

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE OBSTETRICIA**

**Apoyo del acompañante en el trabajo de parto  
asociado a beneficios maternos-perinatales en  
primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno  
Perinatal 2010**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

**AUTOR**

Deysi Adela Samar Quintanilla

**ASESORES**

Zaida Zagaceta Guevara

Oscar Munares García

**Lima – Perú**

**2011**

*A mis padres y hermana por su apoyo incondicional y consejos que han guiado mi vida; y a todas las gestantes que han sido bendecidas con el Don de dar la vida.*

**AGRADECIMIENTOS:**

*Le doy gracias a Dios por guiarme siempre en un camino de Paz, confianza y tolerancia mediante el Espíritu Santo.*

*A mis padres por su cariño y apoyo incondicional en todos estos años de estudio.*

*A mi hermana Shirley quien ha sido mi confidente y amiga.*

*Al Mag. Oscar Munares por su valiosa asesoría en la realización de esta tesis, por su apoyo desinteresado y revisión del presente trabajo en su fase inicial para su presentación como proyecto de tesis.*

*A la Lic. Luz Zambrano por su motivación en la elaboración de esta investigación y por su amabilidad al facilitarme los datos para la muestra de estudio.*

*A la Mag. Zaida Zagaceta por su asesoría, apoyo y confianza desde la fase inicial del presente trabajo.*

*Anticipadamente agradezco a los jurados por prestar su tiempo en la revisión final de esta tesis. Asimismo agradezco a todas mis maestras, compañeras y personas que he conocido y valorado en el transcurso de mi aprendizaje durante todos estos años de estudio.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	Pág. 5
INTRODUCCIÓN.....	Pág. 6
DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	Pág. 19
OBJETIVOS.....	Pág. 24
MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pág. 25
RESULTADOS.....	Pág. 33
DISCUSIÓN.....	Pág. 45
CONCLUSIONES.....	Pág. 55
RECOMENDACIONES.....	Pág. 56
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 56
ANEXOS.....	Pág. 61

---

**RESUMEN****APOYO DEL ACOMPAÑANTE EN EL TRABAJO DE PARTO ASOCIADO A BENEFICIOS MATERNOS-PERINATALES EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2010**

**OBJETIVO:** Identificar la asociación entre el Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto y los Beneficios Maternos-Perinatales de las Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles, compuesta por 120 primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre enero y agosto del 2010, de las cuales 60 fueron acompañadas durante su trabajo de parto (grupo casos) y 60 primigestas sin acompañante (grupo control). Revisamos las hojas de seguimiento del servicio de Psicoprofilaxis e historias clínicas para obtener los datos de las pacientes en estudio según los criterios de selección, los cuales fueron registrados en las fichas de recolección. Se determinaron los beneficios maternos-perinatales en ambos grupos de estudio. Estos datos fueron analizados y tabulados en tablas y gráficas del programa SPSS10. Se utilizó el Chi cuadrado para medir asociación a un nivel de significancia estadístico menor a 0.05 y se calcularon los OR para medir la relación entre las variables de estudio a un intervalo de confianza del 95%, mediante el programa Epi-info 2000.

**RESULTADOS:** Entre los beneficios maternos asociados significativamente al Apoyo del Acompañante durante el Trabajo de Parto encontramos una mayor tendencia de presentar: 8 a más controles prenatales (OR=2.48), ingresos a emergencia de una manera contributiva (OR=8.83), inicio del trabajo de parto de una forma espontánea (OR=3.51), parto por vía vaginal (OR=5.12) y una estadía máxima de dos días en el hospital (OR=6.01), comparadas con el grupo control; a su vez obtuvieron OR significativos demostrándose su relación con el acompañamiento durante el parto. Con respecto a los beneficios perinatales asociados significativamente con el Apoyo del Acompañante encontramos una mayor tendencia de presentar: una frecuencia cardíaca normal (OR=6.51), líquido amniótico claro (OR=3.05) y contacto precoz piel a piel (OR=4.67), estas cifras superaron significativamente a los valores del grupo control, obteniéndose además OR significativos, por ende se demostró una asociación significativa y de relación entre estos beneficios perinatales y el apoyo del acompañante. Asimismo cabe resaltar que los acompañantes brindaron a las primigestas del grupo casos un apoyo informativo, físico, emocional y representativo durante el trabajo de parto; mientras que a los recién nacidos del grupo casos le brindaron un apoyo netamente físico y emocional; comparadas con las primigestas del grupo control quienes recibieron apoyo informativo y representativo por parte de los profesionales de salud que las atendieron y sus recién nacidos recibieron un apoyo emocional y físico de parte de la madre.

**CONCLUSIONES:** Existe una asociación favorable entre el acompañamiento durante el trabajo de parto y los beneficios maternos-perinatales.

**Palabras claves:** Apoyo del Acompañante, beneficios maternos-perinatales

## INTRODUCCIÓN

Desde la creación y a través de las generaciones, se ha asociado el dolor al proceso del Trabajo de Parto, por lo que la maternidad y el nacimiento han significado la formación de concepciones y prácticas alrededor del miedo ya que éste se considera como un castigo, una imposición, una penalidad, el precio que las mujeres deben pagar por concebir a los hijos <sup>(5,8)</sup>. Sin embargo, el dolor en el parto en muchas culturas no se ha considerado un problema insuperable, debido a que históricamente las mujeres siempre eran acompañadas durante su trabajo de parto por otras mujeres o también llamadas doulas (mujeres que brindaban apoyo físico y emocional durante todo el trabajo de parto) <sup>(1,2,31)</sup>.

Hasta finales del siglo XIX, las mujeres aprendían todo sobre el nacimiento por medio de sus madres y hermanas. El parto se llevaba a cabo en la comodidad del hogar. Los rituales y las tradiciones familiares aseguraban que la mujer tuviera confianza en su habilidad para dar a luz, rodeada por los miembros de la familia y por las doulas, quienes eran mujeres sabias que proveían un apoyo continuo y fuerza durante el trabajo de parto y nacimiento, siendo además las que acompañaban la mayoría de los partos en las comunidades <sup>(1, 2, 3)</sup>.

Una vez que el parto se mudó a los hospitales en el siglo XX, las mujeres perdieron el valioso apoyo y fuerza que les brindaban las mujeres de su comunidad. En algunos lugares los profesionales de salud proporcionaban un apoyo continuo a la mujer en trabajo de parto y a su familia. Sin embargo, en la mayoría de los establecimientos en donde se atendían los partos la realidad era otra, ya que existían otras responsabilidades que mantenían al médico, obstetrix y enfermeras ocupados, como el hecho de ser responsables del cuidado de varias mujeres en trabajo de parto a la vez, además las restricciones e insuficiencias de espacio y de personal en relación con la demanda excesiva así como el uso relativamente empírico de tecnologías más sofisticadas, cambiaba drásticamente la atención del parto, dificultando estar al lado de una sola mujer continuamente y la posibilidad de obtener una participación efectiva de la mujer, la misma que pasa a tener un rol muy poco activo, con escasos derechos para adoptar decisiones o formular opiniones respecto a las diferentes intervenciones a que es sometida <sup>(3,4,8)</sup>.

Efectivamente cuando el parto se trasladó del hogar al hospital, muchas prácticas asociadas a éste se perdieron o transformaron, sin embargo, cabe destacar que la atención de los partos en establecimientos de salud han traído múltiples beneficios a las madres y sus recién nacidos a lo largo de este tiempo. Según la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), cabe resaltar que el porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud se ha incrementado de un 57.9% del año 2000 a un 82% en el 2009 en nuestro país, lo cual se ha relacionado favorablemente con una disminución evidente de las tasas de mortalidad materna y perinatal (la Tasa de Mortalidad Materna se ha logrado reducir de 185 a 103 y la Tasa de Mortalidad Infantil muestra diferencias entre uno a tres puntos entre departamentos, cifras obtenidas de ENDES 2009) <sup>(6)</sup>. Asimismo en Chile, la tendencia progresiva a la atención profesional del parto institucional se ha incrementado en un nivel de cobertura cercano al 98%, disminuyendo así los riesgos de contraer infecciones y otras complicaciones obstétricas. No cabe duda que la aplicación adecuada del conocimiento médico ejerce un efecto favorable en términos de la posibilidad de enfermar o morir, lo que ha servido para salvar muchas vidas de madres y recién nacidos que antes morían por no contar con asistencia profesional. Nadie propone abandonar estas contribuciones positivas, sin embargo, los profesionales y las 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 los establecimientos de salud, uno de estos derechos es el acompañamiento en el parto <sup>(7, 8, 9)</sup>.

El acompañamiento en el parto durante estos últimos años proporcionado en el ámbito hospitalario en todo el mundo se ha convertido en la excepción en lugar de ser una práctica de rutina, esto se puede atribuir sobre todo a la organización de la atención en las salas de maternidad modernas, incluyendo los cambios de guardia, las diversas responsabilidades del personal y los recortes de empleados. Aparentemente todo esto limitaría la eficacia del apoyo del parto proporcionado por el personal hospitalario <sup>(4, 8)</sup>. Aún cuando el profesional de salud se dedique al cuidado de una sola mujer, sería contributivo que la parturienta cuente con otro acompañante durante su trabajo de parto, el cual puede proporcionar a la mujer un apoyo físico y emocional constante <sup>(4, 7)</sup>. Desde los años de 1960 Lamaze International y otras organizaciones para el nacimiento ejercieron presión exitosamente, para permitir que las parejas entraran a la sala de parto, ya que proveían un apoyo emocional muy especial a la mujer en trabajo de parto. Ahora en el siglo XXI, las mujeres están volviendo a descubrir el valor del apoyo adicional que proporciona un acompañante durante el parto <sup>(3, 7, 31)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) como el Insalud en España, recomiendan que los hospitales permitan al padre o a un acompañante estar presentes durante el parto. En España, este derecho es utilizado en la actualidad por cerca del 90% de los padres o familiares de las parturientas y es asegurada legalmente en países como Inglaterra, EEUU, Italia, Francia, Cuba, Chile, Puerto Rico, Brasil y Uruguay desde hace mucho tiempo <sup>(8, 32)</sup>. En estas prerrogativas se determina además el respeto al derecho que tienen todas las parturientas de poder elegir un acompañante para el momento del parto quien les brindará un apoyo social. Esta persona puede ser la pareja, otro miembro de la familia o una amistad. Los profesionales deberán respetar los deseos de las mujeres y proporcionarles también apoyo físico y emocional <sup>(4, 8, 9, 30)</sup>. Por ejemplo, entre las principales opciones del apoyo continuo del parto en los EE.UU. se encuentran el acompañamiento de doulas (acompañantes del parto capacitadas) y la asistencia de un familiar o amistad de la parturienta quien ha sido invitado a estar presente durante el parto. Según la encuesta Listening to Mothers (Escuchando a las Madres) realizada en el año 2002, en la cual se recopilaron las experiencias femeninas a la hora de dar a luz, se hallaron entre los resultados que el 71% de aquellas mujeres que utilizaron el servicio de una doula calificaron a este tipo de acompañamiento como "excelente", mientras que un 60% de las mujeres que recibieron apoyo de un miembro de la familia o una amistad tuvieron también la misma calificación. En ese país el servicio de doulas capacitadas es común de encontrar en muchas comunidades y cada vez más hospitales ofrecen este servicio permitiendo que las mujeres sean acompañadas por uno o más acompañantes de su elección <sup>(8, 9, 10)</sup>.

Las investigaciones respecto a los beneficios del apoyo continuo proporcionado por doulas durante el trabajo de parto son impresionantes. En el 2003 el estudio "Apoyo Continuo proporcionado a las Mujeres durante el Parto", fue realizado a través del prestigioso Grupo Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (Grupo Cochrane del Embarazo y Nacimiento), una fuente de información respetada mundialmente respecto a los cuidados y atenciones basadas en la evidencia. Los investigadores examinaron los efectos de un apoyo continuo del parto. Los resultados de este estudio se basaron en 15 ensayos controlados aleatorizados de alta calidad. Demostrando que las mujeres con apoyo continuo, es decir que recibieron apoyo individualizado continuamente tuvieron menos probabilidad de: tener un nacimiento por cesárea, dar a luz con fórceps o utilización de ventosa obstétrica, solicitar analgesia epidural u otro tipo de analgesia local, utilizar cualquier tipo de analgesia o anestesia (medicamentos para el dolor) y menor tendencia a reportar insatisfacción o recuerdos negativos respecto a su experiencia del nacimiento. En términos generales el apoyo continuo para la mujer



durante su trabajo de parto es claramente benéfico, en comparación con aquellas mujeres que no contaron con ese apoyo <sup>(8, 10, 32)</sup>.

Los autores de Cochrane también encontraron que los resultados eran mejores cuando el apoyo se iniciaba desde las primeras horas del trabajo de parto, aunque también se observaron beneficios incluso cuando el acompañamiento se inició en las últimas etapas del parto y cuando dicho apoyo era proporcionado por una persona que no era miembro del personal hospitalario sino una persona ajena a ese ámbito (con o sin algún entrenamiento especial) que estuviera presente exclusivamente con el propósito de ofrecer apoyo durante el parto, en comparación a cuando el apoyo era proporcionado por el personal del hospital. Se observaron notables reducciones en el riesgo de una cirugía abdominal mayor, además las mujeres que recibieron apoyo por parte de proveedores ajenos al hospital tenían: 26% menos probabilidades de tener un parto por cesárea, 41% menos probabilidades de tener un parto con la ayuda de una ventosa obstétrica o fórceps, 28% menos probabilidades de necesitar algún tipo de analgesia o anestesia y 36% menos probabilidades de estar insatisfecha con el parto o tener una opinión negativa al respecto. Sin embargo, se observaron que las características de los entornos de los hospitales modernos, como su organización de atención, implican un desafío para el personal hospitalario siendo casi imposible proporcionar un apoyo continuo durante el trabajo de parto, por lo que es probable que los proveedores de cuidados ajenos al hospital brinden una mayor atención a las necesidades de las madres <sup>(8, 9, 11)</sup>.

Es importante reconocer el valor del acompañamiento continuo en el trabajo de parto, como elemento clave en el parto natural y sobre todo para ayudar a las mujeres a tener una experiencia placentera de este momento tan trascendental en sus vidas. Por ende, las preocupaciones en torno a la deshumanización de las experiencias femeninas respecto del parto como son: la presencia de rutinas institucionales, altas tasas de intervenciones, límites en la autonomía de las mujeres, personal desconocido para ellas y la falta de privacidad, han motivado a un retorno del apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto <sup>(15, 29)</sup>.

La preocupación por la humanización en la experiencia del parto y por el incremento de la calidad asistencial ha propiciado que las mujeres, su pareja y los profesionales de la salud se planteen la necesidad de la participación de la pareja o algún familiar que la parturienta elija libremente en la experiencia del parto. Como consecuencia, se han modificado las normativas existentes en algunos de los centros hospitalarios, y en el

transcurso de los últimos quince años, se ha permitido y potenciado el acompañamiento de la mujer por su pareja en el parto <sup>(19,20)</sup>. Es entonces que para asegurar una atención de la mejor calidad posible y para tener un embarazo sin problemas, surgió el Parto Humanizado donde se respeta las necesidades emocionales de la mujer y el niño por nacer, contempla los valores culturales, étnicos y religiosos que permiten a la mujer y a su pareja asumir su papel protagónico en el momento del parto <sup>(14, 15, 21)</sup>.

Las mujeres deberían contar con personas próximas y profesionales que las apoyen durante el trabajo de parto y el nacimiento, ya que este apoyo mejora la fisiología del parto y la sensación de confianza materna. Dicho apoyo también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido <sup>(10, 20)</sup>.

El temor, dolor y ansiedad que manifiesta la gestante como consecuencia de un ambiente clínico inapropiado, junto al aislamiento respecto de sus familiares cercanos pueden determinar efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto. De esta manera se ha descrito que la ansiedad materna se asocia con altos niveles de epinefrina (adrenalina), la hormona del estrés, que a su vez, puede ocasionar una disminución de la contractibilidad uterina, prolongación del trabajo de parto y complicaciones obstétricas <sup>(12,13)</sup>, así como también patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal y bajas puntuaciones en el test Apgar. Asimismo, las catecolaminas liberadas en respuesta al estrés, estimulan la vasoconstricción, reduciendo la perfusión del espacio intervelloso y pueden causar bradicardia e hipotensión fetal <sup>(12,14)</sup>.

Para revertir esta situación, se han llevado a cabo en los últimos años experiencias interesantes en diferentes países, las que han incorporado el acompañamiento durante el parto. Dicho apoyo se traduce en la presencia de un acompañante durante todo el trabajo de parto que provee apoyo físico, emocional e información continua a la madre; antes, durante e inmediatamente después del parto <sup>(17)</sup>. Se han publicado trabajos que evaluaron la presencia de una doula sobre diferentes aspectos del parto. En algunos de ellos se permitía la presencia de la pareja junto con la gestante. Uno de los primeros estudios fue el meta-análisis conformado por cinco estudios aleatorizados publicado por Zhang en 1996, donde concluyeron que las mujeres primíparas jóvenes de bajos recursos con apoyo continuo dado por mujeres en el trabajo de parto disminuyen la actividad uterina disfuncional. En estas mujeres no sólo fue más breve la duración del trabajo de parto, sino que además disminuyó significativamente el uso de oxitocina, la

necesidad de analgésicos y las cesáreas. Estos efectos favorables también se extendieron hasta el puerperio, al observarse tanto un fortalecimiento del vínculo madre-hijo como de la lactancia materna <sup>(24)</sup>.

En 1999 se realizaron investigaciones en países de medianos ingresos como Chile y Botswana. Según el estudio “Impacto del Apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del Proceso” realizada por la Universidad de Chile, se evaluó el efecto del apoyo durante el parto mediante un acompañante elegida por la propia gestante, sobre la incidencia de cesáreas, proceso de parto y satisfacción del mismo. Encontrándose entre los resultados un 30% de reducción del índice de cesáreas y las embarazadas refirieron sentir menos temor al parto cuando hubo un acompañante (RR 0,79 IC 0,63-0,99) <sup>(22)</sup>.

Según la investigación controlada aleatorizada conformada por 53 mujeres en compañía de un familiar de sexo femenino (casos) y 56 mujeres sin dicha compañía (control) llevada a cabo en Botswana, revela que la presencia de un familiar de sexo femenino durante el trabajo de parto mejora los resultados de los mismos, el acompañamiento se asocia significativamente con más casos de parto vaginal espontáneo, menor necesidad de medicamentos, analgesia epidural y menor número de partos quirúrgicos, comparadas con mujeres sin la compañía de un familiar <sup>(23)</sup>.

En el Perú, el estudio realizado por Cecilia Oria en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2006, se determinó conocer la influencia del acompañamiento en el proceso del trabajo de parto, encontrándose al final del trabajo que el acompañamiento ofrece una serie de ventajas para la madre, el niño y el equipo médico. Entre los resultados se obtuvieron que la pareja fué el acompañante en un 86.7% de los casos y el 70% de ellos acudieron a las 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica. Además el acompañamiento influyó favorablemente en el proceso de trabajo de parto porque se asoció significativamente con un mayor porcentaje de trabajo de partos espontáneos, partos vaginales, menor duración del trabajo de parto, menor índice de cesáreas, menor número de complicaciones después del parto, mayor índice de Apgar en el recién nacido al minuto y a los cinco minutos, y con un mayor número de casos de color claro del líquido amniótico, comparadas con las gestantes sin acompañante <sup>(25)</sup>.

El Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica cuenta con clases de educación para la maternidad, la cual ofrece a las gestantes instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el trabajo de parto, como son las respiraciones lentas, técnicas de

relajación y cambios de posición, cuya utilidad ha sido demostrada <sup>(11, 16, 21)</sup>. Durante el trabajo de parto el acompañante preparado en estas clases de psicoprofilaxis puede también ayudar a las mujeres a utilizar estas estrategias aprendidas. Sin embargo, la presencia del acompañante no significa necesariamente un acompañamiento eficaz. Para considerarlo eficaz es necesario que el acompañante realice una escucha activa de la mujer.

El acompañante durante el trabajo de parto puede brindar de cuatro maneras distintas su apoyo a la parturienta: apoyo informativo, apoyo físico, apoyo emocional y representativo o defensa <sup>(14, 15, 17, 18)</sup>.

- Apoyo informativo: El acompañante puede brindar información a la parturienta haciendo recordar las sesiones aprendidas en las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica, sirviendo de apoyo al profesional de salud. Además puede informar y aconsejar a la mujer en trabajo de parto con palabras que sean comprensibles sobre las diferentes actividades que se realizan. Evitando comunicar pronósticos que sean poco probables o erróneos.
- Apoyo físico o tangible: El acompañante puede ofrecer todas aquellas medidas que ayuden a mejorar el confort y la comodidad de la mujer, como facilitar y mantener la hidratación de la mucosa oral, facilitar la ingesta, así como ofrecer y ayudar las medidas de alivio del malestar o dolor como son las técnicas respiratorias, los masajes, la movilidad y los cambios posturales.
- Apoyo emocional: El acompañante representa un soporte emocional para la mujer durante el parto, es decir, mantiene una actitud empática, amable y paciente, cuida su lenguaje verbal y no verbal, potencia la autoconfianza, reforzando y premiando verbalmente la conducta de la mujer, y además la anima y tranquiliza si es necesario <sup>(19, 22)</sup>.
- Representación: El acompañante puede también brindar un apoyo representativo, expresando y comunicando las decisiones y deseos de la mujer en trabajo de parto a los demás.

En vista de la importancia que tiene el acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto, se instauró en 1998 el proyecto del Parto con Acompañante en el Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), tanto para gestantes adolescentes como adultas <sup>(25)</sup>. Este proyecto quedó incluido en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica de dicha institución y en la actualidad aún se encuentra vigente. Para lograr un Parto con Acompañante las personas elegidas por la gestante

deben tener como mínimo cuatro sesiones y las gestantes terminar sus seis sesiones de psicoprofilaxis, de esta manera al culminar su preparación se le entregará un certificado con el cual podrá entrar a la sala de parto en el momento indicado. En el año 2006 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 físico y soporte emocional a las gestantes durante el parto <sup>(30)</sup>.

En este curso de preparación dado por el servicio de Psicoprofilaxis los acompañantes son capacitados de forma teórica y práctica para asistir a la gestante desde el inicio de trabajo de parto brindando apoyo emocional efectivo, motivando la aplicación de técnicas de respiración, relajación, masajes e informando sobre la evolución del parto. Además se les permite que un familiar cercano, su pareja o la persona elegida por ellas las acompañe en ese momento tan especial, hecho que sólo era permitido en instituciones privadas más no en entidades públicas. Sin embargo, en el Instituto Nacional Materno Perinatal se permite esta modalidad de acompañamiento brindando la oportunidad de tener un parto con acompañante a las personas de diferentes condiciones sociales y niveles de educación. Por ende, una mujer que llega al parto preparada en Psicoprofilaxis Obstétrica y se le suma un acompañante eliminará angustias, tensiones y emociones nocivas, 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, en beneficio de su hijo <sup>(17, 30, 32)</sup>.

Por tanto un acompañante es una persona elegida por la gestante quien le brinda un apoyo físico, soporte emocional, informativo y representativo. Este programa del “Parto con Acompañante” capacita de manera integral a la gestante y a su acompañante con sesiones dirigidas de manera personalizada, mediante fundamentos teóricos-prácticos, diálogos, ejemplos, figuras, maquetas, videos, ejercicios y simulacros de parto; con la finalidad de que el acompañante no solamente sirva de apoyo a la parturienta sino también al profesional de salud, ayudando a recordar a la gestante las técnicas de respiración, asimismo pudiendo usar los masajes para relajarla y manejar el dolor <sup>(18)</sup>.

Además debemos de considerar que para lograr la presencia del acompañante durante el trabajo de parto es importante que éste cuente con el tiempo disponible para hacerlo, siendo en muchos casos un factor en contra los horarios de trabajo. Sin embargo, pese

a que no se le ha dado la difusión necesaria, el 21 de septiembre del 2009 se publicó la Ley N°29409, concediéndose a los trabajadores de la actividad pública, privada, Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú el derecho de la **licencia por paternidad**. Esta Ley establece el derecho a una licencia remunerada por paternidad en caso de alumbramiento de la cónyuge (artículo 1). Este mismo artículo primero señala que la finalidad de la licencia es promover y fortalecer el desarrollo de la familia <sup>(33)</sup>.

Esta licencia será otorgada al padre trabajador por cuatro días hábiles consecutivos, iniciándose el plazo desde el momento que el trabajador indique, especificándose que el plazo deberá estar comprendido desde el parto y la fecha en que sale de alta la madre y su recién nacido (artículo 2). Por ende, esta norma resulta ser de gran importancia, ya que con ella nuestro país se nivela con las legislaciones de diversos países (Venezuela, Argentina, Chile, entre otros), sino además se reconoce la evidente responsabilidad que ambos padres deben tener en la crianza de los hijos y facilitando asimismo que las mujeres sean acompañadas durante su parto. Sin embargo, a pesar de los beneficios innegables de esta Ley, aún está inconclusa y falta mejorarla, todo depende de cada uno de nosotros en prevalecer nuestros derechos para lograr políticas sociales y familiares que apoyen a los padres en el cumplimiento de su rol positivo y saludable dentro de las familias <sup>(33)</sup>.

Es por todo esto que considero importante seguir con la difusión de los programas de atención a la gestante, como lo es el Programa del Parto con Acompañante y el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica dado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, para contribuir en la disminución de las tasas de morbimortalidad materno-perinatal de este nosocomio y por ende del país, pero sobre todo para que este programa de Parto con Acompañante siga siendo un modelo a seguir por otras instituciones prestadoras de servicios de salud de los diferentes niveles de atención de nuestro país.

En la actualidad el Instituto Nacional Materno Perinatal cuenta con una Resolución Directoral N° 171-DG-INMP-10 aprobada el 15 de julio del 2010, en donde se aprueba la Directiva N°007-DG-INMP-2010 "**Atención del Parto con Acompañante**" en dicha institución, con la finalidad de promover y fortalecer el desarrollo de la familia con la participación del padre (pareja) en los procesos del parto. El acompañante será la persona elegida por la gestante para que la acompañe durante la atención del parto, la cual recibe información y orientación básica de psicoprofilaxis obstétrica, beneficios del parto con acompañante, las diferentes alternativas de atención del parto y se les informa

sobre las condiciones que debe tener para acceder a ésta modalidad de parto, la cual es brindada por la obstetrix responsable del área en el Servicio de Emergencia, con retroalimentación antes de ingresar al Servicio de Centro Obstétrico. La información brindada a las parejas en psicoprofilaxis obstétrica de emergencia consta de dos sesiones, en la primera sesión se informa a la gestante y a su acompañante sobre la sintomatología del trabajo de parto y el manejo de la contracción uterina, fomentando en ellos una actitud positiva frente al parto; y en la segunda se les informa sobre las sesiones del periodo expulsivo, atención inmediata del recién nacido, fomentando un mayor vínculo familiar (madre, padre y recién nacido). Asimismo con la aprobación de esta nueva directiva, la cual permite el Parto con Acompañante a las parejas que no fueron preparadas en las sesiones de psicoprofilaxis, pero que sí recibieron información en el servicio de Emergencia, se está dando la oportunidad de que más gestantes disfruten su parto acompañadas, promoviendo así la participación del Padre (o pareja) o acompañante elegido por la gestante durante el parto <sup>(34)</sup>.

Entonces en el Instituto Nacional Materno Perinatal podemos encontrar en la actualidad dos formas para poder tener un Parto con Acompañante mediante el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica y el servicio de Emergencia, por ende es importante la aplicación y difusión de la presente Directiva por parte del profesional de salud que trabaja en esta institución para favorecer el trinomio madre, padre y niño.

Partiendo de los resultados obtenidos de las evidencias científicas de que el acompañamiento durante el trabajo de parto permite modificar positivamente éste, obteniéndose mejores resultados tanto para la madre y el recién nacido; tuve la motivación de realizar una nueva investigación para afianzar más los beneficios del acompañamiento en el parto, cuyo título es “ Apoyo del Acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal 2010”.

Realicé un estudio comparativo entre las primigestas con preparación en psicoprofilaxis obstétrica con acompañante (grupo estudio) y otro grupo de primigestas con la misma preparación pero sin dicho acompañante (grupo control), asociado a beneficios en la madre y sus recién nacidos. Decidí que el grupo control también tenga las seis sesiones de psicoprofilaxis para que al hacer las comparaciones sobre los beneficios obtenidos no surjan errores o esté en desventaja por motivo a que la gestante no haya tenido una preparación previa a su parto. En cambio si en ambos grupos las gestantes se encuentran preparadas con las seis sesiones se podrá diferenciar mejor la presencia de

beneficios en ambos grupos de estudio durante el trabajo de parto. Además entre los beneficios maternos como una menor duración del trabajo de parto o el no uso de la episiotomía, una variable que puede influir de manera primordial entre estos beneficios es la paridad. Por ende decidí realizar el presente estudio en gestantes primigestas tanto para el grupo de las acompañadas y sin acompañante.

En cuanto a las características sociodemográficas de las pacientes en estudio, el grupo de las primigestas acompañadas pertenecieron en su mayoría a las edades comprendidas entre los 20-24 años (48.3%); mientras el grupo de primigestas sin acompañante estuvieron conformadas por mujeres cuyas edades correspondieron al rango de los 25-30 años (38.3%). Asimismo el grupo casos presentó un 26.7% de primigestas adolescentes entre 15 y 19 años, mientras que el grupo control un 30%. Teniendo en cuenta esta información podemos decir que las gestantes acompañadas en su mayoría son parejas jóvenes que recién están conformándose y la ilusión de ver el nacimiento de su bebé y de acompañar a la gestante en el trabajo de parto es trascendental.

En cuanto al nivel educativo que predominó en ambos grupos de estudio fué la Secundaria Completa, 63.3% para el grupo de mujeres acompañadas y un 60.0% para el grupo sin acompañante. Estos datos se pueden atribuir a que en nuestra sociedad es el nivel de educación que más predomina entre las personas. Debido a que vivimos en un país sub-desarrollado, las inversiones en educación y oportunidades de trabajo son mínimas. Además cabe resaltar que las pacientes con acompañante en su mayoría culminaron sus estudios y tienen una mayor expectativa de alcanzar estudios superiores (10% superior universitaria o técnica y el 5% superior incompleta); en cuanto al grupo de primigestas sin acompañante se manifestó una mayor predisposición de no culminar sus estudios y un menor porcentaje de alcanzar estudios superiores (3.3% superior incompleta y el 1.7% superior universitaria o técnica).

Con respecto al estado civil las parejas convivientes sobrepasaron la mitad de las parejas en estudio, ocupando el primer lugar en ambos grupos, 68.3% para el grupo de gestantes acompañadas y 60.0% para el grupo sin acompañante. Esto podríamos atribuirlo a diversos factores socioeconómicos, por ejemplo, que en nuestro país es la forma conyugal que más predomina y quizás también porque en estos grupos predomina una gran cantidad de parejas jóvenes.

En el segundo se encuentran las mujeres solteras, con un 20.0% en el grupo de mujeres acompañadas y un 33.4% en el grupo sin acompañante; en el último lugar se



encuentran las mujeres casadas con un 11.7% y 6.6% (caso y control, respectivamente). Asimismo podemos rescatar que en el grupo casos hay menos número de mujeres solteras y un mayor número de gestantes casadas en comparación con el grupo control.

En cuanto a la ocupación de las gestantes en estudio, las amas de casa obtuvieron el lugar mayoritario en ambos grupos, siendo el 46.7% para las mujeres acompañadas y un 65% para las no acompañadas. Cabe mencionar también que un importante lugar lo ocupan las estudiantes, con un 26.7% para el grupo casos y un 21.7% para el grupo control. Además el grupo casos presenta también un 16.7% de mujeres con trabajo independiente y 10.0% son profesionales; mientras que el grupo de gestantes sin acompañante tienen un 11.7% de mujeres independientes y sólo el 1.7% son profesionales. Esto quizás en cierta forma es debido al nivel educativo mostrado anteriormente. Con esta informaciones obtenidas podemos decir que en la mayoría de ambos grupos las mujeres son amas de casa, porque dada la sociedad en la que vivimos, tanto a nivel cultural como económico, la gestante pues queda en casa como ama o quizás temporalmente en descanso laboral por su gestación, creemos que por ser ésta el tipo de familia tradicional, los vemos con una mayor tendencia a valorar el acompañamiento más que en otras parejas donde existe una independencia de cada uno. Sin embargo, en cierta manera es beneficioso que la mujer también trabaje y sea independiente, pero debemos de recordar que el ser humano es un ente social por naturaleza y que jamás perderemos esa condición, aunque el mundo de ahora nos imponga la automatización y especialización del trabajo; siempre necesitaremos de un apoyo y que mejor del vínculo familiar.

Un mayor porcentaje de las pacientes en ambos grupos de estudio refirieron proceder de Lima Norte representando un 30.0% y 40.0% en el grupo casos y control respectivamente; suponemos que un factor importante que influye es la cercanía al INMP, pero también debemos entender que el factor económico y el prestigio ganado por esta entidad fueron suficientes para que las personas de este sector quieran tener su parto en este establecimiento y vivir esta bonita experiencia, la del Parto con Acompañante. Asimismo en el grupo control las gestantes procedentes de la zona central de Lima representan un 26.7%, mientras que el segundo lugar del grupo casos son gestantes de Lima Sur (25.0%) con una marcada diferencia al comparar con el grupo control que obtuvo un 8.3% de mujeres procedentes de esta zona. El tercer lugar lo ocupa la zona Este de Lima para ambos grupos, representando el 23.3% para las mujeres con acompañante y 21.7% para las mujeres sin acompañante. Del Callao se

obtuvieron las menores cifras, representando un 1.7% y 3.4% para el grupo caso y control respectivamente.

Entre las características del acompañante, la pareja es quien en su mayoría acompañó a las gestantes en su trabajo de parto (81.6%), seguido de las madres de las pacientes (15%), las cuales en su mayoría fueron de gestantes adolescentes. También se encontró como acompañante a las hermanas de las gestantes representando un 3.4%. 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. Eso contribuirá a que la parturienta, su hijo y la familia vivan la experiencia del parto de forma saludable e integradora y lleven el recuerdo positivo de un momento intensamente vivido. Además cabe resaltar que una pequeña cifra (n=2) terminó su parto por cesárea, en la cual el acompañante no pudo estar presente en el trabajo de parto de la gestante.

Con respecto a la ocupación del acompañante, encontramos que los principales rubros a los que se dedican son empleado (26.7%), ama de casa (18.3%), profesional (16.7%), obrero (15%), estudiante (13.3%) y un 10.0% tienen trabajo independiente.

Asimismo 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 en el momento del parto. Como requisito para el acompañante es asistir como mínimo a cuatro sesiones y es bueno ver un alto porcentaje de acompañantes acudieron junto con las gestantes a 5 y 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (43.3% y 26.7%, respectivamente), el resto acudió en un 30% a 4 sesiones.

De esta manera al demostrarse la asociación entre el acompañamiento y los beneficios maternos - perinatales en las primigestas durante el Trabajo de Parto, estaremos contribuyendo positivamente a que más instituciones maternas instauren y consideren como una verdadera alternativa el parto con acompañante en nuestro país, y así las mujeres puedan tener apoyo durante el parto y el nacimiento, se disminuyan los riesgos; y así contribuir al bienestar general de la población.

## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Apoyo del Acompañante:** El acompañante es la persona elegida libremente por la gestante, preparada durante el embarazo al menos en 4 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, quien posee habilidades para brindar apoyo informativo, físico, emocional y representativo de una manera efectiva a la parturienta, motivando la aplicación de técnicas de respiración, relajación, masajes e informando sobre la evolución del parto. La preparación del acompañante se realizará en el Área Educativa de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- **Parto con Acompañante:** Es el proceso de atención del parto individualizado y seguro, respetando los derechos, costumbres y decisiones de la parturienta, con la presencia del esposo o pareja, algún familiar cercano o una amistad elegida por la gestante, previamente preparado o informado, con la finalidad de apoyar al fortalecimiento del vínculo familiar.
- **Beneficios Maternos:** Son aspectos positivos obtenidos de las primigestas con o sin apoyo de un acompañante en su trabajo de parto atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Entre estos aspectos tenemos:
  - ✓ **Asistencia de 8 a más controles prenatales:** Se refiere a las consultas obstétricas durante el embarazo. Necesarias para asegurar la salud de la gestante y buen desarrollo del niño dentro del vientre materno. En el presente estudio hemos considerado como beneficio materno la asistencia de 8 a más controles prenatales.
  - ✓ **Ingreso contributorio al servicio de emergencia:** Relacionado al reconocimiento adecuado de uno o más signos de alarma en el servicio de emergencia.
  - ✓ **Inicio espontáneo del trabajo de parto:** Se considera a la forma natural en que comienza un trabajo de parto sin intervención médica (inducido o acentuado).
  - ✓ **Dilatación al ingreso:** Se refiere a la presencia de dilación de la primigesta durante su ingreso a emergencia.
  - ✓ **Tiempo de dilatación menor igual a 10 horas:** Relacionado al tiempo en horas de la primera etapa del parto, que es la dilatación y se inicia con contracciones uterinas regulares y termina cuando el cuello uterino se ha dilatado hasta llegar a los 10cm. Dura en promedio de 10 a 12 horas en

primerizas y de 4 a 5 horas en las multíparas. En el presente estudio por tratarse de una población de sólo primigestas, se ha considerado como beneficio materno la duración de dilatación menor igual a 10 horas <sup>(27)</sup>.

- ✓ **No presencia de complicaciones durante la dilatación:** Se atribuye al primer periodo del trabajo de parto sin presencia de alguna situación que agrave o alargue el curso normal del período de dilatación. Entre las posibles complicaciones tenemos:
  - *Fase latente prolongada:* Se dice al trastorno de retraso del trabajo de parto, se da en primíparas cuando la prolongación de la fase latente es mayor a 20 horas. Los factores que pueden alterar la duración de la fase latente incluyen sedación excesiva o analgesia epidural; un estado desfavorable del cuello uterino que es grueso, sin borramiento o dilatación y un falso trabajo de parto. <sup>(28)</sup>
  - *Fase activa prolongada:* Trastorno de detención del trabajo de parto, se presenta cuando el avance de la dilatación es menor de 1.2 cm/hora.
  - *Detención secundaria de la dilatación:* Ausencia de dilatación durante 2 horas o más <sup>(27)</sup>.
  - *Trabajo de parto disfuncional:* Esto se puede atribuir al descenso fetal inadecuado, desproporción céfalo pélvica y anomalías en la contractibilidad uterina.
  
- ✓ **Sin episiotomía:** La episiotomía es la incisión que se realiza en el periné ampliando el canal vaginal para la salida del bebé, sin embargo, puede ocasionar complicaciones en el postparto. Por ende en la presente investigación se ha considerado como un aspecto beneficioso para la madre el no uso de episiotomía en ambos grupos de estudio.
  
- ✓ **Tiempo del periodo expulsivo menor igual a 15 minutos:** Se refiere a la duración de la segunda etapa del trabajo de parto, la cual comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto, medida en minutos. En las primigestas puede durar hasta 2 horas, sin embargo en el estudio se ha considerado como beneficio materno la duración del expulsivo menor igual a 15 minutos debido a que un menor tiempo del expulsivo conlleva a un menor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales <sup>(27, 28)</sup>.
  
- ✓ **Ausencia de complicaciones en el periodo expulsivo:** Se define al periodo expulsivo sin la presencia de una situación que agrave o alargue su curso normal, como por ejemplo: el fracaso en el descenso fetal, el uso de la analgesia epidural cerca al expulsivo, esfuerzos expulsivos inadecuados (“pujo

ineficaz”) y desproporción céfalo pélvica <sup>(28)</sup>. Estas posibles complicaciones en el periodo expulsivo son definidas de la siguiente manera:

- Fracaso en el descenso fetal: Ausencia del descenso fetal >1 hora.
- Anomalías de las fuerzas de expulsión: Llamado así a las contracciones uterinas de intensidad insuficiente o inapropiadamente coordinadas para lograr el borramiento y la dilatación del cuello, disfunción uterina, o un esfuerzo inadecuado de músculos voluntarios durante el segundo periodo del trabajo de parto.

La ausencia de estas complicaciones será considerada un aspecto beneficioso para la madre.

- ✓ **Parto eutócico:** Se considera a la culminación del parto por vía vaginal. Como beneficio materno consideramos un mayor número de partos vaginales en los grupos de estudio.
  - ✓ **Tiempo total del trabajo de parto menor igual a 10 horas:** Es el tiempo en horas que transcurre desde el periodo de dilatación hasta la salida de la placenta y anexos. Según los estudios realizados en Parkland Hospital en 1990, se demostró que casi todas las mujeres independientemente de su paridad daban a luz en casi 10 horas después del ingreso por trabajo de parto espontáneo. En el presente estudio se ha considerado como beneficio materno a la duración total del trabajo de parto menor igual a 10 horas <sup>(27,28)</sup>.
  - ✓ **Menor igual a 2 días de hospitalización:** Se refiere a los días de estancia en el hospital, depende del tipo de parto y de las complicaciones que pudieran presentarse. Se ha considerado como beneficio materno menor igual a 2 días de hospitalización.
- **Beneficios Perinatales:** Son aspectos positivos obtenidos de los recién nacidos de madres con o sin apoyo de un acompañante en su trabajo de parto atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Entre estos aspectos se presenta:
    - ✓ **Frecuencia cardíaca fetal normal:** Número de latidos cardíacos fetales en un minuto. El promedio varía entre 120-160lpm. Esta frecuencia puede cambiar como respuesta del feto ante las condiciones intrauterinas. Una frecuencia cardíaca fetal anormal puede significar que el feto no obtiene suficiente oxígeno o que existen otros problemas, lo cual puede indicar que es necesario un parto

de emergencia o por cesárea. Por ende se ha considerado como beneficio perinatal presentar una frecuencia cardíaca fetal normal.

- ✓ **Presencia de líquido amniótico claro:** El líquido amniótico cumple un papel fundamental en el desarrollo normal del feto. Este líquido transparente resguarda y protege al bebé. La presencia de líquido amniótico claro nos indica un recién nacido oxigenado; sin embargo el líquido meconial fluido y con mayor gravedad el líquido verde espeso nos indica un gran compromiso fetal como hipoxia, acidosis y síndrome de aspiración. Por ende en el estudio se ha considerado como beneficio perinatal el líquido amniótico claro.
- ✓ **Índice de Apgar al minuto de 8-10:** Se considera al examen físico rápido al minuto, que permite una rápida valoración del estado cardio-respiratorio y neurológico al nacer, evaluando el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso de nacimiento. Se evalúan cinco signos: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color; a cada uno se le califica con puntajes de 0 a 2.
  - Puntaje de 7 a 10: normal
  - Puntaje de 4 a 6: asfixia moderada
  - Puntaje de 0 a 3: asfixia severa

El Apgar al minuto se utiliza como índice de asfixia neonatal, por lo que se ha considerado como aspecto beneficioso el Apgar con puntaje de 8 a 10 al minuto

- ✓ **Apgar a los cinco minutos con puntaje de 8-10:** Se define al recién nacido con un adecuado nivel de adaptabilidad al medio ambiente a los cinco minutos.
- ✓ **Peso adecuado del Recién Nacido:** Es el peso en gramos y relacionado a la edad gestacional en semanas. Como beneficio perinatal se ha considerado un peso del recién nacido adecuado para la edad gestacional.
- ✓ **Contacto precoz piel a piel:** Es el acercamiento inmediato entre la madre y el bebé luego del nacimiento, aumenta la prevalencia de la lactancia materna, el contacto piel a piel que se produce le permite a la madre transmitir afecto a su bebé y fortalecerlo emocionalmente. Por ende se ha considerado el contacto precoz piel a piel entre el recién nacido y sus padres como un beneficio perinatal.
- ✓ **Ausencia de reanimación neonatal:** Recién nacidos sin necesidad de respiraciones de emergencia, las cuales llevarán oxígeno a los pulmones del recién nacido que tiene signos de asfixia.
- ✓ **Ausencia de complicaciones neonatales tempranas:** Recién nacidos sin presencia de alguna patología que afecte su salud dentro de las dos horas de

vida extrauterina. Entre estas complicaciones ha considerar tenemos: Síndrome de Aspiración del Líquido Amniótico (SALAM), síndrome de distrés respiratorio (SDR) y trastorno metabólico. Por ende la ausencia de complicaciones se ha considerado en el estudio un beneficio perinatal.

- ✓ **Ninguna complicación en la lactancia materna:** Ausencia de alguna situación que impide que el recién nacido lacte, lo que va a privar de las ventajas de la leche materna, como por ejemplo: pezones agrietados o poca producción de leche materna.
  
- **Primigestas con preparación completa en Psicoprofilaxis obstétrica:** Gestantes primerizas que culminaron sus 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
  
- **Sesiones de psicoprofilaxis:** Sesiones de capacitación para el parto brindadas en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica a las gestantes y sus respectivos acompañantes.
  
- **Características socio-demográficas:** Datos de la paciente y del acompañante tales como: edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación.
  
- **Gravidez:** Número total de embarazos, incluidos los óbitos y abortos.
  
- **Paridad:** 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 suceden para el nacimiento de bebé. Este proceso está dividido en tres períodos: dilatación, expulsivo y alumbramiento.
  
- **Atención del parto:** Conjunto de acciones realizados por profesional competente, durante el trabajo de parto y parto dirigidos a dar como resultado madre y recién nacido en buenas condiciones.

## OBJETIVOS

➤ **Objetivo general:**

Identificar la asociación entre el Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto y los Beneficios Maternos-Perinatales de las Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010.

➤ **Objetivos específicos:**

- Diferenciar los beneficios maternos - perinatales en las primigestas con acompañamiento y en el grupo de las primigestas sin acompañante.
- Determinar el tipo de apoyo que brinda el Acompañante a las primigestas en estudio y a sus recién nacidos.
- Determinar la asociación entre los beneficios maternos en Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Apoyo del Acompañante durante el Trabajo de Parto, en comparación a aquellas Primigestas que no tuvieron dicho apoyo.
- Determinar la asociación entre los beneficios perinatales de los recién nacidos de primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto, en comparación a aquellos recién nacidos hijos de Primigestas sin acompañante.



## MATERIAL Y MÉTODOS

### a) Tipo de estudio:

Estudio Transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles.

### b) Área de estudio:

El Instituto Nacional Materno Perinatal ubicado en el Jr. Miroquesada n. 941 Barrios Altos, Lima-Perú. Organización que asumió como misión la atención de las mujeres en el momento del parto siendo en particular las de menores recursos, a la vez que dió inicio a la formación de personas instruidas en el arte y a la ciencia de ayudar a traer nuevas vidas al mundo, dando con esto lugar a una actitud de innovación constante al quehacer institucional. Esta Institución incorpora además la investigación y enseñanza, siendo categorizada en el año 2006, como Establecimiento de Salud III-2, el de mayor complejidad médico-quirúrgica para la atención materno-perinatal en el país.

### c) Diseño:

Es un estudio transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles, donde el tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia. El método utilizado es el casual comparativo y la técnica consistió en la observación documentada de los casos y los controles, mediante una ficha de recolección de datos. El estudio estuvo conformado por primigestas con resultados maternos y perinatales que tuvieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica y además un parto con acompañante (grupo casos) y otro grupo de primigestas que tuvieron también resultados maternos y perinatales con la misma preparación en psicoprofilaxis pero que no tuvieron un acompañante durante su trabajo de parto (control). La muestra estuvo constituida por 60 casos y 60 controles que fueron ubicados mediante la revisión de historias clínicas y hojas de seguimiento, cumpliendo los criterios de selección. En el estudio se identificaron primero los beneficios maternos-perinatales en ambos grupos así como otras variables, registrándolo en las fichas de recolección de datos. El análisis consistió en determinar la asociación entre los beneficios maternos-perinatales y el apoyo del acompañante en el trabajo de parto, en comparación al grupo de primigestas sin

acompañante. Se utilizó una estadística descriptiva y para la extrapolación se utilizó la estadística inferencial. El Chi cuadrado se utilizó para las variables cualitativas a un nivel de significación estadístico menor de 0,05 y además se calculó el OR para medir la relación entre las variables de estudio a un intervalo de confianza del 95%.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.**

### **a) Población de estudio:**

La población de muestra quedó constituida por 120 primigestas con preparación en psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre enero - agosto del 2010 y que cumplieron los siguientes criterios de selección:

### **Criterios de inclusión**

#### **Para los casos:**

- Primigestas de bajo riesgo
- Con más de 4 controles prenatales
- Edad gestacional a término (37-41 semanas)
- Feto único
- Feto con presentación cefálica
- Edad entre 15-35 años
- Primigestas con 6 sesiones de preparación en psicoprofilaxis obstétrica junto a su Acompañante preparado mínimo 4 sesiones.
- Primigestas y Acompañante con certificación para un Parto con Acompañante.

#### **Para los controles:**

- Primigestas de bajo riesgo
- Con más de 4 controles prenatales
- Edad gestacional a término (37-41 semanas)
- Feto único
- Feto con presentación cefálica
- Edad entre 15-35 años

- Primigestas con 6 sesiones de preparación en psicoprofilaxis obstétrica pero sin acompañante.

**Criterios de Exclusión:**

**Para los casos:**

- Multigesta
- Antecedente de aborto
- Primigestas con complicaciones obstétricas previas o durante el trabajo de parto como: Ruptura Prematura de Membrana prolongado, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, epilepsia, distocias de presentación, embarazo múltiple, corioamnionitis, diabetes gestacional, hemorragia en el tercer trimestre, anemia severa, incompatibilidad céfalo-pélvico y distocia funicular (excepto el circular simple rechazable)
- Feto con malformaciones congénitas,
- Primigestas sin control prenatal o menos de 4 controles prenatales
- Gestación pretérmino o postérmino
- Primigestas añosas o menores de 15 años
- Primigestas y acompañantes que no cumplen las normas para la certificación del parto con Acompañante.

**Para los controles:**

- Primigestas con complicaciones obstétricas previas o durante el trabajo de parto (las mismas de los casos)
- Multigesta
- Antecedente de aborto
- Feto con malformaciones congénitas
- Primigestas sin control prenatal o menos de 4 controles prenatales
- Gestación pretérmino o postérmino
- Primigestas añosas o menores de 15 años
- Primigestas que no tienen 6 sesiones de preparación en psicoprofilaxis obstétrica.

**b) Tamaño de la muestra:**

En el mes de enero se realizó el conteo de todas las primigestas que se inscribieron para participar en el servicio de Psicoprofilaxis, con especial interés a las que optaron por inscribirse junto con su acompañante. Para poder

participar en el Programa del Parto con Acompañante los requisitos son que la gestante sea controlada en el Instituto Nacional Materno Perinatal, tengan 6 sesiones de psicoprofilaxis y su respectivo acompañante 4 sesiones como mínimo para poder ingresar a este programa; considerando estos puntos se pudo obtener el tamaño promedio de la muestra y su incidencia en el INMP. De las 186 gestantes inscritas en Psicoprofilaxis en el mes de enero, 132 fueron primigestas, representando un 70% del total. De las cuales 104 primigestas entre adolescentes y adultas concluyeron el curso cumpliendo las 6 sesiones. De este grupo, 68 optaron por inscribirse con sus respectivos acompañantes y sólo 52 parejas cumplieron los requisitos para obtener la certificación del Parto con Acompañante. Sin embargo, sólo 13 parejas de este grupo pudieron lograr al final tener sus partos con acompañante.

Se determinó una prevalencia de primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica que culminaron el parto con acompañante en un 19% de todas las parejas inscritas en el programa de Parto con Acompañante y a su vez representando un 25% de todas las parejas con certificación en dicha modalidad. Asimismo se estimó que no lo concluyeron en un 81% del total de parejas inscritas en este proyecto. Dichas cifras porcentuales del mes de enero me 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 (0.81) y de la proporción menor (0.19). En este caso, la intersección de proporciones arrojó el valor de 16 (Ver anexo 3) <sup>(37)</sup>. Se tuvo en cuenta además 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, era 16 primigestas; es decir 32 en total. Pero con el fin de obtener una mayor confiabilidad de los resultados, se cuadruplicó la cantidad de muestra para los casos redondeando a 60 y asimismo también el número de controles a 60. En conclusión trabajamos con un total de 120 primigestas, divididas en 60 casos y 60 controles.

**c) Tipo de muestreo:**

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia.

## **MÉTODOS, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.**

### **a) Métodos:**

Se utilizó el método Casual Comparativo entre los resultados del grupo control y casos. Además también se utilizó el método retrospectivo, utilizando el sistema de registro y hojas de seguimiento del Servicio de Psicoprofilaxis, Historias Clínicas del servicio de Centro Obstétrico y Hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal, como fuente de información para la recolección de datos.

### **b) Técnica:**

Se utilizó la técnica de Observación documental a través de fuentes secundarias (historias clínicas y libros de registro).

### **c) Instrumento de recolección de datos (Anexo 1)**

Se elaboró una Ficha de Recolección que presentó 32 ítems, las cuales fueron divididas en cinco áreas. La primera consta de 6 ítems sobre datos del paciente. La segunda área correspondió a los datos obstétricos con 5 ítems. La tercera área correspondió a los datos del acompañante en caso lo tuviera la gestante con 3 ítems. La cuarta área es sobre los datos del parto divididos en periodo de dilatación y periodo expulsivo con 4 y 8 ítems respectivamente cada uno. Por último la quinta área correspondió a los datos del recién nacido, con 6 ítems.

## **PROCEDIMIENTO.**

En primer lugar se determinaron los beneficios maternos y perinatales para poder identificarlos y compararlos en ambos grupos de estudio (caso y control). Luego se ubicaron los casos y los controles, para lo cual se solicitó autorización del servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica para que nos faciliten el acceso a las hojas de seguimiento y al libro de registro de pacientes adultas y adolescentes del año 2010 donde se encuentran los números de las historias clínicas, el servicio y número de cama de las primigestas preparadas en psicoprofilaxis obstétrica con acompañantes (caso) y primigestas con preparación pero sin acompañante (control); del cual se seleccionaron todas las historias clínicas maternas correspondientes a las pacientes que cumplen con los criterios de

inclusión y exclusión para el grupo casos y el grupo control; para posteriormente hacerles un seguimiento hasta antes del alta. Es así que al momento de encontrar a la puérpera en Centro Obstétrico u Hospitalización E, previa autorización de la obstetrix de turno y de la paciente; se obtuvo acceso a las Historia Clínica y se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos.

Durante el mes de Julio y Agosto mediante autorización del Centro Obstétrico se tuvo acceso al Libro de Nacimientos, donde diariamente se registran los datos de las pacientes, del parto y de sus recién nacidos. Se tomaron los datos de las primigestas acompañadas durante el parto y de las primigestas con preparación en psicoprofilaxis obstétrica que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente se efectuaron los seguimientos correspondientes en el servicio de Hospitalización, para obtener los demás datos del parto, completando la ficha de recolección de datos.

En la recolección de los datos se aplicaron métodos, instrumentos y procedimientos de acuerdo a las siguientes fases:

- **Revisión de los datos.-** Se examinó en forma crítica cada una de las fichas de recolección de datos.
- **Clasificación de los Datos.-** Se organizó la información teniendo en cuenta los criterios y las escalas de medición de los datos.
- **Recuento de datos.-** Se hizo analizando cada dato obtenido de las fichas de recolección que se llenaron según las historias clínicas de las pacientes, y se utilizó el método electrónico usando el ordenador.
- **Presentación de datos.-** Mediante el uso de tablas y gráficas.

## VARIABLES

### a) Variable Independiente

- **Apoyo del Acompañante:** El acompañante es la persona elegida libremente por la gestante, preparada durante el embarazo al menos en 4 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, que posee habilidades para brindar apoyo emocional efectivo, motivar la aplicación de técnicas de respiración, relajación, masajes e informar sobre la evolución del parto. La preparación se realizará en el Área Educativa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

## b) Variables Dependientes

- **Beneficios Maternos:** Son aspectos positivos obtenidos de las primigestas en estudio con o sin acompañante en el trabajo de parto atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Entre los beneficios maternos se presenta las siguientes subvariables: Mayor asistencia a los controles prenatales, ingreso a emergencia de una manera contributiva, inicio del trabajo de parto de una forma espontánea, dilatación al ingreso, menor tiempo de dilatación, menor número de complicaciones del primer periodo del parto, menor uso de episiotomía, menor tiempo y menor número de complicaciones en el periodo expulsivo, mayor número de partos eutócicos, menor tiempo de duración del trabajo de parto y menos días de hospitalización.
- **Beneficios Perinatales:** Son aspectos positivos obtenidos de los recién nacidos de madres con o sin acompañante en el trabajo de parto atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Entre los beneficios perinatales se presentan las siguientes subvariables: frecuencia cardiaca fetal normal, líquido amniótico claro, mejor apgar al minuto y a los cinco minutos, adecuado peso del recién nacido, un mayor contacto precoz piel a piel con su madre, menor número de casos de reanimación neonatal, menor número de complicaciones neonatales tempranas y de complicaciones en la lactancia materna.

## c) Variables Intervinientes

- **Sesiones de psicoprofilaxis:** Sesiones de capacitación para el parto brindadas a las gestantes y acompañantes.
- **Características socio-demográficas:** Datos de la paciente y del acompañante tales como: edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia y ocupación.
- **Edad de la Primigesta:** Años cumplidos por la primigesta hasta el momento de su trabajo de parto.
- **Grado de instrucción:** Nivel educativo de la primigesta alcanzado hasta el momento
- **Estado civil:** Estado individual o de convivencia de la primigesta en estudio.
- **Ocupación:** Trabajo que realiza cotidianamente la gestante o acompañante, que probablemente influirá en el desarrollo natural del trabajo de parto.

**PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.****a) Plan de Tabulación:**

Se elaboraron tablas y gráficas. Las tablas fueron univariadas y bivariadas. Se tabuló las variables, en base a los intervalos o las nominaciones pre-determinadas y en relación a los grupos de estudio; los cuales se encontraron en una base de datos. Los resultados fueron presentados en tablas de doble entrada, las cuales se acompañaron de gráficos tipo barras y su respectivo comentario.

**b) Análisis Estadístico:**

Los datos fueron procesados manualmente, se determinó el porcentaje y moda de la información obtenida en cada grupo de estudio.

Asimismo estos datos obtenidos en las Fichas de Recolección fueron almacenados en una base de datos creado en el paquete estadístico SPSS (Statistics Program for Social Sciences V10.0), se realizaron los cálculos estadísticos y las tablas de doble entrada. Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para medir asociación y se consideró un  $p$  significativo a un valor menor de 0.05. Se analizó también los OR para medir la relación entre las variables de estudio a un intervalo de confianza del 95%. Además el cálculo de los OR y de los intervalos de confianza se realizó mediante el programa estadístico Epi-info 2000, cabe resaltar que fue necesario dicotomizar las variables tanto para hallar el chi-cuadrado y los OR.



---

## RESULTADOS

Para una mejor apreciación de los resultados, estos han sido agrupados en tres áreas: beneficios maternos y beneficios perinatales en ambos grupos de estudio (casos y control), y las relaciones entre el apoyo del acompañante y estos beneficios.

### I. BENEFICIOS MATERNOS

Con respecto a los beneficios maternos (Tabla N°1), obtenidos tanto en el grupo de las primigestas con acompañante y el grupo de las primigestas sin acompañante se encontraron los siguientes resultados. En relación a la asistencia de 8 a más controles prenatales un 45% correspondió a las primigestas con acompañante y un 25% a las primigestas que no tuvieron dicho apoyo. Cabe resaltar además que el 55% del grupo casos acudieron de 4-7 controles, mientras que las primigestas del grupo control representaron el 75%. Estos datos fueron estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ). Demostrando que la asistencia a 8 controles prenatales está más asociado a las primigestas con acompañante (45%).

En cuanto al ingreso contributivo a emergencia se encontró que un 96.7% de las gestantes acompañadas acudieron al hospital por un motivo necesario o contributivo, comparado con un 76.7% con las gestantes sin acompañante. En el grupo casos sólo el 3.3% de las gestantes acudieron a emergencia sin presentar un motivo necesario, mientras que un 23.3% del grupo control su motivo en emergencia no fue contributivo. Estos datos fueron estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ). Esto quiere decir que el motivo de ingreso a emergencia de una manera contributiva está más asociado a las gestantes con acompañante.

Asimismo con respecto al inicio espontáneo del trabajo de parto, se encontró que fué marcadamente mayor (80%) en primigestas con acompañante que en las no acompañadas (53.3%); por ende el inicio del parto de una forma no espontánea predominó en las gestantes del grupo control (Gráfico 1). Siendo estos datos estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ), demostrando que el inicio del trabajo de parto de una manera espontánea está más asociado al grupo de gestantes acompañadas.

En cuanto a la presencia de dilatación al ingreso, se encontró que un 93.3% de las gestantes con acompañante tenían dilatación al ingresar a emergencia comparado con

un 83.3% en las gestantes sin acompañante. Además sólo un 6.7% de las gestantes con acompañante no presentaron dilatación a su ingreso, mientras que en el grupo control fue un 16.7%. Podemos observar diferencias entre el grupo casos y control, sin embargo éstas diferencias no fueron significativas.

**Tabla N° 1. Beneficios Maternos según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal**

Beneficios maternos	Acompañadas		No acompañadas	
	N°	%	N°	%
Asistencia de 8 a más controles prenatales*	27	45.0	15	25.0
Ingreso contributorio a Emergencia*	58	96.7	46	76.7
Inicio espontáneo del Trabajo de Parto*	48	80.0	32	53.3
Presencia de dilatación al ingreso a emergencia	56	93.3	50	83.3
Duración de la dilatación <=10hrs**	50	86.2	40	78.4
Ausencia de complicaciones durante la dilatación	59	98.3	52	86.7
Sin uso de episiotomía**	10	17.2	3	5.9
Duración del expulsivo <=15 minutos**	54	93.1	44	86.3
Ausencia de complicaciones en el expulsivo**	57	98.3	46	90.2
Parto eutócico*	58	96.7	51	85.0
Tiempo total del Trabajo de Parto <=10 Hrs**	50	86.2	36	70.6
<=2 días de hospitalización	56	93.3	42	70.0

(\*)  $p < 0.05$  Estadísticamente significativo

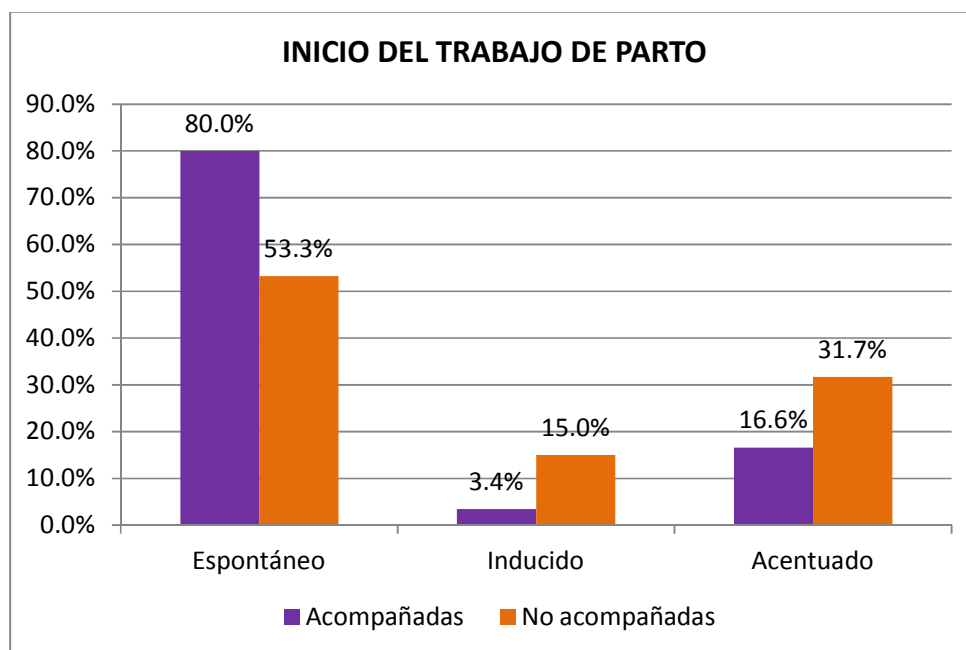
(\*\*) En estos resultados el total de gestantes para el grupo casos fue de 58 mujeres y para el grupo control 51 mujeres debido a que el resto de pacientes culminaron su parto por cesárea y estos datos no fueron registrados en la historia clínica.

Se encontró además que la duración del período de dilatación menor e igual a 10 horas, representa el 86.2% en las primigestas con acompañante y el 78.4% en las primigestas sin acompañante. Asimismo el grupo control presentó un tiempo de dilatación mayor a 10 horas en un 21.6%, mientras el grupo casos obtuvo un 13.8%. Estas diferencias en ambos grupos no fueron estadísticamente significativas.

En cuanto a la ausencia de complicaciones en el período de dilatación no existe asociación estadísticamente significativa cuando se relaciona con el acompañamiento en el trabajo de parto porque en ambos grupos la mayoría de gestantes no presentaron

complicaciones, un 98.3% correspondió para el grupo casos y un 86.7% para el grupo control. Sin embargo, un 13.3% de las gestantes sin acompañante presentaron complicaciones: fase latente prolongada, fase activa prolongada, detención secundaria de la dilatación y trabajo de parto disfuncional; mientras que el grupo de las gestantes acompañadas solamente hubo un caso de fase activa prolongada (1.7%), por ende se observó también un menor porcentaje de presentar complicaciones en la dilatación en las gestantes acompañadas, comparadas con el grupo control.

**Gráfico N° 1. Inicio del Trabajo de Parto en las gestantes según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal**



(\*)  $p < 0.05$  Estadísticamente significativo

Además se encontró que el uso de la episiotomía fue mayoritariamente en ambos grupos, representando el 88.1% de la muestra total. Sin embargo, se evidenció también un 17.2% de primigestas acompañadas sin el uso de episiotomía, comparadas con el grupo control 5.9%. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

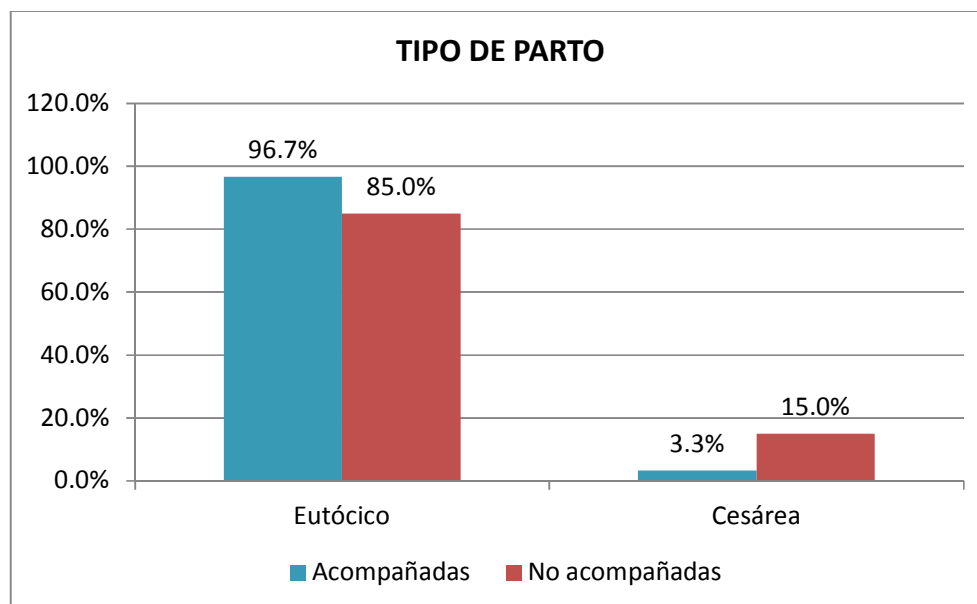
En cuanto al tiempo de expulsivo menor a 15 minutos, se encontró en las gestantes acompañadas un 93.1%, mientras que las gestantes sin acompañante presentaron un 86.3%. Asimismo las gestantes del grupo control presentaron un mayor tiempo de

expulsivo comparado con el grupo casos. Sin embargo, estos datos no fueron significativos.

En cuanto a la ausencia de complicaciones en el período expulsivo no existe asociación estadísticamente significativa cuando se relaciona con el acompañamiento en el trabajo de parto debido a que en ambos grupos la mayoría de gestantes no presentaron complicaciones, un 98.3% el grupo casos y 90.2% el grupo control. Sin embargo, cabe destacar que las gestantes con acompañante presentaron un menor porcentaje de complicaciones durante el expulsivo (anomalías de la fuerza de expulsión-1.7%), comparadas con el grupo control (fracaso del descenso fetal-3.9% y anomalías de la fuerza de expulsión-5.9%).

Con respecto al número de partos eutócicos se encontró que las primigestas con acompañante en el trabajo de parto tienen un mayor porcentaje de presentar un parto normal (96.7%) y sólo un 3.3% de sus partos terminó en una cesárea (Gráfico N°2). Mientras que el grupo de las primigestas sin acompañante tuvieron un 85% de partos eutócicos y un 15% terminó en cesárea. Estos datos fueron estadísticamente significativos, por ende el parto eutócico está más asociado al acompañamiento en el trabajo de parto.

**Gráfico N° 2. Tipo de Parto según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal**



(\*)  $p < 0.05$  Estadísticamente significativo

Se encontró además que la duración total del trabajo de parto menor e igual a 10 horas, representa un 86.2% en las primigestas con acompañante comparado con un 70.2% en el grupo de primigestas sin acompañante. Mientras que un 29.4% del grupo control tuvo una duración mayor a 10 horas y el grupo casos un 13.8%. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas.

Con respecto a los días de hospitalización se observó que en la mayoría de las gestantes predominó dos días de hospitalización, el grupo de gestantes con acompañante tuvieron un 93.4% y el grupo control un 70%. Además cabe resaltar que las gestantes acompañadas tuvieron menos días de hospitalización. Estos datos si fueron estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ), de tal manera se demuestra que los dos días de hospitalización está mas asociado al acompañamiento durante el parto.

Asimismo cabe resaltar que el grupo de primigestas acompañadas recibieron en su totalidad un apoyo informativo, emocional, físico y representativo durante el trabajo de parto, en comparación a las primigestas sin acompañante. Sin embargo, las primigestas del grupo control también recibieron apoyo informativo y representativo por parte del profesional de salud que las atendió.

## **II. BENEFICIOS PERINATALES**

En cuanto a los beneficios perinatales encontrados en el grupo casos y en el grupo control se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla N°2).

Con respecto a la frecuencia cardiaca fetal normal los recién nacidos de las primigestas acompañadas representaron un 96.7%, comparados con los recién nacidos de madres sin acompañantes 81.7%. Asimismo se observó que los recién nacidos de primigestas con acompañante presentaron un menor porcentaje de frecuencia cardiaca fetal anormal (3.3%), mientras que los recién nacidos de madres sin acompañante presentaron un 18.3%. Estos resultados fueron estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ), mostrándose así que la frecuencia cardiaca fetal normal está más asociado al acompañamiento en el trabajo de parto.

En relación al líquido amniótico claro, se encontró que las gestantes con acompañante presentaron en un mayor porcentaje este tipo de líquido amniótico (85%), con respecto al grupo de las gestantes sin acompañante (65%). Asimismo podemos observar que hay

una mayor tendencia de presentar líquido amniótico meconial en el grupo de mujeres sin acompañante (fluido-21.7% y espeso-13.3%), comparado con el grupo de primigestas acompañadas (fluido-10% y espeso-5%). Estas diferencias en ambos grupos fueron estadísticamente significativos con un  $p < 0.05$ , esto quiere decir que el líquido amniótico claro está más asociado al acompañamiento en el trabajo de parto (Gráfico N°3).

Observamos además que un mayor porcentaje de los recién nacidos de las primigestas acompañadas presentaron un apgar al minuto de 8 -10 (93.3%), con respecto al grupo control (85%). Además cabe resaltar que en ambos grupos no se presentaron casos de hipoxia severa en los recién nacidos, por la similitud de resultados, estos datos fueron no significativos.

Con respecto al apgar de 8-10 a los cinco minutos, encontramos que todos los recién nacidos de las gestantes acompañadas presentaron estos puntajes a los cinco minutos de vida, comparado con el grupo de recién nacidos de las gestantes sin acompañante (98.3%) que también fue en su mayoría. Asimismo, un mínimo porcentaje de los recién nacidos del grupo control tuvieron un apgar de 4-7 a los cinco minutos. Sin embargo, en ambos grupos de estudio la diferencia no difiere significativamente.

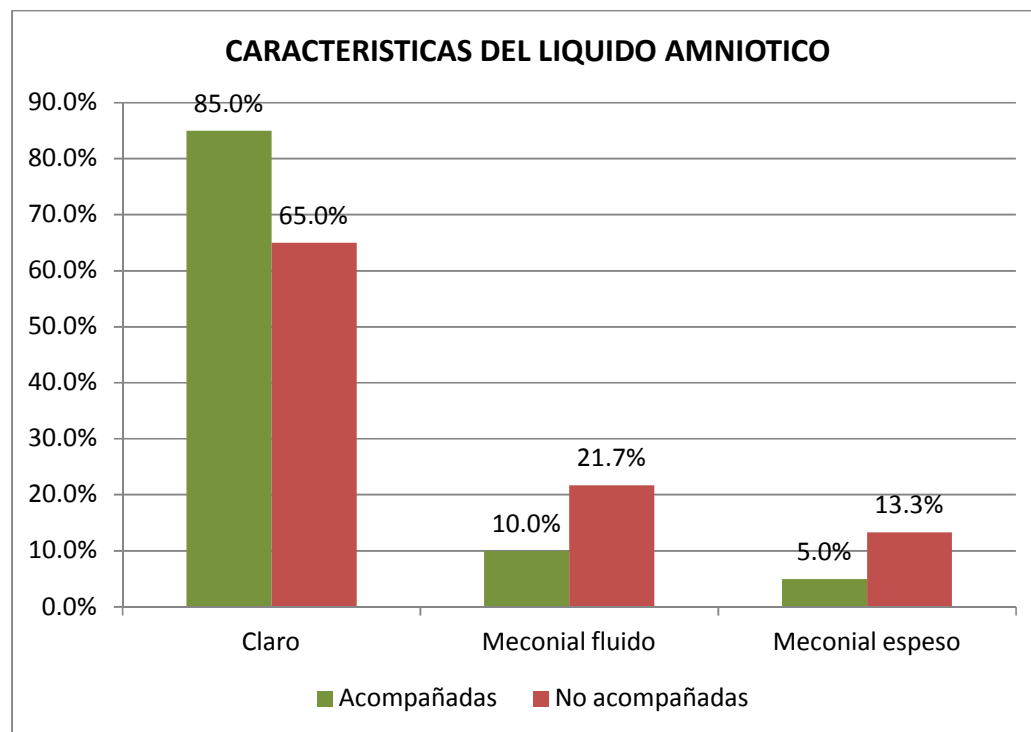
**Tabla N° 2. Beneficios Perinatales según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal**

Beneficios perinatales	Acompañadas		No acompañadas	
	N°	%	N°	%
<i>Frecuencia cardiaca fetal normal*</i>	58	96.7	49	81.7
<i>Líquido Amniótico claro*</i>	51	85.0	39	65.0
<i>Apgar al minuto de 8-10</i>	56	93.3	51	85.0
<i>Apgar a los cinco minutos de 8-10</i>	60	100.0	59	98.3
<i>Peso del Recién nacido adecuado</i>	57	95.0	52	86.7
<i>Contacto precoz piel a piel*</i>	56	93.3	45	75.0
<i>Ausencia de reanimación neonatal</i>	57	95.0	51	85.0
<i>Ausencia de complicaciones neonatales tempranas</i>	59	98.3	53	88.3
<i>Ausencia de complicaciones en la Lactancia Materna</i>	58	96.7	54	93.3

(\*)  $p < 0.05$  Estadísticamente significativo

Los recién nacidos hijos de primigestas acompañadas en su trabajo de parto tienen un mayor porcentaje de tener un peso adecuado para su edad gestacional (95%), con respecto a los recién nacidos de primigestas sin acompañamiento (86.7%). Además, los recién nacidos del grupo control tienen mayor tendencia a tener un peso inadecuado representando un 25%, comparado con el grupo casos (6.7%). Se presentaron diferencias en ambos grupos, sin embargo, no fueron estadísticamente significativos.

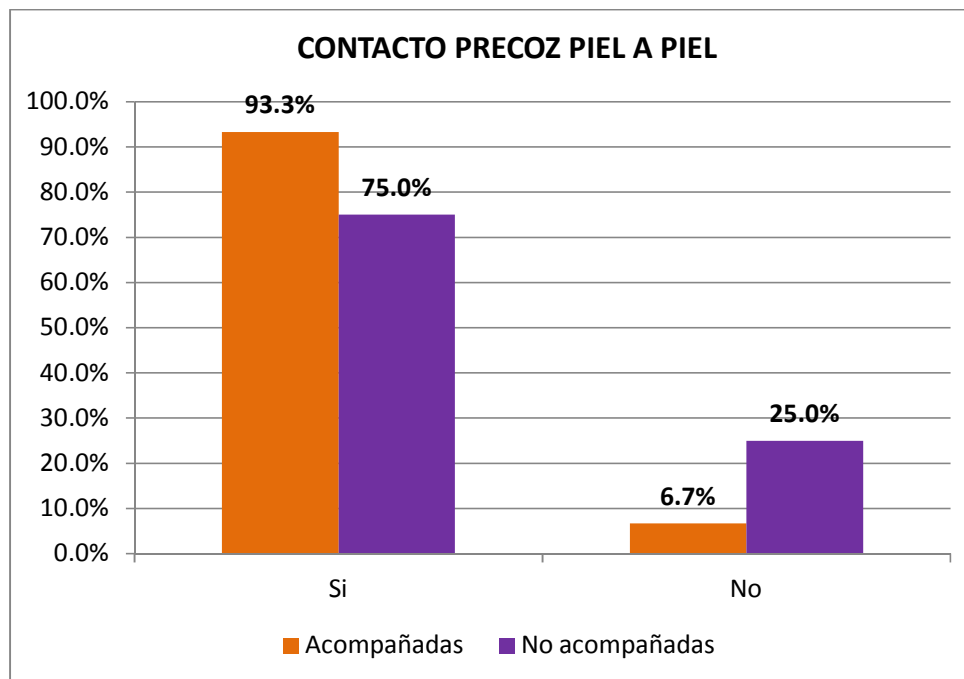
**Gráfico N° 3. Características del Líquido Amniótico según apoyo del Acompañante  
– Instituto Nacional Materno Perinatal**



Asimismo se observó un mayor porcentaje de contacto piel a piel en aquellas madres que tuvieron su parto con acompañante (93.3%), comparadas con el grupo control (75%). Además hay mayor tendencia en el grupo control de no realizar el contacto piel a piel (25%) con respecto al grupo casos (6.7%). Estos datos fueron estadísticamente significativos con un  $p < 0.05$ , por ende el contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido está más asociado al grupo de las gestantes con acompañante (Gráfico N°4).

En cuanto a la ausencia de reanimación neonatal no existe asociación estadísticamente significativa cuando se relaciona con acompañamiento en el trabajo de parto. Se encontró que la mayoría de los recién nacidos de ambos grupos de estudio no necesitaron reanimación neonatal, un 95% para el grupo casos y un 85% en el grupo control. Sin embargo, cabe destacar que los recién nacidos del grupo control tienen mayor tendencia de recibir reanimación neonatal (11.7% máscara e 3.3% intubación) comparado con el grupo casos (5% máscara y ningún caso de intubación). Sin embargo, estas diferencias en ambos grupos no fueron estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

**Gráfico N° 4. Contacto Precoz Piel a Piel según apoyo del Acompañante – Instituto Nacional Materno Perinatal**



(\*)  $p < 0.05$  Estadísticamente significativo

Los recién nacidos, hijos de madres con acompañante tienen un mayor porcentaje de no presentar ninguna complicación neonatal (98.3%), comparado con el grupo control (88.3%). Asimismo, cabe destacar que existe una mayor tendencia en los recién nacidos de las madres sin acompañante de presentar complicaciones, se encontró un 3.3% SALAM, un 5.1% de SDR y un 3.3% de trastorno metabólico, que sumados representan un 11.7% de complicaciones. Mientras que el grupo de recién nacidos de las madres con



acompañante sólo hubo un caso de trastorno metabólico. Estas diferencias en ambos grupos no difieren significativamente.

Por último se encontró que en la mayoría de las madres no se presentaron complicaciones en la lactancia materna debido a su preparación en psicoprofilaxis (El grupo casos con un 96.7% y el grupo control un 93.3%). Observándose un mínimo porcentaje de madres que sí llegaron a presentar complicaciones, el grupo casos con un 3.3% (poca producción de leche) y el grupo control con un 6.7% (pezones agrietados y pezones planos). Debido a que los resultados fueron muy similares no existió asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones de la lactancia y el acompañamiento. (Ver Tabla N°2)

Además es importante mencionar que los recién nacidos de las primigestas del grupo casos, en su mayoría recibieron apoyo físico y emocional por parte de los acompañantes y de sus madres, en comparación de los recién nacidos del grupo control que solamente recibieron estos tipos de apoyo por parte de sus madres.

### **III. EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES ENTRE EL APOYO DEL ACOMPAÑANTE Y LOS BENEFICIOS MATERNOS - PERINATALES**

Al calcular la fuerza de relación entre el Apoyo del Acompañante y los Beneficios Maternos - Perinatales, se utilizó el OR (Odds Ratio) a un intervalo de confianza del 95%, encontrándose los siguientes resultados (Tabla N°3). Con respecto a un mayor número de controles prenatales, existe 3 veces más probabilidades de que las primigestas acompañadas durante el parto acudieran de 8 a más controles prenatales, que las primigestas sin acompañante, siendo estos datos significativos. Por ende existe relación entre la asistencia de 8 a más controles prenatales y el acompañamiento.

En cuanto al ingreso contributivo al servicio de emergencia, existe 9 veces más probabilidades de que la primigesta acuda a emergencia por un motivo necesario cuando tiene el apoyo de un acompañante, que cuando no lo tiene. Estos resultados fueron significativos, por lo cual existe relación entre el ingreso a emergencia de una forma contributiva y el apoyo del acompañante.

Asimismo los resultados obtenidos en el inicio espontáneo de trabajo de parto demuestran que existe 3 veces más probabilidades de que la primigesta con

acompañante presente un inicio de trabajo de parto espontáneo (sin intervenciones médicas), que las primigestas sin acompañante. Estos resultados fueron significativos, de tal manera se demuestra que el inicio del trabajo de parto de una forma espontánea está relacionado al acompañamiento.

**Tabla N°3. Odds del grupo casos y Odds del grupo control con relación a los Beneficios Maternos**

Beneficios maternos	ODDS		OR y IC 95%
	ODDS (Casos)	ODDS (Control)	
8 a más controles prenatales**	0.82	0.33	2.45* (1.06 – 5.74)
Ingreso contributorio a Emergencia**	29	3.28	8.83* (1.70 – 59.30)
Inicio espontáneo de Trabajo de Parto**	4	1.14	3.05* (1.23 – 48.65)
Presencia de dilatación al Ingreso a emergencia	14	5	2.80 (0.74 – 11.40)
Duración de la dilatación <=10hrs	6.25	3.64	1.72 (0.89 – 4.55)
Ninguna complicación en el 1° período	59	6.5	9.08* (1.09 – 199.5)
Sin episiotomía	0.21	0.06	3.33 (0.76 – 16.62)
Duración del 2° período <=15'	13.5	6.28	2.15 (0.52 - 9.44)
Ninguna complicación en el 2° período	57	9.2	6.19 (0.66 – 145.20)
Parto eutócico**	29	5.67	5.12* (1.96 – 36.08)
Tiempo total del Trabajo de Parto <=10hrs	6.25	2.4	2.60 (0.91 – 7.59)
Días de hospitalización <=2días**	14	2.33	6* (1.73 – 22.79)

(\*) OR significativo

(\*\*) p< 0.05 Estadísticamente significativo

Se puede apreciar en cuanto a la dilatación de ingreso a emergencia que no existe asociación estadísticamente significativa cuando se relaciona con el apoyo del acompañante. A su vez la duración de la dilatación menor e igual a 10 horas, el no uso de la episiotomía, la duración del periodo expulsivo menor e igual a 15 minutos y la ausencia de complicaciones en el periodo expulsivo no presentaron también asociación estadísticamente significativa cuando se relacionaron con el acompañamiento,

obteniendo un  $p > 0.05$ . Sin embargo, se evidenció que las primigestas con acompañamiento tienen 9 veces más probabilidad de no presentar complicaciones durante la dilatación, comparadas con las primigestas sin acompañamiento, resultando significativo.

Con respecto al número de partos eutócicos, las primigestas con acompañamiento tienen 5 veces más probabilidades de tener un parto normal (fisiológico), que las primigestas sin acompañante, siendo significativo este resultado. Por ende existe relación entre el parto eutócico y el acompañamiento.

**Tabla N°4. Odds del grupo casos y Odds del grupo control con relación a los Beneficios Perinatales**

Beneficios Perinatales	ODDS		OR y IC 95%
	ODDS (Casos)	ODDS (Control)	
Frecuencia cardiaca fetal normal**	29	4.45	6.51* (1.27 – 44.82)
Líquido Amniótico claro**	5.67	1.86	3.05* (1.23 – 48.65)
Apgar de 8-10 al minuto	14	5.67	2.47 (0.64 – 10.24)
Apgar de 8-10 a los cinco minutos	0	59	1.02 (0 – 38.23)
Peso del recién nacido adecuado	19	6.5	2.92 (0.65 – 14.78)
Contacto precoz piel a piel**	14	3	4.67* (1.32 – 18.02)
Ninguna reanimación neonatal	19	5.67	3.35 (0.77 – 16.63)
Ninguna complicación neonatal temprana	59	7.57	7.79 (0.91 – 174.09)
Ninguna complicación en la lactancia materna	29	9	3.22 (0.55 – 24.23)

(\*) OR significativo

(\*\*)  $p < 0.05$  Estadísticamente significativo

Con relación al tiempo total del trabajo de parto menor a 10 horas, éste no se asocia significativamente cuando se relaciona con el acompañamiento. Mientras que en los días de hospitalización, las primigestas con acompañante tienen 6 veces más probabilidad de tener una estancia máxima de 2 días en el hospital, que aquellas primigestas sin acompañamiento. Siendo estos resultados significativos, existe una relación entre el

tiempo de hospitalización menor e igual a dos días y el acompañamiento durante el trabajo de parto.

Los análisis antes mencionados están relacionados entre los beneficios maternos y el apoyo del acompañante, a continuación les mostraremos los resultados entre la relación de los beneficios perinatales y dicho acompañamiento (Tabla N°4).

Al apreciar la frecuencia cardíaca fetal normal durante el trabajo de parto, existe 6 veces más probabilidad de que los recién nacidos de las primigestas acompañadas presenten un patrón normal, que las primigestas sin acompañante. Este resultado fue significativo, por ende existe relación entre el patrón normal de la frecuencia cardíaca fetal y el acompañamiento.

En cuanto al líquido amniótico claro, existe 3 veces más probabilidad de que los recién nacidos de las primigestas acompañadas durante su trabajo de parto lo presenten, que los recién nacidos de madres sin acompañante. Estos resultados fueron significativos, por lo cual existe relación entre el líquido amniótico claro y el acompañamiento.

Con respecto al apgar al minuto y a los cinco minutos con un puntaje de 8-10, no se encontró asociación estadísticamente significativa cuando se relacionaron con el apoyo del acompañante.

Al analizar los resultados en relación al peso adecuado del recién nacido, no se encontró asociación significativa cuando se relacionó con el acompañamiento durante el trabajo de parto, además la asociación para pequeño o grande para la edad gestacional obtuvo un  $p > 0.05$ , por lo que también resultaron estadísticamente no significativos.

Asimismo se puede apreciar que existe 5 veces más probabilidades de que las primigestas tengan un contacto precoz piel a piel con sus recién nacidos cuando cuentan con el apoyo de un acompañante, que cuando no lo tienen. Este resultado es significativo, por lo que existe relación entre el contacto precoz piel a piel y el acompañamiento durante el parto.

Por último se encontraron que los resultados correspondientes a la ausencia de reanimación neonatal, ausencia de complicaciones neonatales tempranas y ausencia de las complicaciones de la lactancia materna no presentaron asociación estadísticamente significativa cuando se relacionaron con el apoyo del acompañante durante el trabajo de parto.

Estos resultados obtenidos con relación a los Odds del grupo casos y los Odds en el grupo control tanto para los beneficios maternos y perinatales demuestran las asociaciones encontradas en las tablas número uno y dos para ambos grupos de estudio.

## DISCUSIÓN

Existen muchos estudios y evidencias científicas donde nos revelan que las mujeres a lo largo de la historia siempre han tenido un acompañante durante su trabajo de parto, las cuales eran denominadas doulas (mujeres que brindaban un apoyo continuo durante el trabajo de parto, parto y posparto). Cabe destacar que en la actualidad dicho apoyo brindado por estas mujeres se ha perdido, sin embargo, las parturientas tienen el derecho de elegir libremente a la persona que desea que le acompañe durante su parto. Esta persona puede ser un familiar cercano, una persona de confianza o aún mejor la propia pareja de la gestante, quien es copartícipe en la concepción del bebé. Por ende, nace mi interés de realizar el presente trabajo, teniendo muchas expectativas de encontrar resultados beneficiosos en el grupo de primigestas que tuvieron un Parto con Acompañante, demostrándose que dicho acompañamiento tiene efectos positivos en las intervenciones clínicas durante el trabajo de parto y en el bienestar emocional materno.

Al final del trabajo algunos resultados salieron significativos, sin embargo, otros análisis no lo fueron, encontrándose datos muy similares. Esto se puede atribuir ya que en ambos grupos de estudio las primigestas tuvieron una preparación completa en Psicoprofilaxis Obstétrica.

Apreciamos que dentro de los beneficios maternos, con respecto a la asistencia de **8 a más controles prenatales**, éste beneficio predominó en las primigestas con acompañante con un 45%, comparado con un 25% en las primigestas sin acompañante. Además el cálculo del OR fue significativo, siendo 3 veces más probable de presentarse éste beneficio en el grupo casos que en el grupo control. Es decir que las gestantes acompañadas tuvieron más motivación a asistir al consultorio prenatal. Sin embargo, en ambos grupos se notó que las gestantes sabían la importancia de un control prenatal temprano y frecuente gracias a su preparación en psicoprofilaxis obstétrica, ya que mediante estos controles prenatales es posible identificar algún problema oportunamente y recibir el tratamiento adecuado, en beneficio de la futura madre y su bebé. Estos resultados fueron estadísticamente significativos, por ende existe una asociación entre la asistencia de 8 a más controles prenatales y el acompañamiento.

En cuanto al **ingreso contributivo al servicio de emergencia**, el 96.7% de las gestantes acompañadas pudieron identificar de una manera correcta los signos de alarma, tales como contracciones uterinas con un patrón regular, pérdida de líquido

amniótico, entre otros; comparados con el grupo control que obtuvieron un 76.7%. Además según el cálculo del OR existe 9 veces más probabilidad de presentar éste beneficio el grupo casos que el grupo control. Sin embargo, se puede observar que en la mayoría de gestantes de ambos grupos fue contributorio el motivo de ingreso a emergencia, esto se puede explicar debido a la preparación que recibieron ambos grupos en sus sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Asimismo se encontró que el 23.3% de las gestantes sin acompañante, no identificaron correctamente las señales de alarma, ingresando a emergencia con contracciones uterinas esporádicas o confundiendo la pérdida de líquido amniótico con descenso, a diferencia de un 3.3% en el grupo de gestantes acompañadas. Este resultado se puede explicar gracias a que la presencia del acompañante sirve de ayuda a la gestante para recordar mejor lo aprendido en sus sesiones de psicoprofilaxis, además beneficia al profesional de salud, ya que de esta manera el profesional no se sobrecargará, ni descuidará la calidad de atención a otras personas en espera y se disminuirá indirectamente los recursos (materiales usados). En estas diferencias si se encontró un asociación estadísticamente significativa entre el motivo de ingreso a emergencia de una manera contributoria y el acompañamiento. (Tabla N° 1)

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 en ambos grupos, debido a que todas las gestantes en estudio culminaron sus sesiones en psicoprofilaxis. Y efectivamente los resultados obtenidos así lo demostraron, un 80% del grupo casos su inicio del trabajo de parto fue espontáneo, mientras que en el grupo control obtuvo un 53.3%. Estos resultados fueron estadísticamente significativos y demuestra que el acompañamiento beneficia 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 en algunos casos inducirlo.

La inducción generalmente se utiliza en embarazos prolongados y según estudios, ésta puede deberse también 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 (apoyo emocional). Esto se demuestra de forma significativa al observar que las intervenciones médicas como la inducción y la acentuación son en menores porcentajes para las gestantes acompañadas.

La **presencia de dilatación al ingreso a emergencia**, guarda mucha relación con la contribución a su ingreso en emergencia, ya que si presentan algunos signos de alarma, es porque el trabajo de parto ya comenzó, y esto se confirma mediante el tacto vaginal. Así tenemos que las gestantes sin acompañante el 16.7% no presentó dilatación del cérvix al momento del examen ginecológico, y en el grupo de gestantes acompañadas sólo el 6.7%, pero de este grupo el 93.3% (N=56) si tuvo dilatación, comparadas con 83.3% en el grupo casos. Sin embargo, estas diferencias no resultaron significativas.

En el **tiempo de dilatación menor e igual a 10 horas**, debemos tener en cuenta que el periodo de la dilatación se va iniciar con la aparición de las primeras contracciones regulares y gracias a estas tiene lugar la apertura del cuello uterino, este periodo termina con la dilatación completa, que es 10 cms., siendo entonces posible el paso del feto a través del mismo. En una primigesta tiene una duración promedio de 10 a 12 horas. En este estudio se encontró que la duración del período de dilatación menor e igual a 10 horas, representa el 86.2% en las primigestas con acompañante y el 78.4% en las primigestas sin acompañante. Asimismo se pudo observar que el grupo control presentó un tiempo de dilatación mayor a 10 horas en un 21.6%, mientras el grupo casos obtuvo un 13.8%. Estos datos no fueron estadísticamente significativos.

En cuanto a la **ausencia de complicaciones durante el periodo de dilatación**, los resultados no fueron estadísticamente significativos debido a que en ambos grupo la mayoría de gestantes no presentaron ningún tipo de complicación, el 98.3% en el grupo casos y el 86.7% para el grupo control. Sin embargo, cabe destacar que un 13.3% de las gestantes sin acompañante presentaron complicaciones, éstas fueron: fase latente prolongada, fase activa prolongada, detención secundaria de la dilatación y trabajo de parto disfuncional; mientras que el grupo de las gestantes acompañadas solamente hubo un caso de fase activa prolongada (1.7%).

Estas complicaciones generalmente en el grupo control se puede atribuir a un cierto grado de ansiedad en la gestante lo que dificulta el progreso adecuado del trabajo del parto. Asimismo esta ansiedad se ve disminuida por el apoyo continuo del acompañante a la gestante durante este primer período del trabajo de parto.

Se aprecia además que el **no uso de la episiotomía** se dió en un mínimo porcentaje tanto para el grupo casos y control, debido a que en la mayoría de las gestantes de ambos grupos se realizó este procedimiento debido a que todas las gestantes en estudio eran primigrávidas (82.8% grupo casos y 94.1% grupo control); sin embargo, esto

también puede estar influenciado por la predisposición psicológica de la parturienta, una predisposición que instintivamente prepara a su organismo hacia este traumático pero fisiológico evento como es el período expulsivo, acontecimiento que podría causar graves secuelas al binomio madre niño, por ende es aquí donde entra a tallar el acompañante pues creemos que logró generar un rango de bienestar a sus parejas ya que en un 17.2% no necesitaron episiotomía, frente a un 5.9% de gestantes sin acompañante. Estos resultados son importantes para desterrar algunas prácticas rutinarias y optar más por la episiotomía selectiva; además de acercarnos más a la humanización del Parto. Pero más importante es dar a conocer esta práctica histórica, del parto en comunidad.

Con respecto al **tiempo del periodo expulsivo menor a 15 minutos**, se encontró en las gestantes acompañadas un 93.1%, mientras que las gestantes sin acompañante presentaron un 86.3%. Asimismo las gestantes del grupo control presentaron un mayor tiempo de expulsivo comparado con el grupo casos. Sin embargo, estos datos no fueron significativos.

En la **ausencia de complicaciones durante el expulsivo**, no se encontraron resultados estadísticamente significativos cuando se relaciona con el acompañamiento en el trabajo de parto debido a que en ambos grupos la mayoría de gestantes no presentaron complicaciones (98.3% grupo casos y un 90.2% grupo control). Sin embargo, cabe destacar que las gestantes sin acompañante presentaron algunas complicaciones durante el expulsivo como el fracaso en el descenso fetal y anomalías en las fuerzas de expulsión, representando el 3.9% y el 5.9% respectivamente; mientras que en el grupo casos la única complicación que se presentó fue la anomalía de la fuerza expulsiva materna (1.7%).

En cuanto al **número de partos eutócicos**, se observa que las gestantes con acompañante en el trabajo de parto tienen un mayor porcentaje de presentar su parto normal (96.7%) y sólo un 3.3%(N=2) de sus partos terminó en una cesárea. Mientras que el grupo de las gestantes sin acompañante tuvieron un 85% (N=51) parto eutócico y un 15%(N=9) terminó en cesárea. Estos resultados fueron estadísticamente significativos, porque contrastan notablemente con las cifras obtenidas del reporte estadístico del 2009 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 de recordar que las gestantes en estudio no tuvieron factores de riesgo previamente al trabajo de parto y además no



tomamos en cuenta a aquellas que fueron programadas para cesárea; sin embargo éste índice sigue siendo alto.

La indicación de cesárea en el presente estudio en el grupo de gestantes sin acompañamiento fue por: sufrimiento fetal agudo en 8 casos y un caso de detención secundaria de la fase de dilatación. Mientras que los dos únicos casos de cesárea en el grupo de gestantes acompañadas se debió a sufrimiento fetal agudo. Dado que en la cesárea es necesaria la anestesia regional, la paciente puede estar conciente o inconciente, lo que dificulta el contacto físico y emocional precoz brindado por la madre o el acompañante.

El pequeño porcentaje de cesáreas en pacientes acompañadas (3.3%) contrasta marcadamente con la cifra que casi es cinco veces más en el grupo control (15%) y que tienen una base explicativa en estas variables intervinientes que alteran la armonía que las anteriores generaban.

Esto se evidenció según el estudio "Apoyo Continuo proporcionado a las Mujeres durante el Parto", que fue realizado a través de la prestigiosa Cochrane Collaboration en el 2003, donde participaron aproximadamente 13.000 mujeres que recibieron apoyo de un acompañante en el parto <sup>(32)</sup>. En ese grupo se encontraron un 26% menos probabilidades de tener un parto por cesárea, menores intervenciones médicas y se mostraron más satisfechas con la experiencia de dar a luz, en comparación con aquellas mujeres que no contaron con ese apoyo. Los resultados de este estudio se basaron en 15 ensayos controlados aleatorizados de alta calidad.

Según los estudios clínicos realizados en el 2007, en países de altos ingresos (Australia, Grecia, Bélgica, Canadá, Reino Unido y EE. UU.) y también en los países de medianos y bajos ingresos (Botswana, Guatemala, México y Sudáfrica) <sup>(8)</sup>, demostraron que las parturientas que recibieron apoyo personalizado permanente tuvieron menos probabilidades de recibir analgesia o anestesia regional, tener un parto vaginal instrumentado o una cesárea (todas estas diferencias resultaron estadísticamente significativas, aunque sólo marginalmente). Además, tienen menos probabilidades de manifestar insatisfacción con su experiencia de parto (riesgo relativo [RR] = 0.73; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0.65 a 0.83) y más probabilidades de tener un parto vaginal espontáneo.

En cuanto al **tiempo total del trabajo de parto menor e igual a 10 horas**, éste representa un 86.2% en las primigestas con acompañante, comparado con un 70.2% en el grupo de primigestas sin acompañante. Mientras que un 29.4% del grupo control tuvo una duración mayor a 10 horas y el grupo casos un 13.8%. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas. De igual manera creemos que estas mínimas diferencias se pueda deber a la presencia del acompañante en el trabajo de parto, si otros factores están implicados no lo sabemos; éstas y otras cuestiones nos inundan. Queda la duda del porqué existe esta diferencia; pues ambos grupos de gestantes recibieron igual preparación en sesiones de psicoprofilaxis, son pacientes igualmente controladas, sin riesgos previos al trabajo de parto, con edades gestacionales a término, todas primigestas y con sus partos atendidos hasta quizás por los mismos profesionales; sin embargo, se evidencia diferencias en el proceso de su trabajo de parto y sobre todo destaca lo correspondiente a su duración. Esto es algo interesante ya que no es un tema nuevo, 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 horas en primigrávidas y 8 horas en multigrávidas <sup>(27, 28)</sup>. Por lo tanto en ambos grupos de estudios donde todas las gestantes son primigrávidas podemos decir que estos resultados son aceptables, pero con una mínima ventaja aquella gestante acompañada quienes resultaron 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, Klaus y Cabezas <sup>(2, 11)</sup>, observaron que con la presencia de una acompañante la duración del trabajo del parto se reducía en forma significativa.

Según estudios recientes, 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.

Así mismo, en cuanto los **días de hospitalización**, se encontró que en la mayoría de las gestantes predominó dos días, el grupo de gestantes con acompañante tuvieron un

93.4% y el grupo control un 70%. Sin embargo, cabe resaltar que las gestantes acompañadas estuvieron menos días hospitalizadas, ya que en su mayoría fueron parto normal y no presentaron complicaciones.

Los parámetros antes analizados están directamente relacionados al bienestar materno y no podíamos dejar de lado los beneficios perinatales.

Se aprecia que la **frecuencia cardiaca fetal normal** durante el trabajo de parto representa un 96.7% en el grupo de los recién nacidos de primigestas acompañadas, comparadas con el 81.7% de los recién nacidos de primigestas sin acompañante. Sin embargo, cabe mencionar que el grupo control presentó más casos de alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal comparadas con el grupo casos. Estas diferencias se deben al entorno y muy especialmente a las emociones de la madre que se transmiten fisiológicamente al feto. El feto que vive cautivo y dependiente de un medio muy especial, responde a estímulos mediante movimientos junto a reacciones fisiológicas de sus distintos órganos, particularmente con respuesta cardiaca. Por ende podemos creer que así como el acompañante transmite seguridad y confianza a la parturienta, ésta a su vez transmite estas mismas emociones al feto. Resultando estos datos estadísticamente significativos.

Al apreciar el **líquido amniótico claro**, los recién nacidos de las gestantes con acompañante presentaron un 85%, con respecto a los recién nacidos del grupo de las gestantes sin acompañante (65%). Asimismo podemos afirmar que hay una mayor tendencia de presentar líquido amniótico meconial en el grupo control (21.7% fluido y 13.3% espeso) que en el grupo casos. Estos resultados fueron estadísticamente significativos.

El líquido amniótico es importante para la evaluación del recién nacido y del trabajo de parto en sí, ya que nos va indicar si hubo sufrimiento fetal o no. El meconio es la primera secreción intestinal del recién nacido y esta compuesto por células epiteliales, pelo fetal, moco y bilis. Sin embargo, el estrés intrauterino puede causar la evacuación “in útero” de meconio hacia el líquido amniótico y esto exige una supervisión cuidadosa de la evaluación fetal.

Con respecto al **apgar al minuto y a los 5 minutos con una puntuación de 8 a 10** se observó que un mayor porcentaje de los recién nacidos de las primigestas acompañadas presentaron un mejor apgar al minuto (93.3%), con respecto al grupo control (85%).

Además en ambos grupos no se presentó hipoxia severa en los recién nacidos. Sin embargo, estos datos no fueron significativos.

Y a los 5 minutos, encontramos que todos los recién nacidos de las gestantes acompañadas tuvieron un apgar de 8-10 (100%), con respecto al grupo de las gestantes sin acompañante (98.3%) que también fue en su mayoría.

Asimismo, un mínimo porcentaje de los recién nacidos del grupo control tuvieron un apgar de 4-7 a los cinco minutos. Estas diferencias se pueden atribuir a que el acompañamiento causa al bebé un mayor bienestar intraútero y una mejor adaptación hacia la vida extrauterina. Sin embargo, estas diferencias no difirieron significativamente.

En cuanto al **peso adecuado del recién nacido**, los hijos de gestantes acompañadas en su trabajo de parto tienen un mayor porcentaje de tener un peso adecuado para su edad gestacional (95%), con respecto a las gestantes sin acompañamiento (86.7%). Además cabe mencionar que los recién nacidos del grupo control tienen mayor tendencia a ser grandes para la edad gestacional, estos datos no fueron significativos.

Apreciamos en el **contacto precoz piel a piel**, que hay un mayor porcentaje de acercamiento instantáneo con su recién nacido en aquellas madres que tuvieron su parto con acompañante (93.3%), comparadas con el grupo control (75%). Además hay mayor tendencia en el grupo control de no realizar el contacto piel a piel (25%) con respecto al grupo casos (6.7%). Esto se puede atribuir a que las gestantes del grupo control presentaron un mayor número de cesáreas y sus recién nacidos más complicaciones al nacer. Este acercamiento precoz de la madre a su hijo permitirá a la madre gozar de los momentos más preciados de la vida, los de maternidad, los que permitirán asegurar de que su bebé es saludable. El tocar, sostener y arrullar al recién nacido y de escuchar frases cariñosas de parte de su madre o de su padre si es el caso, despierta en la madre y el padre lazos definitivos de amor hacia su hijo, otorgándole el calor y cariño necesarios desde los primeros instantes de vida y a su vez brindándole un apoyo físico y emocional al recién nacido. La asociación entre el contacto precoz piel a piel y el acompañamiento son estadísticamente significativos.

Con respecto a la **ausencia de reanimación neonatal** no existe asociación estadísticamente significativa cuando se relaciona con el apoyo del acompañante durante el trabajo de parto. Se encontró en ambos grupos de estudio que la mayoría de los recién nacidos no necesitaron reanimación neonatal, un 95% para el grupo casos y un 85% en

el grupo control, respondiendo adecuadamente al nacer y no teniendo la necesidad de recibir oxígeno artificial. Esto se puede atribuir al buen desempeño de sus madres durante el trabajo de parto, ya que ambos grupos tuvieron sus sesiones de psicoprofilaxis completas. Sin embargo, cabe destacar que los recién nacidos del grupo control tienen ligeramente mayor tendencia de recibir reanimación neonatal (11.7% máscara e 3.3% intubación) comparado con el grupo casos (5% máscara y ningún caso de intubación). Estas diferencias en ambos grupos no fueron estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

En cuanto a las **ausencia de complicaciones neonatales tempranas**, los recién nacidos, hijos de madres con acompañante tienen un mayor porcentaje de no presentar ninguna complicación neonatal dentro de las dos primeras horas de vida (98.3%). Asimismo, cabe destacar que existe una mayor tendencia en los recién nacidos de las madres sin acompañante de presentar complicaciones (11.6%), comparados con los recién nacidos hijos de madres acompañadas (1.7%). Entre las complicaciones que presentaron los recién nacidos del grupo control tenemos: SALAM, SDR y trastornos metabólicos, las cuales son causa de mortalidad infantil. SALAM (Síndrome de aspiración de líquido amniótico) en casos graves causa mortalidad en un 40%. Mientras que los recién nacidos del grupo casos sólo hubo un caso de trastorno metabólico. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas.

Con respecto a la **ausencia de complicaciones en la lactancia materna**, se encontró que en la mayoría de las madres no se presentó complicaciones debido a su preparación en psicoprofilaxis (el grupo casos presentó un 96.7% y el grupo control un 93.3%). Además, cabe resaltar que un mínimo porcentaje de madres sí presentaron complicaciones, el grupo casos con un 3.3% y el grupo control con un 6.7%. Entre las complicaciones que se presentaron en el grupo control tuvimos pezones agrietados en 4 púerperas por "la falta de leche" que referían las pacientes y por pezones planos. En el caso de las madres con acompañante se presentó dos casos donde refirieron "no tener leche" y se utilizó leche artificial para apoyarla. Sin embargo, no existe asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones de la lactancia y el acompañamiento, debido a que los resultados fueron muy similares.

De que la práctica de la lactancia sea confortable y satisfactoria depende del bienestar emocional de la madre e hijo. La leche materna protege a los bebés contra la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias (lo que disminuirá la incidencia de morbimortalidad neonatal) y estimula al sistema inmunológico del niño y la reacción a las

vacunas; más aún, la lactancia materna entraña para el niño diversas ventajas de índole cognoscitivo.

En conclusión en este estudio, los recién nacidos obtuvieron una buena tolerancia al trabajo de parto. Todo esto pone en evidencia que el proceso del trabajo de parto en compañía de una persona estimada y preparada, protege no sólo a la madre sino también disminuye el riesgo de complicaciones neonatales.

El acompañante brindó aliento y soporte emocional a la gestante, hizo recordar las técnicas de respiración y ayudó en la relajación después de las contracciones, realizó masajes analgésicos y apoyó las posiciones antálgicas en la gestante según lo indicado por el profesional que atiende el parto. Estuvo exclusivamente para ofrecer su apoyo, independientemente del personal de salud que atendió el parto y asistió al recién nacido. Durante todo el proceso de parto, estuvo presente, escuchó, dio consuelo, brindó confianza, tranquilizó y tomó medidas para mejorar el confort de la parturienta. Estos detalles aunque parecen sencillos, brindaron a la mujer una seguridad innegable e incalculable, otorgándole confianza suficiente para enfrentar su trabajo de parto de forma inteligente y con la mejor de su voluntad. Por ende el acompañante brindó un apoyo informativo, físico, emocional y representativo a todas las primigestas del grupo casos, incluidas las primigestas que terminaron su parto por cesárea durante las primeras horas de su trabajo de parto, gracias a la preparación y capacitación que recibieron los acompañantes durante las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica. Asimismo es importante resaltar sobre todo el apoyo emocional en las primigestas acompañadas en comparación con las primigestas del grupo control. Sin embargo, las primigestas sin acompañante también recibieron un apoyo informativo y representativo por parte del profesional de salud que las atendió.

Los recién nacidos del grupo casos recibieron un apoyo físico y emocional por parte del acompañante y de la madre, a diferencia de los recién nacidos del grupo control quienes recibieron este apoyo solamente de la madre. Estos tipos de apoyo se atribuyen a las caricias, besos y frases de amor brindadas a los recién nacidos.

Además cabe resaltar que algunos beneficios no fueron estadísticamente significativos al relacionarlos con el acompañamiento, pero en general se encontraron efectos positivos y mayores beneficios en las acompañadas en comparación al grupo control, que también se debe resaltar sus resultados óptimos, ya que este grupo también recibió sus sesiones completas de psicoprofilaxis. Por ende, la presencia permanente de un acompañante durante el trabajo de parto es una opción favorable tanto para la mujer como para el recién nacido.

## CONCLUSIONES

- Los beneficios maternos asociados significativamente al Apoyo del Acompañante durante el trabajo de parto son: asistencia de 8 a más controles prenatales (45%), ingreso contributivo al servicio de emergencia con el diagnóstico confirmado de trabajo de parto (96.7%), inicio espontáneo del trabajo de parto (80%), mayor número de partos vaginales (96.7%), y una estancia en el hospital menor e igual a dos días (93.4%), comparadas con las primigestas sin acompañante. Además los resultados de los OR fueron significativos, por ende existe asociación y relación entre estos beneficios maternos y el acompañamiento durante el trabajo de parto.
- En cuanto a los beneficios perinatales asociados significativamente al Apoyo de Acompañante se encontraron que los recién nacidos de las primigestas acompañadas obtuvieron un mayor número de casos con frecuencia cardiaca fetal normal (96.7%), presencia de líquido amniótico claro (85%) y un mayor número de contacto precoz piel a piel (93.3%), comparados con los recién nacidos de las primigestas sin acompañante. Además los resultados de los OR fueron significativos en estos casos, por ende existe asociación y relación significativa entre estos beneficios perinatales y el apoyo del acompañante.
- El apoyo brindado a las primigestas en estudio por parte de los acompañantes se dió de cuatro maneras: informativo, físico, emocional y representativo; comparadas con el grupo de primigestas sin acompañante quienes recibieron en su mayoría un apoyo informativo y representativo proveniente de los profesionales de salud que atendieron su parto.
- Los recién nacidos de las primigestas del grupo casos recibieron en su totalidad un apoyo físico y emocional por parte del acompañante y de la madre, comparados con los recién nacidos de las primigestas del grupo control quienes recibieron estos tipos de apoyo brindados solamente por la madre.
- Existe una asociación favorable entre el Apoyo del acompañante y los beneficios maternos – perinatales.

## RECOMENDACIONES

- Es necesario la sensibilización del profesional de salud que realiza atención integral a las gestantes, médicos y obstetras, en relación al programa del Parto con Acompañante que se impulsa en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica. A fin de que se confiera valor e importancia, dado que va promover el cuidado integral de la gestante y una mejor calidad atención a la madre y su recién nacido.
- Es importante una mayor difusión por parte del profesional de salud que labora en el Instituto Nacional Materno Perinatal con respecto a la Resolución Directoral N° 171-DG-INMP-10 aprobada el 15 de julio del 2010, en donde se aprueba la Directiva N°007-DG-INMP-2010 **“Atención del Parto con Acompañante”** en dicha institución, con la finalidad de promover y fortalecer el desarrollo de la familia con la participación del padre (pareja) en los procesos del parto y sirva de ejemplo a seguir para los demás establecimientos de salud que brindan atención integral a la gestante.
- Es necesario la capacitación y preparación de los profesionales de salud en la atención del Parto con Acompañante, para eliminar todo tipo de creencias y valores negativos en relación a la presencia del acompañante en el parto, hecho que genera temor y desconfianza en relación a ellos. Por ende se requiere obtener competencia técnica, disponer de habilidades y tener disponibilidad y dedicación para alcanzar el ideal que contempla tanto los aspectos técnicos como humanísticos del cuidado. Con este entrenamiento se busca lograr una asistencia de calidad que considere la eficiencia profesional y la satisfacción de las necesidades en la perspectiva de las propias mujeres y de sus respectivas familias.
- Se sugiere que las universidades y los servicios de asistencia obstétrica preparen a los estudiantes en relación al Parto con Acompañante. En ese sentido, se evalúa que la inclusión de este tipo de experiencia en la fase de formación de los estudiantes de obstetricia, medicina y profesionales afines sea una forma de concretizar la incorporación relativa a la validez y relevancia de un modelo de asistencia que incluya al acompañante.



- Dado que el Parto con Acompañante contribuye en la reducción de complicaciones maternas y perinatales, debería tener mayor difusión en hospitales y centros de salud, cuyos usuarios en su mayoría tienen un bajo nivel educativo y cuentan con pocos recursos económicos.
- Es importante difundir los resultados positivos y dificultades relativas de la participación del acompañante en el trabajo de parto en el medio profesional y en los medios de comunicación, porque el desconocimiento de estos aspectos puede estar perjudicando o retardando el proceso de inserción del acompañante en el trabajo de parto en muchos servicios de asistencia obstétrica. Sobre todo en el contexto peruano porque este tipo de propuesta de asistencia es aún incipiente o rechazado por algunos profesionales.
- Los padres pueden dar lo mejor de sí cuando tienen grandes motivaciones y las habilidades adecuadas de crianza, y cuando reciben asistencia social y no son minimizados en el trabajo o en otras instituciones. El compromiso paterno debe impulsarse desde temprana edad con prácticas de salud, educativas y familiares inclusivas. El padre juega un rol positivo y saludable en la familia, y necesita el apoyo de las normas sociales y políticas para desempeñarlo. Dentro de las normas políticas se puede incluir programas de educación para el padre, facilitando los lazos de padre e hijo en la infancia que empiezan con el nacimiento y afianzarlos además en las escuelas. Las políticas relacionadas con el trabajo del padre pueden incluir licencias por paternidad, horarios de trabajo flexibles, licencia familiar para hombres, trabajo a distancia, trabajo a medio tiempo o compartido y una atmósfera general de trabajo que apoye la vida familiar para hombres y mujeres, estas facilidades en los horarios de trabajo permitirán que el padre pueda estar presente en el nacimiento de su hijo.
- 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 nacimiento.

---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. 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, pág. 108-120. Santiago 2005. [Actualizado 15 Set 2004; acceso 9 Mayo 2010]. Disponible en: [http://scielo.cl/scielo.php?pid=S017-75262&scrip=sci\\_arttex&tlng=es](http://scielo.cl/scielo.php?pid=S017-75262&scrip=sci_arttex&tlng=es)
2. 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 3 junio 2010]. Disponible en: <http://bireme.br/cgi-in/wxislind.exe>
3. Chalmers, B., & Porter, R. (2001). Assessing effective care in normal labor: The Bologna Score Birth, 28(2), 79-83.
4. Fernández MA, Fernández R, Pavón I, López L. La calidad percibida por el usuario, su relación con la información y la presencia de acompañante en una unidad de paritorios. Matronas Prof. 2003; 4(13): 29-34.
5. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programas Sociales. Dirección del Programa Materno-Perinatal; Módulos de Sensibilización y Capacitación. Diez Pasos para un Parto Seguro. Ministerio de Salud 2005.
6. Dr. Távara Orosco L. [Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, SPOG, Coordinador del Comité, FLASOG]. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009. Seguimiento de los Objetivos del Milenio en el Perú. Fuente INEI
7. Walker Nancy, O'Brien, Beverly, "The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes". Clinical Nursing Research. 1999; 8:119-134.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 2. Oxford Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2006, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: [www.update-software.com](http://www.update-software.com).
9. Las Doulas de Presbyterian. Presbyterian Healthcare Services [Artículo en línea]. Centro para la Mujer-Albuquerque; 2001 [actualizado enero 2006; acceso 10 Mayo 2010]. Disponible en: <http://www.phswomenscenter.org/sirvienta.shtml>
10. Crianza natural: Las Doulas. [artículo en línea]; 1(1) [publicado Abril 2004; acceso Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art62.html>
11. Paulí Cabezas A. La conducción de grupos en educación para la salud. Matronas Prof. 2005; 6(1): 23-9.
12. Lederman RP, Lederman E, Work BAJr, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. Am J Obstet Gynecol. 1979; 132: 495-500.

13. Cibil LA, Pose SV, Zuspan FP. Effect of norepineph infusion on uterine contractility and cardiovascular system. *Am J Obstet Gynecol.* 1982; 84:307-316.
14. Enkin M, Keirse H, Neilson J, Crowther C, Dulay L, Hodnett E y cols. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3<sup>era</sup> ed. Oxford University Press, 2000.
15. Ibáñez Díaz MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que las atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Prof.* 2004; 5(16): 25-31.
16. Pérez Gómez MM. Preparación para la maternidad. *Inquietudes.* 2006 julio - diciembre; XII (35): 4-9.
17. Linares M, Serrano J, García MC, Bruno A, Ortega MC, Ríos AB y cols. El padre en la experiencia del parto: valoración del acompañamiento a su pareja. *Universidad de Enfermería Albacete.* 1999 oct; 10: 5-11.
18. MIDIRS. Support in labour. Informed choice for professionals leaflet. MIDIRS, 2003.
19. Simkin P. Supportive care during labor: A Guide for busy nurses. *JOGNN.* 2002; 31: 721-32.
20. Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G, García Ruiz-Castillo A, Sánchez MI. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada durante el parto? *Rev Rol Enf.* 2001; 24(4): 290-299.
21. Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experience. *Birth.* 2003; 30: 189-94.
22. 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 graficación del proceso. [publicación en línea]. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 1999; 64(5): 405-12. Santiago 1999 [Actualizado 13 Ago. 2002; acceso 9 Abril 2006].
23. Madi BC et al. 1999. Effects of female relative support in labor: A randomized control trial. *Birth* 26: 4-10.
24. Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta- analysis. *Rev. Obstetric Gynecology* 1996; 739-44.
25. Cecilia M. Oria Vicharra: "Influencia del Apoyo del Acompañante en el proceso del trabajo de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal". [Tesis para optar el Grado Académico de Lic. en Obstetricia]. Lima – Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
26. 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.

27. Mongrut, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 4ta edición, Editorial Los Andes. Lima – Perú 2006, pág. 277-320.
28. Schwarcz Ricardo, Fescina Ricardo, Duverges Carlos. Obstetricia. 6ta edición, Editorial El Ateneo. Buenos Aires – Argentina 2005, pág. 431 – 497.
29. Ley del Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Posparto. (Aprob. 10 agosto, 2006). [Pub. 25 de agosto, 2006]. Disponible en: <http://www.lexjuris.com/LEXLEX/Leyes2006/lex12006156.htm>
30. N. Lam, B. Ayala, M. Castañeda y cols. Parto con Acompañante capacitado. Instituto Nacional Materno Perinatal; Lima- Perú, 2006.
31. Walling, Anne. "Do doulas have a positive effect on outcome of labor". American Family Physician; Kansas City; May 15 1999, 59:2870-71.
32. Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). The Cochrane Library, 3. Oxford: Update Software. (Full text of this review available at no charge on the Maternity Center Association Web site at <http://www.maternitywise.org/prof/laborsupport>.)
33. De las Casas, Orlando [Abogado, socio encargado del Área Laboral del estudio Forsyth]. Ley N°29409: Licencia de paternidad. Sociedad Peruana de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. [Pub. 21 de septiembre de 2009]. Disponible en [http://www.xing.com/net/ne\\_consultoriasap/noticias-254633/espana-cuatro-semanas-de-permiso-por-paternidad-en-20-21893420/](http://www.xing.com/net/ne_consultoriasap/noticias-254633/espana-cuatro-semanas-de-permiso-por-paternidad-en-20-21893420/).
34. Resolución Directoral N°171-DG-INMP-10. Directiva N°007-DG-INMP-10 "Atención del parto con Acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal". Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, Neonatología y de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios. Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal 2010.
35. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 2006; 35(4):456-64.
36. Langer A, Villar J. Promoting evidence based practice in maternal care would keep the knife away. BMJ 2002; 324:928-9.
37. Munares G. Oscar, Flores C. Daisy. Formulación de proyectos de investigación en salud, 1<sup>era</sup> edición. Pág. 85-100. Lima- Perú, 2006
38. Riegelman R y Hirsch R. Como estudiar un estudio y probar una prueba: lectura critica de la literatura médica. 2° Edic. Washington D.C. OPS-OMS Pub. Científica 531. 1992:27-32

**ANEXO 1**

**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto asociado a Beneficios Maternos-Perinatales en Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**I. DATOS DE LA PACIENTE:**

**1. N° HC :**

**2. Edad:**      años

**3. Estado civil:**

a. Soltera ( )    b. Casada ( )    c. Conviviente ( )    d. Otro ( )

**4. Grado de Instrucción:**

- a. Analfabeta ( )
- b. Primaria Incompleta ( )
- c. Primaria Completa ( )
- d. Secundaria Incompleta ( )
- e. Secundaria Completa ( )
- f. Sup. Completa ( )
- g. Sup. Incompleta ( )

**5. Procedencia:** \_\_\_\_\_

**6. Ocupación:**

- a. Ama de casa ( )
- b. Independiente ( )
- c. Estudiante ( )
- d. Profesional ( )

**II. DATOS OBSTÉTRICOS:**

**7. N° de sesiones de Psicoprofilaxis:** \_\_\_\_\_

**8. Fórmula Obstétrica:** G P

**9. Edad Gestacional:**

**10. N° de CPN:**

**11. Motivo de ingreso a emergencia:**

- a. Contributorio ( )    b. No contributorio ( )
- No aplica ( )**

**III. DATOS DEL ACOMPAÑANTE:****12. Apoyo del Acompañante:**

- a. Acompañante ( )                      b. No acompañante ( )

**13. Tipo de acompañante:**

- a. Pareja ( )                                      e. Familiar ( )  
 b. Madre ( )                                      f. Amigo ( )  
 c. Padre ( )                                      g. Otro ( )  
 d. Hermana ( )                                      h. No aplica ( )

**14. Ocupación del Acompañante:**

- a. Comerciante ( )                                      e. Empleado ( )  
 b. Obrero ( )                                      f. Ingeniero ( )  
 c. Técnico ( )  
 d. Ama de casa ( )

**IV. DATOS DEL PARTO**• **Período de Dilatación:****15. Inicio del Trabajo de Parto:**

- a. Espontáneo ( )    b. Inducido ( )    c. Espontáneo ( )

**16. Dilatación de ingreso:**

- a. Ninguna ( )    b. 1-4 ( )    c. 5-7 ( )    d. 8-10 ( )

**17. Duración del 1er período: \_\_\_\_\_****18. Complicaciones:**

- a. Fase latente prolongada ( )  
 b. Fase activa prolongada ( )  
 c. Detención secundaria de la fase de dilatación ( )  
 d. Fase prolongada de dilatación ( )  
 e. Detención de descenso ( )  
 f. Ninguna ( )

• **Período Expulsivo:****19. Uso de episiotomía**

- a. Si ( )    b. No ( )

**20. Duración del 2do período: \_\_\_\_\_****21. Complicaciones:**

- a. Expulsivo prolongado ( )  
 b. Expulsivo precipitado ( )  
 c. Desgarro vaginal:

Si ( ) I – II - III

No ( )

d. Ninguno ( )

**22. Tipo de parto:**

a. Parto vaginal ( )                      b. Cesárea ( )

**23. Duración total del trabajo de parto:** \_\_\_\_\_

**24. Tiempo de hospitalización:** \_\_\_\_\_ días

**25. Frecuencia cardiaca fetal:**

a. Bradicardia ( )    b. Normal ( )    c. Taquicardia ( )

**26. Características del Líquido amniótico:**

a. Claro ( )    b. Meconial fluido ( )    c. Meconial espeso ( )

**V. DATOS DEL RECIÉN NACIDO:**

**27. Sexo:**

**28. Talla:**

**29. Apgar: 1' \_\_\_\_\_ 5' \_\_\_\_\_**

**30. Peso:**

a. AEG ( )    b. PEG ( )    c. GEG ( )

**31. Contacto precoz piel a piel:**

a. Si ( )    b. No ( )

**32. Reanimación:**

a. Si ( )    b. No ( )

**ANEXO 2**

**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto asociado a Beneficios Maternos-Perinatales en Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente trabajo es un estudio referido al Apoyo del acompañante en el proceso del trabajo de parto asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas con preparación en psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; que sin duda será beneficioso y de mucha utilidad, por lo que le solicitamos a usted participar voluntariamente en este trabajo de investigación. Antes de tomar una decisión sobre su participación lea con atención lo siguiente:

- 1.- Responderá a una entrevista con preguntas previamente elaboradas, por lo que le solicitamos su participación y contribuir con veracidad al momento de responder.
- 2.- Toda información que usted nos ofrezca será **CONFIDENCIAL** y será utilizada con fines de la investigación y sólo tendrá acceso el investigador.
- 3.- De no tener la disponibilidad a participar en el estudio, Ud. Tendrá derecho a retirarse cuando lo desee sin que esto sea un perjuicio actual, ni futuro para su persona o en su atención.
- 4.- Si la usuaria es menor de edad se necesitará la aprobación tanto de la menor como de los padres o del tutor.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles, **YO**....., con **DNI**....., domiciliado en ....., **ACCEDO A PARTICIPAR** en el presente estudio y me someto a las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha:.....

Firma de los participantes.....

Firma del apoderado (papá, mamá o tutor).....

Firma del investigador.....



## ANEXO 3

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

		$\alpha = 0.05 \beta = 0.05$										
Proporción mayor	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