

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE OBSTETRICIA

**Influencia del apoyo del acompañante en el proceso del
trabajo de parto en el Instituto Nacional Materno
Perinatal**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Cecilia María Oria Vicharra

ASESOR

Luz Ibarra Puch

Oscar Munares García

Lima – Perú

2007

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres por su amor, confianza y apoyo incondicional.

Al Mg. Oscar Munares y a la Lic. Maria Castañeda por su valiosa asesoría para la realización y culminación de esta tesis.

A los Sres. Raúl Chavez y Miguel Tirado, quienes me orientaron estadísticamente con algunos datos para la muestra de estudio.

A la Obstetrix Elizabeth Barreda, por su apoyo y revisión del presente trabajo en su fase inicial para su presentación como proyecto de tesis.

A la Obstetrix Tutty Gamboa por su desinteresado asesoramiento al iniciar esta investigación.

Quiero destacar además a una persona que a estado conmigo desde el inicio y a lo largo de todo el proceso de elaboración de este trabajo y de quien recibí su valiosa ayuda en el análisis crítico del mismo: Alexander Carpio I.

Una vez más, gracias a todos.

*A mis padres quienes son mi
eterno apoyo, a Alex por su
ayuda; y a todas aquellas
parejas que tendrán hijos fruto
del amor.*

INDICE

<i>Contenido</i>	<i>Pág.</i>
Resumen	5
Introducción	6
Definición de términos básicos	13
Objetivos	16
Hipótesis	16
Material y métodos	17
Variables	20
Plan de tabulación y análisis	22
Resultados	23
Discusión	35
Conclusiones	46
Recomendaciones	47
Bibliografía	49
Anexos	52

RESUMEN

INFLUENCIA DEL APOYO DEL ACOMPAÑANTE EN EL PROCESO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

OBJETIVO: Conocer cómo influye el acompañante en el proceso del trabajo de parto.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles compuesta por 120 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) entre mayo a septiembre del 2006, de las cuales 30 (grupo casos) tuvieron acompañante y 90 (grupo control) no lo tuvieron. Tras acudir a la estadística hospitalaria y revisión de las historias clínicas, las cuales fueron tabuladas en tablas y gráficos del programa SPSS 10, se obtuvieron los siguientes resultados.

RESULTADOS: La pareja fue el acompañante en el 86.7% de los casos, el 70% de ellos acudió a las 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 90% de acompañadas inicio su Trabajo de Parto de forma espontánea, de la mismas un 90% culminó su parto por vía vaginal, la duración media del trabajo de parto en acompañadas fue de 462.4 ± 170.5 minutos en comparación a 608.9 ± 197.2 minutos del grupo control; el 70% no sufrieron complicación alguna inmediatamente después del parto. El índice Apgar fue de 8.6 ± 0.7 al minuto y 9.0 a los 5 minutos; el color del líquido amniótico fue claro en el 76.7% del grupo casos, los cuales superaron con sus respectivos valores a los del grupo control.

CONCLUSIONES: El acompañamiento durante el trabajo de parto constituye una opción saludable particularmente beneficiosa para el binomio madre-niño.

Palabras clave: Apoyo del acompañante, trabajo de parto, duración del trabajo de parto

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que el dolor en el parto es universal. Al tratarse de una experiencia tan común, podríamos juzgarla como algo positivo, como un vínculo de unión entre las mujeres, una verdad fundamental que corrobora la singularidad del papel femenino y consolida la importancia de una gran contribución a la sociedad. Sin embargo, lo habitual es que se considere como un castigo, una imposición, una penalidad, el precio que las mujeres deben pagar por concebir a los hijos.

En muchas culturas el dolor en el parto es asumido como una parte necesaria y aun siendo desagradable, no se considera un problema insuperable. Quizás la razón principal por la cual no temen el dolor y lo asuman sea el hecho que estas mujeres son asistidas normalmente por un acompañante o por doulas (mujeres con conocimiento acerca del parto y sus misteriosos beneficios sobre la psique femenina). En cambio la idea de que el dolor en el parto es un castigo tiene mayor prevalencia entre las mujeres occidentales, existiendo aún mucho temor, siendo una de las principales razones la falta de compañía durante el parto.

El contar con la presencia de un acompañante en el parto es una práctica ancestral, que aún persiste en muchas culturas. Existen estudios antropológicos de 128 culturas de cazadores recolectores o agrícolas, donde 127 cuentan con el apoyo emocional de una mujer durante el parto^(1,2). 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 puede asociarse con la experiencia de un parto anterior desfavorable o doloroso. Para aumentar las posibilidades de que el parto tenga un desenlace saludable para ellas y sus recién nacidos, las parturientas tienen una fuerte necesidad de sentirse mimadas y protegidas: **acompañadas**⁽²⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), recomienda que en los hospitales permitan al padre o a un acompañante estar presentes durante el parto⁽³⁾. Esta prerrogativa está asegurada legalmente en países como 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^(4, 5, 6). Por ejemplo entre las principales opciones del apoyo continuo del parto en los EE.UU. se encuentran el acompañamiento de doulas^(7, 8) (acompañantes del parto capacitadas), y la asistencia de un/a amigo/a o familiar quien ha sido invitado/a a estar presente durante el parto. En ese país, cada vez más hospitales permiten que las mujeres sean acompañadas por uno o más acompañantes de su elección. Esto no significa por lo tanto un retroceso; sino, el revivir la experiencia natural de la maternidad en comunidad.

Efectivamente, las preocupaciones en torno a la deshumanización de las experiencias femeninas respecto del parto han motivado a un retorno del apoyo continuo a las mujeres durante éste. Esto se debe a la presencia de rutinas institucionales, altas tasas de intervención (uso indiscriminado de oxitocina, drogas, analgesia, sedación, fórceps, cesáreas, etc.), límites en la autonomía y participación de las mujeres (deshumanización), personal desconocido para ellas y la falta de privacidad⁽³⁾. Esto a la larga constituiría un problema de salud pública, que afectaría a ella, al niño por nacer y a su contexto. Debemos establecer procedimientos que tengan beneficios demostrados, el acompañamiento durante el parto es uno de ellos; tal como ocurre en el caso de la episiotomía restrictiva y la movilidad durante el parto, prácticas conocidas pero que sin embargo aún no son cumplidas a cabalidad.

Los problemas antes mencionados sirven de base para desplazar a la mujer y a su pareja del lugar protagónico y centrar la atención en el profesional y la tecnología circundante, el lugar prioritario. Es cierto que una cierta 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 unos 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. Ésta propone respetar y crear condiciones para que todas las dimensiones del ser humano (psicológicas, biológicas y sociales), sean atendidas. Por eso uno de sus principales preceptos es la compañía durante el trabajo de parto. Así el Parto Humanizado es respetuoso de las necesidades emocionales de la madre y el niño, contempla los valores culturales, étnicos y religiosos que le permita 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 el carácter del parto; y si éste se 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 morbilidad neonatal y materna (la Tasa de Mortalidad Materna e infantil es alta en nuestro país 185/100,000 nacidos vivos y 33/1000 nacidos vivos, respectivamente, cifras obtenidas de ENDES 2000)⁽⁹⁾.

Para lograr entender por qué sucede esto, debemos saber qué es lo que sucede en el cuerpo de una gestante en trabajo de parto. Primero, entendemos por parto a un proceso fisiológico y dinámico que tiene como fin la expulsión de un feto vivo o muerto, con 22 o más semanas^(10, 11, 12) y sus anexos. En un trabajo de parto normal las contracciones uterinas son intermitentes, la duración y la intensidad se incrementan a medida que avanza progresivamente dilatando el cuello. La característica principal de la actividad uterina en el parto es el triple gradiente descendente; factor indispensable para que el parto progrese adecuadamente. Una mujer temerosa, angustiada e incluso muy emocionada puede sentirse tensa y tener dificultades para trabajar con sus contracciones y esta triple gradiente puede llegar a alterarse. Este tipo de mujeres suele tener partos más largos, incómodos y agotadores. Las catecolaminas son liberadas en respuesta al estrés, interfiriendo con la actividad del miometrio, y el aumento de tensión en la paciente conduce a la fatiga. La tensión durante el trabajo de parto es una respuesta natural a las contracciones del útero; sin embargo, sino es bien manejado, produce agotamiento y reducción del oxígeno, reduce el umbral del dolor y prolonga el trabajo de parto⁽²⁾. Además el parto se hace más dificultoso y prolongado, cuando el feto tiene que ser expulsado contra la resistencia incrementada de los músculos contraídos, en especial, aquellos que rodean el abdomen y a las vías del parto; por tanto éstos tienen que aflojarse para permitir el paso del feto. Esto es entonces más doloroso y además resulta, nada fácil para el feto. El dolor, el miedo y el rechazo aumentan y con ello, la contracción muscular. Y si, quizás a causa de la conducta que tiene la mujer, el gineco-obstetra la regaña, al decirle que no sea tan exagerada y que debe colaborar; entonces se establece un “círculo vicioso” perfecto, que lo único que logra es dificultar aún más el parto⁽²⁾.

En el trabajo de parto, la oxitocina juega un papel fundamental. Esta es la hormona central en todos los aspectos del comportamiento reproductivo y puede inhibirse tanto por la influencia de factores directos como indirectos. Los factores directos son los relacionados al miedo y la ansiedad, inyecciones anestésicas que paralizan áreas sensibles a la oxitocina, saturación de los receptores por dosis exógenas de oxitocina que reducen la sensibilidad a la oxitocina endógena (inducción, acentuación), episiotomía, al reducir el estiramiento del perineo y separación de la madre y el bebé, con la consiguiente pérdida de contacto piel con piel. Los indirectos son aquellas creencias y actitudes que puedan producir vergüenza, lo que produce también miedo y ansiedad. Por tanto esta hormona es crucial durante el trabajo de parto y después de éste ya que estimula la involución uterina y reduce el riesgo de hemorragia.

Cuando se perturba el desarrollo natural del parto, el cuerpo pone en marcha mecanismos evasivos instintivos para asegurar la supervivencia y protección de la parturienta y el bebé. El mecanismo implicado en ello utiliza como medio la adrenalina (hormona que acompaña al síndrome del temor, tensión y dolor). Producir adrenalina es una respuesta automática ante una situación que nos produce miedo o nos resulta amenazadora; por eso las mujeres que dan a luz son especialmente vulnerables⁽¹¹⁾.

La liberación de adrenalina puede iniciarse debido a una serie de factores estresantes: ruidos altos, extraños, ambientes poco familiares u hostiles para el parto, interrupciones, distracciones, falta de privacidad y procedimientos invasivos. Los miedos subconscientes pueden también provocar la liberación de adrenalina, así como la vergüenza. Siempre que la adrenalina fluya, aparecerán una serie de signos clínicos como: comportamiento de pánico, aumento de la presión sanguínea, enlentecimiento de las contracciones (la adrenalina es un factor inhibidor de oxitocina), aumento del dolor debido a la disminución en el aporte de sangre oxigenada al músculo uterino y pausa o cese en la dilatación, ya que las fibras circulares del músculo uterino se contraen e interfieren en la acción de las otras capas de músculo, requiriendo de ciertas intervenciones como acentuación o cesáreas⁽²⁾. Estas reacciones y síntomas, normales y esperables, son diagnosticados frecuentemente como “parto detenido”, “disdinamia uterina”, “distocia” y/ o “trabajo miometral ineficiente”, allí donde un diagnóstico correcto diría: “respuesta natural ante una situación amenazadora”, “perfecta interacción hormonal dadas las circunstancias” y/ o “reacción normal ante un entorno hostil”⁽²⁾.

En vista a tales circunstancias, se realizaron diversas investigaciones hechas mayormente en los países de altos ingresos (Bélgica, Canadá, Francia, Grecia, Reino Unido, EE.UU.) aunque también en los de bajos y medianos ingresos (Botswana, España, Finlandia, Guatemala, México, Chile y Sudáfrica). Éstas constataron que el acompañamiento continuo durante el parto por una persona de su elección aumenta el bienestar de la madre, mejora los resultados de salud y disminuye considerablemente la tasa de todas las intervenciones como un menor uso de medicamentos para acelerar el trabajo de parto e inclusive, cesáreas^(13, 14, 29). Además de tener un parto vaginal más corto, período expulsivo más exitoso, dar a luz sin fórceps o ventosa, tener sentimientos más positivos con respecto a su bebé, tener recuerdos más positivos de su parto y tener menos depresión postnatal^(29, 15, 14, 3, 2).

También se halló que los efectos positivos son, en general, más contundentes cuando no se dispone de otras fuentes de apoyo, cuando la anestesia peridural no se utiliza de rutina, cuando el apoyo personalizado es suministrado por una persona que no es empleada del hospital, y cuando el apoyo se inicia en los comienzos del trabajo de parto, aunque también se observaron beneficios incluso cuando éste se inició en las últimas etapas del parto^(14, 2).

En conclusión, estas investigaciones demostraron que las mujeres acompañadas tenían de un 26-32% menos probabilidad de cesáreas; de 18-41% menos probabilidades de uso de ventosa o fórceps; 34% menos necesidad de episiotomías y de un 16-28% menos probabilidad de necesidad de anestesia^(3, 16). Además de manifestar otros beneficios para el recién nacido y otras ventajas maternas como el aumento de seguridad y confianza en un 80%, disminución del estrés (83.3%) e incremento del vínculo afectivo con la pareja y el bebé (96.7%)⁽²⁹⁾.

En vista de todas las evidencias científicas expuestas líneas arriba, en 1998, el Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) consideró la aparición del Proyecto de Parto con Acompañante, teniendo en cuenta así la necesidad de compañía tanto en gestantes jóvenes como en adultas. Inclusive, el año pasado se realizó en esta institución, un estudio en donde concluyeron que el parto con acompañante capacitado constituye una opción de parto saludable y seguro al brindar apoyo y soporte emocional⁽¹⁷⁾. Este proyecto fue apoyado por el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica de dicha institución. Para ingresar a proyecto, los acompañantes debieron asistir como mínimo a 4 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica (*Ver anexo 1: Programa educativo a gestantes), donde serían capacitados de

forma teórica y práctica para asistir a la gestante desde el inicio del Trabajo de Parto y como parte de este programa, se les brinda información acerca de su embarazo y parto, se les apoya y estimula para que estén mejor preparadas en el momento de la llegada de su bebé y se les permite que un familiar allegado, su pareja o la persona indicada por ellas, les acompañen durante ese momento tan especial, hecho que sólo es permitido en instituciones privadas, mas no en entidades públicas como lo es un hospital. Entonces, una mujer que llega al parto preparada gracias a la Psicoprofilaxis Obstétrica, se le suma un acompañante capacitado; eliminará tensiones, angustias y emociones nocivas, adaptándose a una nueva situación intelectual, afectiva y corporal estimulando su actividad voluntaria, es decir, se sustituye a la mujer pasiva y entregada al dolor (que dificulta con sus reacciones negativas el proceso normal del parto) por una mujer activa, perseverante, tranquila y entregada a la tarea de cooperar con su mente, sus músculos y su respiración; con ayuda de su acompañante, al mejor y más rápido nacimiento de su hijo⁽²⁾.

Por tanto, un acompañante es una persona que provee de soporte continuo, información, apoyo emocional y físico a la mujer embarazada, antes, durante y justo después del parto y que está capacitada en asistir a la mujer durante el mismo^(18, 8). El fundamento del cuidado de un acompañante se basa en el conocimiento de que el continuo soporte emocional y la confianza durante el proceso de parto mejoran y facilitan todas las fases de la maternidad⁽¹⁸⁾. Este proyecto (“Parto con Acompañante”), capacita de manera integral a la gestante y a su acompañante con sesiones dirigidas de manera personalizada, mediante fundamentos teórico-prácticos, diálogos, ejemplos, figuras, maquetas, videos, ejercicios y simulacros de parto. La capacitación para esta función se centra en la aceptación incondicional de la mujer, el apoyo emocional, el cuidado con el lenguaje (siempre usando palabras positivas) y pudiendo usar técnicas de respiración, relajación y del manejo del dolor (masajes). Una adecuada respiración alivia las contracciones más intensas durante la fase de la dilatación y las ganas de pujar antes de tiempo; la relajación, ayuda a controlar los niveles de estrés físico y emocional, ya que ésta 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^(2, 13, 19). Por último, el contacto físico que brinda el masaje, resalta la idea de que la otra persona (el acompañante) se interesa por la madre y que ella no está sola, además de aliviar el dolor. Además el acompañante, procura un confort adecuado, ayuda a la mujer a recordar las sesiones aprendidas, colabora con el personal a

cargo manteniéndose en contacto ante cualquier consulta y; además después del parto facilita el establecimiento temprano de la lactancia materna⁽¹⁹⁾. Así el acompañante está presente en todas las necesidades de la mujer para permitirle ser la protagonista en ese momento crucial de su vida de manera que esta sea una experiencia positiva. El acompañante se compromete a permanecer con la madre durante todo el proceso del parto, independiente de la duración de éste; la presencia continua es el aspecto más importante del cuidado que ofrece el acompañante⁽¹⁵⁾. Esta certeza le ofrece a la mujer una seguridad incalculable, aliviando su dolor y reduciendo el nivel de estrés. Lo importante de este no es, pues, lo que sabe, sino, quién es, su personalidad, porque esto es lo que más influye al ayudar a la mujer parturienta.

El personal con que cuenta la institución tiene amplio conocimiento acerca de éste proyecto y sumado a su infraestructura; lo convierte en un ambiente perfecto e idóneo para llevar a cabo este innovador programa. El acompañamiento beneficia al equipo de Salud y a la Institución, con una estancia breve y disminución de costos hospitalarios pues no se utiliza drogas, anestésicos ni hipnóticos; tampoco se requiere de equipos auxiliares y aparatos; la futura madre siempre debe tener la sensación de seguridad y protección que emana de la ayuda y el calor humano. Para lograrlo solo se requiere la participación de la embarazada y su acompañante de forma activa, confiada e inteligente y, por consiguiente, se respeta y estimula su estado de vigilia y atención.

Lamentablemente los programas de salud no están considerando ni respaldando adecuadamente el acompañamiento de la gestante durante el trabajo de parto, no se observa proyectos de gran magnitud en ninguna entidad del estado, convirtiéndose así en un problema de salud pública; no pudiendo contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna que comprobadamente se sustentan en este trabajo. En nuestro país, los establecimientos públicos de salud que asisten a la gestante cuando inicia su labor de parto y parto propiamente dicho, todavía practican, en la mayoría de casos, una atención no personalizada y procesos que no promueven el acercamiento de un familiar, persona de confianza o un personal con la calidez suficiente que requiere la paciente, no entendiendo la trascendencia de este tipo de intervenciones donde su beneficio se ha demostrado con las evidencias científicas. El Ministerio de Salud debería establecer un protocolo asistencial indicando la necesidad de que la parturienta disponga de un acompañante de su elección, caso éste sea su deseo. Su

implantación demanda presupuesto, revisión de conceptos de asistencia y reflexión. Son necesidades que merecen ser atendidas.

Partiendo de la hipótesis de que el acompañamiento durante el trabajo de parto permite modificar positivamente el parto, obteniéndose mejores resultados tanto en la madre como en el recién nacido; se decidió la realización de la presente investigación para demostrar el impacto del acompañamiento y sus consecuencias en el proceso del trabajo de parto tan poco conocido en nuestro medio.

Por lo tanto nos planteamos el siguiente problema: ¿Cómo es la influencia del apoyo del acompañante en el proceso del trabajo de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal?

De demostrarse el beneficio que causa la presencia de un acompañante en el Trabajo de Parto, puede entonces en un futuro tomarse como una verdadera alternativa a considerar y se acoja en nuestro país, en todas las instituciones maternas y con respaldo político del Ministerio de Salud y el equipo de gestión de los programas Materno-Perinatales, para que todas las mujeres reciban apoyo durante el parto y el nacimiento, se disminuyan riesgos; y así contribuir al bienestar general de la población.

DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

- **Apoyo del Acompañante:** Proceso por el cual una persona o personas que escoja libremente la parturienta, la acompañe o asista durante las diversas etapas del parto, entre los cuales se encuentran: madres, padres, pareja, familiares, amigos, con adiestramiento en medidas de comodidad (monitriz, "doula", etc.). Esta persona se encuentra capacitada gracias a la asistencia periódica a sesiones de psicoprofilaxis (4 sesiones como mínimo), donde se les otorgará una certificación a nombre de la institución.
- **Índice de Apgar:** Prueba que permite una rápida valoración del estado cardiorrespiratorio y neurológico al nacer aplicado en el período neonatal inmediato (primer y quinto minuto de recién nacido). Toma en cuenta cinco signos: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja, tono muscular y color de la piel.

Apgar 0-3 Depresión severa

Apgar 4-6 Depresión moderada

Apgar 7-10 Normal

- **Control Prenatal:** Asistencia Médica periódica durante su embarazo cuyo principal fin es la detección oportuna de factores de riesgo.
- **Edad de la Gestante:** Edad en años cumplidos de la gestante al momento del Trabajo de parto; factor muy importante para prevenir probables complicaciones en el transcurso del evento.
- **Estado Civil:** Estado Individual o de convivencia en algún tipo y que de alguna manera influye psicológicamente en el natural desarrollo de la gestación y su finalización.
- **Grado de instrucción:** Nivel educativo alcanzado hasta el momento.
- **Gravidez (G):** Número total de embarazos, incluyendo abortos, molas hidatiformes y embarazos ectópicos.
- **Líquido amniótico meconial:** En ausencia de una presentación de nalgas, es una advertencia de hipoxia fetal. La presencia de líquido amniótico verde claro o fluido no indica gran compromiso fetal, pero sí lo es, el líquido verde espeso que indica hipoxia, acidosis y síndrome de aspiración que complica el pronóstico fetal.
- **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, pretérmino, 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 estos 3 factores:

- ***El inicio*** Puede ser espontáneo, cuando las contracciones se generan por si solas y contribuyen al descenso 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 las llamadas causas de inducción del parto.

- ***Duración del Trabajo de parto*** Tiempo que va desde la regularización de las contracciones uterinas, hasta la consecución de la salida del producto y sus membranas.

- ***La finalización*** Determina la forma en que se producirá la salida del bebé y sus anexos, el cual puede ser por vía vaginal o abdominal (Cesárea). El parto vaginal es el que utiliza el canal del parto para la salida del bebé y la placenta. El parto abdominal es el que requiere de una cirugía para la extracción del bebé y la placenta.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la influencia del apoyo del acompañante en el proceso del trabajo de parto en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo mayo - septiembre del 2006

Objetivos específicos

- Identificar la relación con algunas características sociodemográficas de las pacientes en estudio
- Analizar el proceso del trabajo de parto en gestantes acompañadas y no acompañadas.
- Identificar la finalización del trabajo de parto en gestantes acompañadas en relación a las no acompañadas.
- Determinar la influencia del acompañamiento en el recién nacido.

HIPOTESIS

El Apoyo del Acompañante influye benéficamente en el proceso de Trabajo de Parto.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles

ÁREA DE ESTUDIO

Instituto Nacional Materno Perinatal ubicado en el Jr. Miroquesada s/n Barrios Altos, Lima Perú. Institución perteneciente al Ministerio de Salud, de IV nivel de atención, encargada de la atención especializada de la madre y del perinato. Centro de referencia para efectos de atención especializada en el territorio nacional. Cuenta con todos los servicios de atención materna y perinatal, cuenta además con el servicio de Psicoprofilaxis obstétrica y en ella, cuenta con el proyecto de Parto con acompañante.

DISEÑO

Se trató de un estudio transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles, donde el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y apareamiento. El método utilizado fue el causal comparativo y la técnica consistió en la observación documentada de los casos y los controles, mediante una ficha de recolección de datos. En el estudio se asignó a pacientes que llevaron el proyecto “Parto con acompañante” (grupo casos) y un grupo de pacientes que no lo habían llevado (control). La muestra estuvo constituida por 30 casos y 90 controles que fueron ubicados mediante la revisión de historias clínicas y según los criterios de selección. Se identificó el proceso del trabajo de parto en ambos grupos así como otras variables, registrándolo en hojas de recolección de datos. El análisis consistió en determinar las diferencias en el proceso del parto entre las mujeres acompañadas y las que fueron atendidas de la forma usual sin acompañante. Se utilizó estadística descriptiva y para la extrapolación se utilizó estadística inferencial, Chi cuadrado para las variables cualitativas y t-Student para las variables cuantitativas, ambos a un nivel de significación estadístico menor a 0,05.

MUESTRA DEL ESTUDIO

Población de estudio

La población de muestra quedó constituida por 120 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal y que cumplieron los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

Para los casos

- Parturientas de bajo riesgo
- Control prenatal
- En trabajo de parto Fase Activa
- Edad gestacional a término (37-41 semanas)
- Feto único
- Parto cefálico
- Edad entre 15 a 35 años
- Ingresado al Proyecto de Parto con Acompañante

Para los controles

- Parturientas de bajo riesgo
- Control prenatal
- En trabajo de parto Fase Activa
- Edad gestacional a término (37-41 semanas)
- Feto único
- Parto cefálico
- Edad entre 15 a 35 años
- Sin acompañamiento

Criterios de exclusión:

Para los casos

- Pacientes con complicaciones obstétricas previas al trabajo de parto tales como: preeclampsia severa, insuficiencia placentaria, oligohidramnios, diabetes gestacional, Retardo de Crecimiento Intrauterino (R.C.I.U), Ruptura Prematura de

Membranas (R.P.M), distocias de presentación o posición, hemorragias del tercer trimestre, corioamnionitis, gestantes con cardiopatías, embarazo múltiple, gestación pretérmino o postérmino, gestantes añosas o menores de 15 años, entre otros.

- Gestantes sin control prenatal

Para los controles

- Pacientes con complicaciones obstétricas previas al trabajo de parto (las mismas de los casos)
- Gestantes sin control prenatal

Tamaño de muestra

Se realizó el conteo del mes de abril, de todas las gestantes atendidas en el servicio de Psicoprofilaxis, con especial interés a las que optaron por inscribirse en el proyecto de Parto con Acompañante, su conclusión o no del mismo y con énfasis en sus respectivos acompañantes (para ingresar al proyecto se necesitan 4 sesiones como mínimo); con el fin de obtener el tamaño promedio de la muestra y su incidencia en el INMP.

De las 153 gestantes inscritas en Psicoprofilaxis, 48 concluyeron el curso. De éstas, 36 optaron por inscribirse al proyecto. Cotejando a estas últimas con sus respectivos acompañantes, 31 parejas ingresaron al mencionado proyecto.

Se determinó una prevalencia de pacientes que culminaron el parto con acompañante en un 20% y en el mismo período; se estimó que no lo concluyeron en un 70%.

Dichas cifras porcentuales sirvieron para obtener el tamaño de la muestra mediante el uso de una tabla que calcula su valor estimado, por medio de la localización de la proporción mayor (0.70) y de la proporción menor (0.20). En este caso, la intersección de proporciones arrojó el valor de 24 (*Ver anexo 2)⁽³⁰⁾. Se tuvo en cuenta además el error tipo I ($\alpha=0.05$) y el error tipo II ($\beta=0.05$), propios de los estudios comparativos.

Entonces para una confianza del 95% y un error de muestreo de $\pm 5\%$ la muestra mínima requerida para los casos y para los controles, será de 24 pacientes; es decir 48 en total. Pero con el fin de obtener una mayor confiabilidad de los resultados, se aumentó la cantidad de muestra para los casos (30) y se triplicó el número de controles (90). En conclusión trabajaremos con un total de 120 gestantes, divididas en 30 casos y 90 controles

Tipo de muestreo

- No probabilístico por conveniencia y apareamiento.

METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Método

- Causal Comparativo

Técnica

- Observación documental

Instrumento de recolección de datos (*Anexo 3)

Consistió en una Ficha de Recolección que constó de 19 ítems, las cuales fueron divididas en cuatro áreas. La primera constaba de 4 ítems sobre datos de la paciente. La segunda área correspondió a datos Obstétricos con 5 ítems. La tercera área correspondió a datos del acompañante con 3 ítems y la cuarta área fueron datos del parto y del recién nacido, con 7 ítems.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Variables del estudio

□ Variable independiente

Apoyo del Acompañante. Diferentes formas de establecer el acompañante en un parto, incluye su tipo (presencia de la madre, padre, pareja, familiar o amigo), ocupación del acompañante (labor que desempeña cotidianamente para solventarse) que asiste a la parturienta donde se aprecia la diferencia en las complicaciones del Trabajo de Parto y el uso de episiotomía.

□ Variable dependiente

Proceso del Trabajo de Parto. Progreso dividido en 3 partes: Inicio, duración y finalización del trabajo de parto.

□ Variables Intervinientes

- **Número de Controles Prenatales** Número de Asistencias Medicas periódicas durante su embarazo
- **Sesiones de Psicoprofilaxis** Sesiones de capacitación para el parto asistidas por la pareja.
- **Índice de Apgar.** Índice de calificación para el recién nacido según sus estado de vitalidad.
- **Características sociodemográficas.** Datos de la paciente tales como: edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación
- **Número de gestaciones** Número de embarazos hasta la actualidad

□ Variables Control (apareamiento)

- Paridad
- Fecha

Plan de Tabulación

Se elaboraron tablas, gráficas y figuras. Las tablas fueron univariadas y bivaridas. Las gráficas, de barras y las figuras fueron a través de las cajas y bigotes.

Plan de análisis

Toda la información recolectada fue registrada y analizada utilizando el programa epidemiológico SPSS v10. Se determinaron frecuencias absolutas y relativas de la información obtenida, con el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión. Además se utilizó Chi cuadrado y t-Student con un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

PROCEDIMIENTOS

Primeramente se ubicaron los casos, para lo cual se solicitó autorización del Centro Obstétrico para que nos faciliten el acceso ínter diario, a los códigos de las Historias Clínicas de pacientes acompañadas, y posteriormente hacerles un seguimiento hasta antes del alta. Es así que al momento de localizar a la puérpera que estuvo acompañada y previa autorización de la obstetriz de turno y de la paciente; se tuvo acceso a la Historia Clínica y se procedió al llenado de la ficha.

Para cada caso le correspondieron tres controles. Por tanto mediante autorización del Centro Obstétrico se tuvo acceso al Libro de Nacimientos localizado en la zona céntrica de dicho lugar. En éste, se registran diariamente y de forma breve, diversos datos de las pacientes, sus partos y del recién nacido. Mediante revisión de este libro, se buscó a tres o más posibles controles cuyos partos hayan ocurrido en la misma fecha que las de los casos y que cumplan con los criterios de inclusión. Seguidamente se inició el llenado de la ficha y se efectuaron los seguimientos correspondientes de manera similar a la realizada en los casos, para obtener los demás datos del parto, completando el llenado del instrumento de recolección de datos.

Las Historias Clínicas ingresadas al estudio fueron tratadas con absoluta reserva por su condición de ser confidenciales.

RESULTADOS

Se presenta los resultados en cuatro áreas, la primera está referida a las características sociodemográficas, la segunda se refiere al estudio del proceso de trabajo de parto, la tercera está referida a la finalización del trabajo de parto y finalmente la cuarta a la influencia del acompañamiento en el recién nacido.

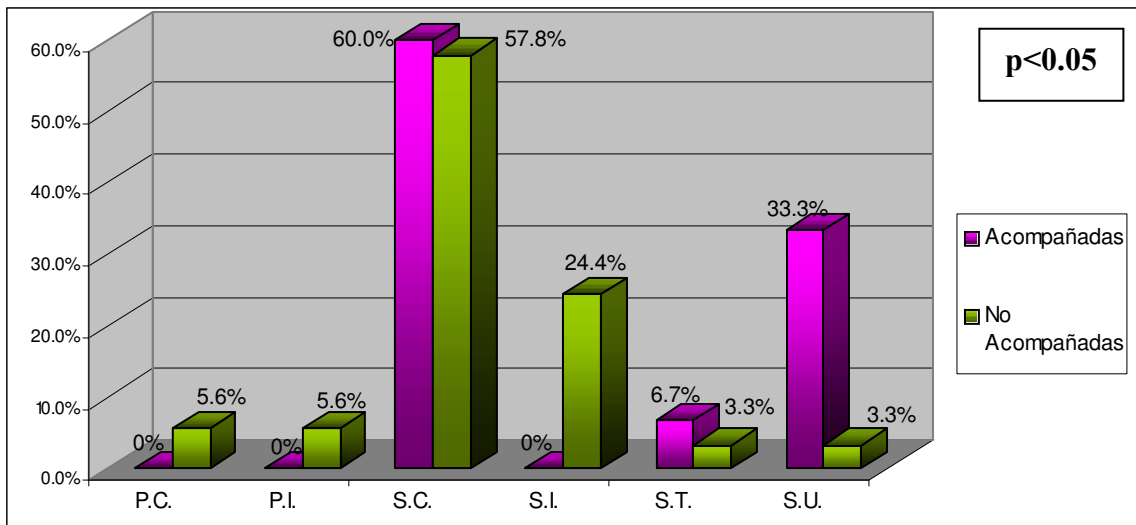
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Al comparar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio (Tabla 1), notamos escasa diferencia entre las edades de ambos grupos. Las mujeres acompañadas pertenecieron en su mayoría a las edades comprendidas entre los 25-30 años (40%); en cambio al grupo control estuvo conformado por mujeres más jóvenes cuyas edades correspondieron al rango de los 20-24 años (38.9%).

En el caso de adolescentes (15-19 años) los resultados fueron muy similares, 16.7% y 18.9% (caso y control, respectivamente). Tampoco se observaron diferencias con las mujeres cuyas edades estuvieron entre los 30-35 años, 16.7% (casos) y 17.8% (controles).

Hallamos que el nivel educativo que predomina en nuestra población es la de Secundaria Completa para ambos grupos, pero cabe resaltar el caso de las pacientes acompañadas en quienes encontramos la total culminación de sus estudios y una mayor expectativa de asumir mayores niveles de instrucción (33.3% universitarias y 6.7% superior técnico); no siendo así en el grupo control, donde se manifestó una importante predisposición a la no culminación de los mismos y menos aún, a alcanzar estudios superiores (3.3% universitaria y 3.3% superior técnico). Datos estadísticamente significativos (Gráfico 1).

Gráfico N° 1. Grado de Instrucción en gestantes según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal



P.C.: Primaria Completa

S.C.: Secundaria Completa

S.T.: Superior Técnica

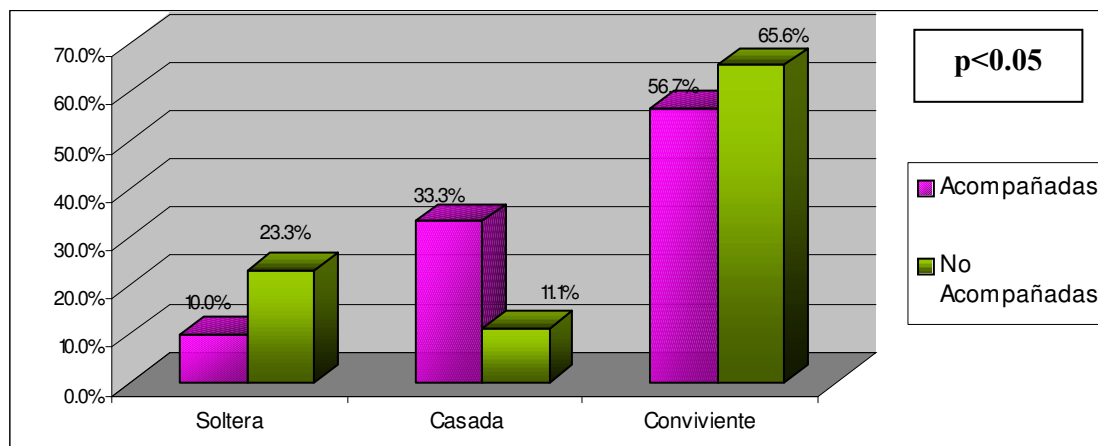
P.I.: Primaria Incompleta

S.I.: Secundaria Incompleta

S.U.: Superior Universitaria

Las gestantes acompañadas fueron predominantemente convivientes (56.7%); esto queda reflejado también para el grupo de pacientes no acompañadas, pero con una marcada diferencia (65.6%); las parejas convivientes sobrepasan la mitad de las parejas en estudio, ocupando el primer lugar. Mientras que en el grupo casos el segundo lugar lo ocupan las mujeres casadas (33.3%); en las no acompañadas, son las solteras quienes predominan (23.3%) seguido de las casadas en último lugar (11.1%). Estas referencias se aprecian mejor en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 2. Estado Civil según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal



INFLUENCIA DEL APOYO DEL ACOMPAÑANTE EN EL PROCESO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

En cuanto a la ocupación de las pacientes en estudio, hallamos que las amas de casa obtienen el lugar mayoritario en ambos grupos, siendo el 56.7% para las pacientes acompañadas y 86.7% para las no acompañadas. Cabe mencionar que un importante lugar lo ocupan las estudiantes (23.3%) sólo para el grupo casos, comparado al 1.1% del grupo control. El resto de las categorías se dividen en ocupaciones con menor porcentaje para ambos grupos como comerciante, profesional, empleada y otros. Estos fueron datos estadísticamente significativos. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Características Sociodemográficas según apoyo del acompañante - Instituto Nacional Materno Perinatal

Características	Apoyo del acompañante			
	Si	%	No	%
<i>Rangos de edad</i>				
15-19	5	16.7	17	18.9
20-24	8	26.7	35	38.9
25-30	12	40.0	22	24.4
31-35	5	16.7	16	17.8
<i>Grado de instrucción*</i>				
Prim. Completa	-	-	5	5.6
Prim. Incompleta	-	-	5	5.6
Sec. Completa	18	60.0	52	57.8
Sec. Incompleta	-	-	22	24.4
Sup. Técnica	2	6.7	3	3.3
Sup. Universitaria	10	33.3	3	3.3
<i>Estado Civil*</i>				
Soltera	3	10.0	21	23.3
Casada	10	33.3	10	11.1
Conviviente	17	56.7	59	65.6
<i>Ocupación*</i>				
Su casa	17	56.7	78	86.7
Comerciante	2	6.7	8	8.9
Estudiante	7	23.3	1	1.1
Empleada	-	-	2	2.2
Profesional	1	3.3		
Otro	3	10.0	1	1.1
<i>Procedencia</i>				
Callao	-	-	5	5.6
Lima Este	4	13.3	6	6.7
Lima Centro	6	20.0	18	20.0
Lima Norte	14	46.7	44	48.9
Lima Sur	6	20.0	17	18.9
Total	30	100.0	90	100.0

(*) p<0.05 Estadísticamente significativo

INFLUENCIA DEL APOYO DEL ACOMPAÑANTE EN EL PROCESO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

La mayoría de las pacientes en ambos grupos de estudio refiere proceder de la zona norte de la capital representando así, casi la mitad de la muestra en pacientes acompañadas y no acompañadas (46.7% y 48.9% respectivamente); los siguen con una marcada diferencia la zona central de Lima representando el 20.0% para ambos grupos y de similar manera para el caso de Lima Sur. En Lima Este se obtiene las menores cifras junto con Callao, el cual presentó tan sólo el 5.6% (Tabla 1).

A continuación analizaremos las características del acompañante (Tabla 2). La pareja es quien en su mayoría acompañó a la gestante en su parto (86.7%), seguido de las madres de las pacientes (13.3%), no existió otro tipo de acompañante. Acotamos que una pequeña cifra (n=3) culminó su parto por cesárea, en la cual el acompañante no pudo estar presente.

Tabla 2. Características del acompañante - Instituto Nacional Materno Perinatal

Características	n	%
<i>Tipo</i>		
Pareja	26	86.7
Mamá	4	13.3
<i>Ocupación</i>		
Comerciante	6	20.0
Obrero	8	26.7
Técnico	2	6.7
Su casa	3	10.0
Empleado	6	20.0
Chofer	2	6.7
Estudiante	2	6.7
Otro	1	3.3
<i>Número de sesiones</i>		
4	6	20.0
5	3	10.0
6	21	70.0
Total	30	100.0

Al estudiar la ocupación del acompañante, encontramos que los principales rubros son los de obrero, comerciante y empleado (26.7%, 20.0% y 20.0% respectivamente). Otras ocupaciones en menor porcentaje fueron los de técnico, chofer, estudiante y ama de casa, destacándose esta última con un 10.0%.

INFLUENCIA DEL APOYO DEL ACOMPAÑANTE EN EL PROCESO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Es alto el porcentaje de las parejas que acudieron juntas a las 6 sesiones de psicoprofilaxis (70.0%), el resto acudió a 5 ó 4 sesiones.

II. PROCESO DE TRABAJO DE PARTO

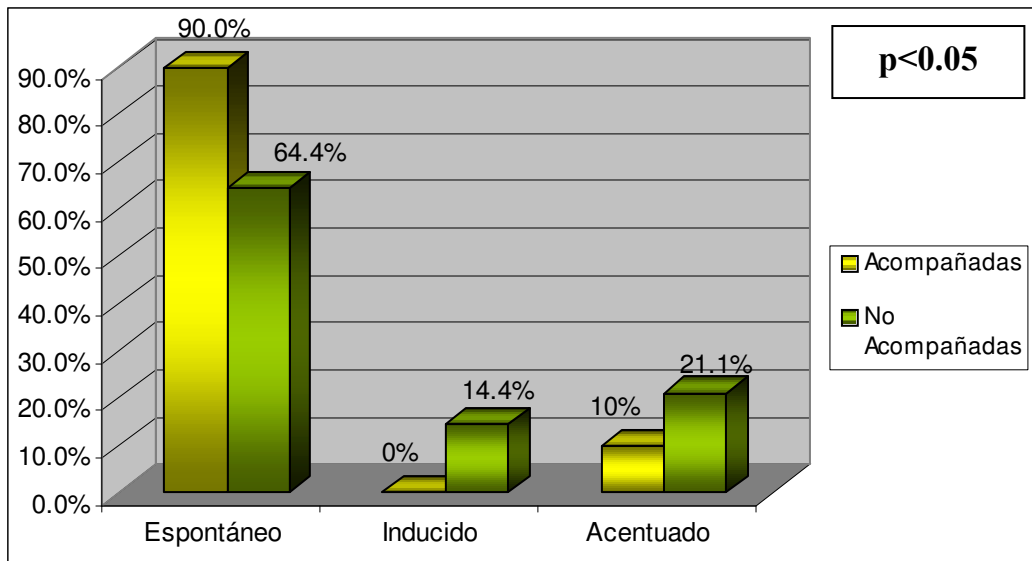
Con respecto al Proceso del Trabajo de Parto (Tabla 3), se encontró que el inicio espontáneo fue marcadamente mayor (90%) en pacientes acompañadas que en las no acompañadas (64.4%); por el contrario la inducción y la acentuación predominaron mayoritariamente en las no acompañadas (Gráfico 3). Asimismo se encontró que la duración promedio del Trabajo de Parto fue significativamente menor en las acompañadas (462.41 minutos) que en las del grupo control (608.96 minutos) (Ver Figura 1); pero al observar la finalización del Trabajo de Parto hallamos que la diferencia entre la vía alta o baja con respecto a ambos grupos de estudio es preponderantemente vaginal, aunque sin ser significativa.

Tabla 3. Proceso del Trabajo de Parto según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal

Proceso del Trabajo de Parto	Apoyo del Acompañante			
	Si	%	No	%
<i>Inicio*</i>				
Espontáneo	27	90.0	58	64.4
Inducido	-	-	13	14.4
Acentuado	3	10.0	19	21.1
<i>Duración*</i>				
Parto Vaginal (X±DE) en minutos	462.4±170.5		608.9±197.2	
<i>Finalización</i>				
Vaginal	27	90.0	74	82.2
Abdominal	3	10.0	16	17.8
Total	30	100.0	90	100.0

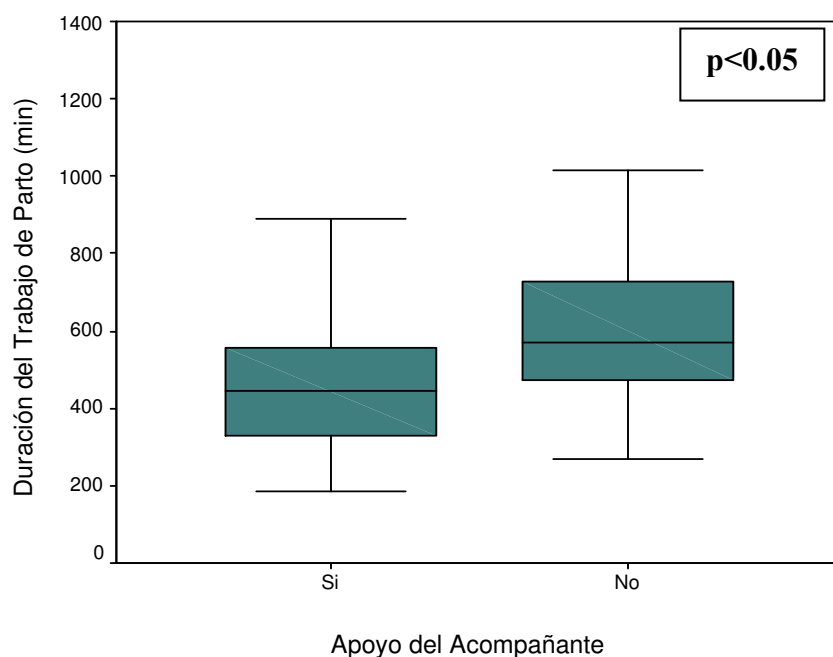
(*) p<0.05 Estadísticamente significativo

Gráfico N° 3. Inicio de Trabajo de Parto según apoyo del acompañante – Instituto nacional Materno Perinatal



Podemos indicar que la duración del trabajo de parto es menor en las que presentan parto con acompañante que en las que no presentan, este margen se observa también en su promedio (Figura 1).

Figura 1. Duración del Trabajo de parto según el apoyo del acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal



INFLUENCIA DEL APOYO DEL ACOMPAÑANTE EN EL PROCESO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Al estudiar las características maternas en ambos grupos se evidenció un alto porcentaje de primigestas, siendo ligeramente superior esta cifra en gestantes del proyecto del Parto con Acompañante (63.3%); el resto de la muestra corresponde predominantemente a segundigestas para ambos grupos de estudio. En cuanto a los demás valores de la fórmula obstétrica, la paridad (número de partos previos) es mayormente nulípara y primípara para ambos grupos, representando aproximadamente el 70% y 27% respectivamente de la muestra total en estudio, no existió diferencia significativa entre ambos (Tabla 4).

Tabla 4. Características maternas según apoyo del acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal

Datos Maternos	Apoyo del Acompañante			
	Si	%	No	%
<i>Número de gestaciones*</i>				
1	19	63.3	48	53.3
2	7	23.3	30	33.3
3	-	-	9	10.0
4	1	3.3	3	3.3
5	3	10.0	-	-
<i>Partos</i>				
Nulípara	23	76.7	61	67.8
Primípara	6	20.0	26	28.9
Múltipara	1	3.3	3	3.3
<i>Número de prematuros</i>				
0	29	96.7	89	98.9
1	1	3.3	1	1.1
<i>Antecedente de abortos</i>				
Sin abortos	23	76.7	69	76.7
Con abortos	7	23.3	21	23.3
<i>Número de hijos vivos</i>				
0	23	76.7	63	70.0
1	6	20.0	24	26.7
2	-	-	2	2.2
3	1	3.3	1	1.1
Total	30	100.0	90	100.0

(*) (p<0.05). Estadísticamente significativo

El número de prematuros previos fue mayormente cero para ambos grupos, representando el 98.3% de toda la muestra. El porcentaje entre acompañadas y no acompañadas no difiere significativamente. La presencia de abortos previos se pudo apreciar en igual proporción para

ambos grupos de estudio, representando este antecedente, un 23.3% del total de la muestra. La predominante nuliparidad para ambos grupos se corresponde con el resultado de número de hijos vivos, siendo cero en el 76.7% y 70% de acompañadas y no acompañadas respectivamente y ocurre algo similar en el caso de un hijo vivo, las diferencias entre los casos y controles no son significativas.

Algunas otras características de las gestantes acompañadas, fueron: Edad materna (24.60 años); edad gestacional (39.48 sem); número de controles prenatales (7.32); número de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (5.50) y días entre el parto y el ingreso (0.56 días)

III. FINALIZACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Tabla 5. Uso de Episiotomía según apoyo del acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal

Uso de Episiotomía	Apoyo del Acompañante			
	Si	%	No	%
Si	18	66.7	63	82.9
No	9	33.3	13	17.1
Total	27	100.0	76	100.0

Se observó que el uso de episiotomía fue mayoritario en ambos grupos, representando el 78.6% de la muestra total; es ligeramente superior en no acompañadas, pero la diferencia entre el grupo casos y sus controles no difiere significativamente (Tabla 5).

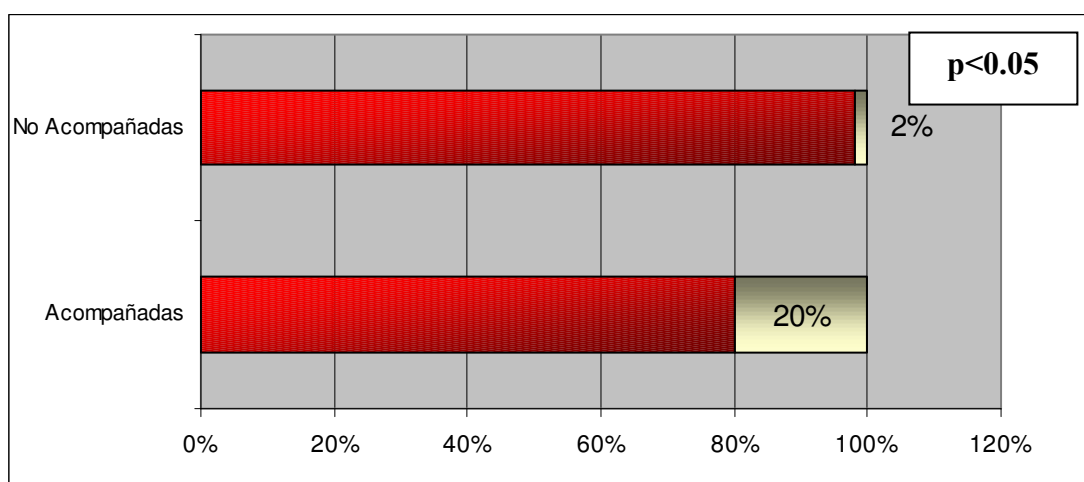
Al analizar separadamente grupos de nulíparas y multíparas, podemos notar diferencias en cuanto al uso de la episiotomía. Se evidencia un menor porcentaje de necesidad de ésta en gestantes acompañadas que atraviesan por un primer parto vaginal (20.0%); no siendo así en el grupo control (Tabla 6; gráfico 4).

Tabla 6. Uso de episiotomía en nulíparas según apoyo del acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal

Uso de Episiotomía*	Apoyo del Acompañante			
	Si	%	No	%
Si	16	80	42	98
No	4	20	1	2
Total	20	100	43	100

(*) (p<0.05) Estadísticamente significativo.

Gráfico N° 4. Uso de episiotomía en nulíparas según apoyo del acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal



Este menor uso de episiotomía se evidenció también en gestantes cuyo trabajo de parto no fue el primero, es decir; han tenido algún(os) parto(s) anterior(es). Generalmente en pacientes que han atravesado por un parto anterior, no se les aplicaría la episiotomía, pero en algunos casos es necesario. Una vez más, el grupo de gestantes acompañadas evidenció menor uso de episiotomía (29%), con respecto al grupo control (64%). (Tabla 7, gráfico 5).

Tabla 7. Uso de episiotomía en multíparas según apoyo del acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal

Uso de Episiotomía	Apoyo del Acompañante			
	Si	%	No	%
Si	2	29	21	64
No	5	71	12	36
Total	7	100.0	76	100.0

Gráfico N° 5. Uso de episiotomía en multíparas según apoyo del acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal

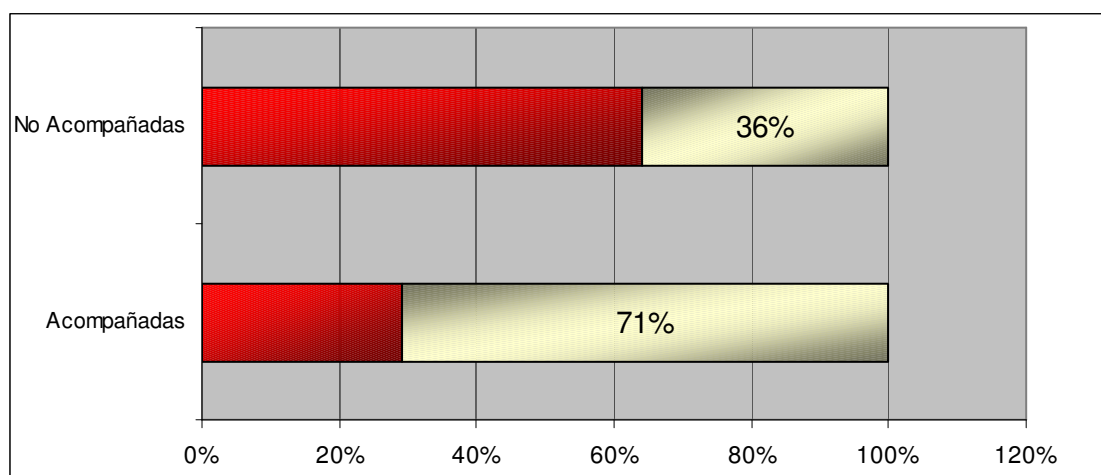


Tabla 6. Complicaciones maternas según apoyo del acompañante - Instituto Nacional Materno Perinatal

Complicaciones	Apoyo del Acompañante			
	Si	%	No	%
Ninguna	21	70.0	41	45.6
Desgarro Vaginal				
I grado	4	13.3	14	15.6
II grado	3	10.0	9	10.0
III grado	-	-	4	4.4
Desgarro Cervical	1	3.3	7	7.8
Otros	1	3.3	15	16.7
Total	30	100.0	90	100.0

Existió un menor porcentaje de presentar complicaciones durante el trabajo de parto en las pacientes acompañadas. En efecto, con parto vaginal, el grupo casos no presentó ninguna complicación (70.0%) comparado al grupo control (45.6%). Si bien es cierto esta diferencia no es significativa podemos asumir que las pacientes acompañadas generaron una mejor respuesta en todo el trabajo de parto y durante el periodo expulsivo.

IV. ACOMPAÑAMIENTO EN EL RECIÉN NACIDO

Tabla 7. Índice de Apgar al minuto y cinco minutos según apoyo del acompañante - Instituto Nacional Materno Perinatal

Índice Apgar	Apoyo del acompañante	
	Si	No
Al minuto*	8.6±0.7	7.9±1.4
A los cinco minutos*	9.0±0.0	8.7±0.5

(*) p<0.05 Estadísticamente significativo

Observamos que el promedio del índice de Apgar al minuto de nacido es de 8.6 para el grupo casos y bastante menor para el grupo control (7.9); a los 5 minutos este índice se hace máximo para la totalidad de recién nacidos del grupo parto con acompañante; en cambio es aún inferior para los nacidos de parto sin acompañante. Ambos significativamente estadísticos. (Tabla 7).

Tabla 8. Resultado del Líquido Amniótico según apoyo del acompañante - Instituto Nacional Materno Perinatal

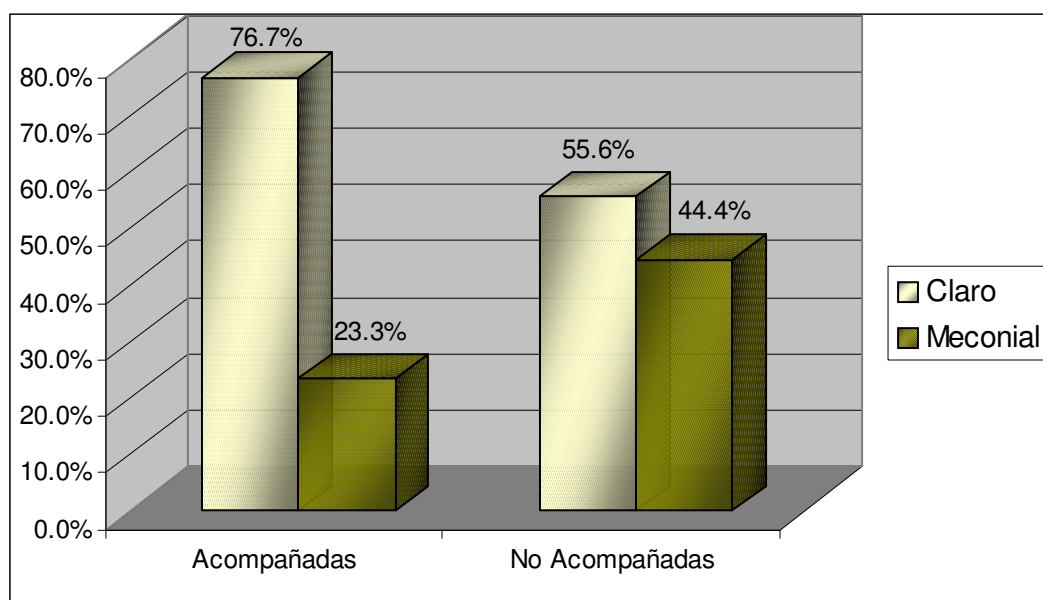
Líquido Amniótico*	Apoyo del Acompañante			
	Si	%	No	%
Claro	23	76.7	50	55.6
Meconial	7	23.3	40	44.4
Total	30	100.0	90	100.0

(*) p<0.05. Estadísticamente significativo

INFLUENCIA DEL APOYO DEL ACOMPAÑANTE EN EL PROCESO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Con respecto al color del líquido amniótico, hallamos que éste fue mayormente claro (76.7%) en el grupo de los recién nacidos de las pacientes acompañadas con respecto al grupo control (55.6%). Así mismo podemos afirmar que la mayor tendencia a presentar líquido amniótico meconial (fluido – 31.1% y espeso – 13.3%) en los grupos de estudio; fue mayor en las pacientes no acompañadas (44.4%) (Tabla 8, gráfico 6).

Gráfico N° 6. Resultado del Líquido Amniótico según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal



DISCUSIÓN

Existe abundante material bibliográfico con respecto a la presencia de una persona que acompaña a la mujer parturienta a través de los años y por diversas culturas, el hecho de retomarlo no significa un atraso, sino el revivir la esencia pura de la vida en comunidad.

Al realizar el presente trabajo teníamos muchas expectativas sobre los alcances de éste, pues intuíamos posibles resultados favorables para la modalidad del Parto con Acompañante; muchas de éstas interrogantes se respondieron satisfactoriamente salvo algunas excepciones. Al final con el sólo hecho de comparar grupos de gestantes atendidas con y sin acompañante, reafirmamos nuestra posición a favor del Acompañamiento a la madre gestante en el embarazo y más aún en el Trabajo de parto.

Empezando por las características sociodemográficas, si apreciamos en la primera tabla, es la secundaria completa el nivel predominante para ambos grupos: 60% en los casos y 57.8% para los controles. Esto no se atribuiría necesariamente a una relación directa con las preferencias al acompañamiento, pues como mencionábamos anteriormente nuestra sociedad nos condiciona a ese nivel; de ambos extremos educativos podríamos encontrar la práctica de esta forma de parto, pues si por un lado, en diversas comunidades indígenas de la selva y sierra del país, éste acontecimiento es una tradición que lo viven en comunión, también en sociedades culturalmente más preparadas lo encontramos a manera de medicina holística que se a puesto en boga y cuya información se ha distribuido por diversos medios de comunicación, a los cuales estos últimos tienen fácil acceso. Así mismo debemos fijarnos en la cantidad de gestantes con un nivel superior de estudios (33.3%) sólo en el grupo casos, lo que nos da a entender que es en éste donde se aprecia una mayor expectativa en cuanto al futuro que quieren para sus hijos. Al parecer esto nos da una percepción positiva del nivel educativo de nuestra sociedad pero aún así cabe resaltar que es en el grupo de las no acompañadas donde apreciamos una mayor predisposición por la deserción estudiantil (primaria incompleta 5.6%, secundaria incompleta 24.4%) y/o no alcanzar un nivel medio de educación, tal es el caso de algunas pacientes no acompañadas que sólo cursaron estudios primarios (5.6%). No se encontró ningún caso anterior en las pacientes acompañadas. Estas diferencias entre ambos grupos resultaron significativas.

Hemos podido comprobar que no hubo grandes diferencias de edad de las gestantes en ambos grupos, en cambio si se notó una marcada diferencia con respecto al estado civil, resultando significativamente estadísticas; pues fueron las parejas convivientes quienes ocuparon el primer lugar llegando a sobrepasar más de la mitad de la muestra, 56.7% para el grupo casos y 65.6% el grupo control. Esto podríamos atribuirlo a diversos factores socioeconómicos, por ejemplo, podemos afirmar que es la forma conyugal que más predomina en nuestro país; quizás también porque en este grupo predomine una gran cantidad de parejas jóvenes. Mientras que en el grupo casos el segundo lugar lo ocupan las mujeres casadas (33.3%); en las no acompañadas, son las solteras quienes predominan (23.3%) seguido de las casadas en último lugar (11.1%); es decir, existe una mayor cantidad de pacientes solteras en el grupo control, comparado a sólo el 10% en el caso de las pacientes acompañadas. (Tabla 1)

Teniendo en cuenta estos resultados podemos decir que actualmente en nuestra sociedad la informalidad es el rubro que predomina, es decir; las parejas convivientes se han convertido en la mayor unidad familiar, y la decisión de optar por el Parto con Acompañante no altera esta situación así que para ninguna otra investigación de esta índole esperaríamos un alto porcentaje de parejas casadas en nuestra sociedad; y por tanto debemos tener siempre en cuenta que éste no es un factor en absoluto limitante para que las parejas de cualquier raza, religión o clase social opten por la experiencia de vivir en compañía, el nacimiento de sus hijos.

En cuanto a la ocupación, los resultados también fueron estadísticamente significativos. Amas de casa fueron las que en su mayoría desearon estar acompañadas en su parto (56.7%), quizás la idea de sentirse en familia las impulsó, también encontramos un alto índice de mujeres que se dedican a otras actividades (10%), al comercio (6.7%) y como era de esperarse dado el nivel de educación visto anteriormente, hallamos un mayor porcentaje (23.3%) de pacientes estudiantes (adolescentes y jóvenes en su mayoría). Dado el tipo de sociedad en la que vivimos, tanto a nivel cultural como económico, queda pues la gestante en casa como ama o quizá temporalmente en descanso laboral por su estado de gestación, creemos que por ser ésta el tipo de familia tradicional (aún persistente en nuestro medio), los vemos con una mayor tendencia a sobrevalorar el acompañamiento más que en otras donde existe una independencia de cada uno. Algo no menos importante fue que la gran mayoría de estas mujeres amas de casa, prefirieron estar con sus parejas, lo cual reafirma aun más la idea de la unidad familiar

(Ver tabla 2). Era de suponer que esta idea no estaba tan arraigada en aquellas mujeres independientes, quienes al integrar el campo laboral, no sienten esa necesidad al punto de generar complicaciones en el parto, lo cual en cierta manera podría ser ventajoso sino tomáramos en cuenta que el ser humano es un ente social por naturaleza, creemos que jamás perderemos esa condición, aunque el mundo de ahora nos imponga la automatización y especialización del trabajo; es por eso que encontramos a tan sólo una paciente ejerciendo su profesión. Con un amplio margen de amas de casa (86.7%), las mujeres no acompañadas, superan al grupo casos y obtienen pequeños porcentajes para otras ocupaciones; esto quizá en cierta forma es debido al nivel educativo mostrado anteriormente (Tabla 1).

La procedencia de las pacientes fue de amplio espectro en toda la capital, desde Lima Norte hasta el Sur, nadie está excluido de este servicio, la mayor presencia la obtuvo la zona norte con el 46.7% en los casos y el 48.9% en los controles, suponemos que un factor de peso es la cercanía al INMP, pero también debemos entender que el factor económico y el prestigio ganado por esta entidad fueron suficientes para que personas procedentes de este sector quieran vivir esta experiencia (la del acompañamiento). De igual forma la zona central de Lima, obtuvo el segundo lugar de la muestra total con el 20% para cada grupo de estudio y otros sectores populosos correspondientes a las zonas sur con el 20% y 18.9% (caso y control, respectivamente). Finalmente, el Callao obtiene las menores cifras, no presentándose ningún caso para el grupo de las acompañadas y siendo el 5.6% para las acompañadas; lo cual pone de manifiesto la amplia aceptación del acompañamiento a nivel urbano marginal.

Como lo mencionamos brevemente líneas arriba, es la pareja quien acompaña mayoritariamente a la parturienta (86.7%). El vínculo amoroso que normalmente une a los cónyuges, es determinante en la necesidad de compartir esta experiencia tan trascendental en sus vidas. No debemos dejar de lado al otro tipo de acompañante, identificándose en este caso a la madre (13.3%). Se aprecia aquí un marcado ambiente familiar; en un momento tan crucial en la vida de toda mujer, ésta siente una fuerte necesidad de apoyarse en alguien conocido para su alivio no sólo del dolor sino de su soledad (Enkin, Lumley y Keirse, 1995)⁽³⁾. Eso contribuirá a que la parturienta, su hijo y la familia vivan la experiencia del parto de forma saludable e integradora y lleven consigo el recuerdo positivo de un momento intensamente vivido y permeado por importantes significados simbólicos.

Como ya hemos visto es de suponer que la preponderancia de la pareja en el acompañamiento trae como consecuencia el alto índice de actividades laborales que éste desempeña; cuyos mayores porcentajes pertenecen al obrero (26.7%), seguida no muy lejos del comerciante y empleado (ambos con 20%), otras actividades en menor proporción como las de técnico, chofer, etc.; nos da una interpretación clara en estos datos, siendo mayormente la pareja quien acompañó a la parturienta, se esperaba que realice alguna actividad laboral y más aún en rubros independientes como las de obrero y comerciante (Tabla 2).

Con respecto al tema del compromiso que asumen estas parejas para con su futuro bebé y bienestar de la madre es indudable que lo cumplieron con responsabilidad y dedicación ya que en nuestra sociedad es muy difícil encontrar parejas que asistan a una cantidad mínima de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica organizados por los diversos centros de salud de nuestro país; es de suponer que el factor "emoción" juega también un rol muy importante pues creemos que fue el motor que los impulsó a seguir adelante, a dejar sus actividades laborales y/o caseras y dedicar parte de su tiempo al aprendizaje obtenido en estas sesiones. El deseo de la pareja por cristalizar el anhelado sueño de estar juntos en el nacimiento de su hijo, hace que se esfuercen por cumplir con los requisitos, y estar unidos al momento del parto. (Uno de los requisitos para el acompañante, es acudir a 4 sesiones como mínimo). Es bueno ver que al total de sesiones (6) asistió la mayor cantidad de parejas en estudio (70%).

En cuanto a la culminación del parto y la manera como aconteció, es de esperarse que la forma natural o espontánea de iniciar el Trabajo de parto debió ser preponderante y así lo es pues el 90% de las pacientes acompañadas lo logró sin problemas, mientras que en el grupo control tan sólo alcanzó el 64.4%. Esto es claramente significativo y demuestra que con el acompañamiento la forma natural de vivir el parto, con el autocontrol de la paciente y el apoyo dado por quien esté a su lado, aseguren casi una labor de parto sin la necesidad de medicamentos tales como la oxitocina para "corregir" un trabajo de parto inefectivo o iniciarlo. En efecto, en un pequeño porcentaje, el grupo casos necesitó de la acentuación con oxitocina (10%), mientras que el grupo de mujeres no acompañadas lo requirió en un 21% para estimular sus contracciones y además para iniciar un trabajo de parto que por diversas causas no se daba (14.4%). La inducción generalmente se utiliza en embarazos prolongados y, según Silva⁽²⁰⁾ ésta puede deberse a causas psicológicas relacionadas con la aprehensión y miedo; lo que demuestra que en el grupo con acompañamiento este tipo de temor queda de

lado al contar con la seguridad que le otorga el acompañante. Esto se demuestra de forma significativa al observar que la inducción no fue necesaria en ninguno de los casos para las pacientes acompañadas.

A esta interrelación se une una variable más como lo es el tipo de parto, pues al encontrar una edad gestacional óptima (39.48 sem) y un inicio de Trabajo de parto óptimo, lo completamos con una vía óptima para el parto, y es que el 90% no es un porcentaje para nada despreciable de partos vaginales, deducimos que casi la totalidad de estos partos se iniciaron de manera espontánea y completan una gama de parámetros que al interaccionar entre ellos producen beneficios evidentes. En cambio si observamos al grupo control esta cifra de partos vaginales se ve algo disminuida, pues llega a ser del 82.2%. Estos resultados contrastan notablemente con las cifras obtenidas del reporte estadístico – 2006⁽²¹⁾ en el INMP; pues el índice de partos vaginales en general, fue de tan sólo el 56.2% y el de cesáreas llegó a ser del 43.8%. Obviamente debemos considerar que las pacientes que conformaron el estudio no tuvieron factores de riesgo y además debemos descartar a aquellas que fueron programadas; sin embargo este índice sigue siendo alto.

El pequeño porcentaje de cesáreas en pacientes acompañadas (10%) contrasta ligeramente con la cifra que casi se duplica en el grupo control (17.8%) y que seguramente tendrán base explicativa en estas variables intervinientes que alteran la armonía que las anteriores generaban.

Lo anteriormente mencionado se evidenció también desde hace 25 años, cuando Klaus y cols.^(1, 22) investigaron lo que ocurría cuando una mujer era acompañada durante su trabajo de parto. Hasta la fecha se han observado más de 5000 mujeres en 16 estudios randomizados controlados (ERC) que muestran reducción de la duración del trabajo de parto, y de la incidencia de cesáreas, presentando más partos naturales. Asimismo Hodnett y cols.⁽¹³⁾, encontró una mayor probabilidad de parto espontáneo vaginal en 14 ERC (n= 12.757; RR=1,08, 95% CI= 1,04-1,13).

Klaus y cols.⁽²²⁾ encontraron que el 12% de las mujeres con el manejo habitual presentaron un parto natural comparado con el 55% de quienes tuvieron el acompañamiento durante el parto.

Zhang y cols.⁽²³⁾ encontraron una incidencia menor de cesáreas entre las mujeres acompañadas (RR= 0,54, 95% CI= 0,4-0,7). En el metanálisis de Scott y cols.⁽¹⁵⁾ se encontró una reducción del 51% de las cesáreas, significativa sólo cuando la presencia es continua, no cuando es intermitente. Hodnett y cols.⁽¹³⁾, incluyendo, tanto apoyo continuo como intermitente, observaron una menor incidencia de cesáreas en las mujeres acompañadas en 15 ERC (n=12.791, RR=0,90, 95% CI 0,82-0,99). Esto contrasta notablemente con Torres y cols.⁽¹⁴⁾ quienes realizaron una investigación en Chile, obteniendo resultados similares a las encontradas en esta investigación, pero no hubo diferencias en incidencia de cesáreas ni otros resultados maternos.

Si bien es cierto estas últimas diferencias relacionadas a la culminación del parto no son muy significativas en nuestro estudio, son sumamente contrastantes con todos los otros beneficios mencionados anteriormente y, para continuar enumerándolas pasaremos a revelar uno de los puntos críticos de este trabajo: la Duración del Trabajo de Parto.

Se encontró que la duración promedio del Trabajo de Parto en gestantes acompañadas fue significativamente menor (462.41 minutos) que en las del grupo control (608.96 minutos); creemos que existen muchas formas de explicarlo:

En la medicina, generalmente cualquier resultado, se ve relacionado con múltiples variables; este carácter multifactorial la hace tan compleja. Una terapia farmacológica, física, psicológica, etc. no funciona igual en todos los individuos, ya que cada organismo es único, eso lo sabemos muy bien; y entonces es acaso que ¿la presencia del acompañante en el trabajo de parto ocasionó la reducción del tiempo de éste?, ¿estarán otros factores implicados?; éstas y otras cuestiones nos inundan. Queda la duda del por qué existe esta diferencia; pues al ser pacientes igualmente controladas, sin riesgos previos al trabajo de parto, con edades gestacionales a término, con paridades similares para disminuir algún tipo de ventaja entre ambos grupos y, con sus partos atendidos hasta quizás por los mismos profesionales; se evidencia tan marcadas diferencias en el proceso del trabajo de parto, sobre todo destaca significativamente lo correspondiente a su duración.

Al observar las cifras podríamos tener una noción, pero nada es absoluto “*todo es relativo*”. No todas las 30 pacientes del grupo casos tuvieron un tiempo mínimo de duración de su

trabajo de parto, pero el mayor porcentaje así los sostiene; podríamos decir exactamente lo contrario para las 90 pacientes del grupo control; algo interesante es que éste no es un tema nuevo, aunque no está claramente establecido, ya existe una variada literatura mundial al respecto, siendo el fundamento el mismo para todos: Una actitud emocional positiva y colaboradora de la parturienta genera un bienestar fisiológico a nivel general, lo cual se traduce en los óptimos resultados; no olvidemos que el embarazo, parto y puerperio, no son estados patológicos sino fisiológicos.

Tengamos en cuenta además que el lapso de tiempo que dura el trabajo de parto, es variable; pero se acepta 12 hrs. en primigrávidas y 8 hrs. en multigrávidas⁽²⁴⁾. Por lo tanto, para ambos grupos de estudio podemos decir que estos resultados son aceptables, pero con amplia ventaja, aquellas gestantes acompañadas se vieron beneficiadas.

Esta reducción de la duración del trabajo de parto se demostró en 3 estudios realizados en escenarios diversos, como en Guatemala, Houston y Chile, cuando Sosa⁽²⁵⁾; Klaus⁽²²⁾ y Cabezas⁽²⁶⁾, observaron que con la presencia de un acompañante la duración del trabajo de parto se reducía en forma significativa. Igualmente Zhang y cols.⁽²³⁾ 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). Por otro lado, Scott y cols.⁽¹⁵⁾ encontraron una reducción de 98 minutos. Algo contrastante observamos en el estudio realizado por Hodnet y cols.⁽¹³⁾ quienes no encontraron diferencia en la duración del trabajo de parto. Pero lo que sí se puede afirmar es que en ninguno de estos estudios se obtienen resultados donde la duración del parto se vea incrementada.

No podemos dejar de mencionar que entre los resultados positivos no sólo se encuentra la duración del trabajo de parto, la gama es amplia: menor incidencia de cesáreas, menor uso de analgésicos, menor manifestación de dolor, menor índice de complicaciones, menor incidencia de depresión postparto, entre otros^(27, 28, 26, 25, 23, 22, 18, 17, 15, 14, 13, 3, 1).

Según estudios recientes⁽²³⁾, se ha demostrado que la adrenalina juega un papel muy importante en este aspecto, sin olvidarnos también de las endorfinas y su interrelación con la oxitocina; lo cual nos brinda una base de carácter científico, otorgándole a este estudio algo más que el mero hecho de ser descriptivo.

Creo que en esta muestra han intervenido otros factores que alteraron los resultados para bien o para mal y cada paciente estuvo supeditada a cambios de ánimo, haber llevado un buen curso de Psicoprofilaxis Obstétrica, tener predisposición a alguna patología, ser adolescente o añosa, estar acompañada por su mamá o por su pareja, preferir que su parto lo atienda un personal femenino; es decir, una infinidad de aspectos; pero no olvidemos que estos mismos problemas también afectaron a todas las 90 pacientes del grupo control, y al ser el acompañamiento por lo general la gran diferencia entre ambos, es coherente pensar que radica allí esta diferencia en la duración del trabajo de parto a favor de nuestra hipótesis. Con esto no queremos decir que: *“Una parturienta acompañada reduce en 140 minutos la duración de su trabajo de parto”*; sino más bien: *“Es benéfico estar acompañada en el trabajo de parto”*. Sólo me baso en la duración (variable principal), sin considerar a ninguna paciente con complicaciones previas u otra variable extraña. Al respecto este estudio no es determinante, sólo podría decir que se reduce la duración del trabajo de parto.

Por otro lado. al continuar con la tabla 4, fue interesante encontrar que el 63.3% del grupo casos fueron primigestas, siendo más de la mitad de esta muestra y quedando relegadas las segundigestas a un 23% y otras mujeres con mayor número de gestaciones (13.3%). Sin embargo esta última cifra no se trata exactamente de mujeres con una gran cantidad de hijos pues en realidad son mujeres con varios intentos de embarazo pero que por diversas razones no llegaron a buen término con los mismos, colocándolas como candidatas a ser apareadas con el grupo control correspondiente a mujeres con tan sólo su primer o su segundo hijo vivo. Si apreciamos al grupo control observamos que las diferencias tampoco son significativas, existe una predominancia también de las primigestas (53.3%) y las segundigestas (33.3%) seguido de un mismo valor (13.3%) para mujeres con más número de embarazos. En cuanto a la paridad, ésta es mayormente nulípara como era de esperarse dada la mayor cantidad de primigestas, siendo ligeramente mayor en el caso de las acompañadas (76.7%) que en el grupo de las no acompañadas (67.8%); las primíparas ocupan el segundo lugar con el 20% y 28.9% para casos y controles respectivamente, y el número de prematuros también son muy similares y de cifras mínimas, demostrando antecedentes de bajo riesgo para los grupos, pero siendo igualmente no significativo. No podemos decir lo mismo acerca del antecedente de abortos previos, pues las cifras arrojan un alto porcentaje de éste y que coincidentemente son iguales para ambos grupos (23.3%). Esto evidencia la problemática obstétrica de las mujeres hoy en día, el alto índice de infecciones sin detectar, la falta de acceso a los servicios de salud;

la escasa cobertura en planificación familiar y otros problemas como el tipo de vida, los estigmas sociales, la presión de la pareja, la falta de autoestima y de recursos económicos; factores muy influyentes y que debemos tomar en cuenta.

Al terminar de observar la Tabla N° 4, podemos notar gran similitud en casos y controles, pues desde un inicio se buscó comparar de la forma más justa posible a ambos grupos de estudio; es decir para que una paciente acompañada le correspondan tres controles era necesario que sus paridades sean las mismas o lo más parecidas posibles, para así evitar algún tipo de ventaja sobre alguna de ellas. Así tuvimos por ejemplo a pacientes con más de un embarazo que terminaron en un aborto anterior y que cursaban uno actual siendo en realidad la primera vez que experimentaban un trabajo de parto así que se las pudo comparar con primigestas que también pasaban por un primer trabajo de parto. Esto se hizo tanto en los casos como en los controles.

Es usual el empleo de la episiotomía en mujeres que experimentan su primer parto (por vía vaginal) tan conocida por todos nosotros que alcanzaría el rango de ley, pero no es así, por varias razones entre las cuales podríamos ubicar a la predisposición psicológica de la parturienta para con el parto, una predisposición que instintivamente prepara a su organismo hacia este traumático pero fisiológico evento como lo es el período expulsivo, acontecimiento que podría causar graves secuelas al binomio madre-niño, es aquí donde entra a tallar el acompañante pues creemos que logró generar este rango de bienestar en sus parejas que no necesitaron del uso la episiotomía al evidenciarse una distensión perineal suficiente para la expulsión del producto. Según José Belizán⁽¹⁶⁾, director del CLAP, estos resultados son concluyentes, pues se demuestra que existen un 34% menos necesidad del uso de episiotomía en mujeres acompañadas. En este estudio, al comparar al total de gestantes (entre nulíparas y multíparas); un 33.3% de gestantes acompañadas no necesitaron de la episiotomía; contrastando con sólo el 17.1% de pacientes no acompañadas que tampoco lo necesitaron (Tabla 5). Pero estas diferencias, aunque pequeñas, se hacen significativamente estadísticas al separar en grupos de nulíparas y multíparas, pues los resultados evidencian una importante disminución de la necesidad de episiotomía en nulíparas acompañadas (20%) comparado a tan sólo el 2% en gestantes sin compañía. Esto es muy importante para desterrar aquellas prácticas obstétricas rutinarias y optar más por la episiotomía restrictiva; además de acercarnos más a la humanización del Parto. Pero más importante es para aquellas parejas que

lo lograron; sería un número más en la estadística hospitalaria pero un paso gigante en el conocimiento de esta práctica histórica, el parto en comunidad.

En cuanto a las complicaciones (Tabla 6), se podría decir que los desgarros son los más comunes y peligrosos tanto para la madre como para el bebé, pues por un lado permite un sangrado que puede llegar a ser profuso, contribuyendo a la anemia y dando paso a infecciones sumamente nocivas; y por otro lado permite algún tipo de contaminación a través de las mucosas del bebé pudiendo repercutir en su salud posteriormente. Estos desgarros son soluciones de tejido blando del canal del parto generadas por un trabajo de parto y periodo expulsivos muy traumáticos; al comprobar que el 70% de nuestros casos no lo padecieron y tampoco alguna otra complicación, podemos inferir que nuestras parturientas saltaron este obstáculo; pero no debemos dejar de lado que el resto sí los padeció, ya sea vaginal o cervical, la causa probablemente sea una distorsión de la armonía entre las variables antes mencionadas. En cambio, esto último se ve con mayor alarma en el grupo de las pacientes no acompañadas pues llega a ser sólo el 45.6% de éstas, las que no presentan complicación alguna. Asimismo observamos una mayor cantidad de desgarros de I y III grado en éstas, así como de desgarros cervicales y otros (16.5%). Estos últimos corresponden a alumbramiento incompleto, placenta retenida, endometritis, fiebre puerperal e infección de herida operatoria por cesárea (IHOP); lo cual contrasta notablemente en el grupo de las mujeres acompañadas que presentó tan sólo un caso de infección de HOP.

Los parámetros antes analizados están directamente relacionados al bienestar materno y no podíamos dejar de lado al menos uno que nos hable acerca del bienestar neonatal. El beneficio que le causa al bebé es evidente y significativo, observamos que el promedio del índice de APGAR al minuto de nacido es de 8.63 para el grupo casos y marcadamente menor para el grupo control (7.98). Esto evidencia por lo tanto un mayor bienestar del feto intraútero y una mejor adaptación hacia la vida extrauterina. Al continuar con la evaluación de éste índice, a los 5 minutos es el máximo para la totalidad de recién nacidos del grupo casos; en cambio es aún inferior para los nacidos del grupo control (8.79).

Estos beneficios neonatales se observan también en trabajos publicados por Klaus y Kennell^(1,22,28); Enkin, Hemminki, Hofmeryr, y Wolman⁽⁶⁾; y Hodnet y cols.⁽¹³⁾ quienes coincidieron con los resultados mostrados en este estudio, aunque con otros parámetros, pues

el score de Apgar menor de 7 a los 5 minutos en pacientes acompañadas, se redujo en un 50% (R.R: 0.50 , I.C: 95 % , 0.28 - 0.87).

En cambio, Torres y cols.⁽¹⁴⁾ no encontraron diferencias en su estudio, respecto a los resultados neonatales.

También se analizó el color del líquido amniótico, encontrando en los recién nacidos de madres acompañadas, un 76.7% de líquido claro. En el estudio encontramos algunos casos de recién nacidos que presentaron líquido amniótico meconial, el cual es bastante mayor en el grupo control (44.4%). Sin embargo resulta importante mencionar que el líquido amniótico meconial no es patognomónico de distrés fetal, pero sí debe alertarnos sobre esta posibilidad.

En conclusión, en este estudio, los bebés obtuvieron un estado óptimo de adaptación al nacer gracias a la interacción de todos los parámetros antes mencionados que hicieron que el producto tuviera buena tolerancia al trabajo de parto (experimentado momentos antes). Todo esto pone en evidencia que el proceso de trabajo de parto en compañía de una persona estimada y preparada, protege no sólo a la madre sino que también disminuye el riesgo de complicaciones neonatales.

El acompañante, brindó a la parturienta contención, apoyo emocional y cuidados básicos. Estuvo exclusivamente para ofrecer su apoyo, independiente del personal de salud que atendió el parto y asistió al recién nacido. Durante todo el proceso del parto, estuvo presente, escuchó, dió consuelo, brindó confianza, tranquilizó y tomó medidas para mejorar el confort de la parturienta. También la asisitio masajeando su zona sacrolumbar, sosteniéndole las manos, explicándole sus progresos, las etapas siguientes y alentándola a continuar con su labor. Estos detalles aunque parecen ser sencillos, brindó a la mujer una seguridad innegable e incalculable, otorgándole la confianza suficiente para enfrentar su trabajo de parto y parto de forma inteligente y con lo mejor de su voluntad.

Algunos resultados no fueron estadísticamente significativos, pero en general se encontraron efectos positivos y mayores beneficios en las acompañadas en comparación al grupo control. Esto refuerza el concepto del efecto tranquilizador que produce la presencia permanente de un acompañante durante el trabajo de parto, constituyendo una opción segura de parto saludable.

CONCLUSIONES

- El acompañamiento durante el trabajo de parto constituye una opción saludable particularmente beneficiosa para el binomio madre-niño.
- Fueron estadísticamente significativos la diferencia de los factores sociodemográficos entre ambos grupos.
- El inicio espontáneo del trabajo de parto fue significativamente mayor en el grupo de gestantes acompañadas (90%).
- La acentuación del trabajo de parto fue ínfima en el grupo con acompañamiento (10%).
- No se presentaron casos de necesidad de inducción del trabajo de parto en el grupo de gestantes acompañadas.
- La diferencia en la duración del trabajo de parto del grupo de gestantes acompañadas (7h 40min) en comparación con el grupo control (10h 8min), fue de 2h 30min aprox.
- La finalización del parto fue preponderantemente vaginal en el grupo casos (90%).
- El índice de cesáreas fue menor en el grupo de gestantes acompañadas (10%).
- La necesidad de episiotomía fue menor en el grupo con acompañamiento, siendo estadísticamente significativa en nulíparas.
- Existió un menor número de complicaciones en el grupo que contó con acompañamiento.
- El índice Apgar en el recién nacido fue estadísticamente significativo al evidenciarse el máximo número en la gran mayoría de los casos al minuto y más aún a los cinco minutos de nacimiento.
- El color claro del líquido amniótico fue mayor en el grupo con acompañamiento, resultando significativo.

RECOMENDACIONES

- ❖ Divulgar los resultados del trabajo para asegurar la participación activa de los decisores y los usuarios potenciales del proyecto de Parto con Acompañante. Las posibilidades, beneficios, así como las dificultades relativas a la presencia del acompañante en el parto deben ser ampliamente difundidas en el medio profesional y en los medios de comunicación. El desconocimiento de estos aspectos puede estar perjudicando o retardando el proceso de inserción del acompañante en el parto en muchos servicios de asistencia obstétrica. Sobre todo en el contexto peruano, este tipo de propuesta de asistencia aún es incipiente, lo cual dificulta su divulgación. En consecuencia, tanto los estudiantes como los profesionales del área de la salud no tienen posibilidades amplias para adquirir este tipo de experiencia.

- ❖ Consideramos que es esencial que la formación académica en el área de la salud y la propia asistencia acontezcan basadas en paradigmas claramente definidos. En ese sentido, servicios pioneros en términos de humanización de la asistencia obstétrica con inclusión del acompañante en el parto, poseen gran importancia social en el contexto de asistencia obstétrica actual. Por lo tanto, la inclusión de personas en proceso de formación profesional, tal como ocurre en la institución donde esta investigación fue realizada, facilita la divulgación de esa práctica con bases más sólidas. Este tipo de instituciones podrán compartir sus experiencias con otras instituciones para la elaboración de programas destinados a la incorporación del acompañante en el trabajo de parto.

- ❖ Los profesionales involucrados con la educación y enseñanza representan figuras preponderantes en esta cuestión, sobre todo para la incorporación de la perspectiva humanística en la asistencia obstétrica. Se sugiere que las escuelas y los servicios de asistencia obstétrica preparen previamente a sus profesionales en este ámbito. En ese sentido, se evalúa que la inclusión de ese tipo de experiencia en la fase de formación de los estudiantes de medicina, obstetricia y otros afines sea una forma de concretizar la incorporación relativa a la validez y relevancia de un modelo de asistencia que incluya al acompañante.

- ❖ Los resultados expuestos no son lo suficientemente determinantes para establecer la hipótesis como regla general en toda institución de salud del país. Sugerimos que en el futuro próximo se siga investigando sobre la base de diversas investigaciones con mayor casuística que prueben, al igual que en esta investigación, que el acompañamiento es beneficioso en el trabajo de parto.

- ❖ En caso de investigaciones futuras se sugiere hacer un seguimiento más prolongado y con mayor número de variables para tener un mayor conocimiento de otros posibles beneficios y sobre las repercusiones del acompañamiento a largo plazo.

- ❖ Aconsejamos que el campo de la pediatría investigue los efectos del acompañamiento en el bebé, si bien, hemos analizado el índice de Apgar al nacer, con resultados interesantes; esta variable es ínfima en comparación al gran terreno que abarca esta disciplina. Si el efecto sobre la calificación Apgar a los 5 minutos es real, entonces es posible que existan beneficios importantes, a largo plazo, en la salud del neonato.

- ❖ Se podrían hacer evaluaciones económicas que consideren los costos de este tipo de apoyo y los comparen con los ahorros asociados con la reducción de intervenciones médicas durante el trabajo de parto y el nacimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klaus MH, Kennel JH, Klaus, PH. The Doula Book. Perseus Publishing, 2002 [Base de datos en internet]; ISBN 0-7389-0609-1. [Aprox 3p]. [acceso 6 octubre 2006]. Disponible en: <http://bireme.br/cgi-in/wxislind.exe>
2. Barcaz Hechavarría, Hernesto y cols. Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el parto en indicadores materno infantiles en Manatí en el 2004 [Monografía en Internet]. Ilustrados.com. 1(1); [Publicado 2005, Jun 17; acceso 2006, Ago 14]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEEApFuVpKvdQvloMY.php>
3. 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]. (Actualizado 2003, Sep 8; acceso 2006, Ago 8). Disponible en: <http://www.maternityyse.org/prof/laborsupport/>
4. Ley de Acompañamiento al Parto. (Aprob. 15 agosto, 2001) Ley N° 17.386 . Uruguay, 2001[Pub. 23 agosto 2001]. Disponible en: <http://www.relacahupan.org/uruguay/Uruguay2a0.doc>
5. Ley del Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Posparto. (Aprob. 10 agosto, 2006). Ley N° 156. Puerto Rico, 2006. [Pub. 25 agosto, 2006]. Disponible en: <http://www.lexjuris.com/LEXLEX/Leyes2006/lexl2006156.htm>
6. De Souza P, Cleusa; Komura H, Luiza. Implantación del proyecto de inserción del acompañante en el parto: experiencias de los profesionales. Rev. Ciencia y Enfermería, 2004; [publicación en línea]. Vol 10 (1): 57-66; Concepción, Chile. [actualizado jun 2004; acceso 5 Nov 2006]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532004000100007&script=sci_arttext
7. Las Doulas de Presbyterian. Presbyterian Healthcare Services [Artículo en línea]. Centro para la Mujer-Albuquerque; 2001 [actualizado enero 2006; acceso 9 Mayo 2006]. Disponible en: <http://www.phswomenscenter.org/sirvienta.shtml>
8. Crianza Natural: Las Doulas. [artículo en línea]; 1(1) [publicado Abril 2004; acceso Febrero 2006]. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art62.html>
9. Santiago AA; Vidal PA. Factores Asociados a la Participación Activa en Sala de Partos de la Parturienta con Psicoprofilaxis Obstétrica. [Tesis para optar el Grado Académico de Lic. en Obstetricia]. Lima - Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2001.
10. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías Clínicas y Procedimientos para la atención obstétrica; 2005, p 67.
11. Mongrut, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 4ta edición, Editorial Los Andes. Lima - Perú 2004, p 277-320.
12. Schwarcz Ricardo, Fescina Ricardo, Duverges Carlos. Obstetricia. 6ta edición, Editorial El Ateneo. Buenos Aires - Argentina 2005, p 431-497.
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Biblioteca Cochrane Plus [Base de datos en internet - versión traducida]. Abril 2003 [Actualizado 09 May 2003; acceso 16 Ago 2006]; 1(1): [aprox. 3p]. Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/AB003766-ES.htm>

14. Torres J, Kopplin E, Peña V, Klaus M, Salinas R, Herrera M. Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso. [publicación en línea]. Rev Chil Obstet Ginecol 1999; 64(5): 405-12. Santiago 1999 [Actualizado 13 Ago 2002; acceso 9 Abril 2006]. Disponible en:
<http://www.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=263699&indexSearch=ID&lang=e>
15. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: A Meta-analysis. [Publicación en línea] Am J Obstet Gynecol 1999; 180(5): 1054-9 [Actualizado 26 Set 2001; acceso 15 mayo 2006]. Disponible en:
http://www.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=MEDLINE_19932005&exprSearch=10329855&indexSearch=UI&lang=e
16. Caldas H. Maritza. Practicas rutinarias en la atención del parto: Lo que dicen las evidencias. I Curso Internacional: El Parto Institucional. Estrategias para una mejor atención. [Conferencia]. Hospital de Emergencias Grau; Ene 27-29; Lima – Perú 2006.
17. N. Lam, B. Ayala, M. Castañeda y cols. Parto con Acompañante capacitado. Instituto Nacional Materno Perinatal; Lima – Perú, 2006.
18. Valdés L. Verónica, Morlans H. Ximena. Aportes de las Doulas a la Obstetricia Moderna. [publicación en línea] Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. v.70 n.2, p 108-12. Santiago 2005. [Actualizado 15 Set 2004; acceso 9 Mayo 2006]. Disponible en:
http://scielo.cl/scielo.php?pid=S017-75262005000200010&script=sci_arttext&tlng=es
19. Jiménez Miranda GA, Avalos Escalona FM, Sánchez Batista R. Aplicación del programa nacional de maternidad y paternidad responsables. Evaluación y control de sus acciones integrales [artículo en línea]. MEDISAN 2005; 190(9). Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san03205.htm>
20. Silva B. Carlos. Manejo Institucional del embarazo prolongado. I Curso Internacional: El Parto Institucional. Estrategias para una mejor atención. [Conferencia]. Hospital de Emergencias Grau; 2006 Ene 27-29; Lima, Perú.
21. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática: Reporte Estadístico: Informe Anual- 2006. [54 p].
22. 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). Sep 6, 1986; 293(6547): 585-7. PubMed Central [Base de datos en internet] PMID: 3092934 [PubMed - indexed for MEDLINE]. [acceso 25 Sep 2006]. Disponible en:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=3092934&dopt=Abstract
23. Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. Rev. Obstet Gynecol 1996; 739-44.
24. Cruz S. Elizabeth. Trabajo de Parto Normal. Curso de actualización: El Parto Normal y sus complicaciones [Conferencia]. Hospital Nacional Hipolito Unanue; 2005 Set 02-04; Lima, Perú.
25. Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. The New England

Journal of Medicine US [publicación en línea] Massachussets Medical Society (1980, Sep 11); Vol 303(11): 597-600 [acceso 8 marzo 2006]. Disponible en:

<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/303/11/597>

26. Cabezas A, Kopplin E, Pugin E, Larrain C, Palma P, González M. Programa de acompañamiento psicoafectivo a adolescentes embarazadas en riesgo social. Rev Pediatría Día 2003; 19(5): 41-45.
27. Torres Bárcenas R. Preparación psicofísica para el parto en sus consultorios del médico de la familia en 1995 – 1996. (Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Medicina General Integral) [publicación en línea]; 1(1) Las Tunas, Cuba. 1997. [acceso 6 Abril 2006]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones>
28. Kennell J; Klaus M; McGrath S; Robertson S; Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US Hospital. A randomized controlled trial. 265(17):2197-201, 1991 May 1. U.S. Department of Pediatrics, Case Western Reserve University, Cleveland, OH. Guatemala 1991. [actualizado 15 noviembre 1996] [acceso 15 octubre 2006]
29. Manrique De Lara Digna, Miraval T. Zoila, Córdova R. Ruth, De La Mata Rosario, Maque P. Andy. Influencia del acompañamiento de un familiar durante el trabajo de parto. Centro de Salud Aparicio Pomares - Huánuco 2004-2005. [Publicación en línea]. Rev. Investigación Valdizana 2005, Vol 5: 24-30. [actualizado 20 junio 2006; acceso 25 agosto 2007]. 1(1):[Aprox 8 p]. Disponible en: <http://www.unheval.edu.pe/investigacion/revista/Revista%20Virtual.pdf>
30. Munares G. Oscar, Flores C. Daisy. Formulación de proyectos de investigación en salud. 1ª edición [De próx. Aparición]. p 85-100. Lima – Perú, 2006
31. Cañedo Dorantes, Luis. Investigación Clínica. 2ª edición, Nueva Editorial Interamericana. Monterrey – México 1987. Pág. 1 – 275.

Anexo 1:

PROGRAMA EDUCATIVO A GESTANTES

I SESIÓN

Objetivo: Descondicionar a la gestante de sus temores sobre el embarazo, parto y puerperio.

Contenidos:

1. Recepción y bienvenida a las gestantes y a los compañeros que van a participar.
2. Cronograma de asistencia e información a los participantes.
3. Importancia y beneficios de la educación materna.
4. Aceptando mi maternidad e integración de los participantes
5. Reproducción humana y desarrollo fetal.

Gimnasia Obstétrica:

Objetivo: Lograr una mejor adaptación de los cambios que produce en la embarazada, la gestación.

Contenidos:

1. Ejercicios de calentamiento y flexibilidad de la cabeza a los pies.
2. Cambios posturales (balances, pelvis y flexiones).
3. Aceptando mi maternidad – Técnica de Biodanza.
4. Integración y despedida.

II SESIÓN

Objetivo: Promocionar medida de autocuidado y destacar la importancia del control prenatal.

Contenidos:

1. Importancia del control prenatal.
2. Signos y síntomas que obligan a la gestante a acudir a un servicio de emergencia.
3. Cuidados especiales durante la gestación: dieta, ropa, higiene, preparación de pezones, sexualidad.
4. Participación de la pareja en los cambios emocionales del embarazo.

Gimnasia Obstétrica:

Objetivo: Adaptación de las articulaciones y ligamentos para el parto.

Contenidos:

1. Ejercicios de calentamiento de pie.
2. Ejercicios de colchoneta: Ablandamiento, posición de campesina.
3. Técnicas de relajación: técnica de estimulación musical.

III SESIÓN

Objetivo: Condicionar a la gestante a una actitud positiva frente al trabajo de parto.

Contenidos:

1. Inicio del trabajo de parto
2. Participación de la gestante durante la dilatación.
3. Identificación, evaluación y respuesta de la contracción uterina.
4. Técnicas de relajación por masajes.
5. Participación de la pareja en la contracción uterina y masajes antálgicos.

Gimnasia Obstétrica:

Objetivo: Entrenar a la gestante en la identificación y manejo de la contracción uterina.

Contenidos:

1. Calentamiento de pie o en colchoneta.
2. Ejercicios de ablandamiento y apertura.
3. Manejo de la contracción uterina.

4. Posturas antálgicas.
5. Técnicas de relajación por masajes.
6. Estimulación intrauterina.

IV SESIÓN

Objetivo: Participación positiva y activa de la gestante en la labor de parto y cesárea.

Contenidos:

1. Participación de la gestante en el expulsivo.
2. Contacto precoz piel a piel, lactancia materna, técnicas y beneficios.
3. Parto gemelar – cesárea.

Gimnasia Obstétrica:

Objetivos: Entrenar a la gestante en las posturas adecuadas para el período expulsivo. Facilitar el apego entre los padres y el recién nacido.

Contenidos:

1. Calentamiento en colchoneta.
2. Técnicas de desplazamiento de cama a camilla.
3. Posturas que facilitan el expulsivo.
4. Posturas que facilitan la aplicación de anestesia.
5. Ejercicios de control neuromuscular.
6. Participación de la pareja en la estimulación intrauterina.

V SESIÓN

Objetivo: Desarrollar mejores medidas de autocuidado en el puerperio y aplicar técnicas modernas de atención en el recién nacido.

Contenidos:

1. Alumbramiento y puerperio inmediato.
2. Cuidados del puerperio, higiene, inicio de relaciones sexuales, dieta, incorporación a las actividades diarias.
3. Lactancia materna – MELA.
4. Anticoncepción post parto.
5. Baño del recién nacido. Cuidados del ombligo.
6. Signos de alarma en el recién nacido.

Gimnasia Obstétrica:

Contenidos:

1. Programa de rutina de ejercicios de cada gestante.
2. Repaso de toda la labor de parto.
3. Técnicas de relajación. Visualización, cromoterapia.
4. Selección de melodías para el bebé.

VI SESIÓN

Objetivo: Evaluar si la gestante y su pareja o acompañante se encuentran preparados, reforzar algunas técnicas de estimulación prenatal y temprana.

Taller práctico - Contenidos:

1. Repaso general.
2. Importancia de los padres en el crecimiento y desarrollo del recién nacido.
3. Beneficios de la estimulación prenatal temprana. Valores, afectividad, socialización, hábitos.
4. Evaluación práctica del acompañante de la gestante.
5. Recorrido por las instalaciones del hospital.
6. Clausura del curso. Recomendaciones finales.

Anexo 2:

Tabla 3. Determinación del tamaño de la muestra en estudios comparativos con una confianza del 95% y un error beta del 5% a través de proporciones

Proporción mayor	$\alpha = 0.05 \quad \beta = 0.05$											
	Proporción menor											
	.001	.002	.005	.01	.02	.05	.10	.20	.30	.40	.45	.50
0.01	1386	2120	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0.02	536	690	1284	—	—	—	—	—	—	—	—	—
0.05	172	200	272	414	—	—	—	—	—	—	—	—
0.10	78	86	104	134	202	—	—	—	—	—	—	—
0.20	36	38	44	50	64	116	—	—	—	—	—	—
0.30	22	24	26	30	34	52	98	—	—	—	—	—
0.40	16	16	19	20	24	32	50	134	—	—	—	—
0.45	14	14	16	19	20	26	38	90	270	—	—	—
0.50	12	12	14	14	16	22	32	64	154	642	—	—
0.55	12	12	12	14	14	19	26	48	100	286	648	—
0.60	10	10	10	12	12	16	22	38	70	162	286	642
0.70	8	8	8	10	10	12	16	24	40	70	100	154
0.80	6	6	8	8	8	10	12	16	24	38	48	64
0.90	6	6	6	6	6	8	8	12	16	22	26	32
1.00	4	4	4	4	4	4	6	6	8	10	10	12

Fuente: Natrella, M. G. Experimental Statistics. National Bureau of Standards. Handbook 91. Washington.1963

INFLUENCIA DEL APOYO DEL ACOMPAÑANTE EN EL PROCESO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Anexo 3:

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Ficha de Recolección de Datos

H.C.:	ID:		
Fecha de Ingreso:	Fecha del parto:		
Hora de Ingreso:	Hora del parto:		

I) DATOS DE LA PACIENTE

Nombre:	Edad:	años
1. Grado de Instrucción:	2. Estado Civil:	3. Ocupación
Analfabeta	Soltera	Ama de Casa
Primaria Completa	Casada	Comerciante
Primaria Incompleta	Conviviente	Estudiante
Secundaria Completa	Otro _____	Técnica de Enfermería
Secundaria Incompleta		Profesora
Sup. Técnica		Otro _____
Sup. Universitaria		
4. Procedencia		
Rimac	Callao	Comas
Cercado de Lima	San Juan de Miraflores	Chorrillos
San Martín de Porres	Los Olivos	Villa María del Triunfo
San Juan de Lurigancho	Ate	Otro: _____

II) DATOS OBSTÉTRICOS

5. Número de Gestaciones : _____ 8. Edad Gestacional : _____
 6. Número de Paridades : _____ 9. Número de Sesiones Psicoprofilaxis: _____
 7. Número de Controles Prenatales : _____ No Aplica

III) DATOS DEL ACOMPAÑANTE

10. Apoyo del Acompañante:	Acompañante	No Acompañante
11. Tipo de Acompañante:	12. Ocupación del Acompañante:	
Pareja	Comerciante	Chofer
Madre	Obrero	Estudiante
Familiar	Técnico	Profesora
Amigo	Ama de Casa	Otro _____
Otro _____	Empleado	No Aplica
No Aplica	Ingeniero	

IV) DATOS DEL PARTO

13. Inicio del Trabajo de Parto:	14. Uso de Episiotomía:	16. Finalización del Trabajo de Parto:
Espontáneo	Si	Vaginal
Inducido	No	Abdominal
Acentuado	15. Duración del Trabajo de Parto:	
	_____ (horas)	
17. Complicaciones:		
Ninguno	Desgarro Cervical	Retención placentaria
Desgarro Vaginal I Grado	Alumbramiento Incompleto	Fiebre Puerperal
Desgarro Vaginal II Grado	Endometritis	Otro _____
Desgarro Vaginal III Grado		

18. Índice APGAR del recién nacido: Al minuto: _____ A los 5 minutos: _____
19. L.A. del recién nacido: Claro Meconial fluído Meconial espeso Meconial grumoso