clínica	minutos
		Duración del periodo de alumbramiento	Cuantitativa Continua	Intervalo	Tiempo en minutos	Historia Clínica	minutos
		Duración total del trabajo de parto	Cuantitativa Continua	Intervalo	Tiempo en minutos	Historia Clínica	minutos
		Analgesia	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No	Historia Clínica	Si =1 No=2
		Uso de Episiotomía	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No	Historia Clínica	Si =1 No=2
		Ocurrencia de desgarro	Cualitativa Politómica	Nominal	Desgarro Perineal I Desgarro Perineal II Desgarro Perineal III Otros Ninguna	Historia Clínica	Desgarro Perineal I =1 Desgarro Perineal II=2 Desgarro Perineal III=3 Otros=4 Ninguna=5

Características Generales del Acompañante	Corresponden a los características de la persona que ha sido elegida por la gestante como su acompañante durante el trabajo de parto	Edad	Cuantitativa Continua	Intervalo	Edad en años	Historia Clínica	Años
		Tipo de acompañante	Cualitativa Politómica	Nominal	Pareja Madre Familiar Amiga Otros	Historia Clínica	Pareja =1 Madre =2 Familiar =3 Amiga =4 Otros = 5
		Grado de instrucción	Cualitativa Politómica	Ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos	Ninguna =1 Primaria=2 Secundaria=3 Superior=4
		Ocupación	Cualitativa Politómica	Nominal	Independiente Dependiente Ninguno	Ficha de recolección de datos	Independiente =1 Dependiente =2 Ninguno=3