

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO
ANTÚNEZ DE MAYOLO”**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“ESTUDIO DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIPARAS CON
Y SIN ACOMPAÑANTE, ASOCIADO A LA SATISFACCIÓN
MATERNA, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO,
LIMA, 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. CHÁVEZ DÍAZ Estrella Rocío

Bach. DIESTRA ROSALES Nancy Victoria.

Asesor: Dr. MENACHO LÓPEZ, Julio César.

HUARAZ-PERU

2018

DEDICATORIA

A Dios por iluminar y proteger mi camino, a mis Padres Urlando Chávez y Rosa Díaz por sus consejos y amor incondicional, a mis Hermanos(as) Mabel, Estikk, Maglover, Yesica quienes son el motor y motivo que me impulsan a seguir adelante día a día y lograr mis objetivos, a mis sobrinos(as) Alexandra, Treycy, Mathias, Dasha y Dylan por hacerme reír con sus ocurrencias y a mis Amigos(as) por su apoyo incondicional en todo momento.

ESTRELLA

A Dios por guiar mi camino día a día y permitir poder lograr mis objetivos, a mis Padres Wilder Diestra y Victoria Rosales por su apoyo y amor incondicional, quienes con su fortaleza y consejos me impulsan a poder cumplir mis metas trazadas, a mi Hermano Reyvin quien con sus bromas e inquietudes me alegra en los momentos que más lo necesito, a mis amigos por su apoyo incondicional en todo momento.

NANCY

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarnos y darnos la oportunidad de ser instrumentos para ayudar a los demás en el campo de la salud.

A nuestros Padres y Hermanos por su apoyo, consejos y amor incondicional en todo momento

A la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo por acogernos en sus aulas universitarias y permitirnos ser un gran profesional.

A los Docentes de la Universidad por compartir sus conocimientos y experiencias que nos ayudaron en nuestra formación profesional

Al Hospital Regional de Huacho por acogernos durante el año del internado y brindarnos el campo clínico asistencial.

A nuestras coordinadoras Obs. Elba Grados Marcos y Obs. Magdalena Portilla Morillos, a los Ginecólogos y Obstetras del Hospital Regional de Huacho, por compartir sus conocimientos teórico- prácticas que nos servirán en nuestra formación profesional.

A nuestros jurados Dra. Ada Eudocia Rodríguez Figueroa, Mag. Gilma Aly Rojas Tello, Méd. Margarita Amelia Pajuelo Vera por brindarnos su tiempo, paciencia, conocimientos y guiarnos a realizar el presente estudio.

A nuestro asesor Dr. Julio Cesar Menacho López, por asesorarnos y compartir sus conocimientos en la presente investigación.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 5 |
| ABSTRACT | 7 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| 2. HIPÓTESIS | 15 |
| 3. BASES TEÓRICAS | 18 |
| 4. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 50 |
| 5. RESULTADOS | 58 |
| 6. DISCUSIÓN | 64 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 69 |
| 8. RECOMENDACIONES..... | 70 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| 10. ANEXOS | |

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es la asociación entre el periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante y la satisfacción materna en el Hospital Regional de Huacho, Lima, septiembre 2016-agosto 2017?; con el objetivo general de Determinar la asociación entre el periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante y la satisfacción materna en el Hospital Regional de Huacho, Lima, septiembre 2016-agosto 2017; hipótesis: El periodo expulsivo en primíparas con acompañante está asociado significativamente a una satisfacción muy alta en comparación de las primíparas sin acompañante que está asociado significativamente con satisfacción muy baja, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017. Estudio retrospectivo y prospectivo de corte transversal, comparativo, correlacional, y de campo. Con una muestra de 200 primíparas, 50 con acompañante y 150 primíparas sin acompañante. Se usó dos instrumentos de recolección de datos; la ficha de recolección de datos y la entrevista SERVPERF con la cual se evaluó la satisfacción materna; la información se procesó mediante el programa estadístico SPSS V20.0 realizándose el análisis descriptivo de las variables en cuadros bidimensionales; para estudiar si existe relación entre las variables, se usó la estrategia de tablas de contingencia, para conseguir una expresión numérica que indique el grado en que existe relación entre variables se usó el Chi Cuadrado de Pearson. Resultados: En cuanto a la edad en un 60% con acompañante y en un 58% sin acompañante se encontraron dentro de la edad de 20 a 25 años; en lo que respecta a la edad gestacional en un 40% con acompañante y en un 54,7% sin acompañante se encontraron con 38 semanas de gestación; el número de controles prenatales en un

100% con acompañante y en 92,7% sin acompañante recibieron > 6 controles; el número de sesiones de psicoprofilaxis el 100% que recibieron 6 sesiones fueron con acompañante y un 62,7% sin acompañante se realizaron < 6 sesiones; con respecto al aspecto tangible la satisfacción con acompañante fue muy alta 72%, mientras que sin acompañante fue media 67,3%; con respecto a la dimensión confiabilidad en su mayoría con acompañante tuvieron satisfacción media 62% y sin acompañante con satisfacción muy baja 70%; en la dimensión respuesta rápida con acompañante con satisfacción media 72% y sin acompañante con satisfacción muy baja 82,7%; en la dimensión seguridad con acompañante con satisfacción muy alta 54% y sin acompañante con satisfacción muy baja 70%; en la dimensión empatía con acompañante con satisfacción muy alta 68%; y sin acompañante con satisfacción muy baja 78,7%. Se concluyó que las primíparas con acompañante tuvieron significativamente una satisfacción muy alta en comparación de las primíparas sin acompañante quienes significativamente tuvieron una satisfacción muy baja; por lo que la compañía de un familiar fue favorable en el momento del trabajo de parto.

Palabras clave: Periodo expulsivo, primíparas, parto con acompañante, parto sin acompañante, satisfacción materna.

ABSTRACT

The following problem was posed: What is the association between the expulsive period in primiparous women with and without a companion and maternal satisfaction in the Regional Hospital of Huacho, Lima, September 2016-August 2017 ?; with the general objective of determining the association between the expulsive period in primiparous with and without companion and maternal satisfaction in the Regional Hospital of Huacho, Lima, September 2016-August 2017; hypothesis: The expiratory period in primiparous women with companion is significantly associated with a very high satisfaction compared to the unaccompanied primiparae that is significantly associated with very low satisfaction, in the Hospital Huacho, Lima, 2017. Retrospective and prospective study of cut transversal, comparative, correlational, and field. With a sample of 200 primiparous, 50 with companion and 150 primiparous without companion. Two data collection instruments were used; the data collection form and the SERVPERF interview with which maternal satisfaction was evaluated; the information was processed through the statistical program SPSS V20.0, performing the descriptive analysis of the variables in two-dimensional tables; To study if there is a relationship between the variables, the strategy of contingency tables was used, in order to obtain a numerical expression that indicates the degree to which there is a relationship between variables, Pearson's Chi Square was used. Results: Regarding the age in 60% with companion and in 58% without companion they were found within the age of 20 to 25 years; Regarding the gestational age in 40% with companion and in 54.7% without companion they were found with 38 weeks of gestation; the number of prenatal controls in a 100% with

companion and in 92.7% without a companion received > 6 controls; the number of sessions of psycho-prophylaxis 100% that received 6 sessions were with companion and 62.7% without companion were carried out <6 sessions; with respect to the tangible aspect, the satisfaction with companion was very high 72%, while without companion it was 67.3% average; with respect to the reliability dimension, mostly with a companion, they had an average satisfaction of 62% and without a companion with very low satisfaction 70%; in the dimension rapid response with companion with average satisfaction 72% and without companion with very low satisfaction 82,7%; in the security dimension with companion with very high satisfaction 54% and without companion with very low satisfaction 70%; in the empathy dimension with companion with very high satisfaction 68%; and without a companion with satisfaction very low 78.7%. It was concluded that the primiparous with companion had a very high satisfaction in comparison with the unaccompanied primiparas who significantly had a very low satisfaction; so the company of a relative was favorable at the time of labor.

Key words: Endogenous period, primiparous, childbirth, unaccompanied childbirth, maternal satisfaction.

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto por su propia naturaleza es un proceso en el cual la mujer experimenta cambios anatómicos, hormonales y psicológicos, los cuales se pueden evidenciar mediante las actitudes que toma la gestante frente a todos estos cambios que experimenta.

Si bien es cierto que cada embarazo y cada parto es único y diferente, en aquellas mujeres que son multíparas el proceso del parto ya es conocido, en comparación de aquellas mujeres que son primíparas, quienes solo tienen opiniones y creencias del entorno familiar y de la sociedad; todo ello conlleva a que las parturientas primíparas presenten mayor temor, tensión y dolor a la visualización y vivencia del trabajo de parto, siendo una de las principales razones la falta de compañía durante el parto, resaltando que contar con la presencia de un acompañante en el parto es una práctica ancestral, que aún persiste en muchas culturas⁽¹⁾.

Por otro lado, es frecuente ver en hospitales de países en vías de desarrollo, especialmente en América Latina y en algunos países de Asia, a parturientas sin apoyo y bajo un modelo de atención medicalizado y deshumanizado⁽²⁾. La atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto, este modelo de atención puede caracterizarse como uno que promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las parturientas y contribuye con un costo global alto de los servicios médicos⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS); ha declarado, para el bienestar de la madre, una persona elegida por ella debe tener libre acceso durante el trabajo de

parto para el acompañamiento, para brindar a la parturienta contención, apoyo emocional continuo y cuidados básicos, durante todo el proceso de parto ⁽³⁾. A pesar de esta declaración, no en todos los hospitales se cumple con el acceso libre del acompañante, y en algunos que ya está implementada el acompañamiento, no todas las parturientas tienen el apoyo de un familiar; ya sea por motivos de infraestructura, personal no capacitado o falta de empatía por parte del personal ^(4, 5, 6).

Se debe tener en cuenta que el parto humanizado y con adecuación intercultural, brinda un reconocimiento de padres e hijos como los verdaderos protagonistas además reconoce y respeta las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que deseen que transcurra esta experiencia (en una institución o en su domicilio) ya que ello contribuye al respeto de su intimidad del entorno durante el parto; asimismo favorece a la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi-sentada, o como desee) teniendo la libre elección de poder designar a su acompañante durante el trabajo de parto, promoviendo de esta manera el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional^(7, 8).

Se puede decir que la práctica no violenta en la atención del embarazo, parto y puerperio aseguraría el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, parejas y además del recién nacido reduciendo así las complicaciones perinatales y la mortalidad materna-neonatal. En este contexto, la humanización en la atención materna perinatal es fundamental en la inclusión social en el Perú, que contribuirá obviamente en la disminución de los respectivos indicadores de morbi-mortalidad ^(9, 10, 11)

Por otro lado, ofrecer un servicio o producto de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de lo que se espera es calidad de atención ^(12, 13, 14). Satisfacer las necesidades del cliente debe ser de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito, constancia y adecuación de las necesidades del paciente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio ^(15, 16). En la práctica no se cumple en su totalidad, si bien hay aspectos que se está mejorando, algunos como el trato humanizado falta ser trabajada, observando esta necesidad que involucra a todo el personal de salud pretendemos conocer cuál es la satisfacción que presenta la población de primíparas en el periodo expulsivo con la finalidad de mejorar las debilidades que encontramos luego del estudio.

La imperiosa necesidad de que la calidad de atención del parto sea humanizado ha llevado a muchos sectores de la salud a implementar normas y leyes que contribuyan al cumplimiento de la misma, a pesar de todo ello no a todas las pacientes se les presta un buen servicio, ya sea por falta de información sobre sus derechos, están expuestos a recibir maltratos y exclusión por ser de clase social y económica baja, prestando favoritismo a familiares o conocidos de algún personal de salud, de esta manera se niega una atención de calidad.

En un estudio realizado por Fernández, Rosa. (2013). Sobre “Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionada con la atención hospitalaria” en España. Con el objetivo de conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y el puerperio relacionado con la atención sanitaria recibida en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA); concluyeron, que las mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio en el Hospital Universitario Central de Asturias estaban

satisfechas con la atención sanitaria recibida; por el contrario, la comodidad que se presta al acompañante no es del todo satisfactorio⁽¹²⁾.

En dicha investigación se puede apreciar que la satisfacción de la atención que se presta al acompañante no es del todo satisfactorio por lo cual el manejo del parto humanizado debe ser conducido con mayor interés por parte del profesional como de la población en general.

En el Perú en la mayoría de los hospitales no se practica el parto con acompañante, generalmente las parturientas se encuentran solas en una etapa en la cual necesitan un soporte físico y emocional, debido a falta de personal capacitado e infraestructura inadecuada.

Uno de los enfoques que se está implementando en el Hospital Regional de Huacho es el parto con acompañante puesto que la demanda económica y profesional es menor en comparación de los enfoques del parto con analgesia o el parto vertical; para los cuales se necesita mayor implementación de equipos y profesionales capacitados en el manejo adecuado de estos enfoques.

El parto con acompañante en esta institución aún no ha sido abordado en todos sus aspectos, por lo cual es de interés el estudio de la satisfacción materna en relación a esta nueva implementación que es el parto con acompañante.

En el periodo de internado en el Hospital Regional de Huacho, se pudo observar las diversas actitudes que manifiestan las parturientas con y sin acompañante; además las parturientas comentaban sus observaciones con referencia a lo deshumanizado que es la atención del parto en la cual se vulneran sus derechos tanto de la parturienta como de su familiar que la acompaña; en algunos casos hasta se llegaba al maltrato psicológico por parte del personal de salud que por diversos motivos personales

muchas de las veces dañaba al paciente, es por ello se vio la necesidad de realizar este estudio para poder mejorar la atención de calidad en salud.

Por las consideraciones mencionadas anteriormente se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema:** ¿Cuál es la asociación entre el periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante y la satisfacción materna en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017?; con el objetivo general de Determinar la asociación entre el periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante y la satisfacción materna en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017; y como específicos: identificar la asociación entre la satisfacción respecto a los aspectos tangibles en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto; conocer la asociación entre la satisfacción respecto a la confiabilidad en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto; determinar la asociación entre la satisfacción respecto a la respuesta rápida del personal de salud en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto; identificar la asociación entre la satisfacción respecto a la seguridad en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto; y determinar la asociación entre la satisfacción respecto a la empatía que ofrece el personal de salud en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto.

De esta manera se concluyó que el grado de satisfacción de las primíparas tiene una relación significativa con la presencia del acompañante en el trabajo de parto en el Hospital Regional de Huacho, evidenciándose que las primíparas con acompañante

tuvieron como satisfacción media a muy alta en comparación de las primíparas sin acompañante con satisfacción media a muy baja.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. En la tercera parte se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye los instrumentos utilizados para la recolección de datos correspondientes, así como información relevante para la investigación.

Finalmente es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en la comparación de sus resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes a la muestra, a la vez que enriquece y orienta los conocimientos de los profesionales en obstetricia, en quienes se pretende promover la aplicación de acciones orientadas a la búsqueda del desarrollo de la atención del parto humanizado con enfoque en el parto con acompañante que como ya lo hemos podido observar en las conclusiones presenta una mayor satisfacción que el parto sin acompañante.

2. HIPÓTESIS

El periodo expulsivo en primíparas con acompañante está asociado significativamente a una satisfacción muy alta en comparación de las primíparas sin acompañante que está asociado significativamente con satisfacción muy baja, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, septiembre 2016- agosto 2017.

2.1.VARIABLES

- **Variable independiente:**

Primíparas con y sin acompañante en el periodo expulsivo

- **Variable dependiente:**

Satisfacción materna

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | CATEGORIAS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--|--|---------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------|
| VARIABLE INDEPENDIENTE: PRIMÍPARAS CON Y SIN ACOMPAÑANTE DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO | Parturienta que se encuentra con el apoyo de algún familiar de confianza o en caso contrario se encuentra solo con el personal de salud. Dilatación cervical completa y culmina con el nacimiento (etapa de expulsión fetal). | ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS | Edad | <ul style="list-style-type: none"> - 15 a 19 años - 20 a 25 años - 26 a 35 años | Razón |
| | | | Edad gestacional | <ul style="list-style-type: none"> - 37ss - 38ss - 39ss - 40ss - 41ss | Razón |
| | | | Número de controles prenatales | <ul style="list-style-type: none"> - < 6 - > 6 | Intervalo |
| | | | Número de sesiones de psicoprofilaxis | <ul style="list-style-type: none"> - No realizó sesiones - < 6 - 6 sesiones. | Intervalo |

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | CATEGORIAS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------|--|----------------------|--------------------|--|--------------------|
| VARIABLE DEPENDIENTE | La satisfacción materna es un sentimiento de bienestar que presenta una madre cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad | Satisfacción materna | Aspectos tangibles | - Muy baja - Media - Muy alta | Ordinal |
| SATISFACCIÓN MATERNA | | | Confiabilidad | - Muy baja - Media - Muy alta - | Ordinal |
| | | | Respuesta rápida | - Muy baja - Media - Muy alta | Ordinal |
| | | | Seguridad | - Muy baja - Media - Muy alta | Ordinal |
| | | | Empatía | - Muy baja - Media - Muy alta | Ordinal |

3. BASES TEÓRICAS

3.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

MAS, Rosa. (2011). **Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale.** España. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar la fiabilidad y validez de contenido y concepto de la Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, escala para medir la satisfacción de las mujeres con el parto y el nacimiento. Se utilizó el método de traducción-retrotraducción para obtener una versión adaptada de la escala. Para la validación se seleccionó una muestra de 325 mujeres que habían tenido un hijo sano mediante parto vaginal. La recopilación de datos se realizó con un cuestionario autocumplimentado que incluía la escala adaptada, expectativas ante el parto y variables obstétricas y sociodemográficas. Se valoró la fiabilidad en una submuestra de 45 mujeres que cumplimentaron de nuevo la escala a los 15-30 días. Se analizó la estructura factorial y la consistencia interna. Se evaluó la validez de concepto analizando la relación entre la satisfacción con la experiencia y el cumplimiento de las expectativas y preferencias en el manejo del dolor. Resultados: En el estudio test-retest se obtuvo un coeficiente de correlación intraclass de 0,93 para la escala global. El análisis factorial identificó seis factores que explicaban el 69,42% de la varianza. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,94 para la escala global, oscilando entre 0,72 y 0,96 en las subescalas. La satisfacción con la experiencia del parto fue superior en las mujeres cuyas expectativas se habían cumplido, así como en las que accedieron al método de alivio del dolor elegido. Conclusiones: Se ha obtenido un

instrumento de medida de la satisfacción con la experiencia del parto y el nacimiento, adaptado a nuestro contexto y con buenas características psicométricas (17).

FERNÁNDEZ, Rosa. (2013). “**Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionada con la atención hospitalaria**”. España. Tesis de Pregrado. Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y el puerperio relacionado con la atención sanitaria recibida en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Estudio descriptivo y transversal. Se seleccionó una muestra de mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio en el Hospital Universitario Central de Asturias en el año 2012 que fue de 2374 partos. Considerando un nivel de confianza del 0.95 y una precisión del 0.05, el tamaño muestral final sería de 131 mujeres. Este trabajo corresponde a un estudio piloto realizado en las primeras 70 mujeres. El instrumento que se utilizó fue una breve entrevista, complementada mediante las historias clínicas y finalmente el cuestionario CONFORTS que se aplicaba de forma autocumplimentada. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS 19. Para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó la media junto a la desviación estándar y el rango. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Resultados: Con referencia al acompañamiento durante el periodo de parto se muestra que un 85.7% estuvieron acompañadas por su marido o pareja, seguido de un 7.1% acompañada por su madre, los recién nacidos tuvieron un peso

medio de 3282,40 gramos, con un rango de 2480-4250 gramos; en cuanto al apgar valorado en el primer minuto de vida, la media fue 8.87 y la desviación estándar 0,7 (rango 6-10), finalmente en relación a la práctica de episiotomía y lesiones en el periné se puede destacar que se practicó una episiotomía al 60% de las mujeres y un 38.6% de la muestra presentó un desgarro. Con respecto al cuestionario CONFORTS el aspecto mejor valorado fue la respuesta de la matrona a las necesidades de la mujer durante el parto, por el contrario, el aspecto peor valorado fue la comodidad de la pareja/persona de apoyo. Conclusiones: Las mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio en el HUCA estaban satisfechas con la atención sanitaria recibida; por el contrario, la comodidad que se presta al acompañante no es del todo satisfactorio ⁽¹²⁾.

FLORES, Mirella. (2011). **Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal**. Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Comparar el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2011. Estudio prospectivo, descriptivo comparativo, donde se asignaron a 185 gestantes divididas en 3 grupos; grupo 1: acompañante capacitado, grupo 2: acompañante informado y grupo 3: sin acompañante que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal para la atención de parto. Se utilizó una ficha de recolección de datos, la observación documental de la historia clínica y el carné perinatal. Los datos fueron

procesados y analizados usando un software destinado para el estudio; se hizo empleo de SPSS versión 19 y Microsoft Excel, programas destinados a realizar análisis estadísticos. Resultados: Entre los resultados maternos se evidenció que el promedio del tiempo del periodo expulsivo fue $6,5 \pm 1,1$ minutos para el grupo con acompañantes capacitados, $11,7 \pm 5,4$ minutos para el grupo de acompañantes informados y $14,0 \pm 5,9$ minutos para el grupo sin acompañantes. Conclusiones: Los resultados maternos fueron significativamente favorables para el grupo con acompañantes capacitados a comparación del grupo sin acompañante ⁽¹⁾.

VELA, Coral. (2015). **“Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015”**. Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. En el análisis descriptivo de variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas. Resultados: La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y

manejo del dolor en la atención del parto. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del profesional (73%). En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). En la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo, el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular. Conclusiones: Más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto ⁽¹³⁾.

AYALA, Gina. (2015). **Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero –Febrero 2015.** Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Determinar la calidad de atención del parto según la percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el INMP. Estudio observacional, descriptivo, corte transversal. Se aplicó un cuestionario tipo SERVPERF modificado a las puérperas inmediatas atendidas en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de Enero y Febrero del 2015. Resultados: Se estudió 313 puérperas inmediatas. El 29,7% se encontraba entre los 25-29 años de edad y el 20,8% eran menores de 20 años. El 75,7% eran convivientes y el 59,1% había terminado la secundaria. El 69,6% se dedicaba a su casa, además el 46,3% eran primigestas. Las preguntas más valoradas fueron acerca del acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto, el permitir acariciar al recién nacido inmediatamente nace, y el confort. Todas las dimensiones correspondieron a un grado de “satisfacción”, siendo la menos valorada la dimensión de respuesta rápida y la más valorada la dimensión de tangibles. La satisfacción global de las pacientes fue del 93,3%. Conclusiones: Las usuarias atendidas en servicio de centro obstétrico del INMP perciben su atención con un grado de “satisfacción”⁽¹⁸⁾

SÁNCHEZ, Violeta. (2016). **Calidad de atención y satisfacción del usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, mayo y junio 2016.** Perú. Tesis de Pregrado.

Objetivo: Determinar la calidad de atención y grado de satisfacción del usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”. El tipo de investigación fue cuantitativa. El diseño que se empleó fue el no Experimental de tipo correlacional. La población estuvo conformada por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 91 usuarias atendidas del servicio de hospitalización de centro obstétrico, mayo-junio 2016. La técnica que se empleó en la recolección de datos fue la encuesta. El instrumento empleado para la recolección de datos fue elaborado por la investigadora, un cuestionario que consta de tres ítems; el primer ítems abarco las características sociodemográficas de las gestantes con 5 preguntas, el segundo ítems menciona las dimensiones de la calidad de atención con 12 preguntas, el tercer ítems que abarco el grado de satisfacción de la usuaria con 8 preguntas, utilizando la escala de Likert como medida de puntuación para la calidad de atención y grado de satisfacción. El procesamiento de la información se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 21.0. Para el análisis univariado se empleó frecuencias absolutas y porcentajes, para el análisis bivariado se aplicó la prueba estadística inferencial Chi cuadrada, la que permitió determinar la relación entre las variables de estudio.

Resultados: La calidad de atención, fue bueno con el mayor predominio de 57,1%, mientras que solo excelente y malo obtuvieron 0%. Grado de satisfacción, Poco satisfecho con el mayor predominio de 99%, mientras que solo muy satisfecho y satisfecho obtuvieron 0%. $\chi^2 P = 0.43 (>0.05)$. Conclusiones: No existe relación significativa entre la calidad de atención y el grado de satisfacción del servicio de

Hospitalización de Centro obstétrico del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” mayo y junio, 2016 de la ciudad de Iquitos ⁽¹⁹⁾.

3.2.MARCO TEÓRICO

A. PARTO:

a. Definición:

El parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino, estos se deben a señales endocrinas y paracrinas que proceden de la madre y el feto. ^(20,21). también se denomina parto a la expulsión del producto de la concepción mayor de 22 semanas y sus anexos. ⁽²²⁾. El parto es uno de los eventos más importantes en la vida de las mujeres que deciden ser madres.

b. Tipos de parto:

- **Parto Eutócico:** Proceso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vértice, con sus anexos completos.

- **Parto Distócico:** Parto con progreso anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal.

c. Mecanismos del trabajo de parto en la posición occipitoanterior

Se denomina mecanismo de parto al conjunto de movimientos pasivos a lo que es sometido el feto por acción de las contracciones uterinas y los pujos, ⁽²³⁾ con la finalidad de sortear los estrechos inferior, medio y superior de la pelvis materna. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. Durante el trabajo de parto, estos movimientos no sólo son secuenciales, sino que también muestran gran sobreposición temporal.

- ❖ **Encajamiento:** El mecanismo por el cual el diámetro biparietal pasa a través de la entrada pélvica. El encajamiento ocurre cuando la parte más declive de la cabeza fetal (el occipucio) alcanza el nivel de las espinas ciáticas ⁽²³⁾. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo a no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto.
- ❖ **Descenso:** Es el primer requisito para el nacimiento. El descenso a través de la excavación pélvica puede hacerse en forma sinclítica o asinclítica.

Sinclitismo: Cuando la sutura sagital desciende ocupando el eje pélvico, de modo que equidista de la sínfisis y del promontorio ⁽²³⁾.

Asinclitismo: Cuando la sutura sagital no coincide con el eje pélvico, puede encontrarse en una ubicación más anterior o posterior dentro de la pelvis.

- **Asinclitismo anterior.** Si la sutura sagital alcanza el promontorio sacro, se presenta una mayor parte del parietal anterior.
 - **Asinclitismo posterior.** Si la sutura sagital está cerca de la sínfisis, se presenta una mayor parte del parietal posterior.
- ❖ **Flexión:** Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o el piso pélvicos, se presenta normalmente una flexión de la cabeza. En este movimiento se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo^(20,23).
- ❖ **Rotación interna:** Consiste en un giro de la cabeza, normalmente a 45°, con el objetivo hacer coincidir su diámetro mayor con el eje mayor del estrecho superior, el occipucio se desplaza de manera gradual hacia la sínfisis del pubis.
- ❖ **Extensión:** Es el mecanismo mediante el cual la cabeza fetal modifica su actitud con la finalidad de atravesar el estrecho inferior y abandonar el canal del parto⁽²⁷⁾. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura vulvar, que así produce extensión de la cabeza^(20,21).
- ❖ **Rotación externa:** La cabeza sufre restitución y se coloca en posición transversa, de manera tal que la cara del feto se vuelve a mirar hacia el muslo

materno del lado opuesto al de su posición ⁽²³⁾. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha ^(20,21). Por otro lado la rotación del cuerpo y los hombros es importante ya que sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis.

- ❖ **Expulsión:** Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo se distiende pronto por la presencia del hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza con rapidez hacia el exterior.

d. **Fases del parto**

El parto se divide en cuatro principales fases, transiciones fisiológicas del miometrio y el cuello uterino durante el embarazo ^(20,21). Ya que para el nacimiento del producto de la concepción se requiere múltiples transformaciones tanto en la función uterina como cervical. Estas fases del parto son: un preludeo, preliminar o la primera fase; la segunda fase conocida como preparación o preparatoria; tercera fase, el proceso o también denominada parto lo cual dicha fase está constituido las etapas clínicas del trabajo de parto, es decir, la primera, segunda y tercera etapa, y finalmente la cuarta fase o la recuperación.

✓ **Fase 1 del parto: Quiescencia uterina y ablandamiento del cuello uterino**

- **Quiescencia uterina**

Esta fase comprende 95% del embarazo y se caracteriza por estabilidad del músculo liso uterino con mantenimiento de la integridad estructural del cuello uterino ya que pierde su capacidad de respuesta a los estímulos naturales ^(20,21). Durante el embarazo ocurren cambios en lo cual el útero extiende su tamaño y vascularidad para alojar el producto de la concepción y prepararse para las contracciones uterinas.

- **Ablandamiento del cuello uterino**

Se caracteriza por un aumento en la distensibilidad hística, aunque el cuello uterino permanece firme y resistente ⁽²⁰⁾. En las mujeres no gestantes, el cuello uterino está cerrado y firme, su consistencia es similar a la del cartílago nasal. Para el final del embarazo, se distiende con facilidad y su consistencia es parecida a los labios bucales.

- **Cambios estructurales con ablandamiento.**

El ablandamiento del cuello uterino se debe al aumento de la vascularidad, hipertrofia estromal, hipertrofia glandular y cambios en la composición o estructura de la matriz extracelular ^(20,21). Durante esta fase el cuello uterino empieza un aumento lento y progresivo en el recambio de los componentes de la matriz.

✓ **Fase 2 del parto: Preparación para el trabajo de parto**

La estabilidad miometrial de la fase 1 del parto debe interrumpirse a través de lo que se ha llamado despertar o activación uterina ⁽²⁰⁾. Este proceso representa una progresión de los cambios cervicales durante las últimas seis a ocho semanas de embarazo, dichos cambios pueden causar trabajo de parto prematuro o tardío.

✓ **Fase 3 del parto: Trabajo de parto**

La fase 3 también denominada trabajo de parto activo, cuando las contracciones uterinas inducen la dilatación del cuello uterino de manera progresiva, esta fase generalmente se divide en tres etapas que conforman la gráfica del trabajo de parto.

- **Primera etapa:**

Es la etapa de borramiento y dilatación del cuello uterino que comienza cuando se producen contracciones uterinas muy espaciadas con la frecuencia, intensidad y duración suficientes para producir adelgazamiento del cuello uterino. Esta etapa del trabajo de parto termina cuando el cuello uterino se dilata por completo, unos 10 cm, con la finalidad de permitir el paso de la cabeza fetal.

- **Segunda etapa:**

Es la etapa de expulsión fetal lo cual comienza cuando la dilatación del cuello uterino está completa y termina con el nacimiento del producto de la concepción.

En muchas nulíparas, el encajamiento de la cabeza tiene lugar antes que inicie el trabajo de parto. Por lo tanto, es posible que la cabeza no descienda más hasta etapas avanzadas del trabajo de parto. La estación describe el descenso del diámetro biparietal fetal en relación con una línea trazada entre las espinas isquiáticas maternas.

La duración del periodo expulsivo se clasifica de la siguiente manera⁽²⁴⁾.

- ✓ Menor de 10 minutos
- ✓ De 10 minutos a 29 minutos
- ✓ De 30 minutos a 1 hora
- ✓ De 1 hora a 2 horas
- ✓ Mayor de 2 horas

En el trabajo de parto en la mayoría de los casos encontramos un periodo expulsivo menor a 30 minutos⁽²⁴⁾.

Cambios en el piso pélvico durante el trabajo de parto

Al conducto del parto lo sostienen varias capas de tejidos que en conjunto forman el piso pélvico y que también constituyen un cierre funcional. Las estructuras más importantes son el músculo elevador del ano y el tejido conjuntivo fibromuscular que cubre sus superficies superior e inferior. El elevador del ano consiste en los músculos pubovesical, puborrectal e iliococcígeo, que cierran el extremo inferior de la cavidad pélvica como un diafragma. Por lo tanto, se presentan una superficie superior cóncava y una inferior convexa. Las porciones posterior y lateral del piso pélvico,

que no están cubiertas por el elevador del ano, están ocupadas a ambos lados por los músculos piriforme y coccígeo.

- **Tercera etapa:** Es la etapa de la separación y expulsión de la placenta que comienza justo después del nacimiento del feto y termina con el alumbramiento de la placenta.

Se presentan dos mecanismos para la expulsión de la placenta:

Mecanismo de Schultze: Donde la sangre del sitio placentario se vierte en el saco membranoso y no escapa al exterior hasta después de la extrusión de la placenta a la expulsión la superficie fetal es la primera en aparecer.

Mecanismo de Duncan: La placenta se separa primero por la periferia. Por ello la sangre acumulada entre las membranas y la pared uterina escapa por la vagina. En esta circunstancia, la placenta desciende por los lados y la superficie materna es la primera en aparecer.

✓ **Fase 4 del parto: El puerperio**

Justo después y durante más o menos 1 h después del parto, el miometrio permanece en un estado de contracción rígida y persistente, así como de retracción. Esto comprime en forma directa los grandes vasos uterinos y permite la trombosis de su luz ⁽²⁰⁾. Así mismo durante el comienzo del puerperio comienza el vínculo materno neonatal y se desarrolla un patrón de conducta maternal.

e. **Procesos fisiológicos y bioquímicos que regulan el parto**

Hay dos teoremas contemporáneos generales concernientes a la iniciación del trabajo de parto. Visto en forma simplista, son la pérdida de la función de los factores que conservan el embarazo y la síntesis de los factores que inducen el parto. Algunos investigadores también especulan que el feto maduro es la fuente de la señal inicial para el comienzo del parto. Otros sugieren que la causa inmediata es la producción de una o más uterotoninas en mayores cantidades, o el aumento en la población de sus receptores miométriales.

❖ **Consideraciones anatómicas y fisiológicas del miometrio**

En el miometrio existen filamentos gruesos y delgados en haces largos y aleatorios en todas las células. Esta disposición plexiforme favorece un acortamiento más marcado y mayor capacidad generadora de fuerza. Por ende, la generación más intensa de fuerza multidireccional en el fondo uterino en comparación con la del segmento uterino inferior permite la versatilidad en la dirección de la fuerza expulsiva.

❖ **Regulación de la contracción y relajación miométriales** La contracción miométrial está controlada por la transcripción de genes clave que codifican proteínas que reprimen o intensifican la contractilidad celular. Estas proteínas: intensifican las interacciones entre las proteínas actina y miosina que producen la contracción muscular ⁽²⁰⁾.

❖ **Oxitocina y fase 3 del parto:** Al final del embarazo, durante la fase 2 del parto, hay un aumento de 50 veces o más en el número de receptores

miométriales para oxitocina. Este aumento coincide con el incremento en la capacidad de respuesta contráctil uterina a la oxitocina; además, la gestación prolongada se relaciona con retraso en el aumento de estos receptores. La oxitocina, que literalmente significa nacimiento rápido, fue la primera uterotonina implicada en el inicio del parto.

f. Atención de parto

La atención del parto es un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones^(25,26)

Requisitos

- ❖ Establecimiento con capacidad resolutive (personal capacitado, insumos, infraestructura) y sistema de referencia organizado.
- ❖ Consentimiento informado de la gestante y familiar.
- ❖ Historia clínica con partograma, en donde se registrarán todos los datos de la gestante y la evolución del parto.
- ❖ Sala de partos con los equipos e instrumental necesarios: Camilla ginecológica y materiales para atención de parto con adecuación cultural.
- ❖ Incubadora fija y de transporte.
- ❖ Detector de latidos fetales Doppler.
- ❖ Equipo de reanimación neonatal.
- ❖ Aspirador de secreciones.
- ❖ Fuente de calor para el recién nacido Oxígeno y accesorios.

- ❖ Equipo de atención de parto: 3 pinzas kocher, 1 tijera de mayo recta, 1 tijera de episiotomía, pinza de disección, porta aguja.⁽²⁵⁾
- ❖ Estetoscopio Pinard.
- ❖ Tensiómetro.
- ❖ Estetoscopio biauricular.
- ❖ Ropa para atención de parto (mandilón de plástico, mandilón de tela, gorras, mascarillas, botas, 2 toallas, tres en uno, campo estéril).
- ❖ Cinta del CLAP.
- ❖ Termómetro.
- ❖ Reloj.
- ❖ Medicamentos
- ❖ Oxitocina.
- ❖ Catgut crómico o ácido poliglicólico 2/0 con aguja MR35.
- ❖ Xilocaina o Lidocaína al 2% AD 20 cc.
- ❖ Konakion.
- ❖ Gentamicina oftálmica.
- ❖ Cloruro de sodio 9‰ 1000 cc.

Materiales e Insumos

- ❖ 4 pares de guantes estériles.
- ❖ 8 Gasas 20 x 15 cm.
- ❖ Solución con yodo povidona.
- ❖ 2 Jeringas de 10 cm.

- ❖ Clamp.
- ❖ Jeringa de tuberculina.
- ❖ Alcohol y algodón.
- ❖ Sonda para evacuar vejiga.
- ❖ Equipo de venoclisis.
- ❖ Abocath N° 18 x 1.5.
- ❖ Esparadrapo, de preferencia antialérgico

g. Procedimientos en el segundo periodo del trabajo del parto

- ✓ Cuando la dilatación ha completado y sienta deseos de pujar.
- ✓ Permita el acompañamiento por un familiar si la gestante lo desea.
- ✓ El profesional debe respetar estrictamente las reglas de bioseguridad: lavarse las manos, utilizar ropa y guantes estériles
- ✓ Micción espontánea, o evacuación vesical con sonda descartable antes del ingreso a sala de expulsivo.
- ✓ Posición a elección de la parturienta según su cultura (de pie, semisentada, cuclillas, de rodillas, echada, etc).
- ✓ Preparación de la mesa con el instrumental adecuado
- ✓ Higiene vulvo perineal según técnica.
- ✓ Colocación de campo estéril.
- ✓ Controlar latidos fetales.
- ✓ Descartar presencia de líquido meconial.

- ✓ Pídale a la mujer que jadee o de pequeños pujos, acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.
- ✓ Proteger el periné durante el expulsivo, episiotomía si fuera necesario
- ✓ Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de la mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionadas.
- ✓ Una vez que ya expulsó la cabeza del bebé, pídale a la mujer que deje de pujar.
- ✓ Verificar si hay presencia de cordón alrededor del cuello. En caso de encontrarse cordón suelto, deslícelo por encima de la cabeza. Si está ajustado, píncelo con dos pinzas y córtelo.
- ✓ Permita que la cabeza del bebé rote espontáneamente.
- ✓ Parto del hombro, coloque las palmas de la mano a cada lado de la cabeza del bebé (zona de los parietales del bebé). Dígale a la mujer que pujan suavemente con la próxima contracción para extraer el hombro anterior y luego el posterior.
- ✓ Sostenga el resto del cuerpo del bebé, con una mano, mientras éste, se deslice hacia afuera.
- ✓ Colocar al recién nacido en forma inmediata sobre el vientre materno con la finalidad de reducir las pérdidas de calor por conducción y evaporación, clampar y cortar el cordón umbilical esperando de 2 a 3 minutos post nacimiento.
- ✓ Colocar el recién nacido sobre el tórax de la madre y realizar el contacto piel a piel que debe ser por un tiempo no menor de 45 a 60 minutos, con la finalidad de mejorar la relación madre- niño(a) y dar inicio a la lactancia materna exclusiva.

h. **Revisión del canal de parto.**

Examen del canal del parto, después de un parto vaginal distócico, sangrado vaginal, o presunción de desgarro vaginal o cervical. Se realiza en establecimientos con funciones obstétricas básicas o esenciales con profesional capacitado. ^(28,29,30)

Episiotomía: Es una técnica quirúrgica simple de relajación ⁽²⁵⁾. Consiste en la sección perineo vaginal realizada en el sentido medio lateral o en la línea base media ⁽²⁶⁾. Se realiza cuando el cabeza fetal coronado distiende excesivamente el periné con la finalidad de evitar desgarros importantes en el canal del parto y lesiones del feto.

La episiotomía línea base media o mediana es fácil de reparar y tiene escasas dificultades de cicatrización, lo cual consiste en incidir el rafe medio del perineo desde la comisura posterior (horquilla hasta el punto situado de 1.5 a 2 cm del ano. ⁽³¹⁾. La episiotomía medio lateral consiste en un corte que debe comenzar en el punto medio de la horquilla y se dirige en dirección de la tuberosidad isquiática hasta el cojinete graso isquiorrectal.

Indicaciones: Primíparas, resistencia vulvoperineal (periné corto y rígido), feto en presencia podálica, parto instrumentado, feto pre término (para disminuir la compresión sobre la cabeza fetal y disminuir el periodo expulsivo), feto cefálico posterior (occípito-sacro), feto macrosómico, feto cefálico deflexionado, el desgarro es inminente y así evitar un daño sin control, cesareada anterior.

Contraindicaciones: Condiloma gigante, Granuloma inguinal con compromiso perineal, Edema vulvar gigante, Varices vulgares gigantes, Eccema hiperqueratinizado.⁽³⁰⁾

B. PARTO CON ACOMPAÑANTE

Definición:

Es presencia del acompañante en el trabajo de parto, parto y puerperio ⁽³²⁾ por ende el acompañante es un aliado estratégico que brinda apoyo emocional, a la parturienta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que, para la atención de un nacimiento normal, se debe monitorizar a la madre sin sujetarla a aparatos, darles líquidos y permitirle la compañía de un familiar ⁽³³⁾.

La presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias ⁽³³⁾. Por ello, deberá ser permitido el acompañamiento de una persona a la paciente hasta la sala de partos, para que la acompañe durante el trabajo de parto, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario.

Según la Ley Nacional de Argentina del año 2009 N° 25.929- ley del Parto Humanizado en la cual menciona que los padres e hijos tienen derechos durante el Proceso de Nacimiento ⁽³²⁾, por ende, es necesario concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo.

Dicha ley en el artículo 2 menciona que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija
- f) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

En el artículo 2 menciona que toda persona recién nacida tiene derecho ⁽³²⁾

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.

c) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

En Perú, el Instituto Nacional Materno Perinatal, mediante su Portal de Transparencia Estándar brinda información sobre el parto humanizado, dentro de los cuales se práctica la atención del parto con acompañante, aun no existe norma técnica específica del parto con acompañante ⁽³¹⁾.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para un Parto Humanizado

En el parto humanizado, los deseos y necesidades de las mujeres son prioridad por sobre los de los médicos. Se confía en ellas, se apoyan sus decisiones, se respeta su intimidad y no se les trata como un objeto de estudio médico que no sabe lo que está pasando ⁽³³⁾.

Estas son recomendaciones que emitió la OMS para un parto humanizado:

1. Las embarazadas NO deben ser colocadas en posición de litotomía (acostadas boca arriba) durante el trabajo de parto ni en el parto. Deben ser libres de caminar durante el trabajo de parto y de elegir la posición que desea durante el parto. La posición de litotomía, con las piernas colgando estira demasiado el periné pudiendo favorecer los desgarros ⁽³⁴⁾.
2. No se justifica la episiotomía (incisión realizada para ampliar la abertura vaginal) como procedimiento rutinario.

3. El recién nacido sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de salud de ambos. Ningún procedimiento de observación del bebé justifica la separación de su madre⁽³⁵⁾.

C. PARTO SIN ACOMPAÑANTE

Definición:

Proceso por el cual el acompañante que no está presente durante la labor del parto, parto y puerperio inmediato. El parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas del profesional de salud ⁽³⁰⁾. Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico, la obstetra y otros profesionales de la salud, lo cual son ajenos a su cotidianidad, quienes dominan la situación. Si bien es cierto, por diferentes factores no se permite el acompañamiento de un familiar de la parturienta en todo el proceso del trabajo de parto, por lo menos debería permitirse la presencia de familiares (esposo, mamá, o hermana), o la persona que la parturienta elija en el segundo periodo del trabajo de parto o periodo expulsivo con la finalidad de conservar el ambiente de familiaridad o intimidad ya que es un derecho de la mujer quien, a su vez recibe continuamente el apoyo psicológico y emocional por parte del acompañante.

Factores limitantes en el acompañamiento en el periodo expulsivo de la parturienta:

- Negación a la participación del acompañamiento en el parto por parte del familiar y/o acompañante que elija la parturienta.
- Negación a la participación del acompañamiento en el parto por parte de la primípara.
- Falta de información sobre la atención del parto humanizado.
- Falta de capacitación del personal de salud para la atención del parto con acompañante
- Falta de set de ropa quirúrgica para el acompañante
- Ambientes compartidos para la parturienta
- Presencia de dos a más parturientas en sala de expulsivo.

D. SATISFACCIÓN

Definición

La satisfacción es un sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad, la satisfacción materna con el parto y el puerperio hospitalario puede ser uno de los indicadores de calidad asistencial, ya que permite reforzar aquellas deficiencias que cuenta una institución o el profesional de salud con la finalidad de mejorar.⁽¹²⁾

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección de Calidad en Salud en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud ha elaborado el Documento Técnico del año 2011 “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” con el objetivo de estandarizar el proceso de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.⁽³⁶⁾

El presente Documento Técnico contiene la Metodología SERVQUAL, la cual cuenta con una escala multidimensional elaborada por Parasuraman (licenciado en tecnología en ingeniería mecánica y docente de marketing y mercadotecnia), diseñada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios privados, en ese contexto el Ministerio de Salud ha asumido la metodología con pequeñas modificaciones en el modelo y el contenido del cuestionario, obteniendo la metodología SERVQUAL Modificado ya que define la calidad de atención como la brecha o diferencia (P-E) entre las percepciones (P) y expectativas (E) de los usuarios externos, por su validez y alta confiabilidad, implementándose en los servicios de salud de nuestro país.⁽³⁶⁾

Formas de medición de la Satisfacción: Escalas Clásicas, Índices y Modelos Mixtos

Desde la década de los años ochenta del pasado siglo, momento en el que surgen los primeros trabajos empíricos, hasta la actualidad, han proliferado una amplia variedad

de formas de medición de la satisfacción; desde las tradicionales escalas, pasando por los índices de satisfacción hasta llegar a modelos mixtos algo más complejos. Sobre unos y otros daremos algunas pinceladas en las próximas líneas, con el objetivo de mostrar algunas de las posibilidades que existen a la hora de abordar su estudio.

Escalas clásicas: SERVQUAL y SERVPERF

A finales del siglo pasado, comenzaron a proliferar algunas iniciativas en diferentes países tanto en el sector público como en el sector privado, que tenían por finalidad, medir los niveles de calidad percibida de los usuarios con los servicios. Algunas de estas iniciativas se materializaron en la construcción de modelos de cuestionarios y metodologías de análisis de resultados, es el caso del modelo SERVQUAL, quizá el más conocido y utilizado, el SERVPERF o el E-S-QUAL.⁽³⁶⁾

La metodología SERVQUAL es una forma de medición materializada en la construcción de una escala múltiple, resultado de la elaboración de un complejo paradigma en relación a la definición de la calidad del servicio, el nivel o grado de satisfacción del usuario y la relación entre las expectativas y las percepciones de éste último sobre la prestación del servicio. De forma simplificada, consistente en un cuestionario con preguntas estandarizadas, que mide dos aspectos de la calidad: la denominada “calidad intrínseca del servicio” y la denominada “calidad extrínseca del servicio”. Esta metodología parte de la consideración de la calidad del servicio como una noción abstracta, asociada a las dimensiones fundamentales de un servicio:

- **Tangibilidad:** Esta dimensión hace referencia a las facilidades físicas y materiales, así como a aspectos del personal del servicio.
- **Confianza o Fiabilidad:** Esta dimensión hace alusión a la capacidad para cumplir con lo prometido y hacerlo sin errores.
- **Responsabilidad o Capacidad de Respuesta:** Representa la voluntad de ayuda a los clientes y la capacidad de proporcionar un servicio ágil y rápido.
- **Certidumbre o Seguridad:** Recoge aquellos aspectos relacionados con el trato dispensado, el conocimiento y profesionalidad de los empleados y su capacidad para inspirar confianza y seguridad.
- **Empatía:** Finalmente esta quinta dimensión representa la atención esmerada e individualizada que facilita el servicio.

Basada en la premisa de que los clientes o usuarios pueden evaluar la calidad del servicio al comparar las percepciones que tienen del servicio con sus propias expectativas, contiene una serie de escalas, estructuradas en base a 22 sentencias que se agrupan, a su vez, en las cinco dimensiones mencionadas; además se establece una escala de un único ítem que permite medir la satisfacción global con el servicio. De su aplicación se deduce la clasificación del cliente en: cliente satisfecho, cuando la percepción es superior a la expectativa, o cliente insatisfecho, cuando la percepción es menor que la expectativa. El uso de esta escala, una de las más conocidas, ha sido muy variado, empleándose en una amplia diversidad de contextos y situaciones.

Pero esta escala generó también, un amplio debate en la literatura sobre calidad y satisfacción del servicio, dando lugar a numerosas réplicas, bien usando esta escala o sus

correspondientes revisiones y/o redefiniciones, o bien proponiendo medidas o escalas alternativas como es el caso de Cronin (médico-escritor) y Taylor (ingeniero industrial-economista) a principios de los años noventa, con la presentación del modelo alternativo, SERVPERF, que partía de la base de que la calidad del servicio debía ser medida como una actitud y que debería basarse exclusivamente en la calidad percibida y no en las expectativas, puesto que éstas introducen cierta subjetividad en la medición. A partir de aquí surgiría un profundo debate sobre cómo conceptualizar y operacionalizar de la mejor forma posible el constructo de calidad del servicio.⁽³⁶⁾

Propuesta de cálculo del índice de satisfacción a partir del análisis cualitativo de la demanda con grupos nominales.

Como ya se ha comentado con anterioridad, las escalas SERVQUAL y SERVPERF, contienen un conjunto de 22 sentencias que se agrupan, a su vez, en cinco dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Suponiendo que se tiene una pequeña relación de atributos, en concreto 12, que a partir de ahora los llamaremos *elementos*, relacionados con el servicio a analizar y a su vez, con cada una de las dimensiones del modelo SERVQUAL, se creará un índice global de satisfacción basado en la importancia que tiene el servicio para el usuario y la satisfacción con el mismo.

Para asignar la importancia relativa de cada dimensión (tangibilidad, seguridad, fiabilidad, capacidad de respuesta, empatía) la opción menos compleja es utilizar los pesos preestablecidos en el modelo SERVQUAL. Si bien proponemos emplear los pesos

extraídos del análisis realizado mediante la técnica TGN, a partir de las puntuaciones alcanzadas en las proposiciones relacionadas con cada dimensión.

3.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a) Uterotoninas:

Es un compuesto cuya función principal es la de generar la contractilidad uterina^(25,37).

b) Litotomía:

Es la posición más empleada para la exploración ginecológica y el parto⁽³⁸⁾.

c) Cotidianidad:

Es la característica de lo que es normal porque pasa todos los días⁽³⁹⁾.

d) Contención:

Se denomina contención al acto y el resultado de contenerse o de contener⁽³¹⁾.

e) Clampar:

Maniobra quirúrgica consistente en la compresión (generalmente extrínseca), de un conducto, fundamentalmente vascular, con una pinza⁽⁴⁰⁾.

f) Oxitocina:

Sus indicaciones son: inducción o aceleración del parto, operación cesárea, atonía, hemorragia uterina post parto, sangrado puerperal, subinvolucion⁽⁴⁰⁾.

g) Acompañante:

Persona adulta elegida por la gestante para acompañarla durante la atención de su parto⁽³³⁾.

h) Atención de parto con Acompañante:

Proceso por el cual, después de la decisión libre y voluntaria de la gestante, la persona que ella elige se constituye como el acompañante que estará presente durante la labor del parto, parto y puerperio inmediato, con la finalidad de apoyar a la gestante y fortalecer el vínculo familiar, tal como lo recomienda la OMS⁽³³⁾.

i) Gravidéz:

Número total de embarazos, incluidos los óbitos y abortos⁽³¹⁾.

j) 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⁽⁴⁰⁾.

k) 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⁽²⁹⁾.

l) Cuestionarios autocumplimentados:

Referido a la encuesta en la que el sujeto rellena solo el cuestionario, ya que aquí se observa la ausencia del entrevistador, en donde existe una autoselección por parte del encuestado⁽¹⁾.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1.TIPO DE ESTUDIO

Según la orientación en el tiempo fue un estudio TRANSVERSAL porque se estudió los partos con acompañante y sin acompañante en un momento determinado.

Según la orientación del proceso el estudio fue RETROSPECTIVO, dado que se estudió datos que se obtuvieron de los libros de registro diario de partos y las historias clínicas perinatales; y PROSPECTIVO referido a la satisfacción que sintieron las parturientas con la atención de su primer parto en el Hospital Regional de Huacho, lo cual se evaluó mediante un cuestionario.

COMPARATIVO, porque se comparó en tablas de contingencia los datos obtenidos tanto de parturientas con acompañante y sin acompañante relacionado a la satisfacción materna, de esta manera se pudo definir si la presencia o ausencia del acompañante trajo consigo una mayor satisfacción materna.

Fue un estudio CORRELACIONAL, se midió el grado en que dos variables se encuentran relacionadas o no entre sí.

4.2.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Fue un estudio no experimental de tipo DESCRIPTIVO CORRELACIONAL porque se realizó una entrevista tipo SERVPERF a las primíparas con la finalidad de indagar la satisfacción que sintieron durante el trabajo de parto y medir el grado de asociación significativa que existió referente a la presencia o ausencia del acompañante, ya que a favor del SERVPERF está el alto grado de fiabilidad

(coeficiente alpha de Cronbach de 0,9098; alpha estandarizado de 0,9238) y el hecho de gozar de una mayor validez predictiva que la del modelo de escala basada en diferencias, es decir, el SERVQUAL.

Fue un estudio comparativo, ya que se trabajó con dos grupos de parturientas en el periodo expulsivo; grupo 1: 50 parturientas primíparas con acompañante, grupo 2: 150 parturientas primíparas sin acompañante que acudieron al Hospital Regional de Huacho para la atención de parto durante el periodo de septiembre del 2016 a agosto del 2017; se registró en la ficha de recolección de datos los datos maternos que se obtuvieron de los carnets perinatales y el libro de registro de partos que se maneja en centro obstétrico, también se realizó la entrevista tipo SERVPERF, luego se evaluó los resultados mediante tablas de contingencia y se pudo determinar cuál de los dos grupos presentó una satisfacción alta con referente a la atención del parto.

4.3.UNIVERSO Y POBLACIÓN

Parturientas primíparas que acudieron al Hospital Regional de Huacho para la atención del parto en el periodo de septiembre del 2016 a agosto del 2017.

N= 200 primíparas

Con acompañante: 50 primíparas

Sin acompañante: 150 primíparas

Se escogió el número de pacientes previa revisión del libro de registro de partos del Hospital Regional de Huacho, de los cuales 50 primíparas eran con acompañante y 150 primíparas sin acompañante por criterio de conveniencia ya que al triplicar la población de estudio tendrá mayor confiabilidad⁽⁴¹⁾.

Criterios de inclusión

Para primíparas con acompañante

- Edad entre 15 a 35 años
- Primíparas
- Gestante sin complicaciones previas a la segunda etapa del trabajo de parto.
- Control prenatal (mínimo 1 control en el Hospital Regional de Huacho)
- En la segunda etapa del trabajo de parto
- Edad gestacional a término (≥ 37 - < 42 semanas)
- Feto único
- Feto en posición occípito anterior
- Periodo expulsivo con acompañante
- Consentimiento informado para participar en la investigación.
- Participación voluntaria

Para primíparas sin acompañante

- Edad entre 15 a 35 años
- Primíparas
- Gestante sin complicaciones previas al trabajo de parto.
- Control prenatal (mínimo 1 control en el Hospital Regional de Huacho)
- En el segundo periodo del trabajo de parto
- Edad gestacional a término (≥ 37 - < 42 semanas)

- Feto único
- Feto en posición occípito anterior.
- Periodo expulsivo sin acompañante
- Consentimiento informado para participar en la investigación.
- Participación voluntaria.

Criterios de exclusión para primíparas con sin acompañante

- Parturientas primíparas menores de 15 años y mayores de 35 años.
- Parturientas primíparas con complicaciones obstétricas previas al segundo periodo del trabajo de parto.
- Gestantes primíparas sin control prenatal
- Edad gestacional pre término (menos de 37 semanas) y pos término (a partir de 42 semanas)
- Multíparas
- Gestación múltiple
- Parturientas primíparas que no deseen participar en la presente investigación.
- No firmaron el consentimiento informado.

4.4.UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS

Mujer primípara cuya atención de su parto fue en el Hospital Regional de Huacho, en el periodo septiembre 2016 a agosto del 2017, el parto fue sin interurrencias con presencia o no del acompañante.

4.4.2. MUESTRA

En concordancia con el trabajo de investigación se trabajó con una muestra no probabilística de muestreo intencional o por criterio de 200 parturientas primíparas de las cuales 50 partos han sido con acompañante y 150 sin acompañante.

4.5.INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo la investigación se dio uso de dos instrumentos, la ficha de recolección de datos para poder indagar los antecedentes obstétricos y la entrevista SERVPERF con la cual se evaluó la satisfacción de las parturientas en el periodo expulsivo.

Con referencia a la ficha de recolección de datos, el origen de ellos fue de tipo documental ya que se utilizaron datos de los libros de registro diario de partos y la historia clínica perinatal. La ficha de recolección de datos cuyos ítems fueron divididos de acuerdo a los objetivos del estudio, la cual estuvo estructurada de la siguiente manera: en primer lugar, se evaluó la variable independiente: antecedentes obstétricos de las primíparas (Anexo N° 01).

Se realizó una entrevista a las parturientas primíparas para poder valorar la satisfacción que sienten de su primer parto en el Hospital Regional de Huacho, para lo cual se aplicó un cuestionario en base SERVPERF, para evaluar la calidad percibida del servicio de sala de partos.

El nivel de satisfacción de las usuarias se realizó considerando la valoración que se empleó en el instrumento SERVPERF aplicado a las usuarias, el cual contó con 22 preguntas elaboradas específicamente para el presente estudio y que fueron contestadas bajo la escala de 1 al 10 (1 mínima satisfacción; 10 máxima satisfacción)⁽⁴²⁾.

- Satisfacción muy bajo (1-4)
- Satisfacción media (5-8)
- Satisfacción muy alto (9-10)

La puntuación SERVPERF se calcula como la sumatoria de las puntuaciones de percepción:

$$\text{SERVPERF} = \sum P_j$$

| Nivel de satisfacción | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|-------|---|---|---|----------|----|
| Muy bajo | | | | Medio | | | | Muy alto | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |

La calidad del servicio fue más elevada, en cuanto mayor fue la suma de dichas percepciones, de sus puntuaciones. El puntaje total se sumó y al promedio resultante de todas las encuestas se lo comparó con los parámetros arriba expuestos para determinar el grado de satisfacción de la usuaria.

A través de análisis previos en estudios de calidad de atención se determinaron 5 dimensiones de la calidad, en las cuales las preguntas de nuestro cuestionario estuvieron incorporadas. Estas son: Respuesta rápida, empatía, seguridad, confianza, elementos tangibles; este cuestionario se encuentra en el Anexo N° 02. El cuestionario SERVPERF tiene alto grado de fiabilidad (coeficiente alpha de Cronbach de 0,9098; alpha estandarizado de 0,9238) y goza de mayor validez predictiva que la del modelo de escala basada en diferencias, es decir, el SERVQUAL.

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se planeó ejecutar la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

Las informaciones obtenidas con el instrumento de recolección de datos se analizaron haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 20.0 para lo cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en cuadros bidimensionales y gráficas de frecuencia.

Para estudiar si existe relación entre las variables, se usó la estrategia de tablas de contingencia; para conseguir una expresión numérica que indique el grado en que existe relación entre variables se usó el Chi cuadrado de Pearson ⁽⁴³⁾

4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación no comprometió ni afectó la moral y la ética de las mujeres primíparas, ya que antes de su participación se les informó con todo detalle los procedimientos a seguir durante el desarrollo del estudio, así como los beneficios materno perinatales que se obtuvo, incluyendo allí la satisfacción del parto con acompañante en relación al parto sin acompañante al finalizar la investigación.

Se presentó por otro lado una documentación a la jefatura de obstetricia para poder recolectar la información de los diferentes libros de registro que se encuentran en sala de partos, de las cuales los datos fueron vaciados en las fichas de recolección de datos para luego procesarlos y así se pudo adquirir los resultados de la investigación

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos. Lo cual menciona que todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad es por ello que debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad. Finalmente, en la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos⁽⁴⁴⁾.

5. RESULTADOS

5.1. ASOCIACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN RESPECTO A LOS ASPECTOS TANGIBLES EN PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE Y SIN ACOMPAÑANTE EN EL PERIODO EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO.

Tabla N° 01: Periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión aspectos tangibles, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN ASPECTOS TANGIBLES | PRIMÍPARAS CON | | PRIMÍPARAS SIN | | TOTAL | |
|---------------------------------|-------------------|------------|-------------------|------------|------------|------------|
| | ACOMPAÑANTE | | ACOMPAÑANTE | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Muy bajo | 0 | 0 | 46 | 30,7 | 46 | 23 |
| Medio | 14 | 28 | 101 | 67,3 | 115 | 57.5 |
| Muy alto | 36 | 72 | 3 | 2 | 39 | 19.5 |
| TOTAL | 50 | 100 | 150 | 100 | 200 | 100 |

Chi-cuadrado de Pearson: 119,654

V de Cramer: 0,773

La satisfacción materna en la dimensión aspectos tangibles en primíparas con acompañante en su mayoría 72% (36 primíparas) tuvieron satisfacción muy alta; en comparación de primíparas sin acompañante quienes en su mayoría 67,3% (101 primíparas) tuvieron una satisfacción media. Por ende, el parto con acompañante en esta dimensión es mucho más satisfactorio por tener una satisfacción muy alta en comparación del parto sin acompañante.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

5.2. ASOCIACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN RESPECTO A LA CONFIABILIDAD EN PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE Y SIN ACOMPAÑANTE EN EL PERIODO EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO.

Tabla N° 02: Periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión confiabilidad, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN CONFIABILIDAD | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | TOTAL | |
|-------------------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| | Muy bajo | 0 | 0 | 105 | 70 | 105 |
| Medio | 31 | 62 | 45 | 30 | 76 | 38 |
| Muy alto | 19 | 38 | 0 | 0 | 19 | 9,5 |
| TOTAL | 50 | 100 | 150 | 100 | 200 | 100 |

Chi-cuadrado de Pearson: 102,105

V de Cramer: 0,715

La satisfacción materna en la dimensión confiabilidad en primíparas con acompañante en su mayoría 62% (31 primíparas) tuvieron satisfacción media; en comparación de primíparas sin acompañante quienes en su mayoría 70% (105 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja. Recalcando que en esta dimensión el parto con acompañante es mucho más satisfactorio por tener una satisfacción media en comparación del parto sin acompañante.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

5.3. ASOCIACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN RESPECTO A LA RESPUESTA RÁPIDA DEL PERSONAL DE SALUD EN PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE Y SIN ACOMPAÑANTE EN EL PERIODO EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO.

Tabla N° 03: Periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión respuesta rápida, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN RESPUESTA RÁPIDA | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | TOTAL | |
|----------------------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| | Muy bajo | 0 | 0 | 124 | 82,7 | 124 |
| Medio | 36 | 72 | 26 | 17,3 | 62 | 31 |
| Muy alto | 14 | 28 | 0 | 0 | 14 | 7 |
| TOTAL | 50 | 100 | 150 | 100 | 200 | 100 |

Chi-cuadrado de Pearson: 119,484

V de Cramer: 0,773

La satisfacción materna en la dimensión respuesta rápida en primíparas con acompañante en su mayoría 72% (36 primíparas) tuvieron satisfacción media; en comparación de primíparas sin acompañante quienes en su mayoría 82,7% (124 primíparas) tuvieron una satisfacción muy baja. Por lo tanto, el parto con acompañante en la presente dimensión es mucho más satisfactorio por tener una satisfacción media en comparación del parto sin acompañante.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

5.4. ASOCIACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN RESPECTO A LA SEGURIDAD EN PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE Y SIN ACOMPAÑANTE EN EL PERIODO EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO.

Tabla N° 04: Periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión seguridad, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN SEGURIDAD | PRIMÍPARAS CON | | PRIMÍPARAS SIN | | TOTAL | |
|---------------------|-------------------|------------|-------------------|------------|------------|------------|
| | ACOMPAÑANTE | | ACOMPAÑANTE | | | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Muy bajo | 6 | 12 | 105 | 70 | 111 | 55,5 |
| Medio | 17 | 34 | 45 | 30 | 62 | 31 |
| Muy alto | 27 | 54 | 0 | 0 | 27 | 13,5 |
| TOTAL | 50 | 100 | 150 | 100 | 200 | 100 |

Chi-cuadrado de Pearson: 103,923

V de Cramer: 0,721

La satisfacción materna en la dimensión seguridad en primíparas con acompañante en su mayoría 54% (27 primíparas) sintieron una satisfacción muy alta; en comparación de primíparas sin acompañante quienes en su mayoría 70% (105 primíparas) tuvieron una satisfacción muy baja. Recalcando en esta dimensión el parto con acompañante es mucho más satisfactorio por tener una satisfacción muy alta en comparación del parto sin acompañante.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

5.5. ASOCIACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN RESPECTO A LA EMPATÍA QUE OFRECE EL PERSONAL DE SALUD EN PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE Y SIN ACOMPAÑANTE EN EL PERIODO EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO.

Tabla N° 05: Periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión empatía, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN EMPATÍA | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | TOTAL | |
|-------------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| | Muy bajo | 0 | 0 | 118 | 78,7 | 118 |
| Medio | 16 | 32 | 32 | 21,3 | 48 | 24 |
| Muy alto | 34 | 68 | 0 | 0 | 34 | 17 |
| TOTAL | 50 | 100 | 150 | 100 | 200 | 100 |

Chi-cuadrado de Pearson: 143,111

V de Cramer: 0,846

La satisfacción materna en la dimensión empatía en primíparas con acompañante en su mayoría 68% (34 primíparas) tuvieron satisfacción muy alta; en comparación de primíparas sin acompañante quienes en su mayoría 78,7% (118 primíparas) sintieron satisfacción muy baja. Por ende, en la presente dimensión el parto con acompañante es mucho más satisfactorio por tener una satisfacción muy alta en comparación del parto sin acompañante.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

**5.6.ASOCIACIÓN ENTRE LA SATISFACCIÓN MATERNA EN PRIMÍPARAS
CON ACOMPAÑANTE Y SIN ACOMPAÑANTE EN EL PERIODO
EXPULSIVO DEL TRABAJO DE PARTO.**

Tabla N° 06: Periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| SATISFACCIÓN MATERNA | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | TOTAL | |
|----------------------|----------------------------------|------------|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| | Muy bajo | 1 | 2 | 100 | 66,7 | 101 |
| Medio | 23 | 46 | 50 | 33,3 | 73 | 36,5 |
| Muy alto | 26 | 52 | 0 | 0 | 26 | 13 |
| TOTAL | 50 | 100 | 150 | 100 | 200 | 100 |

Chi-cuadrado de Pearson: 117,6554

V de Cramer: 0,7656

La satisfacción materna en primíparas con acompañante en su mayoría 52% (26 primíparas) tuvieron satisfacción muy alta; en comparación de primíparas sin acompañante quienes en su mayoría 66,7% (100 primíparas) conservaron una satisfacción muy baja. Por ello, el parto con acompañante es mucho más satisfactorio por tener una satisfacción muy alta en comparación del parto sin acompañante.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente tesis, con respecto a la dimensión de aspectos tangibles en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto, fue dado a conocer en la tabla N°1, en la cual se observó que la mayoría (72%) de las primíparas con acompañante tuvieron satisfacción muy alta y las primíparas sin acompañante (67,3%) una satisfacción media; por el contrario, en el estudio de Ayala, Gina. (2015) ⁽¹⁸⁾, encontró la dimensión más valorada fue la dimensión de tangibles; esto debido, el Instituto Nacional Materno Perinatal por ser de mayor complejidad tiene mayor accesibilidad a recursos humanos (especialistas), equipos, materiales de parto y a una infraestructura más adecuada al servicio de las primíparas.

Con referencia a la dimensión confiabilidad en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto, fue dado a conocer en la tabla N° 2, en la cual se observó que la mayoría (62%) de las primíparas con acompañante mantuvieron una satisfacción media, mientras que las parturientas sin acompañante (70%) conservaron satisfacción muy baja; En el estudio de Vela, Coral. (2015) ⁽¹³⁾, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en la dimensión trato profesional, se puede observar que la mayoría de las parturientas lo califican como una satisfacción muy buena, mientras que en la presente investigación las primíparas con acompañante tuvieron una satisfacción media, y las parturientas sin acompañante una satisfacción muy bajo; esto debido, al

tratarse de una institución de mayor complejidad tiene protocolos sobre parto humanizado, los cuales los pone en práctica; en comparación del Hospital Regional de Huacho que aún está en proceso de elaboración y formalización de un protocolo a seguir.

Con respecto a la dimensión respuesta rápida del personal de salud en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto, fue dado a conocer en la tabla N° 3, de la cual se puede decir que para la mayoría (72%) de las primíparas con acompañante fue de satisfacción media y para las primíparas sin acompañante (82.7%) tuvieron satisfacción muy baja.; En el trabajo realizado por Ayala, Gina. (2015) ⁽¹⁸⁾, en el Instituto Nacional Materno Perinatal también refiere que la dimensión menos valorada fue la dimensión de respuesta rápida; esto debido, en ambos hospitales aún no se cuenta con el 100% del personal capacitado referente a parto humanizado en el Instituto Materno Perinatal.

También podemos rescatar el trabajo de Fernández, Rosa. (2013) ⁽¹²⁾, en España en la cual menciona que el aspecto mejor valorado de la encuesta CONFORTS fue la respuesta de la matrona a las necesidades de la mujer durante el parto a diferencia de la presente investigación en la cual la satisfacción con respecto a la respuesta del obstetra a las primíparas es de satisfacción media a muy baja; se puede observar así que las matronas en España están mejor capacitadas en cuanto al parto humanizado en comparación a Perú.

Referente a la dimensión seguridad en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto, fue dado a conocer en la tabla N° 4, en la cual se observó que para la mayoría (54%) de las primíparas con acompañante tuvieron satisfacción muy alta, mientras que para las primíparas sin acompañante (70%) la satisfacción fue muy baja, así en el estudio de Vela, Coral. (2015) ⁽¹³⁾, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, menciona que a las parturientas siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%), en la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%), y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%), en la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía ayudarla a relajarse; en comparación con la presente investigación se puede observar similares resultados ya que tanto en primíparas con y sin acompañante en su mayoría no se les permitió escoger la posición del parto ni tampoco se les pidió permiso para examinarlas, además que no todos tuvieron el privilegio de contar con un acompañante; esto debido a que en ambos hospitales, el personal obstetra aún no está capacitado en la comunicación obstetra-paciente; no se le brinda la confianza ni la seguridad adecuada para que la parturienta tenga un buen trabajo de parto.

Con referencia a la dimensión empatía que ofrece el personal de salud en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto, fue dado a conocer en la tabla N° 5, en la cual se observó que los maltratos fueron calificados por las parturientas sin acompañante (78,7%); así en el estudio de Vela, Coral. (2015)⁽¹³⁾, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se puede observar a diferencia de la presente investigación que las parturientas siempre percibieron amabilidad del profesional (73%).

Existen estudios como el de Mas, Rosa. (2011)⁽¹⁷⁾, en España, en la cual menciona que la satisfacción con la experiencia del parto fue superior en las mujeres cuyas expectativas se habían cumplido, así como a las que accedieron al método de alivio del dolor elegido. También tenemos la investigación de Flores, Mirella. (2011)⁽¹¹⁾, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en la cual resalta que los resultados maternos fueron significativamente favorables para el grupo con acompañantes capacitados a comparación del grupo sin acompañante. Se encuentra también el trabajo de Sanchez, Violeta. (2016)⁽¹⁹⁾, en el Hospital de Iquitos, en la cual menciona que la calidad de atención “bueno” fue con mayor predominio de 57,1%, mientras que solo excelente y malo obtuvieron 0% de satisfacción, poco satisfecho con el mayor predominio de 99%, mientras que solo muy satisfecho y satisfecho obtuvieron 0%. En la presente investigación observamos en medidas generales que las primíparas con acompañante califican en su mayoría (68%) como satisfacción muy alta, mientras que las primíparas sin acompañante (78,7%) lo califican en su mayoría como satisfacción muy baja,

coincidiendo de esta manera con la investigación de Sánchez, Violeta en la cual también lo que predominó fue la satisfacción “poco satisfecho”. Al hablar de las dos poblaciones por separado se coincide con la investigación de Flores, Mirella en la cual menciona que los resultados fueron favorables para el grupo con acompañantes en comparación de las sin acompañantes; resultados que son coincidentes con la presente investigación ya que las primíparas con acompañante refieren un satisfacción media a muy alta en comparación de las primíparas sin acompañante que presentan una satisfacción muy baja; se puede observar una significativa diferencia entre los dos grupos de estudio.

En referencia a la satisfacción materna en primíparas con acompañante y sin acompañante en el periodo expulsivo del trabajo de parto, fue dado a conocer en la tabla N° 6, en la cual se observó que para la mayoría (52%) de las primíparas con acompañante tuvieron satisfacción muy alta, mientras que para las primíparas sin acompañante (66,7%) la satisfacción fue muy baja, así en el estudio de Flores, Mirella⁽¹⁾ llega a la conclusión que los resultados maternos fueron significativamente favorables para el grupo con acompañantes capacitados a comparación del grupo sin acompañante, caso similar a los resultados encontrados en la presente investigación en la cual las primíparas con acompañante tuvieron una satisfacción muy alta en comparación las primíparas sin acompañante que tuvieron una satisfacción muy baja.

7. CONCLUSIONES

1. Con referencia a la dimensión de aspectos tangibles, el periodo expulsivo en la mayoría de las primíparas con acompañante estuvo asociado a una satisfacción muy alta a comparación de la mayoría de las primíparas sin acompañante que estuvo asociado a una satisfacción media.
2. Con respecto a la dimensión confiabilidad, el periodo expulsivo en la mayoría de las primíparas con acompañante estuvo asociado a una satisfacción media (por lo que recomiendan el establecimiento); en comparación de la mayoría de las primíparas sin acompañante que estuvo asociado a una satisfacción muy baja (por lo que no recomiendan el establecimiento).
3. Con respecto a la dimensión de respuesta rápida del personal de salud, durante el periodo expulsivo la mayoría de las primíparas con acompañante estuvo asociado a una satisfacción media en comparación de las parturientas sin acompañante que en su mayoría estuvo asociado a una satisfacción muy baja.
4. Con referencia a la dimensión seguridad en el periodo expulsivo la mayoría de las primíparas con acompañante estuvo asociado a una satisfacción muy alta en comparación de las parturientas sin acompañante que estuvo asociado a una satisfacción muy baja.
5. Con referencia a la dimensión empatía, la mayoría de las primíparas con acompañante durante el periodo expulsivo estuvo asociado a una satisfacción muy alta, en comparación de las parturientas sin acompañante que en su mayoría estuvo asociado a una satisfacción muy bajo, (por ello podemos mencionar que

en las primíparas sin acompañante si existió algún maltrato por parte del personal de salud).

6. Con respecto a la satisfacción materna durante el periodo expulsivo las primíparas con acompañante tuvieron significativamente una satisfacción muy alta en comparación de las primíparas sin acompañante que tuvieron significativamente una satisfacción muy baja.

8. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal obstetra del Hospital Regional de Huacho a promover con mayor énfasis el parto con acompañante, ya que el familiar le brinda confort al momento del trabajo de parto.
2. Se recomienda mayor capacitación al personal obstetra del Hospital Regional de Huacho a capacitarse en lo referente al parto con acompañante de esta manera brindar a las usuarias un trato humanizado para el bienestar de la parturienta como la del familiar y el mismo personal de salud.
3. Concientizar al personal de salud que labora en sala de partos a mantener un trato empático con la parturienta y sus familiares, de esta manera disminuir los maltratos a las usuarias.
4. El Hospital Regional de Huacho debe de promover nuevos ambientes de sala de partos personalizados; de esta manera brindar a la parturienta, intimidad y el acompañamiento de su familiar durante todo el periodo de trabajo de parto,

fomentando así el parto humanizado con la participación activa de las parturientas quienes podrán decidir por ejemplo la posición del parto.

5. Se sugiere continuar con otras investigaciones similares al presente trabajo, con énfasis en la región Ancash con la finalidad de promover el parto humanizado y capacitar al personal de salud.
6. Promover la participación activa del acompañante especialmente de la pareja, con la finalidad de conservar el trinomio padre, madre e hijo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores Mercado M, Olivares Martos DM. Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Lima-Perú, 2011 [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima, editorial: UNMSM, 2012.
2. Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto, 2016.
3. Transformación de la gestión hospitalaria protocolo de acompañamiento integral a la gestante por una persona significativa en el proceso de parto (pre-parto, parto y postparto). Hospital de Huasco-Chile.
4. Estadística Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú 2010.
5. Mongrut, Andrés. Tratado de Obstetricia normal y patológica. 4ta Edición. Editorial los Andes. Lima Perú- 2007. Pág. 277-320.
6. Ricardo Schwarcz, Carlos Duverges, Ricardo Fescina. Obstetricia. 6ta Edición. Buenos aires, Argentina. El Ateneo 2005. Pág. 431-497.
7. Morales, Sabrina. La psicoprofilaxis obstétrica como eje de la prevención prenatal. 1ra edición. Perú 2004. Pág. 111-116.
8. World Health Report: World Health Organization; 2013.
9. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Bol Epid. (Lima). 2012; 21(52):892-896.
10. Instituto Nacional Materno Perinatal.III Curso Internacional: Humanización en la atención obstétrica y neonatal. Perú 2013.

11. Quinto V. M. Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN, 2010. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
12. Fernández Raigada RI. “Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria” [Trabajo fin de grado de enfermería]. Oviedo, editorial: Universidad de Oviedo, 2013.
13. Vela Coral GP. “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015” [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Lima, editorial: UNMSM, 2015.
14. Morales S. Hernández M. Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. Rev. Dig. Buenos Aires 2004;10(73): 32-39
15. Sánchez I.A. Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los Hospitales Públicos de Ixmiquilpan Hgo. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. México.2005
16. Proyecto de Salud y Nutrición Básica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Gestión de la Calidad Modulo II; Lima. Editorial del MINSA; 1999.
17. Mas Pons R, Barona Vilar C, Carregui Vilar S, Ibañez Gil N, Margaix Fontestad L, Escriba Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de las mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Gac Sanit. 2011; 26(3):236–242.

18. Ayala Gutierrez GL. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Lima, editorial: UNMSM, 2015.
19. Sánchez Rodríguez V. Calidad de atención y satisfacción del usuario, en atención de parto del servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”, mayo y junio 2016 [Investigación asistida para optar el título profesional de obstetricia]. Iquitos, editorial: Universidad Científica del Perú, 2016.
20. Cunningham Gary, Leveno Kenneth, Bloom Steven, Spong Catherine, Hauth John, Rouse Dwight. Williams Obstetricia. Edición 23: Mc Graw Hill; 2011.
21. Cunningham Gary, Leveno Kenneth, Bloom Steven, Spong Catherine, Dashe Jodi, Hoffman Barbara, Casey Brian, Sheffield Jeanne. Williams Obstetricia. Edición 24: Mc Graw Hill; 2015.
22. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Guía técnica. Perú. 2007: 117-149
23. Alvarado Juan. Manual de Obstetricia. Apuntes médicos del Perú. 2º Edición. Perú. 2015: 45 -115.
24. Melgarejo Javier DE, Morales Panéz NM. Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de APGAR INMP-periodo

(Septiembre- Noviembre-2010) [Tesis para optar licenciatura en obstetricia]

Lima, Editorial: UMSM, 2011.

25. Stephen Somkuti. Perlas de obstetricia y ginecología. Editorial: MC Graw Hill.
2° Edicion. Mexico: 91-134

26. Schwarcz Ricardo, Fescina Ricardo, Duverges Carlos. Obstetricia Edición sexta
Edit. El Ateneo B.A. Argentina. 2008

27. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud
neonatal. Perú. 2013.

28. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y procedimientos
en obstetricia y perinatología. Guía Técnica. Perú. 2014.

29. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto. Guía
Práctica. 1era edición. 2010

30. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la Atención del Parto
Culturalmente adecuado. Guía técnica. Ecuador.2008

31. Ministerio de Salud. XI Encuentro nacional de experiencias en mejoramiento
conjunto de la calidad en salud. Lima. 2014.

32. Sistema Nacional de Información Mujer. Parto humanizado. Argentina 2009.

33. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones para un parto humanizado.
Lima. 2011

34. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención de parto vertical con
adecuación intercultural. Norma Técnica. Perú. 2005.

35. Alvarado Juan. Manual de Neonatología. Ediciones apuntes Médicos del Perú. 2° Edición. Perú. 2015.
36. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. Guía Técnica. Perú. 2011.
37. Sadler. T. W. Langman Embriología médica. Edición 12. Philadelphia, USA.2001: 29-32.
38. Ministerio de Salud. Curso clínico de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque de derechos. Manual de lectura.4° edición. Lima. 2007: 142.
39. Candiotti Vera Jorge. Anatomía y fisiología humanas. Tomo II, 2ª edición. Perú 1985.
40. Thomson. Vademécum de bolsillo. 14ava edición. Edit. PLM. Perú. 2002: 940.
41. Samar Quintanilla DA. 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]. Lima, editorial: UNMSM, 2011.
42. Dirección de Modernización y Calidad de los Servicios Municipales. Manual de encuestas de satisfacción. Edit. Pasión por Castellón.2014.
43. Manzano Arrondo Vicente. Chi cuadrado de Pearson para dos variables nominales.2014.

44. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013: 1-9.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 01

"Estudio del periodo expulsivo en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017"

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

H.C: _____ Fecha: __/__/__ Hora: _____ Parto con acompañamiento: _____

I. DATOS OBSTÉTRICOS

1 **Edad**.....

2 **Edad gestacional**

() 37ss () 38ss () 39ss () 40ss () 41ss

3 **Número de controles prenatales**

() Menor 6 controles () Mayor 6 controles

4 **Número de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.**

() < 6 sesiones () 6 sesiones



ANEXO N° 02
ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCIÓN TIPO SERVPERF

Parto con acompañamiento: _____

| N° | Dimensiones | Atributos | Nivel de satisfacción | | | | | | | | | |
|----|------------------|---|-----------------------|---|---|---|-------|---|---|---|----------|----|
| | | | Muy bajo | | | | Medio | | | | Muy alto | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Tangibles | ¿Los ambientes de centro obstétrico estuvieron limpios y cómodos? | | | | | | | | | | |
| | | ¿Se sentía comfortable en el ambiente que se encontraba durante el trabajo de parto? | | | | | | | | | | |
| | | ¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención? | | | | | | | | | | |
| 2 | Confiabilidad | ¿La obstetra que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento del parto? | | | | | | | | | | |
| | | ¿Pudo tomar o comer algo durante el trabajo de parto? | | | | | | | | | | |
| | | ¿Se le permitió acariciar a su bebé apenas nació? | | | | | | | | | | |
| | | ¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados? | | | | | | | | | | |
| 3 | Respuesta rápida | ¿Recomendaría a un familiar o amigo a que den a luz en este establecimiento? | | | | | | | | | | |
| | | ¿Fue usted atendida inmediatamente a su llegada al hospital? | | | | | | | | | | |
| | | ¿En momentos en los cuales necesitó la ayuda/atención del personal, la atendieron rápida y oportunamente? | | | | | | | | | | |
| 4 | Seguridad | ¿Fue trasladada rápidamente a centro obstétrico? | | | | | | | | | | |
| | | ¿Su atención estuvo a cargo del obstetra de turno? | | | | | | | | | | |
| | | ¿Se le dejó sola durante largos periodos de tiempo? | | | | | | | | | | |
| | | ¿El personal de salud mostró interés en su bienestar? | | | | | | | | | | |
| | | ¿El personal de centro obstétrico le mostró interés para solucionar cualquier problema que se | | | | | | | | | | |

ANEXO N° 03: TABLAS DE CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE DEPENDIENTE Y LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Tabla N° 01: Antecedentes obstétricos en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión aspectos tangibles, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN ASPECTOS TANGIBLES | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|-----|------------|------|------------------|-----|------|-----|------|------|------|------|------|------|--------------------------------|-----|----|-----|---------------------------------------|------|---------------------|-----|----|----|------------|------|
| | EDAD | | | | EDAD GESTACIONAL | | | | | | | | | | NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES | | | | NÚMERO DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS | | | | | | | |
| | 15-19 años | | 20-25 años | | 26-35 años | | 37ss | | 38ss | | 39ss | | 40ss | | 41ss | | <6 | | >6 | | No realizó sesiones | | <6 | | 6 sesiones | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Muy bajo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Medio | 0 | 0 | 14 | 7 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 14 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 7 |
| Muy alto | 13 | 6,5 | 16 | 8 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 20 | 10 | 12 | 6 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 | 18 |
| TOTAL | 13 | 6,5 | 30 | 15 | 7 | 3,5 | 3 | 1,5 | 20 | 10 | 12 | 6 | 8 | 4 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 50 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 25 |
| PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muy bajo | 0 | 0 | 46 | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 10,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 0 | 0 | 46 | 23 | 0 | 0 | 46 | 23 | 0 | 0 |
| Medio | 48 | 24 | 40 | 20 | 13 | 6,5 | 4 | 2 | 79 | 39,5 | 18 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 4 | 93 | 46,5 | 12 | 6 | 48 | 24 | 41 | 20,5 |
| Muy alto | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 24 | 87 | 43,5 | 15 | 7,5 | 4 | 2 | 82 | 41 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 11 | 5,5 | 139 | 69,5 | 15 | 7,5 | 94 | 47 | 41 | 20,5 |

Chi-cuadrado de Pearson: 58,422

V de Cramer: 0,35775

La edad materna asociada a la dimensión aspectos tangibles en primíparas con acompañante en su mayoría, del 15% (30 primíparas de 20-25 años) el 8% (16 primíparas) tuvieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 43,5% (87 primíparas de 20-25 años) el 23% (46 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja.

La edad gestacional asociada a la dimensión aspectos tangibles en primíparas con acompañante en su mayoría, del 10% (20 primíparas de 38ss de embarazo) el 10% (20 primíparas) tuvieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 41% (82 primíparas de 38ss de embarazo) el 39,5% (79 primíparas) tuvieron una satisfacción media.

El número de controles prenatales asociada a la dimensión aspectos tangibles en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con > 6 controles prenatales) el 18% (36 primíparas) sintieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 69,5% (139 primíparas con > 6 controles prenatales) el 46,5% (93 primíparas) tuvieron una satisfacción media.

El número de sesiones de psicoprofilaxis asociada a la dimensión aspectos tangibles en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 18% (36 primíparas) tuvieron satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 47% (94 primíparas con < 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 24% (48 primíparas) sintieron satisfacción media.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

Tabla N° 02: Antecedentes obstétricos en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión confiabilidad, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN CONFIABILIDAD | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|------|------------|------|------------------|-----|------|-----|------|------|------|------|------|------|------|-----|--------------------------------|-----|-----|------|---------------------------------------|-----|----|----|------------|------|
| | EDAD | | | | EDAD GESTACIONAL | | | | | | | | | | | | NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES | | | | NÚMERO DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS | | | | | |
| | 15-19 años | | 20-25 años | | 26-35 años | | 37ss | | 38ss | | 39ss | | 40ss | | 41ss | | <6 | | >6 | | No realizó sesiones | | <6 | | 6 sesiones | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Muy bajo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Medio | 1 | 0,5 | 30 | 15 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 1 | 0,5 | 12 | 6 | 8 | 4 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 31 | 5,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 31 | 15,5 |
| Muy alto | 12 | 6 | 0 | 0 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 19 | 9,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 9,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 9,5 |
| TOTAL | 13 | 6,5 | 30 | 15 | 7 | 3,5 | 3 | 1,5 | 20 | 10 | 12 | 6 | 8 | 4 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 50 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 25 |
| PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muy bajo | 19 | 9,5 | 86 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 20,5 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 0 | 0 | 105 | 52,5 | 0 | 0 | 94 | 47 | 11 | 5,5 |
| Medio | 29 | 14,5 | 1 | 0,5 | 15 | 7,5 | 4 | 2 | 41 | 20,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 5,5 | 34 | 17 | 15 | 7,5 | 0 | 0 | 30 | 15 |
| Muy alto | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 24 | 87 | 43,5 | 15 | 7,5 | 4 | 2 | 82 | 41 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 11 | 5,5 | 139 | 69,5 | 15 | 7,5 | 94 | 47 | 41 | 20,5 |

Chi-cuadrado de Pearson: 75,705

V de Cramer: 0,4275

La edad materna asociada a la dimensión confiabilidad en primíparas con acompañante en su mayoría, del 15% (30 primíparas de 20-25 años) el 15% (30 primíparas) tuvieron satisfacción media; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 43,5% (87 primíparas de 20-25 años) el 43% (86 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja.

La edad gestacional asociada a la dimensión confiabilidad en primíparas con acompañante en su mayoría, del 10% (20 primíparas de 38ss de embarazo) el 9,5% (19 primíparas) sintieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 41% (82 primíparas de 38ss de embarazo) el 20,5% (41 primíparas) tuvieron satisfacción media y muy baja.

El número de controles prenatales asociada a la dimensión confiabilidad en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con > 6 controles prenatales) el 15,5% (31 primíparas) tuvieron satisfacción media; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 69,5% (139 primíparas con > 6 controles prenatales) el 52,5% (105 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja.

El número de sesiones de psicoprofilaxis asociada a la dimensión confiabilidad en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 15,5% (31 primíparas) tuvieron una satisfacción media; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 47% (94 primíparas con < 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 47% (94 primíparas) tuvieron satisfacción muy baja.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

Tabla N° 03: Antecedentes obstétricos en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión respuesta rápida, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN RESPUESTA RÁPIDA | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-----|------------|------|------------------|-----|------|-----|------|----|------|------|------|------|--------------------------------|-----|----|-----|---------------------------------------|------|---------------------|-----|----|----|------------|------|
| | EDAD | | | | EDAD GESTACIONAL | | | | | | | | | | NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES | | | | NÚMERO DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS | | | | | | | |
| | 15-19 años | | 20-25 años | | 26-35 años | | 37ss | | 38ss | | 39ss | | 40ss | | 41ss | | <6 | | >6 | | No realizó sesiones | | <6 | | 6 sesiones | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Muy bajo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Medio | 6 | 3 | 30 | 15 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 6 | 3 | 12 | 6 | 8 | 4 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 36 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 | 18 |
| Muy alto | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 14 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 7 |
| TOTAL | 13 | 6,5 | 30 | 15 | 7 | 3,5 | 3 | 1,5 | 20 | 10 | 12 | 6 | 8 | 4 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 50 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 25 |
| | PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muy bajo | 38 | 19 | 86 | 43 | 0 | 0 | 4 | 2 | 56 | 28 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 0 | 0 | 124 | 62 | 0 | 0 | 94 | 47 | 30 | 15 |
| Medio | 10 | 5 | 1 | 0,5 | 15 | 7,5 | 0 | 0 | 26 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 5,5 | 15 | 7,5 | 15 | 7,5 | 0 | 0 | 11 | 5,5 |
| Muy alto | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 24 | 87 | 43,5 | 15 | 7,5 | 4 | 2 | 82 | 41 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 11 | 5,5 | 139 | 69,5 | 15 | 7,5 | 94 | 47 | 41 | 20,5 |

Chi-cuadrado de Pearson: 57,556

V de Cramer: 0,3835

La edad materna asociada a la dimensión respuesta rápida en primíparas con acompañante en su mayoría, del 15% (30 primíparas de 20-25 años) el 15% (30 primíparas) sintieron una satisfacción media; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 43,5% (87 primíparas de 20-25 años) el 43% (86 primíparas) tuvieron satisfacción muy baja.

La edad gestacional asociada a la dimensión respuesta rápida en primíparas con acompañante en su mayoría, del 10% (20 primíparas de 38ss de embarazo) el 7% (14 primíparas) sintieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 41% (82 primíparas de 38ss de embarazo) el 28% (56 primíparas) tuvieron satisfacción muy baja

El número de controles prenatales asociada a la dimensión respuesta rápida en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con > 6 controles prenatales) el 18% (36 primíparas) tuvieron satisfacción media; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 69,5% (139 primíparas con > 6 controles prenatales) el 62% (124 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja.

El número de sesiones de psicoprofilaxis asociada a la dimensión respuesta rápida en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 18% (36 primíparas) tuvieron satisfacción media; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 47% (94 primíparas con < 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 24% (48 primíparas) tuvieron una satisfacción muy baja.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

Tabla N° 04: Antecedentes obstétricos en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión seguridad, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN SEGURIDAD | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------|------|---------------|------|---------------|-----|------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|-----|--------------------------------------|-----|-----|------|--|-----|----|----|---------------|------|
| | EDAD | | | | | | EDAD GESTACIONAL | | | | | | | | | | NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES | | | | NÚMERO DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS | | | | | |
| | 15-19 años | | 20-25 años | | 26-35 años | | 37ss | | 38ss | | 39ss | | 40ss | | 41ss | | <6 | | >6 | | No realizó sesiones | | <6 | | 6 sesiones | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Muy bajo | 0 | 0 | 6 | 3 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 0 | 0 | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 3 |
| Medio | 0 | 0 | 17 | 8,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 2,5 | 8 | 4 | 4 | 2 | 0 | 0 | 17 | 8,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | 8,5 |
| Muy alto | 13 | 6,5 | 7 | 3,5 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 20 | 10 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | 13,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | 13,5 |
| TOTAL | 13 | 6,5 | 30 | 15 | 7 | 3,5 | 3 | 1,5 | 20 | 10 | 12 | 6 | 8 | 4 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 50 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 25 |
| | PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muy bajo | 19 | 9,5 | 86 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 20,5 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 0 | 0 | 105 | 52,5 | 0 | 0 | 94 | 47 | 11 | 5,5 |
| Medio | 29 | 14,5 | 1 | 0,5 | 15 | 7,5 | 4 | 2 | 41 | 20,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 5,5 | 34 | 17 | 15 | 7,5 | 0 | 0 | 30 | 15 |
| Muy alto | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 48 | 24 | 87 | 43,5 | 15 | 7,5 | 4 | 2 | 82 | 41 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 11 | 5,5 | 139 | 69,5 | 15 | 7,5 | 94 | 47 | 41 | 20,5 |

Chi-cuadrado de Pearson: 71,45775

V de Cramer: 0,4215

La edad materna asociada a la dimensión seguridad en primíparas con acompañante en su mayoría, del 15% (30 primíparas de 20-25 años) el 8,5% (17 primíparas) tuvieron satisfacción media; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 43,5% (87 primíparas de 20-25 años) el 43% (86 primíparas) sintieron satisfacción muy baja.

La edad gestacional asociada a la dimensión seguridad en primíparas con acompañante en su mayoría, del 10% (20 primíparas de 38ss de embarazo) el 10% (20 primíparas) tuvieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 41% (82 primíparas de 38ss de embarazo) el 20,5% (41 primíparas) sintieron una satisfacción media y muy baja.

El número de controles prenatales asociada a la dimensión seguridad en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con > 6 controles prenatales) el 13,5% (27 primíparas) tuvieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 69,5% (139 primíparas con > 6 controles prenatales) el 52,5% (105 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja.

El número de sesiones de psicoprofilaxis asociada a la dimensión seguridad en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 13,5% (27 primíparas) tuvieron satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 47% (94 primíparas con < 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 47% (94 primíparas) tuvieron una satisfacción muy baja.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer <1; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.

Tabla N° 05: Antecedentes obstétricos en primíparas con y sin acompañante, asociado a la satisfacción materna en la dimensión empatía, en el Hospital Regional de Huacho, Lima, 2017.

| DIMENSIÓN EMPATÍA | PRIMÍPARAS CON ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-----|------------|------|------------------|-----|------|-----|------|----|------|------|------|------|--------------------------------|-----|----|-----|---------------------------------------|------|---------------------|-----|----|----|------------|------|------|---|
| | EDAD | | | | EDAD GESTACIONAL | | | | | | | | | | NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES | | | | NÚMERO DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS | | | | | | | | | |
| | 15-19 años | | 20-25 años | | 26-35 años | | 37ss | | 38ss | | 39ss | | 40ss | | 41ss | | <6 | | >6 | | No realizó sesiones | | <6 | | 6 sesiones | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Muy bajo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Medio | 0 | 0 | 16 | 8 | 0 | 0 | 3 | 1,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 3 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 16 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 8 | 8 | |
| Muy alto | 13 | 6,5 | 14 | 7 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 20 | 10 | 12 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 17 | 17 | |
| TOTAL | 13 | 6,5 | 30 | 15 | 7 | 3,5 | 3 | 1,5 | 20 | 10 | 12 | 6 | 8 | 4 | 7 | 3,5 | 0 | 0 | 50 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 25 | 25 | |
| | PRIMÍPARAS SIN ACOMPAÑANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muy bajo | 32 | 16 | 86 | 43 | 0 | 0 | 4 | 2 | 50 | 25 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 0 | 0 | 118 | 59 | 0 | 0 | 94 | 47 | 24 | 12 | 12 | |
| Medio | 16 | 8 | 1 | 0,5 | 15 | 7,5 | 0 | 0 | 32 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 5,5 | 21 | 10,5 | 15 | 7,5 | 0 | 0 | 17 | 8,5 | 8,5 | |
| Muy alto | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL | 48 | 24 | 87 | 43,5 | 15 | 7,5 | 4 | 2 | 82 | 41 | 39 | 19,5 | 21 | 10,5 | 4 | 2 | 11 | 5,5 | 139 | 69,5 | 15 | 7,5 | 94 | 47 | 41 | 20,5 | 20,5 | |

Chi-cuadrado de Pearson: 68,71275

V de Cramer: 0,4225

La edad materna asociada a la dimensión empatía en primíparas con acompañante en su mayoría, del 15% (30 primíparas de 20-25 años) el 8% (16 primíparas) tuvieron satisfacción media; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 43,5% (87 primíparas de 20-25 años) el 43% (86 primíparas) sintieron satisfacción muy baja.

La edad gestacional asociada a la dimensión empatía en primíparas con acompañante en su mayoría, del 10% (20 primíparas de 38ss de embarazo) el 10% (20 primíparas) tuvieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 41% (82 primíparas de 38ss de embarazo) el 25% (50 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja.

El número de controles prenatales asociada a la dimensión empatía en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con > 6 controles prenatales) el 17% (34 primíparas) tuvieron satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 69,5% (139 primíparas con > 6 controles prenatales) el 59% (118 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja.

El número de sesiones de psicoprofilaxis asociada a la dimensión empatía en primíparas con acompañante en su mayoría, del 25% (50 primíparas con 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 17% (34 primíparas) tuvieron una satisfacción muy alta; a comparación de primíparas sin acompañante en su mayoría, del 47% (94 primíparas con < 6 sesiones de psicoprofilaxis) el 47% (94 primíparas) sintieron una satisfacción muy baja.

Realizado el análisis estadístico el Chi-cuadrado de Pearson fue > 1 y el V de Cramer < 1 ; lo que significa que hay asociación entre estas dos variables.