



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Asociación del acompañamiento durante el parto y los
resultados materno perinatales en parturientas
atendidas en el CMI “Cesar Lopez Silva” durante el
año 2018**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Psicoprofilaxis Obstétrica y
Estimulación Prenatal

AUTOR

Nancy Rosa CORDERO RICALDE

ASESOR

Milena LÓPEZ SÁNCHEZ

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cordero N. Asociación del acompañamiento durante el parto y los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el CMI “Cesar Lopez Silva” durante el año 2018 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2018.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

Programa de Segunda Especialidad para Obstetras

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

INFORME DE CALIFICACIÓN

Obsta.: CORDERO RICALDE NANCY ROSA

TRABAJO ACADÉMICO:

"ASOCIACION DEL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PARTO Y LOS RESULTADOS MATERNO PERINATALES EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CMI "CESAR LOPEZ SILVA" DURANTE EL AÑO 2018"

AÑO DE INGRESO: 2015

ESPECIALIDAD: PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y ESTIMULACIÓN PRENATAL

Mg. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS

Coordinadora del Programa de Segunda Especialidad para Obstetras, El Comité de Investigación.

Ha examinado el Trabajo Académico de la referencia, el cual ha sido:

APROBADO



OBSERVADO



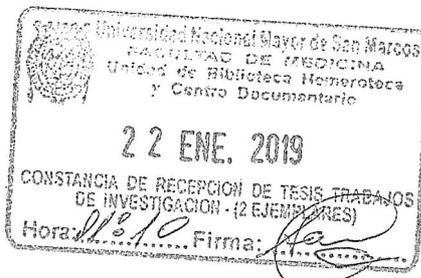
OBSERVACIONES:

NOTA



Lima, 15 Enero2019

Atentamente,



Dra. MILENA LOPEZ SANCHEZ
Comité de Investigación

C.c. UPG
Comité de Investigación
Interesado

GGPS/tr.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación de la investigación	5
1.4 Objetivos de la Investigación	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Específicos.....	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes del Problema.....	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	11
2.2 Bases Teóricas	14
2.2 Marcos Conceptuales o Glosario.....	30
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	32
3.1 Hipótesis general	32
3.2 Identificación de variables.....	32
3.2.1 Variables Independientes	32
3.2.2 Variables Dependientes	32
3.3 Operacionalización de variables	34
IV. METODOLOGÍA.....	38
4.1 Tipo y Diseño de investigación.....	38
4.2 Unidad de análisis.....	38
4.3 Población de estudio.....	38
4.4 Tamaño de muestra.....	38
4.5 Selección de la muestra.....	39
4.6 Técnica de recolección de datos	39
4.7 Análisis e interpretación de la información	39
V. PRESUPUESTO	40
VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
VIII. ANEXOS.....	48

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación: Asociación del acompañamiento durante el parto y los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el C.M.I “Cesar López Silva” durante el año 2018, tiene como objetivo determinar la asociación del acompañamiento durante el parto con los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el Centro Materno Infantil “Cesar López Silva”.

Según la Ley N° 29409 que concede el derecho de Licencia por Paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada, establece como finalidad el promover y fortalecer el desarrollo de la familia; a partir de esta fecha se fue implementando el acompañamiento del familiar en el parto.

Así también la Directiva N° 001 -DG-INMP-2010 "Atención del Parto con Acompañante" del Instituto Nacional Materno Perinatal, cuyo objetivo general es de brindar la atención del parto con acompañante con la finalidad de promover y fortalecer el desarrollo de la familia con la participación del padre (pareja) en los procesos del parto. Instituto Nacional Materno Perinatal (2010, p. 1)

El acompañante es una persona importante, clave que engrana en todo el proceso de trabajo de parto, que con su presencia facilita que la parturienta colabore y se sienta protegida en ese momento difícil para ella.

Según Lagos (2015) refiere que:

“Algunos autores mencionan que el dolor, ansiedad y satisfacción que manifiesta la parturienta como consecuencia de un ambiente clínico inapropiado, junto al aislamiento respecto a sus familiares cercanos, pueden determinar efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto”. (p.15)

Según la Organización Mundial de Salud (1989) refiere que:

La experiencia de la mujer durante el parto influye sobre su motivación con respecto a la lactancia y la facilidad con que pueda iniciarla. La sensibilidad y disponibilidad del personal de salud, inclusive el respeto que éste tenga hacia la dignidad e intimidad de la mujer, contribuirán a que ésta se encuentre cómoda y a gusto. (p. 4)

Gómez y Huamaní (2018) manifestaron que:

“Los beneficios del acompañamiento podrían repercutir en los resultados materno perinatales, específicamente en la duración del expulsivo, reducción de episiotomía y desgarros”.

Entre las principales complicaciones identificadas durante el puerperio están los trastornos hipertensivos (31.2%) y la hemorragia (22.1%). La pre eclampsia severa, las hemorragias del tercer periodo del parto y las hemorragias post parto inmediatas son las causas específicas más frecuentes. De las 3 etapas del puerperio, en el puerperio inmediato se presentan el 39% de los casos. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2017, p. 1514)

Los estudios realizados por diferentes autores evidencian que estas complicaciones pueden disminuir con el acompañamiento.

El Diseño de este trabajo será observacional, analítico relacional, transversal retrospectivo y comparativo.

Este estudio contribuirá a mejorar la atención y la calidad del parto de la puérpera y el RN en el C.M.I Cesar López Silva, aportando así a la reducción de morbilidad materna a nivel local, también podrán motivar al personal de salud que atiende a la parturienta sobre el derecho que tienen las parturientas de estar acompañadas en sala de parto, que debe ser aplicado en el mayor porcentaje, como se estipulan en las directivas de MINSA.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

La organización Mundial de la Salud (1996), refiere que: “En los países desarrollados las mujeres a menudo se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional” (p.26). Además, refiere que la mujer en el parto debe estar acompañada de las personas con las cuales ella se encuentre cómoda; su pareja, la mejor amiga.

En los experimentos realizados al azar acerca del apoyo ofrecido durante el parto por una persona, demostraron que un apoyo continuado y físico acarrea grandes beneficios como son, partos más cortos, uso menor de medicación y analgesia epidural, menor número de niños con test de APGAR menores de 7 y menos partos instrumentales. OMS (1996, p. 22)

La Organización Mundial de la Salud (2018), refiere que de los 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto; sin embargo, el momento del nacimiento es crítico para la sobrevivencia de las mujeres y los bebés, porque el riesgo de morbilidad puede aumentar altamente si surgen complicaciones. En sus directrices, reconoce que la “experiencia de parto positiva” como una finalización importante para las mujeres en el trabajo de parto, esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, contar con apoyo práctico y emocional continuo, estar acompañada en el momento del nacimiento, además de ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. (p. 1)

En el CMI César López Silva, se ha observado que el acompañamiento de la pareja o familiares durante el parto mejora la relación afectiva hacia la parturienta. Asimismo la OMS (1996) refiere, que el acompañante ofrece apoyo emocional a base de elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico a base de masajes en la espalda de la mujer y tomar sus manos, explicaciones acerca de lo que está

aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable. A su vez tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán dando pecho a las 6 semanas del parto. (p. 22-23)

El Ministerio de Salud (2017) informa que:

“La mortalidad materna en el Perú es alta, en referencia a otros países latinos, es de 68 por 100,000 nacidos vivos, para el 3er trimestre del año 2018, son 39 casos”. (p. 3)

Además, la tasa de mortalidad neonatal está en el rango de 8-12 por cada mil nacidos vivos, llegando el Parto Institucional entre 92.1 -93.8 % para el 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017, p. 83)

En el Centro materno infantil Cesar López Silva, nivel 1.4 contamos con el servicio de obstetricia, con una sala de partos desde el año 1989, con promedio de número de partos de 800 a 1000 por año. Sistemas de Infomación Hospitalaria HIS (1989, 2017).

Desde el año 2010 en este materno infantil se atiende solo un 40% de los partos con acompañante, que puede ser la pareja o algún familiar o persona que la parturienta elija.

Las múltiples actividades y responsabilidades que mantienen a las profesionales obstetras ocupados, como el hecho de ser responsables del cuidado de varias mujeres en el trabajo de parto, además de las restricciones de disponibilidad de personal en relación con la demanda excesiva , minimizan el tiempo de permanencia del profesional al lado de una sola paciente disminuyendo la posibilidad de lograr una participación efectiva de la mujer, sin posibilidad de ejercer completamente sus derechos y tomar decisiones o formular opiniones respecto a las diferentes intervenciones a la que es sometida en los servicios de emergencia y sala parto.

En ese contexto nos planteamos la siguiente pregunta para investigar ¿Cuál es la relación del acompañamiento durante el parto con los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el CMI César López Silva durante el año 2018?

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la asociación del acompañamiento durante el parto con los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el CMI Cesar López Silva durante el año 2018?

1.3 Justificación de la investigación

El presente proyecto se justifica, porque en la actualidad existen consensos internacionales y nacionales que favorecen promover el derecho de acompañamiento durante el trabajo de parto. Asimismo, en el Perú en el año 2018 se concedió la modificación de la ley 29409 licencia por paternidad en caso de alumbramiento de su cónyuge, a fin de promover y fortalecer el derecho de la familia. Congreso de la República (2018, p. 1)

La directiva°007 -DG-INMP (2010, p. 3) de la "Atención del parto con acompañante", busca brindar la atención del parto con acompañante, promoviendo y fortaleciendo el desarrollo de la familia con la participación de la pareja en los procesos del parto.

Los consensos y normativas mencionadas, se sustentan en observaciones que fueron evidenciadas en distintos países que han demostrado que el acompañamiento influye en los procesos fisiológicos y psicológicos durante el trabajo de parto, generando mayor seguridad y confianza en la parturienta, así como también los beneficios Maternos del parto como: partos sin episiotomía, duración del periodo expulsivo menor de 15 minutos, ausencia de desgarro perineal y hospitalización menor o igual a 2 días, así como los beneficios perinatales como: líquido amniótico claro , APGAR al minuto de 8 a 9 , realización del contacto precoz piel a piel y la ausencia de reanimación neonatal se asociaron significativamente con el acompañamiento durante el parto. Gomez y Huamani (2018)

También el contacto piel a piel aseguraría el inicio de la lactancia materna en la 1era hora influenciando a la continuación de la lactancia materna exitosa, estas evidencias nos impulsan a realizar esta investigación.

Este estudio, pretende corroborar la asociación del acompañamiento con los resultados maternos perinatales en mujeres en trabajo de parto atendidas en el CMI Cesar López Silva, de un total de 785 partos atendidos en el año

2017 solo el 40 % de estos partos se realizó con la presencia del acompañante. A la fecha el personal obstetra que atiende el parto no recibió una adecuada socialización y sensibilización para el cumplimiento de la norma en referencia a este tema, los resultados de esta investigación nos permitirán conocer cuáles son los resultados maternos y perinatales que se ven beneficiados o no con el acompañamiento en el trabajo de parto. Esta investigación será también para motivar al personal al derecho que tienen las parturientas de estar acompañadas en sala de parto, que debe darse el cumplimiento como se estipulan en las directivas de MINSA.

El presente trabajo no requerirá de mayor financiamiento o tecnología compleja adicional a la que ya se utiliza en el establecimiento de salud y la logística que se requiera en la recolección de la información será asumido por la investigadora. Se tiene garantizada el acceso a la información necesaria para la presente investigación.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar la asociación del acompañamiento durante el parto con los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el CMI “Cesar López Silva” durante el año 2018

1.4.2 Objetivos Específicos

- Conocer la frecuencia de acompañamiento durante el trabajo de parto
- Identificar los resultados maternos asociados al acompañamiento
- Identificar los resultados perinatales asociados al acompañamiento
- Conocer las características sociodemográficas de la población de estudio
- Relacionar estadísticamente las variables de estudio

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Problema

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Huacón (2018), realizó la investigación titulada **“Beneficios maternos perinatales del acompañamiento durante el trabajo de parto en usuarias atendidas en el Hospital Mariana de Jesús”**. El objetivo principal de esta investigación fue determinar los beneficios maternos perinatales asociados al acompañamiento de las pacientes por parte de los familiares o pareja, durante el trabajo de parto, durante el período del 1 de Septiembre del 2017 al 1 de Marzo del 2018. La metodología fue de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal, el universo fue de 358 pacientes del cual se tomó una muestra de 164 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Como instrumento de recolección de datos se utilizó una ficha de registro de pacientes. Los resultados demostraron que el 63% del total de la muestra recibió acompañamiento durante el parto, el grupo que tuvo más acompañamiento fue el de las primigestas con un 51% y las madres eligieron como acompañante a su pareja en un 81%. Las conclusiones fueron: El acompañante representó un soporte emocional para la mujer durante el parto, en búsqueda de mejorar la experiencia de las pacientes se han desarrollado nuevas normativas en los hospitales públicos. Con todas estas modificaciones, se dio origen a lo que conocemos como Parto Intercultural.

Hernández, Echevarría y Gomariz (2016), publicó una investigación titulada, **De reclusiones maternas y habitantes de los «no lugares». La gestión del acompañamiento paterno en el marco de los partos hospitalarios públicos. Universidad Católica de Murcia**, en España, cuyo **objetivo** fue explorar desde una perspectiva fenomenológica las experiencias maternas y paternas ligadas a los procesos de acompañamiento en el marco de los partos hospitalarios públicos. La técnica de recolección de datos fue la entrevista

semiestructurada realizada, de forma individual y mediante un guión abierto, a mujeres y acompañantes que habían sido asistidos en el centro hospitalario. Las evidencias científicas mostraron, como el apoyo emocional continuo dado por el padre durante el parto redujo la duración del mismo, la necesidad de analgesia e incrementó las probabilidades de parto vaginal espontáneo. La conclusión se basó de un itinerario asistencial cargado de ideologías productivistas y biopolíticas que dio prioridad a las rutinas biológicas sobre las necesidades de acompañamiento de las madres y los padres.

Benavides y Forero (2016) publicaron una investigación titulada **“Necesidades de cuidado del acompañante hombre de una gestante en trabajo de parto en una institución de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá.”** Tuvo como objetivo principal determinar las necesidades de cuidado que manifiestan los acompañantes hombres mientras la gestante se encuentra en trabajo de parto en una sala de espera del servicio de Gineco obstetricia. Fue un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, que recolectó datos sobre diferentes aspectos como: aspectos sociodemográficos y obstétricos, necesidades emocionales, información, necesidades educativas y por ultimo las dificultades que relataron los acompañantes para desarrollar un adecuado acompañamiento a la gestante durante el trabajo de parto, la muestra fue de 31 acompañantes hombres. Los resultados demostraron identificar las diferentes necesidades que refieren los hombres durante su acompañamiento, y la necesidad que el personal de enfermería busque mejorar la atención no solo a la mujer que se encuentra en trabajo de parto, sino también del acompañante que se encuentra con ella, todo esto a través de la identificación de esas necesidades emocionales, de información, educativas y las dificultades que los mismos reflejaron durante el estudio.

Quituzaca y Sinaluisa (2014) publicaron la investigación denominado **“Vivencias de las mujeres en proceso de parto sin compañía de un familiar en el Hospital Provincial General Docente de**

Riobamba área Centro Obstétrico-Ginecología periodo Diciembre del 2013 a Junio del 2014” tuvo como objetivo “Describir las vivencias de las mujeres en proceso de parto sin compañía de un familiar en dicha institución”; el tipo de estudio fue descriptivo, explicativo y transversal, la técnica que se utilizó fue la encuesta que se aplicó a las mujeres en proceso de parto y una guía de observación a las profesionales de enfermería para evaluar la atención brindada, se trabajó con una muestra de 294 pacientes que tuvieron su parto sin compañía de un familiar, que contribuyeron para que el trabajo lo realice de la mejor forma. Los resultados demostraron que las mujeres que dieron a luz sin compañía de un familiar tuvieron: miedo 75%, ansiedad 71%, soledad 44%, inseguridad 13%, tristeza 21%, impaciencia 14% e impotencia un 8%, por lo que concluyeron que la falta de compañía de un familiar influye en las vivencias de las mujeres en proceso de parto prolongando así su duración.

Aranda, y otros (2014), publicaron una investigación titulada **“Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío”** Su objetivo fue conocer el nivel de satisfacción de la mujer en el proceso de parto cuando estuvo acompañada de su pareja. Los objetivos específicos: describieron el perfil de la mujer e identificaron posibles diferencias por edad, perfil familiar y paridad. Identificaron las variables que influyeron en la satisfacción de la presencia en el parto de la pareja para la madre. Elaboraron y validaron un cuestionario para medir el grado de satisfacción de las madres en el acompañamiento durante el parto. Fue un estudio analítico y clinimétrico de corte transversal, realizado mediante metodología cuantitativa a través del modelo de cuestionario adaptado a las variables sociodemográficas y laborales del estudio, en 103 mujeres. Los resultados demostraron iniciativas para promover el acompañamiento en las salas de dilatación y parto, a las gestantes con su pareja. Además de que la presencia de éste en el proceso del

parto incrementó más el lazo afectivo padre-hijo. Esto fue importante en casos de madres primíparas, embarazo múltiple, distócico, gestante adolescente, por su vulnerabilidad psicosocial debido a la temprana edad con que inician la maternidad. Esta experiencia demostró que es posible realizar una intervención de bajo costo en un hospital público, que ayuda a personalizar el proceso del nacimiento y aumenta la satisfacción de la mujer. Las conclusiones: fueron que se estimularon iniciativas para fomentar el acompañamiento a las gestantes con su pareja.

Aguilar y Rosas (2013), publicaron una investigación titulada ***“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.*** (Chile) Su objetivo principal fue 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. La metodología fue cualitativa de tipo exploratorio, comparativo, transversal y Multicéntrico, fue realizado de acuerdo a un protocolo único, en las localidades de Panguipulli y La Unión. 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”. Los resultados demostraron que la mayoría de los padres participantes tuvieron 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 otorgaron 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 sintieron más

propio/propia y consideraron que el verlos nacer, el acariciarles y sentirles desde el primer momento de su vida extrauterina influyó en el vínculo de apego posterior. Se concluyeron que tanto los padres que participaron en el parto como los que no participaron porque no pudieron, demostraron 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 demostraron manifestaciones de apego con sus hijos/hijas.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Gómez y Huamaní (2018), publicaron una investigación titulada ***“Acompañamiento durante el parto asociado a beneficios maternos perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” HUANCAYO”***, cuyo objetivo fue identificar si el acompañamiento durante el parto se asoció con los beneficios maternos perinatales en las gestantes. El estudio fue descriptivo correlacional de grupo casos y controles, con una muestra conformada por 258 gestantes, (129 con acompañante y 129 sin acompañante) seleccionadas a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se identificó los beneficios maternos perinatales de ambos grupos de estudio, los cuales fueron analizados y presentados en tablas y gráficos. Los Resultados de los Beneficios Maternos fueron: parto sin episiotomía (p-valor=0,0460), duración del periodo expulsivo menor de 15 minutos (p-valor=0,0390), ausencia de desgarro perineal (p-valor=0,0495) y hospitalización menor o igual 2 días (p-valor=0,0170) y los Beneficios Perinatales de: líquido amniótico claro (p-valor=0,0059), APGAR al minuto de 8 a 9 (p-valor=0,0360), realización del contacto precoz piel a piel (p-valor=0,0052) y la ausencia de reanimación neonatal (p-valor=0,0145) se asociaron significativamente con el acompañamiento durante el parto. Las conclusiones fueron que: El

acompañamiento durante el parto se asoció significativamente con los beneficios tanto maternos como perinatales en las gestantes.

León y Muñoz (2016), publicaron una investigación titulada **“Influencia del apoyo del acompañante en el proceso de parto en el centro de salud chilca Huancayo”**, cuyo objetivo del estudio fue determinar la relación de la influencia del apoyo del acompañante en el proceso de parto. Se realizó un estudio de tipo correlacional, no experimental y de corte transversal. Los resultados demostraron: parturientas entre las edades de 20- 29 años de edad siendo 46.4% (46); seguido 30-39 años con 29.9% (29) ,14-19 años con 24.2% (24.2), las cuales tuvieron acompañantes y las que no un grupo minoritarios de 20-29 años con 54.5%. Por otro lado la mayoría de ellas son ama de casa 32.7% (36), de ocupación ama de casa 56.6% (56), seguido por comerciantes 27.3% (27), estudiantes 15.2%(15), son técnicos 1.0% (1) de las parturientas con acompañante, y las parturientas sin acompañante el 63.6%(7) amas de casa comerciantes y estudiantes siendo 18.2%(2) cada uno, de estado civil las parturientas con acompañante 64.6%(64) convivientes, 33.3%(33) casada y el 2%(2) agrupa a las personas comerciantes, que se dedican a la agricultura y de las parturientas 72.7% (8) convivientes, casadas 27.3%(3) de procedencia urbana todas las parturientas con acompañantes preparados 99 y el 81.8% (9) . Las conclusiones fueron que la dinámica familiar se vio afectada por la transición de la llegada del nuevo integrante; se afirmó que el acompañante fue una excelente estrategia para mejorar el vínculo, algunas actividades que se realizaron en el momento como el contacto piel a piel. El acompañante y su papel de apoyo en el binomio madre – hijo constituyeron una opción beneficiosa.

Lagos (2015) Publicó una investigación titulada **“correlación del acompañamiento en las parturientas durante el periodo expulsivo en el Centro Materno Infantil César López Silva - Villa el Salvador noviembre – diciembre 2015”**, su objetivo fue

Determinar la correlación del acompañamiento en las parturientas durante el periodo expulsivo. El Estudio fue prospectivo, descriptivo de casos y controles. La población: 78 parturientas. Muestra: 39 parturientas con acompañamiento durante el periodo expulsivo y 39 parturientas sin acompañamiento durante el periodo expulsivo. Resultados: 100% (39) parturientas con y sin acompañamiento, 9 (11,5%) menores de 20 años, 62 (79,5%) 21 a 34 años y 7 (9,0%) más de 34 años. En el periodo expulsivo, de las parturientas con acompañamiento 39 registraron una media de tiempo de 8,59 min y 39 parturientas sin acompañamiento una media de tiempo de 18,92 min. En el periodo expulsivo, 74,4% (29) parturientas indicaron estar muy satisfechas y el 69,2% (27) de las parturientas indicaron estar indiferentes. En el periodo expulsivo, 69,2% (27) de las parturientas con acompañamiento indicaron que el dolor fue de leve a moderado y de las parturientas sin acompañamiento el 97,4% (38) indicaron que el dolor fue intenso. En el periodo expulsivo, 69,2% (27) de las parturientas con acompañamiento no registraron ningún nivel de ansiedad, por el contrario, 66,7% (26) de las parturientas sin acompañamiento registraron un nivel de ansiedad moderado. La conclusión fue que en el periodo expulsivo respecto el tiempo, satisfacción, dolor y ansiedad se encontró una correlación significativamente favorable en el acompañamiento durante el periodo expulsivo en comparación a las que no fueron acompañados.

Colos (2015), publicó una investigación **titulada “Beneficios con el acompañamiento de la pareja en el proceso de trabajo de parto en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor S.A.C.”**, su objetivo fue determinar los beneficios con el acompañamiento de la pareja en el proceso de trabajo de parto en primigestas. El estudio fue de metodología cuantitativa y fue de tipo descriptivo. La recolección de datos se realizó por medio de encuestas donde la muestra fueron 95 gestantes que acudieron a la clínica. Los resultados demostraron: en cuanto a la dilatación de

ingreso y duración del periodo de dilatación 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. Se pudo 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, nos dicen lo siguiente; 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 indicó que el acompañamiento consolida las emociones positivas de la paciente. Concluyeron que el acompañamiento de la pareja se debería de estandarizar en todos los establecimientos, como un plan estratégico para así brindar calidad de atención un parto humanizado. El acompañamiento durante el trabajo de parto, sobre todo el de la pareja, constituyó una opción saludable potencialmente beneficiosa para el binomio madre – niño.

2.2 Bases Teóricas

ACOMPAÑANTE

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) lo define como:

“La persona adulta elegida por la gestante, preparada previamente o informada, para acompañarla durante la atención del parto”. (p. 3).

Así mismo Vela (2015) menciona que la función del acompañante es brindar apoyo emocional, físico, informativo y representativo para que el parto resulte una experiencia más confortable. (p. 16)

ACOMPAÑAMIENTO

Thorne y Sanders (2013) mencionan que la noción del relacionamiento de apoyo se basa en efecto en una visión optimista en relación a la posibilidad

de ayudar a una persona en dificultades, de forma de inducirla e impulsarla a que ella misma «movilice sus propias potencialidades y reservas», en prioridad frente a la posibilidad de imponer al paciente soluciones desde el exterior.

Acompañar es estar con el otro, apoyándolo con amor y respeto en el encuentro consigo mismo, como un compañero de camino, estableciendo relaciones profundas y respetuosas de diálogo, que permitan crecer y compartir recíprocamente, sin que cada uno deje de ser lo que es. Esta relación de compañía es la que permite al otro un espacio para expresarse tal y como es, sintiéndose libre, escuchado, comprendido; lo cual ayuda a confrontarse, aceptarse y superarse. Jacobo (2011, p. 1)

PARTO CON ACOMPAÑANTE

Es el proceso de atención del parto individualizada y segura, respetándolos derechos, costumbres y decisiones de la parturienta con la presencia de la pareja o acompañante previamente preparado informado, con la finalidad de apoyar al fortalecimiento el vínculo familiar, promoviéndola complementariedad y de corresponsabilidad entre el proveedor de salud y la usuaria. Instituto Nacional Materno Perinatal (2010, p. 2)

Por otro lado en la Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural NTS N° - MINSA/DGIESP- V.01 evidencia que el parto con acompañante favorece significativamente de una manera u otra en todo el transcurso del trabajo del parto y parto. MINSA (2016).

Proceso por el cual, después de la decisión libre y voluntaria de la gestante, la persona que ella elige se constituye como el acompañante que estará presente durante la labor del parto, parto y puerperio inmediato, con la finalidad de apoyar a la gestante y fortalecer el vínculo familiar, tal como lo recomienda la OMS. Instituto Nacional Materno Perinatal (2015, p. 10)

Acompañamiento presencia de una persona elegida libremente por la gestante, para brindar apoyo físico, emocional y representativo de una manera afectiva a la parturienta, motivando la aplicación de técnicas de respiración, relajación, masajes y otros durante el trabajo de parto. Vela (2015, p. 16)

CUALIDADES DEL ACOMPAÑANTE

El acompañamiento de ayuda se verá favorecido por ocho diferentes actitudes o cualidades del acompañamiento. Carl (1996, p. 33)

- Presencia (acompañar, compartir y estar con el paciente)
- Escucha activa (dejar que el paciente se exprese, sin interrumpirlo en demasía, sin presionarlo ni apurarlo, lo que requiere que el facilitador tenga buena disponibilidad de tiempo)
- Aceptación (el facilitador debe tener una posición abierta y de interés respecto de la experiencia del paciente)
- Respeto por encima de todo (el acompañante o facilitador de apoyo debe inspirar confianza y respeto en todos los sentidos, tomándose muy en serio su labor de apoyo)
- Empatía (profundo sentimiento de comprensión y solidaridad del facilitador o acompañante de apoyo hacia el paciente)
- Autenticidad (el acompañante debe mostrarse a sí mismo tal cual es, con sus luces y sus sombras, con sus cualidades y sus defectos, con sus seguridades y sus dudas)
- Congruencia (el acompañante o facilitador debe lograr adecuación y congruencia entre lo que piensa, lo que siente, lo que dice, lo que hace, llevando ello incluso al comportamiento no verbal, y creando así armonía y compatibilidad entre sus emociones, sus pensamientos, sus opiniones, y sus acciones)
- No juzgamiento (el facilitador en lo personal no debe juzgar al paciente, y si él ha cometido o comete errores, en todo caso con mucha prudencia debe crear las condiciones para que el propio paciente se dé cuenta de ello y decida cambiar).

ROL DEL ACOMPAÑANTE

Según (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010, p. 3) refiere que el acompañante debe brindar lo siguiente:

- Brindar aliento y soporte emocional a la gestante.
- Recordar acompañar a la gestante en la técnica de respiración.
- Ayudar a la gestante a relajarse después de las contracciones.
- Realizarlos masajes analgésicos y apoyar las posiciones antalgicas que

requiera la gestante y, según lo indicado por el profesional que atienda el parto.

- Acompañar a la gestante durante la deambulaci3n.
- Apoyar a la gestante d1ndole 1nimos en el per3odo expulsivo.
- Ayudar a la gestante durante el momento del pujo.
- En caso de la indicaci3n de una ces1rea alentar y tranquilizar a la gestante.
- Acompañar a la madre en el primer contacto con su reci3n nacido.
- Verificar la identificaci3n legal de la madre y el reci3n nacido.
- Acompañar a la madre en su adaptaci3n post parto
- Recordar y apoyar con el masaje uterino externo durante el puerperio inmediato
- Apoyar durante la lactancia materna.

BENEFICIOS DEL ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO

Según el autor Morláns (2011) refiere:

El parto es un momento difícil para la mujer, que en muchos casos produce ansiedad y tensi3n, predisponiendo a la mujer a una situaci3n de vulnerabilidad, creando la necesidad y el fuerte deseo de un apoyo. Este apoyo deber3a ser aportado por la familia, pareja o un ser querido. El beneficio principal del acompaÑante es el apoyo emocional que incluye sentimientos de seguridad, afecto y sobretodo confianza permitiendo comunicar sus deseos y miedos. Asimismo proporciona consejo, convirtiendo al acompaÑante en un gu3a que le ayuda a definir y enfrentar los eventos problem1ticos que van surgiendo a lo largo del proceso, como es el dolor y constituye ayuda perceptible y presencial en la soluci3n del mismo a trav3s de medidas de alivio como el contacto oportuno. (p. 178)

Según Aguilar y Rosas (2013) afirma:

El acompaÑamiento del padre en el periodo perinatal beneficia a la madre otorg1ndole seguridad y confianza, tambi3n favorece al padre a fin de que adopte un rol m1s participativo y protag3nico, pues lograr1 descubrir y desarrollar en 3l actitudes, habilidades y destrezas que caracterizaran su rol y que se relacionaran directamente con el tipo de v3nculo afectivo que establezca con su hijo/a. Al padre principalmente le beneficia este proceso y

debe participar de todo el momento para estar más preparado y adquirir a su vez mayor sensibilidad siendo capaz de otorgarle cuidados adecuados a su hijo/a haciéndolo sentir querido y amado. (p. 8)

Además, De León (2015) afirma que:

“La participación de la pareja durante el nacimiento de su hijo conduce a mejores partos y también afectan de manera positiva los resultados post parto”. (p. 10)

Otras investigaciones refieren que las mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto con un miembro de la familia, tienen resultados positivos en términos de reducción en la tasa de cesárea, partos instrumentados, menos anestesia, episiotomía, uso de oxitocina y mayor tiempo de apego, así como una reducción de la duración del trabajo de parto y él bebe nace con mayor puntuación del APGAR. De León (2015, p. 10)

RESULTADOS MATERNOS

PARIDAD

Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500g. Herrera, Calderón y Carbajal (1997, p. 3)

Además, se denomina primípara a aquella mujer que ha tenido un embarazo que resultó en producto viable, sin tomar en cuenta si el niño vivió al nacer, o se trató de nacimiento único o múltiple, multípara a aquella que ha tenido dos a cuatro hijos y finalmente gran multípara a aquella que ha tenido muchos embarazos viables; suele considerarse de cinco a más hijos. Herrera, Calderón y Carbajal (1997, p. 3)

TRABAJO DE PARTO

Se define como “La secuencia coordinada y efectiva de las contracciones uterinas que dan como resultado el borramiento y la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto para culminar con la expulsión por la vagina del producto de la concepción”. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 431-488)

El trabajo de parto para la gestante, su pareja y aun para toda la familia representa una vivencia transformadora que impacta de diferentes maneras y niveles: cultural, emocional, social, económico.

El trabajo de parto corresponde según diferentes autores, al proceso fisiológico, medido por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Este inicia con las primeras contracciones uterinas perceptibles, el parto y finaliza con la expulsión de la placenta. Para lograr esto, se requiere de contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas, de manera que se produzca el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto. El trabajo de parto se divide en tres etapas: dilatación, expulsivo y alumbramiento. Carbajal y Ralph (2017, p. 86)

PARTO NORMAL O EUTÓCICO

Proceso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica, con sus anexos completos. MINSA (2007, p. 117)

El parto consta de 3 etapas:

- a. **Etapa de dilatación** se compone de 2 fases: Fase latente: entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa. En promedio la duración de la fase latente se describió en: 4.8 horas en la nulípara y 6.4 horas en la multípara. se estableció además que la duración máxima de la fase latente es de 20 horas en la nulípara y 14 horas en la multípara. **La Fase activa** se inicia en presencia de un cuello 100% borrado y con 3 cm de dilatación, y termina con la dilatación completa (10 cms). Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 497).
- b. **Etapa periodo expulsivo** se inicia cuando la dilatación es completa (10 cms) y termina con la salida del bebe. Dura máximo 2 horas en la nulípara y 1 hora en la multípara. En este periodo, las contracciones uterinas completan el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos de pujo. Menciona, la

frecuencia de las contracciones aumenta hasta un promedio de 5 cada 10 minutos y la intensidad sube hasta 47 mm Hg. La actividad uterina promedio es de 235 unidades Montevideo, la más alta que se registra durante el embarazo y el parto normales. El tono promedio es de 12 mm. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 497).

- c. **Etapas del alumbramiento** corresponde al periodo desde la salida del bebe, hasta la salida de la placenta, puede durar hasta 45 minutos en nulípara y 30 minutos en la múltipara. Los pasos para que se dé el alumbramiento son: Primero se da el desprendimiento de la placenta de la cual se produce por las Contracciones del alumbramiento que siguen de inmediato a las del periodo expulsivo. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 497)

Sobre las intervenciones en el parto, según la Norma Técnica de salud para la atención integral de la Salud Materna NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01 (2013, p. 18-21) menciona que:

En el primer periodo de parto normal se debe permitir lo siguiente: Acompañamiento de la pareja o familiar, uso de ropa adecuada según costumbre, ingesta libre de alimentos, mates o líquidos azucarados, deambulación y ducha con agua tibia, y permitir que la gestante adopte la posición que elija. También contempla, la necesidad de brindar apoyo psicológico aplicando las técnicas de relajación y respiración, registro en partograma de la OMS a partir del 4 cms de dilatación, control de avance del trabajo de parto y funciones vitales, vía endovenosa preventiva, controlar el descenso de la cabeza fetal (técnica de los quintos), verificar micción, y cumplimiento de los criterios de estándares e indicadores de calidad según normas, ante aparición de signos de alarma, coordinar referencia inmediata a un establecimiento de mayor complejidad; o manejo Según Guía de Práctica Clínica de Emergencias Obstétricas.

En el segundo periodo (expulsivo sin complicaciones), permitir el acompañamiento, permitir que la mujer opte la posición que ella elija para la atención de parto, vigilar la presencia de globo vesical y si la gestante no

logra miccionar evacuar la vejiga con sonda, brindar apoyo psicológico aplicando relajación y respiración, verificar que el paquete de atención de parto esté disponible y estéril, y cuente como mínimo con 2 campos de tela de textura suave y absorbente precalentados, controlar bienestar fetal, y si no hay progresión del expulsivo reevaluar condiciones materno fetales para posibilidad de cesárea, realizar la higiene vulvo perineal según técnica y colocación de campo estéril encima del abdomen y bajo el periné, controlar las contracciones y solicitar a la mujer que jadee o realice pujos voluntarios durante la contracción, a medida que se expulsa la cabeza del bebe, controlar la expulsión de la cabeza aplicando maniobra de Ritgen para proteger el periné y restringir la episiotomía una vez que ya se expulsó la cabeza del bebe, pídale a la mujer que deje de pujar, verificar presencia de circular de cordón, en caso de encontrarse cordón suelto deslícelo por encima de la cabeza si está ajustado pinzar y seccionar, sostener el resto del cuerpo del bebe con una mano mientras este se deslice hacia afuera, recibir y colocar al recién nacido a término y sin complicaciones inmediatamente sobre el abdomen de la madre. En caso de recién nacido con complicaciones luego del pinzado y sección del cordón entregar inmediatamente al equipo de atención neonatal.

En recién nacido a término y sin complicaciones, debe palparse el cordón con el pulgar e índice antes del pinzamiento y corte del cordón umbilical para verificar ausencia de latidos o entre el segundo y tercer minuto de vida pinzar y seccionar. La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la norma técnica de atención integral de salud neonatal.

En el tercer periodo del parto durante el alumbramiento sin complicaciones permitir el acompañamiento de la pareja o de un familiar, asimismo después de un parto vertical, permitir acostarse para el alumbramiento. Luego del corte de cordón umbilical continuar con la atención materna y realizar alumbramiento activo aplicando 10 UI de oxitocina intramuscular aplicando maniobra de Brandl Andrews, luego de la expulsión revisar placenta y canal de parto, según Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria.

La atención del puerperio inmediato (las primeras dos horas post parto), es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes

aspectos: control estricto de la puérpera cada 15 minutos durante estas dos primeras horas, controlar los signos vitales, revisar episiorrafia para descartar hematomas y/o edemas, en este periodo la puérpera debe hacer alojamiento conjunto con el recién nacido si no presenta complicaciones. En caso de sepsis u otras complicaciones como hemorragias, brindar atención inmediata de acuerdo a cada clave, identificando la causa, estabilizar funciones vitales, iniciar el tratamiento de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento o si el caso lo requiere deberá ser referido a un nivel de mayor complejidad (FONE O FONI) y asegurar su recepción en establecimiento a donde es referida.

EPISIOTOMÍA

Consiste en la sección perineo vaginal realizada en el sentido medio lateral o línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida asimismo en periodos expulsivos prolongados con buenas contracciones y pujos eficientes, el periné resistente es el impedimento para el nacimiento del niño. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 485)

Los autores mencionan que el procedimiento debe aplicarse de manera selectiva con indicaciones apropiadas. Estas incluyen indicaciones fetales como distrofia de hombros, presentación pélvica, posiciones occipitoposteriores y casos en los que pueda ocurrir la rotura del perineo de evitar episiotomía. Si se efectúa en un momento innecesariamente temprano, la hemorragia puede ser considerable entre la incisión y el nacimiento. Si se realiza muy tarde, no se evitan las laceraciones. De manera característica, la episiotomía se lleva a cabo cuando es visible un diámetro de 3 a 4 cm de la cabeza durante una contracción. Cunningham G. Leveno, Bloom y Spong (2005, p. 401).

LOS DESGARROS

Son “lesiones de la pared vaginal de trayecto lateral y longitudinal, que puede abarcar sólo a la mucosa, a todos los planos de la vagina y aun a los órganos vecinos (vejiga, recto)”. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 623)

El diagnóstico se realiza con el tacto comprueba unas hendiduras abiertas en las paredes vaginales, que en ocasiones sangran copiosamente. Desde afuera el desgarro no se aprecia si el periné está intacto. Se completa el examen con sondeo vesical y tacto rectal. Entre las Complicaciones tenemos Inflammaciones agudas o crónicas del tejido conjuntivo pelviano y fistulas perineales, rectales o vesicales.

Distinguimos cuatro tipos de desgarros del periné, de acuerdo con el grado de extensión: de primer grado (únicamente a la piel); segundo grado (afecta a la musculatura perineal); tercer grado (afecta al esfínter externo del ano), y cuarto grado complicado (afecta la pared del recto). La etiopatogenia. Está en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por las partes fetales, instrumentos o manos del obstetra, además de factores condicionantes, a saber, tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo, variedades occipitosacras, que se desprenden en su orientación posterior con mayor distensión del periné. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 623)

COMPLICACIONES EN EL PARTO

El proceso del parto no siempre está dentro de lo fisiológico a veces pueden suceder algo inesperado como afirma este autor “El parto no es siempre un fenómeno normal; los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la realización de un parto normal o eutócico.” Fescina, Schwarcz y Duverges, (2014, p. 545)

Entre las complicaciones de parto se observa:

- a) **La retención de placenta y de membranas ovulares:** Es cuando la Placenta está adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido. La retención de restos placentarios y/o restos de membranas: Sub involución uterina, la placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares). Guías de Práctica Clínica para

la atención de emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva (2007, p. 39)

Pueden presentarse de forma total o parcial, de las cuales la retención de membranas es más frecuente aun en partos espontáneos, ello ocurre por la realización de maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad o un grado de adherencia acentuado de las membranas. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 632-633)

- b) Hemorragias del alumbramiento o del tercer período del parto:** Normalmente en el alumbramiento se produce una pérdida sanguínea en promedio de unos 300 ml. Generalmente es más cuantiosa en las multíparas que en las primíparas. Se considera hemorragia posparto cuando esta pérdida sobrepasa los 500 ml. Casi siempre es subjetiva, es considerada como punto de alerta a partir del cual aumenta el riesgo materno de shock hipovolémico. Cuando la pérdida sanguínea sobrepasa los 1000 ml se la clasifica como hemorragia severa y es la complicación puerperal más temida por su extrema gravedad. En América Latina y el Caribe la mayoría de las hemorragias obstétricas graves que se producen durante las primeras dos horas del parto son una de las principales causas directas de muerte materna. Siendo evitables se producen principalmente donde no están garantizadas las "condiciones obstétricas y neonatales esenciales" para la asistencia del parto. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 632-633)
- c) Distocias por exceso de volumen fetal:** El feto puede tener dimensiones anormales no sólo por haber adquirido gran tamaño (exceso de volumen real total o parcial), sino también cuando, teniendo un crecimiento normal, se acomoda mal en el momento del parto y ofrece a la pelvis diámetros mayores que los habituales (exceso de volumen accidental). Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 609-610)
- Particularizando los inconvenientes, pueden ocurrir por distintos motivos:

- El feto presenta gran crecimiento. Feto grande o, aún más, el feto gigante, o aquel con edema o infiltración generalizados (exceso de volumen total).
- El feto es normal, pero tiene inconvenientes para sortear el canal pelvigenital porque se acomoda mal. Tal situación ocurre en las presentaciones viciosas de frente, hombro (desproporción accidental) o en las procidencias de miembros.

Un feto se considera macrosómico cuando supera los 4000 gramos. El feto de volumen excesivo en la pelvis normal puede ocasionar una distocia similar a la del feto normal en una pelvis estrecha. En los fetos con alto peso no siempre es la cabeza la que ocasiona dificultades, sino que el mayor escollo está en el parto de los hombros. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 609-610)

RESULTADOS PERINATALES

CONSIDERACIONES DE LA OMS RESPECTO AL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO

Según Aguayo, Correa y Kimelman (2012), la OMS en un informe sobre Parto Normal, incluyen, brindar un entorno íntimo para el nacimiento, en que la dignidad y decisiones de padres y madres, sean respetadas, favorecer el vínculo de apego entre el niño/niña y su madre desde la gestación, con énfasis durante las primeras horas de vida, restringir el uso de la tecnología innecesaria durante el proceso de gestación y parto y la promoción de la lactancia materna. Considerando, medidas tales como el contacto piel a piel, amamantar dentro de la primera hora después del parto, habitación conjunta, lactancia a libre demanda y la presencia del padre o persona significativa en el parto, producen disminución de las tasas de maltrato infantil, incrementa la participación del padre en el cuidado del niño/niña, lactancia exitosa durante el primer año, y menor abandono de recién nacidos/nacidas. (p. 7)

La Organización Mundial de la Salud (1985) Considera lo siguiente: El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La

observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Además, debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso en la sala de partos. Así mismo el contacto piel con piel favorece el vínculo afectivo entre ambos. El primer contacto piel con piel entre la madre y su recién nacido, el intercambio de miradas y el hechizo entre ambos es el inicio del vínculo afectivo que mantendrá unida a la madre con su hijo. El entorno del ambiente debe ser de silencio y sin interferencias para que madre y bebé puedan vivir plenamente el nacimiento del amor. (p. 436-437)

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Fescina, Schwarcz y Duverges (2014), afirman que: “La atención inmediata del recién nacido en la sala de partos tiene como objetivo brindar a todos los neonatos las condiciones óptimas para su adaptación a la vida extrauterina, favoreciendo y evitando interferir en la interacción precoz madre/padre-hijo (vinculo temprano)”. (p. 497)

Para ello es necesario implementar las siguientes medidas: Anticipar situaciones, detectando condiciones perinatales que se asocian a nacimientos de alto riesgo, valorando antecedentes disponibles y contar con recurso humano capacitado en la sala de partos (médicos, obstetras, neonatólogo y pediatra). En la Recepción del recién nacido, los integrantes del equipo de salud recibirán al recién nacido, y deben anticipar situaciones de riesgo, por lo que necesitan conocer previamente la historia Clínica materna, mientras se está pinzando y cortando el cordón se procede a realizar la evaluación para verificar lo siguiente: ¿hay líquido amniótico meconial?, ¿el RN respira o llora?, ¿tiene buen tono muscular?, ¿la coloración es rosada?, ¿la gestación es a término?. De acuerdo a las respuestas se pueden dar dos situaciones: El recién nacido es vigoroso, de término que llora en forma enérgica o respira espontáneamente, está rosado, con buen tono muscular y la frecuencia cardiaca (FC) es más de 100 latidos por minuto. Al 1º y 5º minuto se toma la puntuación de APGAR. O el recién nacido no cumple con estos parámetros. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 497-498)

ÍNDICE DE APGAR

Valoración del estado cardio-respiratorio y neurológico al nacer, evaluando el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso de nacimiento. Se evalúan cinco signos: Frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color; a cada uno se le califica con puntajes de 0 a 2. O Puntaje de 7 a 10: normal o Puntaje de 4 a 6: asfixia moderada o Puntaje de 0 a 3: asfixia severa. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 497-498)

PROCEDIMIENTOS DE RUTINA EN LA ATENCIÓN INMEDIATA AL RN:

Luego del corte del cordón se completa el secado con la toalla y Se entrega el niño a la madre, estimulando la interacción entre ambos y del padre, que idealmente debe estar presente. Si es posible, estimule la succión. La experiencia demuestra que los recién nacidos succionan vigorosamente desde los primeros minutos de vida. Son procedimientos que se deben realizar en todos los recién nacidos vigorosos después de haber tenido las primeras interacciones con su madre. El alojamiento conjunto madre-hijo normales, Permite la interacción continua madre-hijo importante para el fortalecimiento del vínculo que condiciona pautas de comportamiento recíproco favorables y las acciones de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 497-498)

LACTANCIA MATERNA PRECOZ

Definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo, es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre. iniciado la alimentación con leche materna dentro de la primera hora de vida. Ministerio de Salud (2017, p. 12)

Promover el inicio precoz y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. El recién nacido debe haber iniciado la alimentación con leche materna dentro de la primera hora de vida y debe continuar con lactancia materna a libre demanda. Enseñar a la madre las técnicas para el amamantamiento, procurando vincular en esta labor educativa al padre y la familia. Ministerio de Salud (2015, p. 15)

Lactancia materna, la manera natural de alimentar a un recién nacido es con la leche de su madre y el acto a través del que se lleva a cabo es el "amamantamiento": A pesar de haber sido este durante millones de años la única fuente Nutrida del ser humano al inicio de su vida, en los últimos cien años se fue perdiendo la cultura del amamantamiento. En ello contribuyeron factores socioeconómicos-culturales, la aparición de fórmulas lácteas en el mercado, decisiones erróneas de los equipos de salud y débiles en políticas de salud a favor de la lactancia materna. A finales del siglo pasado diversos organismos internacionales avanzaron, con estrategias, en la promoción de la lactancia materna. Se estableció la función esencial de los servicios de maternidad con la propuesta: Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural y se lanzó la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, tomando como base los Diez Pasos. UNICEF (1946, 2006, p. 1-7)

A esta iniciativa adhirieron países de todo el mundo y en especial de Latinoamérica. En la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990 en Nueva York se declaró a la LM como una de las estrategias para la supervivencia infantil, por los innumerables beneficios que proporciona al crecimiento y desarrollo de los niños y a la salud de las madres y familias, constituyéndose en un protector biopsicosocial de la salud integral infantil para la reducción de la morbilidad materno perinatal. Fescina, Schwarcz y Duverges (2014, p. 515)

CONTACTO PIEL CON PIEL

Inmediatamente ocurrida el nacimiento, coloque a la o el bebé piel a piel con su madre y séquelo con excepción de las manos, lo que facilitará su orientación hacia el pezón. Cúbralo con una manta. Se sugiere colocarle un gorro. Manténgalo así durante por lo menos una hora. Ministerio de Salud (2017, p. 19)

Procedimiento que se aplica si la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado. El contacto piel a piel debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre-niño/a, iniciando la lactancia materna y buscando lograr una lactancia materna eficaz. El contacto piel a piel deberá ser realizado desde el inicio y en forma permanentemente por el equipo profesional responsable de la

atención neonatal. Luego del periodo de contacto piel a piel, se procederá a completar los siguientes procedimientos de la atención inmediata neonatal. Ministerio de Salud (2015, p. 14)

Asimismo, el contacto piel a piel: en el recién nacido dispone de competencias sensoriales para vincularse y promover conductas de apego con su madre. Dentro de la primera hora de nacido, se muestra en un estado de vigilia - calma, con avidez sensorial, y buscando ser acogido en el ambiente extrauterino. Sobre el abdomen de su madre, la o el recién nacido instintivamente reptará buscando el pezón, sus reflejos sensoriales y motores están suficientemente estimulados para reconocer el olor que emana del pezón, visualizarlo y lamerlo, y dar un pequeño impulso con las piernas y brazos hasta lograr acoplarse vigorosa y armónicamente. La madre, inmediatamente después del parto, está especialmente predispuesta para compartir emociones con su bebé y para aprender conductas maternas, tales como entregar cuidado físico y afecto a su bebé; las que se potencian con el contacto con la o el bebé y mejor aún, cuando hay un apoyo personalizado del personal de salud y la participación activa del padre, o acompañante de confianza de la madre. El contacto piel a piel estimula la secreción de las glándulas mamarias y sudoríparas en la madre, conectando íntimamente el tacto, los olores, los sonidos y miradas entre madre y bebé; activándose las hormonas relacionadas a las conductas de vinculación y facilitando la lactancia materna. Por el contrario, la falta de contacto neonatal está asociada con la disminución de la lactancia materna y consecuencias en la capacidad futura de la o el bebé para establecer vínculos interpersonales al carecer de la experiencia vinculante primaria con su madre. Es importante evaluar la interacción materno neonatal para identificar las necesidades de apoyo en esta etapa clave de la vida de la o el recién nacido. La atención de salud al binomio Madre - bebé ofrece una excelente oportunidad para seguir reforzando la calidad del proceso de vinculación con el impacto en la salud a lo largo de la vida del ser humano. Ministerio de Salud (2017, p. 38)

LÍQUIDO AMNIÓTICO:

El líquido amniótico está compuesto por la secreción de las células epiteliales de la membrana amniótica en la porción que recubre la placenta, por la orina fetal, puesto que el feto la evacua en la cavidad amniótica y finalmente por trasudación del líquido a través de las membranas ovulares. El feto deglute unos 500 m/L de líquido en las 24 horas. El líquido amniótico es transparente, pero cerca del final de la gestación se va haciendo turbia, lechosa y su olor recuerda el del semen o lejía. Está constituido por agua (98,4 %), albúminas, sales, glucosa, urea, vitaminas y hormonas. En el sedimento se encuentran células epidérmicas fetales y del amnios, lanugo y materias sebáceas; también células epiteliales del árbol respiratorio y del tracto urinario del feto, y células vaginales en los fetos femeninos. Posee una composición que se aproxima a la de los demás líquidos extracelulares: plasma, líquido intersticial y líquido cefalorraquídeo. La función del líquido amniótico consiste en asegurar la hidratación del feto y suministrarle sales minerales para su desarrollo, facilitar su movimiento y evitar las adherencias a la membrana amniótica, proteger al feto de los traumatismos externos y ayudar a mantener una temperatura adecuada. Durante el parto, protege también al feto del trauma obstétrico y de la infección, antes de la ruptura de las membranas. Rigol (2004, p. 431-488)

Líquido amniótico transparente resguarda y protege al bebé. La presencia de líquido amniótico claro nos indica un recién nacido oxigenado; sin embargo, el líquido meconial fluido y con mayor gravedad el líquido verde espeso nos indica un gran compromiso fetal como hipoxia, acidosis y síndrome de aspiración.

2.2 Marcos Conceptuales o Glosario

Edad: Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.

Según el RM. Nro. 538 MINSa (2009, p. 2) clasifica las edades en:

Adolescente: 12 a 17 años 11 meses 29 días.

Joven: 18 a 29 años 11 meses 29 días.

Adulto: 30 a 59 años 11 meses 29 días.

Grado de instrucción: Es el número promedio de años de estudios lectivos aprobados en instituciones de educación. Dirección General del Bachillerato (2013, p. 1)

Estado civil: Es la unión de personas de diferente sexo con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo. La formación de este vínculo se da generalmente en las primeras etapas de la edad adulta, en la cual la pareja busca la prolongación de sus vidas a través de sus hijos. INEI (1993, p. 1)

Procedencia: Se entiende por procedencia, siguiendo un criterio geográfico el origen de donde proviene la embarazada pudiendo considerarse la región, ciudad, localidad o caserío, donde nació y vivió la mayor parte de su vida. Hobsbawm, (2013, p. 1)

Alojamiento conjunto: Es la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente, así como la lactancia materna exclusiva. MINSA (2013, p. 3)

Técnicas de Respiración: Conjunto de procedimientos que permite una adecuada respiración con la participación de todos los músculos, con énfasis del músculo del diafragma, que es el musculo respiratorio más importante. Permite, a través de la oxigenación, la participación de todo nuestro cuerpo ayudando a normalizar los estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad provocados por factores exógenos disminuyendo la tensión muscular y la fatiga. MINSA (2011, p. 3)

Técnicas de relajación: Conjunto de procedimientos que permiten educar el control de nuestra actividad física y psíquica, consiguiendo una percepción, conocimiento y control progresivo de los elementos del cuerpo" Existen técnicas válidas para inducir de forma autodidacta estados de relajación física, como los métodos de Jacobson, shultz y la sofrología. MINSA (2011, p. 3)

Posiciones antálgicas: Son posturas que reducen las molestias, incomodidad o dolor en el cuerpo o algunas de sus partes. Morales , Guibovich y Yábar (2014, p. 54)

Capacidad resolutive: Los establecimientos de salud tienen esta capacidad al producir el tipo de servicios necesarios de acuerdo a su nivel de suficiencia, para responder y/o solucionar las diversas necesidades de salud

de la gestante y del/de la recién nacido/a en forma oportuna e integral, permitiendo diagnosticar y dar tratamiento efectivo según grado de complejidad de daño. MINSA (2016, p. 10)

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis general

H₁: Existe relación del acompañamiento durante el parto y los resultados maternos y perinatales en parturientas atendidas en el CMI Cesar López Silva durante el año 2018.

H₀: No existe asociación del acompañamiento durante el parto y los resultados maternos y perinatales en parturientas atendidas en el CMI Cesar López Silva durante el año 2018

3.2 Identificación de variables

3.2.1 Variables Independientes

Acompañamiento: Para la presente investigación se entenderá como la presencia de una persona elegida libremente por la gestante, para brindar apoyo físico, emocional y representativo de una manera afectiva a la parturienta, motivando la aplicación de técnicas de respiración, relajación, masajes y otros.

3.2.2 Variables Dependientes

Resultados Maternos: Son aspectos observados en gestantes que participa en el estudio durante el trabajo de parto (periodo expulsivo) Se consideran los siguientes: Edad materna, Duración de expulsivo, Episiotomía, Desgarros perineales y complicaciones maternas.

Resultados Perinatales: Son aspectos observados y registrados en los recién nacidos de madres que participan en la presente investigación. Entre los Resultados perinatales, se consideran las

siguientes, Líquido amniótico, APGAR al minuto y a los cinco minutos, Lactancia materna precoz, y contacto piel a piel.

Variables intervinientes

Son variables de caracterización de la población de estudio, observado y registrado en las parturientas que participan en la presente investigación. Entre los que se consideran la edad, paridad, grado de instrucción, estado civil y procedencia.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEF. OPER	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	ESCALA	UNID. MEDIC.	FUENTE	CATEGORIA	CODIFICACION
Acompañamiento durante el parto	Presencia de una persona elegida libremente por la gestante, para brindar apoyo físico, emocional a la parturienta, durante el periodo expulsivo.	Pareja Madre Otro familiar Ninguna	Presente (1) Ausente (0)	p.5	Nominal	Cualitativa	Cuestionario	Presente (1) Ausente (0)	Pareja = 1 Madre = 2 Otro familiar = 3 Ninguna = 0
Resultados	Resultados Maternos: Son aspectos observados en gestantes (periodo expulsivo) siguientes: Duración de expulsivo, Episiotomía, Desgarros perineales y complicaciones maternas	Resultados Maternos	Duración del expulsivo	p.6	Cuantitativa	De Razón	Cuestionario	< 30 min 30-50 minutos 51-70 minutos 71-92 minutos >92 minutos =5	< 30 min =1 30-50 minutos =2 51-70 minutos =3 71-92 minutos =4 >92 minutos =5
			Episiotomía	p.7	Cualitativa	Nominal dicotómico	Cuestionario	Si hubo No hubo	Si hubo= 1 No hubo= 2
			Desgarro perineal	p.8	Cualitativa	Ordinal politómico	Cuestionario	1er grado 2do grado 3er grado 4to grado	2do grado= 1 2do grado= 2 3er grado= 3 4to grado= 4
			Complicaciones	p.9	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Hemorragia Parto distócico Alumbramiento patológico	Hemorragia=1 Parto distócico= 2 Alumbramiento patológico=3

	Resultados Perinatales Son aspectos observados y registrados en los recién nacidos los siguientes: Frecuencia cardiaca fetal Líquido amniótico, APGAR al minuto y a los cinco minutos, Lactancia materna precoz.	Resultados Perinatales	Líquido Amniótico	p.10	Cualitativa	Nominal Politómico	Cuestionario	Claro Verde fluido Verde meconial	Claro=1 Verde fluido=2 Verde meconial=3
			APGAR 1 min	p.11	Cuantitativa	De Razón	Cuestionario	'7 a10: normal '4 a 6 Asfixia leve '0 a 3 Asfixia severa	Normal=1 Asfixia leve=2 Severa=3
			APGAR 5 min	p.12	Cuantitativa	De Razón	Cuestionario	'7 a10: normal '4 a 6 Asfixia leve '0 a 3 Asfixia severa	Normal=1 Asfixia leve=2 Severa=3
			Lactancia Precoz	p.13	Cuantitativa	Nominal dicotómico	Cuestionario	Dentro de la hora Después de 1 hora	Dentro de la hora =1 Después de 1 hora =2
			Contacto piel a piel	p.14	Cualitativa	Nominal dicotómico	Cuestionario	< 45 Minutos Después de 45 min	< 45 Minutos=1 Después de 45 min=2
Variables sociodemográficas	Son variables de caracterización de la población de estudio	Edad	12 a 17 años 18 a 29 años 30 a más años	p.1	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario	12 a 17 años 18 a 29 años 30 a más años	12 a 17 años =1 18 a 29 años= 2 30 a más años= 3
		nivel educativo	nivel educativo	p.3	cualitativa	Ordinal	cuestionario	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ninguno =1 Primaria =2 Secundaria=3 Superior=4

		Estado civil	Casada Conviviente Soltera Otros	P;4	cualitativa	discreta	cuestionario	Casada Conviviente Soltera Otros	Casada =1 Conviviente=2 Soltera =3 Otros =4
		Paridad	Primípara Multípara Gran multípara	p.2	cualitativa	discreta	cuestionario	Primípara Multípara Gran multípara	Primípara = 1 Multípara = 2 Gran multípara = 3
		Procedencia	Costa Sierra Selva	P 15	cualitativa	nominal	cuestionario	Costa Sierra Selva	Costa=1 Sierra=2 Selva=3

3.4 Matriz de Consistencia

ASOCIACION DEL ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PARTO Y LOS RESULTADOS MATERNO PERINATALES EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN EL CMI “CESAR LOPEZ SILVA” DURANTE EL AÑO 2018.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA	MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO
¿Cuál es la asociación del acompañamiento durante el parto con los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el CMI Cesar López Silva durante el año 2018?	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la asociación del acompañamiento durante el parto con los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el CMI “Cesar López Silva” durante el año 2018</p> <p>Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer la frecuencia de acompañamiento durante el trabajo de parto 2. Identificar los resultados maternos asociados al acompañamiento 3. Identificar los resultados perinatales asociados al acompañamiento 4. Conocer las características sociodemográficas de la población de estudio 5. Relacionar estadísticamente las variables de estudio 	<p>V. Independiente</p> <p>Acompañamiento durante el parto</p> <p>V. Dependiente</p> <p>Resultados Materno Perinatales</p> <p>Intervinientes</p> <p>Edad</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Estado civil</p> <p>Paridad</p> <p>procedencia</p>	<p>1. Enfoque:</p> <p>Investigación cuantitativa.</p> <p>2.Tipo:</p> <p>Observacional</p> <p>3.Diseño</p> <p>Corte Transversal</p>	<p>La muestra estará constituida por 77 parturientas con acompañamiento y 77sin acompañamiento la misma que se calculó con el siguiente algoritmo</p>	<p>Fuente:</p> <p>Parturienta</p> <p>Instrumento</p> <p>Cuestionario</p> <p>Técnica</p> <p>La encuesta</p>

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y Diseño de investigación.

Observacional, analítico relacional, transversal retrospectivo comparativo

4.2 Unidad de análisis.

La unidad de análisis será la parturienta atendida con y sin acompañamiento

4.3 Población de estudio.

El 2017 hubo 785 partos, algunos tuvieron acompañamiento, otros no tuvieron acompañamiento, considerando que la población es de 785 unidades de estudio en el periodo planteado.

4.4 Tamaño de muestra.

La muestra estará constituida por 77 parturientas con acompañamiento y 77 sin acompañamiento la misma que se calculó con el siguiente algoritmo:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Donde:

n= es el tamaño de la muestra

N= es el tamaño de la población

Z α = 1,96 para un nivel de confianza del 95%

p= es la proporción de acompañamiento en nuestra realidad

q= es el complemento de p (1-p)

Tamaño de la muestra estimar la prevalencia (Con Marco Muestral)		
Marco muestral	N =	785
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Z de (1- $\alpha/2$)	Z (1- $\alpha/2$) =	1.960
Prevalencia de la enfermedad	p =	0.200
Complemento de p	q =	0.800
Precisión	d =	0.085
Tamaño de la muestra	n =	76.84

4.5 Selección de la muestra

La muestra será seleccionada aleatoriamente mediante el muestreo aleatorio sistemático, con un salto de $k=3$ tomando en cuenta los criterios de selección a quienes se les aplicará un cuestionario elaborado para tal fin.

4.6 Técnica de recolección de datos

La técnica a utilizar será la entrevista donde se llenará el cuestionario con las respuestas recogidas de cada parturienta, una vez completada los cuestionarios serán transferidos a una hoja de cálculo Excel para su codificación y ordenamiento según el tipo de variables.

4.7 Análisis e interpretación de la información

Para el análisis e interpretación, los datos ordenados y codificados en Excel serán importados al programa SPSS ver 25, en la cual se analizarán los datos presentándolos en forma de tablas y gráficos. Las variables cualitativas se describirán en frecuencias absolutas y relativas y las variables numéricas se analizarán utilizando estadísticos de resumen como la media aritmética, medidas de dispersión como desvío estándar.

V. PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (S/.)	COSTO TOTAL (S/.)
Recursos humanos			
Asesor estadístico/metodológico	1	985	985
Movilidad	35	350	350
Máquinas y equipos:			
USB 8GB	1	28	28
Laptop Intel Core i5	1	1,800.00	1,800.00
Papelería en general, útiles y materiales de oficina:			
Lapicero azul (unidad)	10	0,50	5
Folder Manila c/ fastenes (unidad)	10	0,80	8
Archivador (unidad)	2	8	16
Engrapadora (unidad)	1	10	10
Hojas Bond (paquete)	2	15	30
Grapas (caja)	1	3	3
Tableros (unidad)	2	5	10
Copias	300	0,10	30
TOTAL			S/. 3,275.00

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguayo, F., Barker, G., & Kimelman, E. (21 de Junio de 2016). Paternidad y Cuidado en América Latina: Ausencias, Presencias y Transformaciones. Hipatia Press, 5(2). Obtenido de <http://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/mcs/article/view/2140/pdf>
- Aguayo, F., Correa, P., & Kimelman, E. (2012). Estudio sobre la participación de los padres en el Sistema Público de Salud de Chile. Chile Crece Contigo. Santiago: Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Santiago de Chile: Cultura Salud/ MINSAL. Obtenido de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/14-Informe-final-Estudio-sobre-la-participacion-de-los-padres-en-el-sistema-publico-de-salud-de-Chile.pdf>
- Aguilar M, N., & Rosas G, D. (2013). 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. Grado de Matrona. Universidad Austral de Chile- Escuela de Obstetricia y Puericultura, Valdivia, Chile. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fma283i/doc/fma283i.pdf>
- Aranda G, A., Reina D, M., Rodríguez R, I., Delgado B, E., Heras M, J., & Lobato M, C. (2014). Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Licenciatura en Enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0794.pdf>
- Benavides V, J., & Forero M, L. (2016). Necesidades de cuidado del Acompañante hombre de una gestante en trabajo de parto en una institución de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá. Grado de Licenciatura en Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19508/BenavidesVergaraJoseDavid2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Blázquez, M. (2003). Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento Declaración de Fortaleza 1985. Zaragoza. Obtenido de http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf
- Carbajal, J., & Ralph, C. (2017). Manual de Obstetricia y Ginecología (Octava ed.). Chile. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
- Carl, R. (1996). La relation d'aide et la psychothérapie. París: ESF.

- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2017). Boletín Epidemiológico del Perú SE 47-2017., 26, pág. 1514. Lima. Obtenido de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/47.pdf>
- Chalmers, Mangiaterra, & Porter. (2002). Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. *Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, 21(3), 136. Obtenido de www.sarda.org.ar/content/download/808/5849/file/136-139.pdf
- Colos F, A. K. (2015). Beneficios con el acompañamiento de la pareja en el proceso de trabajo de parto en primigestas atendidas en la Clínica Particular Montenor S.A.C. (Grado de Licenciatura en Obstetricia). Universidad Alas Peruanas, Lima, Perú. Obtenido de http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/124/2/COLOS_FLORES-Resumen.pdf
- Congreso de la República. (5 de 07 de 2018). Ley que modifica la ley 29409, Ley que concede el derecho de Licencia por Paternidad a los Trabajadores de la actividad Pública y Privada. *El peruano*, pág. 1. Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-modifica-la-ley-29409-ley-que-concede-el-derecho-de-ley-n-30807-1666491-2/>
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., & Spong, C. (2005). *Episiotomía* (Vigésima tercera ed.). México D.F: Mc Graw Hill Interamericana.
- De León L, V. A. (2015). Humanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. Enero- Febrero 2015. Licenciado de Enfermería. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/De-Leon-Antonieta.pdf>
- Dirección General del Bachillerato. (1 de Mayo de 2013). Estructura del Sistema Educativo en el Perú. Obtenido de https://www.dgb.sep.gob.mx/tramites/revalidacion/Estruc_sist_edu/Estud-PERU.pdf
- Fescina, R., Schwarcz, R., & Duverges, C. (2014). *El Parto* (6 ed., Vol. 1). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Gomez P, K., & Huamani Y, R. (2018). Acompañamiento durante el parto asociado a beneficios maternos perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” febrero – abril 2018. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, Huancayo, Perú. Obtenido de <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/241508>

- Hernández G, J., Echevarría P, P., & Gomariz S, M. (2016). De reclusiones maternas y habitantes de los «no lugares». La gestión del acompañamiento paterno en el marco de los partos hospitalarios públicos. *Periferia*, 21(2). Obtenido de <https://revistes.uab.cat/periferia/article/view/v21-n2-hernandez-echevarria-gomariz/518-pdf-es>
- Herrera, C., Calderón, N., & Carbajal, R. (Agosto de 1997). Influencia de la paridad, edad materna y edad. *Ginecología y Obstetricia*, 43(2), 3. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_43n2/influencia.htm
- Herrera, C., Calderón, N., & Carbajal, R. (Agosto de 1997). Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 43(2), 3. Obtenido de <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1060>
- Hobsbawm, E. J. (2013). En recuerdo de Eric Hobsbawm. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Eric_Hobsbawm
- Huacón L, V. S. (2018). Beneficios maternos perinatales del acompañamiento durante el trabajo de parto en usuarias atendidas en el Hospital Mariana de Jesús. Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31649/1/CD-463-HUACON%20LOOR.pdf>
- INEI. (1993). Censos Nacionales. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0044/C6-6.HTM
- INMP. (2015). Postulación al Reconocimiento a la Gestión de Proyectos de Mejora. Obtenido de Implementación de la Atención del Parto Humanizado en el INMP: http://www.cdi.org.pe/pdf/PNC_2015/RGPM/INST.%20MATERNO%20PERINATAL%20IP.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (08 de 2017). Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales Primer Semestre 2017. Obtenido de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (15 de 07 de 2010). Resolución Directoral. Obtenido de Atención del parto con acompañante: www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=420t.pdf&nombre=420t.pdf
- Jacobo G, H. (04 de Marzo de 2011). El acompañamiento Sistémico. Obtenido de <http://ensino.univates.br/~4iberoamericano/trabalhos/trabalho310.pdf>

- Lagos, J. (Noviembre de 2015). Correlación del acompañamiento en las parturientas durante el periodo expulsivo en el Centro Materno Infantil César López Silva- Villa el Salvador. (Tesis de Licenciatura). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú. Obtenido de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1566/3/lagos_jg.pdf
- Leon U, G., & Muñoz M, K. (2016). Influencia del apoyo del acompañamiento en el proceso de parto en el Centro de Salud Chilca Huancayo. Universidad Peruana del Centro, Huancayo, Perú. Obtenido de <https://docplayer.es/88045999-Informe-final-de-investigacion.html>
- Ministerio de Salud. (2015). Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Neonatal RM°828-2013. Lima: Biblioteca Nacional del Perú. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Guía Técnica para la consejería en Lactancia Materna. Lima: Biblioteca Nacional del Ministerio de Salud. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2008). Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo . Obtenido de <http://www.voolive.net/archivos/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
- MINSA. (2007). Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiaGinecologia.pdf>
- MINSA. (2009). Norma Técnica de Salud para la Atención integral de la Salud en la etapa de vida Joven. Obtenido de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/reunion_p/joven/reunion_Joven_NORMA_TECNICA.pdf
- MINSA. (2011). Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Lima. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>
- MINSA. (2013). Norma Técnica de salud para la atención integral de la Salud Materna. Lima. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>
- MINSA. (2016). Norma Técnica para la atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Adecuación Intercultural. Ministerio de Salud. Lima: Biblioteca Central del Ministerio de Salud. Obtenido de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>

- MINSA. (2017). Situación Actual de la Salud Sexual y Reproductiva. (C. Marysol, Ed.) Obtenido de Monitoreo y Evaluación de Suministros: ftp://ftp.minsa.gob.pe/sismed/ftp_carga/REUNION%20FORTALECIMIENTO%20SISMED%20EN%20EL%20MARCO%20DE%20LAS%20ESTRATEGIAS%20DEL%2012%20AL%2015%20MARZO%202018/REUNION%20TECNICA%2012%20_15%20MARZO%202018/REUNION%20DEL%2012_15_03_18/Dia%202/SSR.pdf
- Morales A, S., Guibovich M, A., & Yábar P, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Scielo*, 14(4), 55. Recuperado el 2014 de Junio de 20, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>
- Morláns L, M. (29 de 08 de 2011). El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante. *REDUCA*, 3(3), 178. Obtenido de <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/740/755>
- Mota, F. (2009). La teoría educativa de Carl R. Rogers; alcances y limitaciones. Obtenido de <http://ineditviable.blogspot.com/2009/11/la-teoria-educativa-de-carl-r-rogers.html>
- OMS. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. *Lancet*, 2, 436-437. Obtenido de http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf
- OMS. (1989). Declaración Conjunta de OMS-UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia. *LANCET*, 4. Obtenido de http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Cuidados en el Parto Normal. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva OMS, Ginebra. Obtenido de http://www.asociacioncanariadematronas.es/wp-content/uploads/2013/07/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Ginebra-Suiza. Obtenido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- Quituzaca V, M., & Sinaluisa A, N. (2014). Vivencias de las mujeres en proceso de parto sin compañía de un familiar en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba área Centro Obstétrico-Ginecología periodo Diciembre del 2013 a Junio del 2014. Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. Obtenido de

<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/308/1/UNACH-EC-ENFER-2014-0008.pdf>

- Rigol, R. (2004). *Obstetricia y ginecología*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Sistemas de Información Hospitalaria HIS. (1989, 2017). *Estadística del promedio de partos*. Lima- Villa el Salvador, Perú.
- Thorne, B., & Sanders, P. (2013). *Carl Rogers* (Tercera ed.). SAGE Publications Ltd. Obtenido de <http://sk.sagepub.com/books/carl-rogers-3e>
- UNICEF. (1946, 2006). *Lactancia Materna una Fuente de Vida*. Lima: Fondo de la Naciones Unidas. Obtenido de https://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf
- Vela C, G. (2015). *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015*. Grado de Obstetra. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4278/Vela_cg.pdf;jsessionid=52C1963139523A67693A3F79F145F04B?sequence=1

VIII. ANEXOS

ANEXO N°01:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente cuestionario fue elaborado para determinar la **asociación del acompañamiento durante el parto y los resultados materno perinatales en parturientas atendidas en el CMI “Cesar López Silva” durante el año 2018** para lo cual se solicita la información con la mayor veracidad. Este cuestionario tiene carácter confidencial.

N° de Ficha Familiar

DNI

- 1.- Edad: 12 a 17 años 18 a 29 años 30 a más años
- 2.-Paridad: Primípara Multípara Gran multípara
- 3.-Grado de Instrucción: Ninguno Prim. Sec. Sup. Otros
- 4.- Estado civil: Casada Conviviente Soltera Otros
- 5.- Acompañante: Pareja Madre Otro familiar Ninguno
- 6.-Duración Expulsivo : <30min 30 a 50 min 51 a 70 min
71 a 92 min >72 min
- 7.-Episiotomía : Sí No
- 8.-Desgarro: 1er grado 2do grado 3er grado 4to grado
- 9.-Complicaciones del parto: Hemorragia Parto Distócico
Alumbramiento Patológico
- 10.-Líquido Amniótico: Claro Verde Fluido Verde meconial
- 11.-APGAR al 1 minuto: < 4 4 a 6 7 a 10
- 12.-APGAR al 5 minutos:< 4 4 a 6 7 a 10
- 13.-Lactancia Precoz: dentro de la hora después de la hora
- 14.-Contacto Piel a Piel: < de 45 min Después de 45 min
- 15.-Procedencia: Costa Sierra Selva