

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS AL DOLOR
POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL
REGIONAL III HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2020”**

Tesis presentada por la Bachiller:
Hernández Ortega, Ana Carolina
para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujana

Asesor:
Dr. Turpo Prieto, John Willy

Arequipa – Perú
2020



Universidad Católica
de Santa María

60

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 044 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS AL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2020”

Presentado por el (la) Sr(ta):

HERNANDEZ ORTEGA, ANA CAROLINA

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

*Cumpla con todas las
observaciones*

Arequipa, 06 de Marzo del 2020

Miguel Montes Cáceres

DR. MIGUEL MONTES CÁCERES

Dr. Miguel C. Montes Cáceres
MÉDICO CIRUJANO
GINECO-OBSTETRA
C.M.P. 15548 - R.N.E. 8363

Mario Alfredo Soto Romani

DR. MARIO ALFREDO SOTO ROMANI

MÉDICO GINECO-OBSTETRA
C.M.P. 17350 - R.N.E. 9878
HOSPITAL III YANAHUAYI

Eugenio Elías Chirinos Zerceda

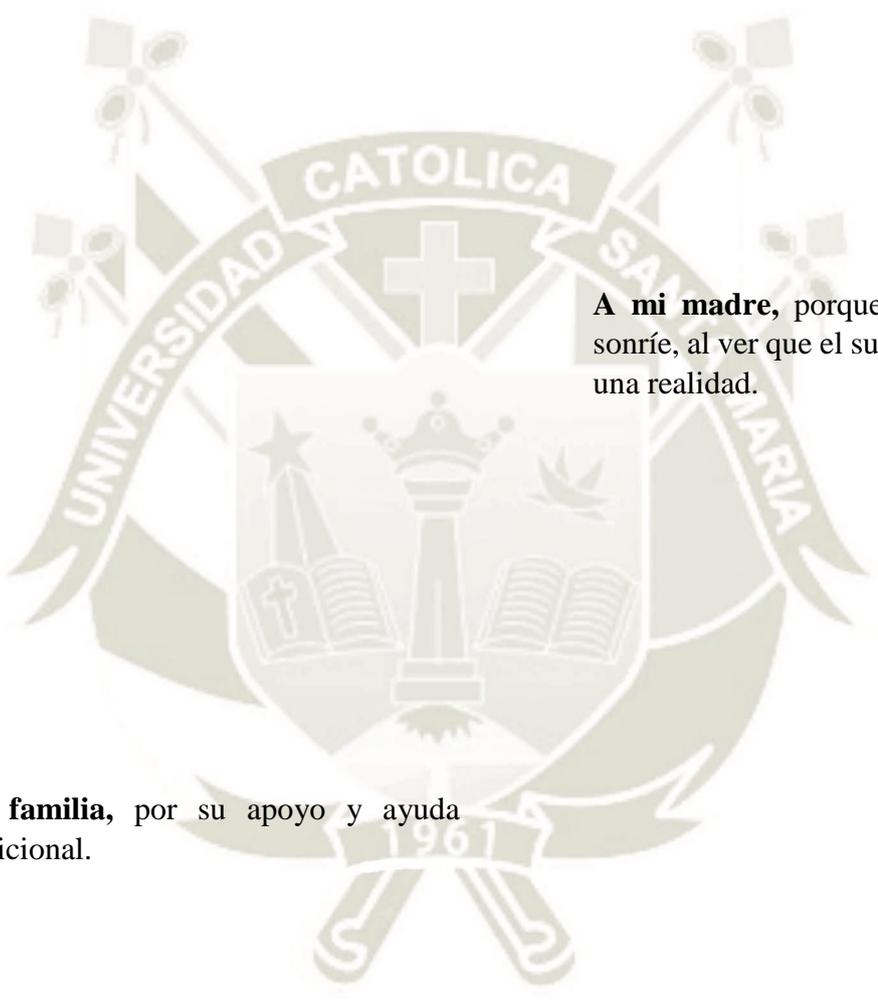
DR. EUGENIO ELÍAS CHIRINOS ZERCEDA

Dr. Eugenio Elías Chirinos Zerceda
GINECÓLOGO OBSTETRA
CMP 17418 RNE 9247

ARESA

DEDICATORIA

A Dios, por su infinito amor hacia mí.
Dedicándole cada esfuerzo para cumplir al
final, la meta que ÉL trazo para mí.



A mi madre, porque desde el cielo
sonríe, al ver que el sueño de ambas es
una realidad.

A mi familia, por su apoyo y ayuda
incondicional.

RESUMEN

Conocer los factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto de gestantes atendidas en un hospital.

Se siguió el diseño de casos – controles en una muestra representativa de 140 gestantes en trabajo de parto activo, donde los casos fueron gestantes con intensidad alta de dolor, medido con el test numérico visual del dolor en el trabajo de parto y se aplicó una encuesta semiestructurada para identificar los factores de riesgo.

La edad de la gestante no está relacionado con la intensidad del dolor durante el trabajo de parto y, no proceder de la provincia de Arequipa, es un factor débil para presentar intensidad alta de dolor (OR = 1.237). Los factores: afectación a la salud durante la gestación (OR = 2.4), tener antecedentes patológicos anteriores a la gestación (OR = 2.641), el estado civil soltera o separada (OR = 5.15), la relación de pareja insatisfactoria (OR = 1.269), la actitud negativa de la familia hacia la gestación (OR = 1.924), la gestación no deseada (OR = 1.924), el control prenatal inadecuado (OR = 1.237) y la no empatía del personal de salud (OR = 2.288), son factores de riesgo para presentar dolor de intensidad alta durante el trabajo de parto y, según el análisis multivariado, solo el antecedente patológico anterior a la gestación es un factor de riesgo (P = 0.029). El número de parto, la edad gestacional, el grado de instrucción y la actividad laboral remunerada, no son factores de riesgo.

El antecedente patológico anterior a la gestación, es un factor de riesgo para presentar intensidad alta de dolor durante el trabajo de parto.

Palabras clave: dolor por contracciones uterinas, trabajo de parto.

ABSTRACT

childbirth, being an experience so common and inherent to the condition of women, is experienced with various social and cultural meanings, but it is not without fears, myths, risks and situations, such as pain, that deserve permanent control, for being an indicator of its evolution.

to know the sociodemographic and health factors associated with pain due to uterine contractions in the labor of pregnant women treated in a hospital.

the design of cases was followed - controls in a representative sample of 140 pregnant women in active labor, where the cases were pregnant with high intensity of pain measured with the visual numerical test of pain in labor and applied a semi-structured survey to identify risk factors.

the age of the pregnant woman is not related to the intensity of pain during labor and, not coming from the province of Arequipa, is a weak factor for presenting high pain intensity (OR = 1.237). The factors: health affectation during pregnancy (OR = 2.4), have a previous history before pregnancy (OR = 2,641), single or separated marital status (OR = 5.15), unsatisfactory relationship (OR = 1,269), the negative attitude of the family towards pregnancy (OR = 1,924), unwanted pregnancy (OR = 1,924), inadequate prenatal control (OR = 1,237) and non-empathy of health personnel (OR = 2,288), they are risk factors for presenting high intensity pain during labor and, according to the multivariate analysis, only the pathological antecedent prior to pregnancy is a risk factor (P = 0.029). Childbirth number, gestational age, degree of instruction and paid work activity are not risk factors.

The pathological antecedent prior to pregnancy is a risk factor for presenting high pain intensity during labor.

Keywords: pain from uterine contractions, labor.

INTRODUCCIÓN

El parto, siendo una experiencia tan común e inherente a la condición humana, particularmente en las mujeres, plétórico de significados sociales y culturales loables, no está exento de temores, mitos, riesgos y situaciones, como el dolor, que merecen un control permanente, por ser un indicador de la evolución del mismo.

Aunque lo deseable es evitar el dolor, se ha preferido que prevalezca lo fisiológico que implica las contracciones uterinas durante el trabajo de parto, las cuales aumentan en frecuencia, duración e intensidad durante el trabajo de parto.

Desde hace varias décadas se promueven los programas conocidos como “psicoprofilaxis obstétrica o del parto”, la cual se define como un proceso educativo de preparación integral de la mujer gestante (física, cognoscitiva, social y psicológica), que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido; convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para la madre como para su bebe y su entorno familiar (5).

Se ha evidenciado que la psicoprofilaxis del parto contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto. Se define a una gestante preparada en psicoprofilaxis obstétrica, cuando dicha gestante ha recibido 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo (10).

En nuestra región Arequipa, en muchos establecimientos de salud, según nuestra experiencia en la práctica pre-profesional e internado, la mayoría de gestantes no participó de los programas de psicoprofilaxis obstétrica o no tuvieron continuidad en las sesiones por diferentes factores, por tal motivo, suelen ingresar a sala de partos presentando conductas no adecuadas, como el temor, no controlan la respiración y sus energías, algunas suelen exigir calmantes para el dolor y no tienen información sobre los síntomas de la evolución del trabajo de parto.

El problema de cómo reducir el miedo al parto es un gran desafío para el personal médico que prepara a las mujeres embarazadas para el parto y durante el trabajo de parto. La necesidad de encontrar formas efectivas de reducir el miedo al parto es cada vez más urgente debido al creciente número de partos por cesárea no justificadas por razones patológicas.

La cesárea se indica generalmente en forma programada debido a una variedad de complicaciones gestacionales como la placenta previa, la placenta ácreta, la ruptura uterina, la pérdida excesiva de sangre, la anemia e infección materna, entre otras razones. Pero, además de los riesgos y potenciales secuelas médicas, la cesárea también puede tener consecuencias psicológicas, como el estrés postraumático, dificultades con la lactancia materna y trastornos asociados con el desarrollo del vínculo con el niño (13).

A pesar de los riesgos involucrados, el número de cesáreas está aumentando en todo el mundo. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser de entre 5 y 15%; un porcentaje mayor no representaría beneficios adicionales. En los Estados Unidos de América, en el 2006 se alcanzó un récord histórico de cesáreas. En ese año, el porcentaje de nacimientos por vía abdominal fue del 31.1%, con un incremento del 50% en la última década. En América Latina existe un fenómeno semejante, Chile tiene el mayor porcentaje de cesáreas en la población general con el 40,4 % incrementándose hasta un 51% en instituciones privadas, mientras que en los segmentos de mayor ingreso económico de Brasil los nacimientos por cesárea alcanzan el 77%. Las investigaciones muestran que una de las razones importantes para solicitar la cesárea por las madres, es el miedo al parto, asociado a disfunción del proceso de trabajo y problemas psicológicos (6).

Existen sectores sociales y personas más sensible al dolor en el trabajo de parto, que tendrían acceso a solicitar algún procedimiento médico de analgesia e incluso, la cesárea. Un factor significativo que reduce la percepción del dolor durante el parto es una creencia de las mujeres de que ella es capaz de controlar el dolor y aplicar efectivamente tales métodos de control del dolor. Debido a que los factores cognitivos influyen en la percepción del dolor durante el parto, la preparación adecuada para el trabajo de parto puede ser un factor preventivo importante (1).

Al observar en nuestra experiencia que muchas gestantes, especialmente las primíparas, presentan situaciones de gran dolor y temor ante el trabajo de parto, es que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor en gestantes en trabajo de parto del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020?

Con los probables resultados de la investigación que desarrollaremos, se propondrá un programa de información y preparación para una experiencia satisfactoria del trabajo de parto, que implique la disminución de la percepción del dolor. Este programa tomará en

cuenta los factores de riesgo identificados en la presente investigación y podrá ser coordinado con los servicios de Medicina, Enfermería y Obstetricia del hospital.



ÍNDICE

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II: RESULTADOS	6
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	20
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	25
CONCLUSIONES	267
RECOMENDACIONES	278
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	289
ANEXOS.....	312
Anexo 1 GUÍA DE ENTREVISTA	323
Anexo 2 ESCALA NUMÉRICA PARA MEDICIÓN VISUAL DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	345
Anexo 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	356
Anexo 4 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN	367
Anexo 5 Proyecto de Investigación.....	3941

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ASOCIACIÓN DE FACTORES DEMOGRÁFICOS CON EL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO	7
TABLA 2. ASOCIACIÓN DE FACTORES SOCIALES CON EL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO	9
TABLA 3. ASOCIACIÓN DE FACTORES PERSONALES CON EL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO	11
TABLA 4. ASOCIACIÓN DE FACTORES DE CONOCIMIENTO DEL PARTO, CONTROL PRENATAL Y PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS CON EL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO	13
TABLA 5. ASOCIACIÓN DE FACTORES DE SALUD, PARIDAD, ANTECEDENTES PATOLOGICOS ANTES DE LA GESTACION Y DURANTE LA GESTACION CON EL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO.....	15
TABLA 6. ASOCIACIÓN DE LA EMPATIA DEL PERSONAL DE SALUD HOSPITALARIO CON EL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO	17
TABLA 7. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS AL DOLOR DE INTENSIDAD ALTA POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO...	18



CAPÍTULO I
MATERIALES Y MÉTODOS

Se siguió el diseño de casos – controles, donde los casos fueron las gestantes que presentaron durante el periodo activo de parto, un dolor de intensidad alta, medido con el instrumento usado; los controles fueron las gestantes que presentaron un nivel bajo o mediano de dolor.

El estudio se realizó en un hospital público, donde se observó una muestra representativa de 140 gestantes, de las cuales 63 fueron casos y 77 fueron controles.

Para medir la intensidad del dolor se aplicó el test numérico visual del dolor en el trabajo de parto y para identificar la presencia de los factores de riesgo se aplicó un cuestionario semiestructurado elaborado con base a las variables independientes elegidas.

Se planteó la siguiente hipótesis:

Dado que el trabajo de parto normal es un proceso fisiológico donde confluyen diversas actitudes y condiciones personales de las parturientas y que el dolor asociado a las contracciones uterinas es percibido con diferente intensidad, es probable que la intensidad alta del dolor, esté asociada a diversos factores sociodemográficos, sociales y personales de la parturienta.

El campo de verificación fue el siguiente:

- **Ubicación espacial**

La presente investigación se realizó en la Sala de Dilatación del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Regional Honorio Delgado. MINSA, Arequipa, ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión, Cercado.

- **Ubicación temporal**

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre enero y marzo del 2020.

- **Unidades de estudio**

Fueron gestantes en trabajo de parto activo, de toda edad, con cualquier edad gestacional, fecundidad y antecedentes de salud.

- **Población:** La población estuvo constituida por todas las gestantes de un mes atendidas en el hospital Regional III Honorio Delgado. Para su estimación se recurrió al Boletín Estadístico del año 2018 (último disponible), en el cual se informa que durante ese año hubieron 2,664 partos normales, lo cual implica

222 partos al mes, dato con el cual se calculó el tamaño de muestra representativa.

- **Los criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión:**

- Gestante en trabajo de parto activo
- Producto único
- Parto eutócico
- Participación voluntaria

- **Criterios de exclusión:**

- Gestante que por razones de salud no pueda responder a los instrumentos.
- Gestante con evolución patológica del trabajo de parto.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se usó la siguiente fórmula para una población finita y conocida:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: tamaño muestral

N: tamaño de la población

Z: valor correspondiente a la distribución de gauss, $Z_{\alpha=0.05} = 1.96$ y $Z_{\alpha=0.01} = 2.58$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar ($p = 0.3$)

q: $1 - p$ ($q = 0.7$)

i: error que se prevé cometer si es del 10 %, $i = 0.1$

$n = 140$

Una vez aprobado el proyecto, se procedió a solicitar la autorización del director del Departamento de Ginecología y Obstetricia, para poder acceder a las gestantes en trabajo de parto en la sala de dilatación.

El estudio recibió la aprobación del comité de ética de la Universidad Católica de Santa María para su ejecución.

Por razones éticas, las parturientas fueron informadas por la autora de la investigación de los objetivos y procedimientos de la misma, y se les invitó a participar de manera voluntaria, firmando el formato de consentimiento informado.

Con los datos obtenidos con el test numérico visual del dolor, se formaron dos grupos:

CASOS: parturientas que obtuvieron un puntaje alto (8 – 10 puntos).

CONTROLES: parturientas que obtuvieron un puntaje ≤ 7 puntos en la escala usada.

La identificación de los factores de riesgo se basó en la información proporcionada por el cuestionario aplicado, la cual se organizó en forma dicotómica para cada factor, usando las siguientes definiciones operacionales de los factores:

- Edad: se propone dos formas de la edad de riesgo para presentar nivel de dolor alto: edad ≤ 19 años y ≥ 30 años.
- Procedencia de ciudades diferentes a la provincia de Arequipa.
- Estado civil o marital: soltera.
- Grado de instrucción: menor a secundaria completa.
- Ocupación: no tener ocupación remunerada o ingresos propios.
- Actitud familiar hacia la gestación: negativa, rechazo, desacuerdo.
- Percepción de empatía de personal de salud: negativa o inadecuada.
- Conocimiento sobre el trabajo de parto: desconocimiento de la duración aproximada, etapas, cambios fisiológicos, origen y evolución del dolor, posibles alteraciones, conductas necesarias.
- Relación de pareja (progenitor): negativa, inadecuada o desinterés.
- Gestación deseada: no deseada o no planificada.
- Edad gestacional: pretérmino o postérmino.
- Control prenatal: frecuencia menor a 5, iniciado desde el primer trimestre.

- Participación en un programa de psicoprofilaxis: asumiendo que estos programas preparan a las gestantes para tener un trabajo de parto satisfactorio, que implica la disminución del dolor.
- Afectación a la salud durante la gestación: sobrepeso, hiperémesis gravídica, aumento de la glicemia, ITU, edemas excesivos, anemia, otros.
- Antecedente patológico anterior a gestación: enfermedades o síndromes que requirieron tratamiento.

Para elaborar los resultados y realizar el análisis estadístico, se confeccionó una base de datos en el programa Excel.

Se calcularon los estadísticos: Odds Ratio, chi cuadrado, intervalos de confianza al 95% y el respectivo análisis de regresión logística con el programa SPSS 22; evaluando de esta forma la presencia y significación de los factores de riesgo para presentar una intensidad alta del nivel de dolor en el trabajo de parto.

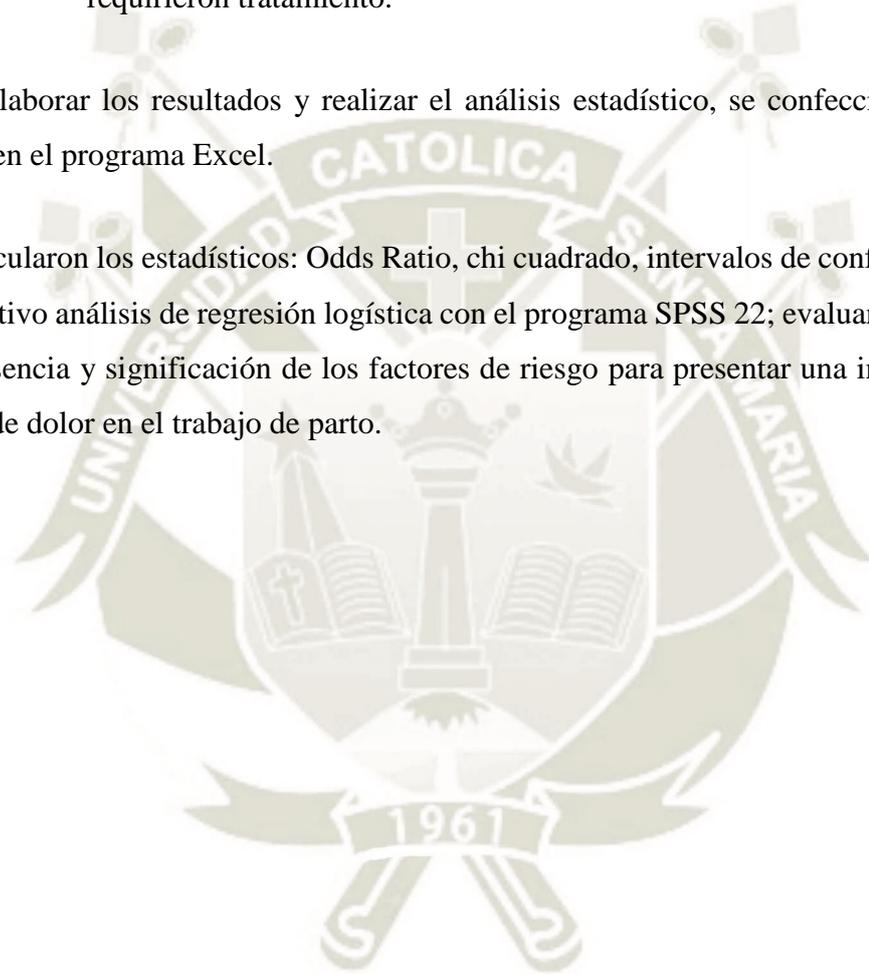




TABLA 1.
ASOCIACIÓN DE FACTORES DEMOGRÁFICOS CON EL DOLOR POR
CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO

FACTORES	DOLOR ALTO (CASO)		DOLOR LEVE/MODERADO (CONTROL)		X ² P OR IC95%
	Nº 63	%	Nº 77	%	
	Edad ≤19 años	12	50,00	12	
Edad 20 a más	51	43,97	65	56,03	0,27 0,325 - 1,892
Edad ≥ 30 años	11	36,67	19	63,33	1,0713 0,3006
Edad ≤ 29 años	52	47,27	58	52,73	0,645 0,674 - 3,557
Edad gestacional a término	56	44,44	74	55,56	2,720 0,099
Edad gestacional pretérmino	7	50,00	3	50,00	0,324 0,763 - 12,458
No proceder de Arequipa Prov.	4	50,00	4	50,00	0,0857 0,7697
Proceder de Arequipa provincia	59	44,70	73	55,30	1,237 0,194 - 3,370

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 1 se observa que el 50% de las gestantes con edad ≤ 19 años presentaron dolor alto por contracciones uterinas en el trabajo de parto y que las gestantes con edad mayor a 20 años de edad, en un 43.97% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que ambas variables, edad menor de la gestante y el dolor por contracciones uterinas en el trabajo no están relacionadas ($p = 0.5886$), así como el OR concluye que la edad ≤ 19 años no es un factor de riesgo para presentar dolor alto (0.27).

También se observa que el 36.67% de las gestantes con edad ≥ 30 años presentaron dolor alto por contracciones uterinas en el trabajo de parto y que las gestantes con edad ≤ 29 años, en un 47.27% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica las variables, edad mayor o menor a 30 años de la gestante y la intensidad del dolor, no está relacionadas ($p = 0.3006$), así como el OR concluye que la edad ≤ 19 años no es un factor de riesgo para presentar dolor alto (0.645).

Las gestantes que tenían edad gestacional a término en un 44.44% presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes con edad gestacional pretérmino en un 50% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, edad gestacional y el dolor no están relacionadas ($p = 0.099$), así como el OR concluye que la edad gestacional a término no es un factor de riesgo para presentar dolor alto (0.324).

Las gestantes que no procedían de Arequipa provincia en un 50% presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes con procedencia de Arequipa provincia, en un 44.70% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que ambas variables, la procedencia y el dolor no están relacionadas ($p = 0.7697$), así como el OR concluye que no proceder de Arequipa provincia no es un factor de riesgo débil para presentar dolor alto (1.237).

TABLA 2.
ASOCIACIÓN DE FACTORES SOCIALES CON EL DOLOR POR
CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO

FACTORES	DOLOR ALTO (CASO)		DOLOR LEVE/MODERADO (CONTROL)		X ² P OR IC95%
	Nº 63	%	Nº 77	%	
	Tipo de hogar unipersonal	1	100,00	0	
Hogar nuclear/extendido	62	44,60	77	55,40	
Soltero/separado	4	80,00	1	20,00	2,5664 0,1092
Casado/conviviente	59	43,70	76	56,30	5,15 0,021 - 1,783
Menor a sec. completa	12	46,15	14	53,85	0,0172 0,8957
Sec. completa a más	51	44,74	63	55,26	1,058 0,402 - 2,220
No trabajo remunerado	50	44,64	62	55,36	0,0289 0,8651
Trabajo remunerado	13	46,43	15	53,57	0,930 0,468 - 2,467

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2 se observa que no se puede analizar la variable tipo de hogar porque hubo un solo caso con tipo de hogar unipersonal.

También se observa que el 80% de las gestantes solteras o separadas presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes casadas o convivientes, en un 43.70% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, condición conyugal y el dolor en el trabajo de parto, no están relacionadas ($p = 0.1092$), pero el OR concluye que la condición de soltera o separada sí es un factor de riesgo para presentar dolor alto (5.15).

Además, se observa que el 46.15% de las gestantes con grado de instrucción menor a secundaria completa presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes con instrucción secundaria completa o mayor, en un 44.74% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, grado de instrucción y el dolor en el trabajo de parto, no están relacionadas ($p = 0.8957$), así como el OR concluye que tener grado de instrucción menor a secundaria completa no es un factor de riesgo para presentar dolor alto (1.058).

Se observa que el 44.64% de las gestantes que no tenían trabajo remunerado presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes que tenían trabajo remunerado, en un 46.43% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, ocupación remunerada y el dolor en el trabajo de parto, no están relacionadas ($p = 0.8651$), así como el OR concluye que no tener ocupación remunerada, no es un factor de riesgo para presentar dolor alto (0.930).

TABLA 3.
ASOCIACIÓN DE FACTORES PERSONALES CON EL DOLOR POR
CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO

FACTORES	DOLOR ALTO		DOLOR LEVE/MODERADO		X ² P OR IC95%
	(CASO)		(CONTROL)		
	N° 63	%	N° 77	%	
Relación con la pareja insatisfactoria	11	50,00	11	50,00	0,264 0,608 1,269
Relación con la pareja satisfactoria	52	44,07	66	55,93	0,317 - 1,960
Actitud negativa de la familia hacia el embarazo	46	50,55	45	49,45	3,235 0,072 1,924
Actitud positiva de la familia hacia el embarazo	17	34,69	32	65,31	0,254 - 1,065
Gestación no deseada	51	49,04	53	50,96	2,665 0,103 1,924
Gestación deseada	12	33,33	24	66,67	0,235 - 1,148

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 3 se observa que el 50% de las gestantes con relación de pareja insatisfactoria presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes con relación de pareja satisfactoria, en un 44.07% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, relación de pareja y el dolor en el trabajo de parto, no están relacionadas ($p = 0.608$), así como el OR concluye que la relación de pareja insatisfactoria es un factor de riesgo débil para presentar dolor alto (1.269).

También se observa que el 50.55% de las gestantes con una actitud negativa de la familia hacia el embarazo, presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes que tenían una actitud positiva de la familia hacia el embarazo, en un 34.69% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, actitud de la familia hacia el embarazo y el dolor en el trabajo de parto, no están relacionadas ($p = 0.072$), así como el OR concluye que la actitud negativa de la familia hacia el embarazo, es un factor de riesgo para presentar dolor alto (1.924).

Además, se observa que el 49.04% de las gestantes con relación que tenían una gestación no deseada, presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes con gestación deseada, en un 33.33% también presentaron dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, gestación deseada y el dolor en el trabajo de parto, no están relacionadas ($p = 0.103$), así como el OR concluye que tener una gestación no deseada, es un factor de riesgo para presentar dolor alto (1.924).

TABLA 4.
**ASOCIACIÓN DE FACTORES DE CONOCIMIENTO DEL PARTO, CONTROL
PRENATAL Y PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS CON EL DOLOR POR
CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO**

FACTORES	DOLOR ALTO (CASO)		DOLOR LEVE/MODERADO (CONTROL)		X ² P OR IC95%
	Nº 63	%	Nº 77	%	
	Conocimientos insuficientes sobre el trabajo de parto	63	45,65	75	
Conocimientos suficientes sobre el trabajo de parto	0	0	2	100,00	
Control prenatal inadecuado	4	50,00	4	50,00	0,0857 0,7697
Control prenatal adecuado	59	44,70	73	55,30	1,237 0,194 - 3,370
Programa de psicoprofilaxis incompleto/ no haberlo llevado	63	45,32	76	54,68	
Programa de psicoprofilaxis completo	0	0	1	100,00	

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4 se observa que no se puede analizar la variable conocimientos sobre el trabajo de parto, dado que solo 2 gestantes presentaron conocimientos adecuados.

Se observa que el 50% de las gestantes con control prenatal inadecuado, presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes con control prenatal adecuado, el 44.70% presentó dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, control prenatal y el dolor en el trabajo de parto, no están relacionadas ($p = 0.7697$), así como el OR concluye que no tener control prenatal adecuado, no es un factor de riesgo débil para presentar dolor alto (1.237).

El factor, participación en el programa de psicoprofilaxis del parto, no se puede evaluar dado que solo una gestante lo realizó en forma completa.



TABLA 5.
ASOCIACIÓN DE FACTORES DE SALUD, PARIDAD, ANTECEDENTES PATOLOGICOS ANTES DE LA GESTACION Y DURANTE LA GESTACION CON EL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO

FACTORES	DOLOR ALTO (CASO)		DOLOR LEVE/MODERADO (CONTROL)		X ² P OR IC95%
	Nº 63	%	Nº 77	%	
	Primípara	29	48,33	31	
Dos o más partos	34	42,5	46	57,7	1,054 0,230 - 0,809
Con afectación de la salud durante la gestación	48	52,17	44	47,83	5,5797 0,0182
Sin afectación de la salud durante la gestación	15	31,25	33	68,75	2,4 0,200 - 0,869
Antecedente patológico anterior a la gestación	22	62,86	13	37,14	6,0125 0,0142
Sin antecedente patológico anterior a la gestación	41	39,05	64	60,95	2,641 0,172 - 0,834

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 5 se observa que el 48.33% de las gestantes primíparas presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes con 2 o más partos, el 42.5% presentó dolor de intensidad alta.

El análisis de X^2 nos indica que la variable número de partos y el dolor en el trabajo de parto, no están relacionadas ($p = 0.492$), así como el OR concluye que ser primípara, no es un factor de riesgo para presentar dolor alto (1,054).

También se observa que el 52.17% de las gestantes que tuvieron alguna afectación a su salud durante la gestación parto, presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes que no tuvieron alguna afectación a su salud durante el parto, el 31.25% presentó dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, afectación a su salud durante la gestación y el dolor en el trabajo de parto, están relacionadas ($p = 0.0182$), así como el OR concluye que haber tenido alguna afectación a su salud durante la gestación, es un factor de riesgo para presentar dolor alto (2.4).

Se observa que el 62.86% de las gestantes que tuvieron antecedentes patológicos anteriores a la gestación, presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes que no tuvieron antecedentes patológicos anteriores a la gestación, en un 39.05% presentó dolor alto.

El análisis de X^2 nos indica que las variables, antecedentes patológicos anteriores a la gestación y el dolor en el trabajo de parto, están relacionadas ($p = 0.0142$), así como el OR concluye que tener antecedentes patológicos anteriores a la gestación, es un factor de riesgo para presentar dolor alto (2.641).

TABLA 6.
**ASOCIACIÓN DE LA EMPATÍA DEL PERSONAL DE SALUD HOSPITALARIO
CON EL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE
PARTO**

FACTOR	DOLOR ALTO (CASO)		DOLOR LEVE/MODERADO (CONTROL)		X ² P OR IC95%
	Nº 63	%	Nº 77	%	
	Personal de salud sin empatía	33	56,90	25	
Personal de salud con empatía	30	36,59	52	63,41	0,220 - 0,869

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 6 se observa que el 56.90% de las gestantes que no percibieron empatía en el personal de salud, presentaron dolor alto en el trabajo de parto y que las gestantes que sí percibieron empatía en el personal de salud, el 36.59% presentó dolor alto.

El análisis de X² nos indica que las variables, empatía del personal de salud y el dolor en el trabajo de parto, están asociados ($p \leq 0.0173$), así como el OR concluye que el no percibir empatía en el personal de salud, es un factor de riesgo para presentar dolor alto (2.288).

TABLA 7.
ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS AL DOLOR DE
INTENSIDAD ALTA POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE
PARTO

FACTORES	Wald	Sig.	95% de intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
- Edad \leq 19 años	,013	,909	,282	3,088
- Edad \geq 30 años	,026	,872	,271	4,655
- No proceder de Aqp provincia	,058	,810	,226	6,689
- Gestación a término	3,110	,078	,040	1,185
- No ser casada o conviviente	1,757	,185	,388	135,042
- Primípara	,000	,990	,000	
- Afectación a la salud en la gestación	2,158	,142	,768	6,332
- Control prenatal inadecuado	,003	,954	,140	8,071
- Antecedente patológico anterior a gestación	4,760	,029	1,114	7,544
- Relación insatisfactoria con pareja	1,628	,202	,106	1,607
- Gestación no deseada	,967	,325	,586	5,002
- Instrucción < secundaria completa	,057	,811	,340	3,972
- No tener ocupación remunerada	,003	,957	,309	3,041
- Actitud negativa hacia la gestación de la familia	1,499	,221	,640	6,929
- Percibir maltrato del personal de salud	3,788	,052	,994	5,623

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7, donde se muestran los resultados del análisis multivariado, se observa que la variable, antecedente patológico anterior a gestación, es un factor de riesgo para presentar dolor alto en el trabajo de parto ($p= 0.229$) y tiene un amplio y positivo intervalo de confianza.





**CAPÍTULO III:
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

En la Tabla 1 se asocian algunos factores demográficos con la intensidad del dolor durante el trabajo de parto. Hipotéticamente propusimos que las gestantes menores de edad (≤ 19 años) podían presentar una sensación más intensa de dolor por su inexperiencia o inmadurez orgánica, o que las ≥ 30 años, por razones también orgánicas del canal del parto y las expectativas, podrían presentar mayor sensación de dolor; pero nuestros resultados nos demuestran que no son factores de riesgo en la muestra estudiada.

Igualmente se pensó que el no proceder de la provincia de Arequipa podía crear mayor tensión en la gestante, quizás por haber tenido que dejar a su red social o familiar de apoyo o por proceder de ámbitos más tradicionales culturalmente, pero nuestros resultados nos demostraron que es un factor de riesgo débil para presentar una intensidad alta de dolor en el trabajo de parto.

La edad de la gestación estaría aumentando en países como el Perú, por el proceso conocido como transición demográfica, donde se aprecia la disminución de la fecundidad y el aumento de la edad de la primera gestación, así como fuertes cambios en la composición y tipo de hogar (18); pero siempre persiste social y culturalmente, la experiencia de ser la gestación y el parto, a la vez, de gran felicidad y dolor (4).

En una investigación realizada en Venezuela para comparar la frecuencia de embarazos en adolescentes y en mayores de 40 años, en dos lapsos de tiempo con 30 años de diferencia, se observó el aumento de la edad según el número de gestaciones, la frecuencia de gestaciones en adolescentes disminuyó significativamente y en mayores de 40 años aumentó (2). Ambas edades extremas para la gestación, tendrían sus propios riesgos.

En otro estudio realizado también en Venezuela, para comparar las primigestas de 35 años y más, atendidas en dos lapsos con 10 años de diferencia, se encontró que el 94,45 % refirieron haber realizado control prenatal, la mayoría a nivel de hospitales privados, el número de consultas y de exámenes complementarios realizados aumentaron en el segundo periodo de tiempo, las complicaciones del embarazo fueron numerosas predominando los trastornos hipertensivos del embarazo, en el 46 % y 52 % se realizó cesárea la mayoría de emergencia, las complicaciones intra y posparto y neonatal numerosas sin diferencias significativa. La mortalidad neonatal fue cuatro veces mayor y hubo 2 muertes maternas en el segundo lapso. En la morbilidad materna predominando los trastornos hipertensivos del embarazo, el ingreso de pacientes multirreferidas, de la incidencia de cesáreas, de la morbimortalidad perinatal y de la mortalidad materna, concluyendo que la primigesta de edad avanzada es un embarazo de muy alto riesgo (14).

En la Tabla 2, se observa que las variables: grado de instrucción y actividad laboral remunerada, no están relacionadas con la intensidad del dolor durante el trabajo de parto de las gestantes, no son factores de riesgo para tener dolor alto. Pero sí es un factor de riesgo estado civil soltera o separada con un alto OR = 5.15.

Comparativamente, en un estudio realizado en España, donde el 31,73% de mujeres poseían estudios universitarios y el 46,94% disponía de ingresos mensuales entre 1.000-1.999 €. La mayoría de estas mujeres estaban sanas antes del embarazo y en el 90% de los casos el embarazo fue deseado. El 77,50% controlaron su embarazo en atención primaria, el 91,80% tenían un buen control prenatal y el 68,65% acudió al programa de educación maternal. Las mujeres que realizaron educación maternal otorgaron una media de 7,08 sobre 10 al nivel de dolor que padeció en el parto frente al 7,31 al ajustar por estado civil materno, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología en el embarazo, embarazo buscado, edad materna, utilización de medicación en el periodo de dilatación, utilización de analgesia epidural y de medidas analgésicas no farmacológicas durante el parto, no se produjo cambio significativo ($p=0,690$) (7).

En la Tabla 3 se observa que las variables: relación de pareja insatisfactoria, la actitud negativa de la familia hacia la gestación y tener una gestación no deseada, son factores de riesgo para tener dolor de intensidad alta durante el trabajo de parto.

En un trabajo realizado en Chile para explorar las vivencias de mujeres que optaron por un parto personalizado, en casa o en clínicas privadas, “las narraciones dan cuenta de la importancia del acompañamiento significativo centrado en el progenitor; el acompañamiento de otros centrado en la matrona y el acompañamiento familiar. El apoyo de la pareja, es muy valorado por la mujer, su presencia no está solo en el momento del nacimiento ya que las entrevistadas mencionaron que su pareja participó durante la gestación, parto y post parto, brindándoles contención y apoyo durante todo el proceso. Las mujeres señalan que el hombre debe involucrarse en la gestación ya que es un proceso de ambos” (12).

En la Tabla 4 se observa que casi ninguna de las gestantes del grupo de estudio tenía conocimientos suficientes sobre el trabajo de parto o habían participado de un programa de psicoprofilaxis obstétrica. Además, en el estudio se puede constatar que el control prenatal inadecuado es un factor de riesgo débil para tener dolor alto.

En un estudio realizado en el Perú para identificar las características de un grupo de gestantes que recibieron psicoprofilaxis obstétrica de emergencia y conocer las razones por las que no realizaron su preparación prenatal integral oportunamente, de acuerdo a las recomendaciones técnicas generales; se encontró que tenían secundaria incompleta 0.6%, secundaria completa 6%, superior incompleta 15.4% y superior completa 78%. El 69% se encontraba trabajando durante su gestación. Refirieron que no recibieron psicoprofilaxis obstétrica por falta de: información el 17.3%, tiempo 46.4%, recursos económicos 28.6% y por falta de apoyo de la pareja 7.7%; así como todas manifestaron satisfacción por la psicoprofilaxis de emergencia recibido, por sentirse más tranquilas y seguras de cómo llegar y colaborar en su parto (15).

Los signos y síntomas de alarma que una gestante debe conocer para acudir inmediatamente a un servicio de salud, son los siguientes: fuerte dolor de cabeza o zumbido en el oído, visión borrosa con puntos de lucecitas, náuseas y vómitos frecuentes, disminución o ausencia de movimientos del feto, palidez marcada, hinchazón de pies, manos o cara, pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales o aumentar más de dos kilos por semana, fiebre y las contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas (8).

En otro estudio realizado en Uruguay, en gestantes en trabajo de parto y que no han controlado sus embarazos, con el fin de determinar las causas que llevan a estas mujeres a no controlarse, encontraron que estas mujeres no controlan sus gestaciones en un 48,9% por falta de interés, independientemente de la edad y paridad de la paciente; el 17,8% refirió que ocuparse de otros hijos, el 7.4% por falta de ginecólogo o partera en el servicio de salud y 4.5% por falta de dinero (17).

En la Tabla 5 se observa que los antecedentes de afectación a la salud durante la gestación y anteriores al parto, sí están relacionados con la intensidad de dolor en el trabajo de parto y que son factores de riesgo para tener una intensidad alta de dolor.

La variable, número de parto y la intensidad del dolor, no están relacionadas ni ser primípara es un factor de riesgo para presentar dolor de intensidad alta durante el trabajo de parto.

En un estudio realizado en Chile para determinar las infecciones genitourinarias como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes, se incluyeron a 35 adolescentes con parto pretérmino y 148 con parto a término, se encontró de las adolescentes con parto pretérmino el 54,3% presentaron infección de vías urinarias, mientras que solo 33,8% de estas presentaron parto a término ($p=0,02$). El 57,1% de las adolescentes con parto pretérmino presentaron infección vaginal en comparación con 35,1% de las de parto a

término ($p=0,01$); concluyendo que las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pretérmino en adolescentes (16).

En la Tabla 6 se observa que la percepción de la empatía del personal de salud, sí se relaciona con la intensidad del dolor durante el trabajo de parto y, la no empatía del personal, es un factor de riesgo para tener dolor de intensidad alta.

En una investigación realizada en Chile con el objetivo de conocer la percepción del buen cuidado que tienen las mujeres en situación de parto, se encontró que se valora el uso de palabras suaves, el aporte de información, la presencia de un familiar, el apoyo y respaldo de las madres, para que la parturienta pueda vivirlo satisfactoriamente, traducándose el buen cuidado, en eje de bienestar y valoración personal (3).

En otro estudio realizado en Brasil para identificar las formas de violencia obstétrica experimentadas por las madres que tuvieron un parto normal, donde se entrevistó a 35 puérperas de parto vaginal y niño vivo; se evidencio que las formas de violencia obstétrica de las que eran víctimas, se expresaban en las palabras y actitudes de los profesionales de la salud que las asistieron. Por ejemplo, hubo comentarios inapropiados que marcan profundamente la experiencia del parto. Las críticas a los gritos o gemidos durante el parto estaban presentes; las que emitieron gritos y gemidos pasaron por momentos de intimidación, incluyendo la amenaza de quedarse solas en un momento de gran debilidad que tiene la gestante (18).

El problema del dolor fue reportado por las puérperas entrevistadas, las cuales lo consideran como inherente al proceso de parto y se presentaron también en el tacto vaginal, la episiorrafia o incluso, en la curación de la herida (5).

En la Tabla 7 donde se observa los resultados del análisis multivariado, se encuentra que solo la variable, tener antecedentes patológicos anteriores a la gestación, es un factor de riesgo para presentar intensidad alta del dolor durante el trabajo de parto. Este dato se explicaría por el tipo de patología precedente a la gestación, la cual puede afectar el estado de salud general de la gestante.



**CAPÍTULO IV:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La edad de la gestante no está relacionado con la intensidad del dolor durante el trabajo de parto y, no proceder de la provincia de Arequipa es un factor débil para presentar intensidad alta de dolor.
- SEGUNDA:** Los factores: afectación a la salud durante la gestación y tener antecedentes patológicos anteriores a la gestación, son factores de riesgo para presentar dolor de intensidad alta durante el trabajo de parto y, según el análisis multivariado, solo la segunda variable se relaciona con la intensidad del dolor. El número de parto y la edad gestacional no son factores de riesgo.
- TERCERA:** El estado civil soltera o separada, la relación de pareja insatisfactoria, la actitud negativa de la familia hacia la gestación, la gestación no deseada, el control prenatal inadecuado y la no empatía del personal de salud, son factores de riesgo para presentar intensidad alta de dolor, pero no lo son: el grado de instrucción y la actividad laboral remunerada.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el personal médico de Gineco Obstetricia y el personal de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, identifiquen lo más precozmente los factores donde el dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto fue alto, para dar un tratamiento oportuno, tener mayor atención y cuidados en estas gestantes, y de esta manera disminuir el dolor por contracciones uterinas del trabajo, porque suele ser trascendente para la misma evolución del parto, la salud del producto y la actitud hacia posibles nuevas gestaciones.
2. Se recomienda que el personal de obstetricia mejore sus coberturas de gestantes en cuanto al programa de psicoprofilaxis y de control prenatal y así se beneficien las gestantes con una mejor preparación para la etapa del trabajo de parto y sea una experiencia gratificante.
3. Se recomienda que los futuros investigadores identifiquen otros factores en el campo de la Psicología, la Antropología y las relaciones sociales, además de los factores médicos y biológicos para asociarlos al dolor alto por contracciones uterinas en el trabajo de parto.

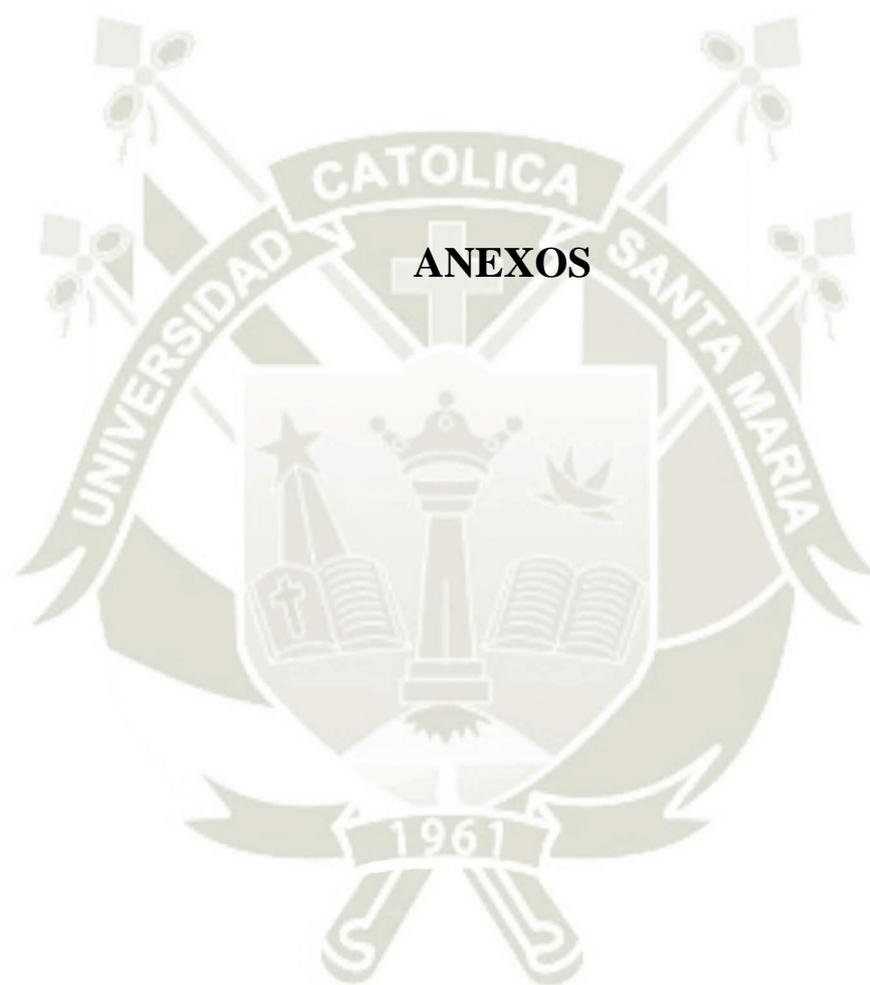
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Actualidad en Psicología. ¿Qué es el locus de control? 16 mayo, 2018. Disponible en <https://www.actualidadenpsicologia.com/locus-de-control/> Consulta 18/01/2020.
2. Agüero O, Avilán Rovira. Edad, paridad, embarazo y parto. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2001 Sep [citado 2020 Mar 02]; 61(3): 147-152. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000300002&lng=es.
3. Bravo V, Uribe T, Contreras M. El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2020 Mar 02] ; 73(3): 179-184. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>.
4. Centenaro Levandowski, da Silva Pereira C, Golembiewski Mendes, M. ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. Revista de Psicología (PUCP), 2015. 33(2), 333-361. Recuperado en 02 de marzo de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200004&lng=es&tlng=es.
5. Da-Silva-Carvalho Isaiane, Santana-Brito Rosineide. Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. Enferm. glob. [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 02] ; 16(47): 71-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071&lng=es. Epub 01-Jul-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>.
6. De Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 17-32.
7. Martínez G, Delgado R. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [citado 2020 Mar 02] ; 78(4): 293-297. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

- 75262013000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400008>.
8. Ministerio de Salud del Perú. Salud Materna [Internet]. [acceso 29 febrero 2020]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_77.asp
 9. MINSA. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Lima. 2019.
 10. MINSA. Norma técnica de salud para la atención del Parto vertical en el marco de los derechos Humanos con pertinencia intercultural. Lima 2016.
 11. Morales Alvarado. Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. Horiz. Med. [Internet]. 2015 Ene [citado 2020 Mar 01] ; 15(1): 61-66. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000100009&lng=es.
 12. Muñoz-Dueñas C, Contreras-García Y, Manríquez-Vidal C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 02] ; 83(6): 586-595. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600586&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600586>.
 13. Nápoles-Méndez D, Piloto-Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN [Internet]. 2012 Oct [citado 2020 Feb 12] ; 16(10): 1579-1595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000013&lng=es.
 14. Obregón Yáñez LE. Primigesta de edad avanzada. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2007 Sep [citado 2020 Mar 02] ; 67(3): 152-166. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300003&lng=es.
 15. Ticona-Rebagliati D, Torres-Bravo L, Veramendi-Espinoza L, Zafra-Tanaka. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Abr [citado 2020 Mar 01] ; 60(2): 123-130.

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200005&lng=es.

16. Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez M, Ruiz-Rodríguez M, Villarreal-Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2020 Mar 02] ; 77(5): 338-341. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500003>.
17. Verde María E, Varela L, Episcopo C, García R, Briozzo L, Impallomeni Ivana et al. Embarazo sin control: Análisis epidemiológico. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2012 Jul [citado 2020 Mar 02] ; 28(2): 100-107. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000200003&lng=es.
18. Yépez-Martínez, B. (2013). La demografía de la familia y los hogares. Cuadernos del Cendes, 30(83), 121-133. Recuperado en 02 de marzo de 2020, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082013000200008&lng=es&tlng=es.



ANEXOS

Anexo 1
GUÍA DE ENTREVISTA

Nº.....

A. DATOS GENERALES

Edad:..... años

Tiempo de gestación:..... Semanas

B. FACTORES DE RIESGO

a) Antecedentes de salud:

Afecciones en la gestación (síndromes, enfermedades, síntomas, signos)

NO

SÍ ¿Cuáles?.....

Control prenatal inadecuado (<5 controles desde el 1er trimestre, exámenes)

NO

SÍ

Participación en un programa de psicoprofilaxis

NO

SÍ

Antecedentes patológicos anteriores a la gestación

NO

SÍ ¿Cuáles?.....

b) Personales:

Relación de pareja insatisfactorio (progenitor)

NO

SÍ ¿Por qué?.....

Gestación no deseada

NO

SÍ ¿Por qué?.....

Grado de instrucción menor a secundaria completa

NO

SÍ Nivel alcanzado.....

No tener ocupación remunerada o ingresos propios

NO

SÍ

Conocimiento insuficiente del trabajo de parto

NO

SÍ

c) Sociales:

Personas con las que vive:.....

.....

Tipo de hogar: Nuclear Matrimonio Extendido Unipersonal Otro

Lugar de procedencia: Arequipa provincia Otras provincias de Aqp Puno
Moquegua Cusco Apurímac Tacna Otro

Actitud familiar negativa hacia la gestación

NO

SÍ ¿Por qué?.....

Percepción negativa de la empatía del personal de salud (maltrato)

NO

SÍ ¿Por qué?.....

Anexo 2

**ESCALA NUMÉRICA PARA MEDICIÓN VISUAL DEL DOLOR DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO**

Señale o indique, en la siguiente escala, el nivel de dolor que ha sentido por el trabajo de parto en la última hora, asumiendo que “1” es ausencia de dolor y “10” es un dolor insoportable.

Sin dolor

Dolor

insoportable



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Primera medición

Segunda medición

Tercera medición

PROMEDIO

BAREMO

Dolor leve : 1 – 4
Dolor mediano : 5 – 7
Dolor alto : 8 - 10

Anexo 3

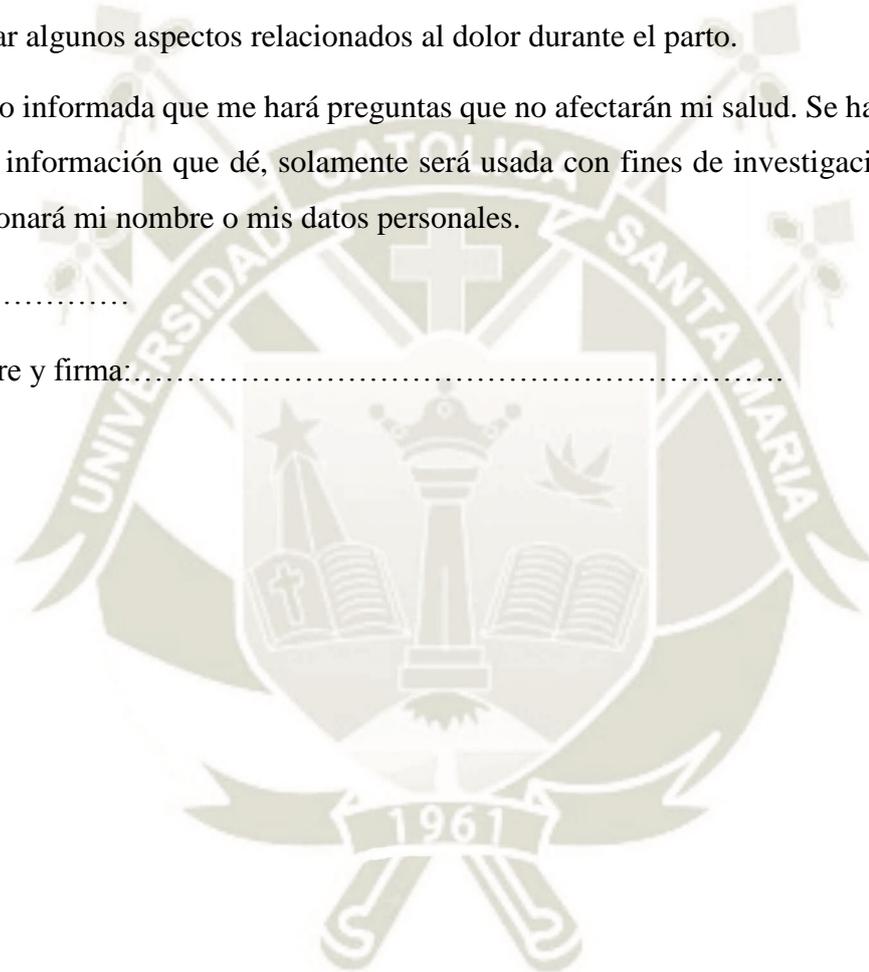
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, acepto dar información para la investigación “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS AL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2020”, cuya responsable es la Sta. estudiante ANA CAROLINA HERNÁNDEZ ORTEGA, la cual tiene como finalidad estudiar algunos aspectos relacionados al dolor durante el parto.

He sido informada que me hará preguntas que no afectarán mi salud. Se ha comprometido a que la información que dé, solamente será usada con fines de investigación, que nunca se mencionará mi nombre o mis datos personales.

Fecha:.....

Nombre y firma:.....



Anexo 4

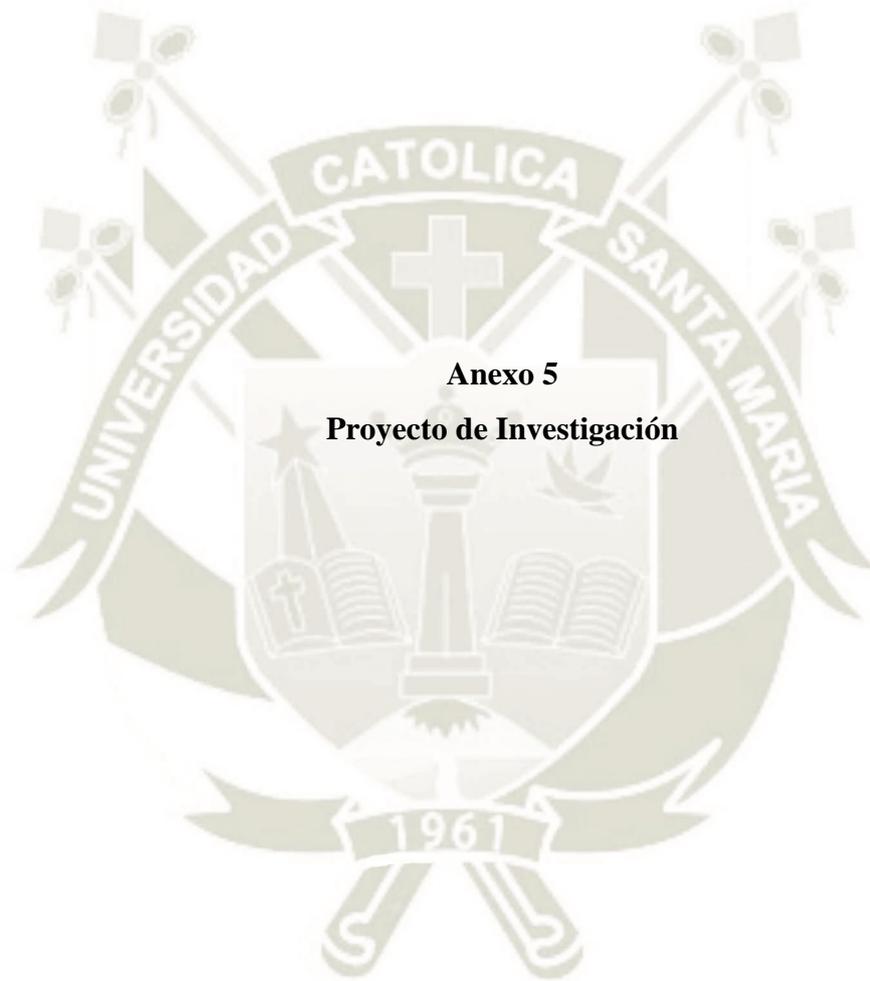
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Nº	Primeri NO: 0 Sí:1	Afeccion gestación NO: 0 Sí: 1	CPN Inad. NO: 0 Sí:1	Psico Negat. NO: 1 Sí:0	Ant.Pat. antes NO: 0 Sí:1	Pareja Insat NO: 0 Sí:1	Gest no des NO: 0 Sí:1	Inst< Secund NO: 0 Sí:1	No ocup remune NO: 0 Sí:1	Descono trabparto NO: 0 Sí:1	Hog Uni/otro NO: 0 Sí:1	Act Neg Fam NO: 0 Sí:1	Maltra pers. NO: 0 Sí:1	DOLOR Leve:0 Mode:1 Alto:2	CA CO
1.	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	CO
2.	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	CO
3.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	CO
4.	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	CO
5.	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	CO
6.	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	CO
7.	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	CO
8.	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	CO
9.	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	CA
10.	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	CA
11.	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	2	CA
12.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	2	CA
13.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	CO
14.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	CO
15.	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	CA
16.	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	CA
17.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	CO
18.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	CO
19.	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	CO
20.	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	CO
21.	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	CO
22.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
23.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
24.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	CO
25.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	CO
26.	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	2	CA
27.	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	2	CA
28.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	CO
29.	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
30.	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
31.	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
32.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	CO
33.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	2	CA
34.	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	CO
35.	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	CO
36.	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	CO
37.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
38.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	CO
39.	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
40.	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	2	CA
41.	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	CA
42.	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	CA
43.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	CO
44.	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2	CA
45.	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2	CA
46.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
47.	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	CO
48.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	CO
49.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	CO
50.	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	CO
51.	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
52.	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
53.	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	CO
54.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	CO
55.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	CO
56.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	CA

57.	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	CO
58.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
59.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
60.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
61.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	CO
62.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	CA
63.	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	CO
64.	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	CO
65.	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	CO
66.	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	CA
67.	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	CA
68.	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	2	CA
69.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
70.	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	CO
71.	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	CO
72.	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	CO
73.	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	CO
74.	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	CO
75.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
76.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
77.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
78.	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
79.	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
80.	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
81.	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	2	CA
82.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
83.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
84.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	CO
85.	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	CA
86.	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	CO
87.	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	CO
88.	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	CO
89.	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	CO
90.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	CA
91.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
92.	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
93.	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
94.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
95.	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	CO
96.	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	CO
97.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
98.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
99.	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
100.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
101.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
102.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
103.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	CO
104.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	CO
105.	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	2	CA
106.	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	2	CA
107.	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	2	CA
108.	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	CO
109.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
110.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
111.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	2	CA
112.	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	CO
113.	2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
114.	2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
115.	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	CO
116.	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	CA
117.	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	2	CA
118.	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	2	CA
119.	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	CO
120.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	CO

121.	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	2	CA
122.	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	CO
123.	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	2	CA
124.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
125.	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
126.	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
127.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
128.	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
129.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
130.	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	2	CA
131.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	CO
132.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
133.	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	CO
134.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
135.	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	CA
136.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	2	CA
137.	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	CA
138.	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	CA
139.	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	CO
140.	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	CO





Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS AL DOLOR
POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL
REGIONAL III HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2020”**

proyecto de Tesis presentado por la
Bachiller:

Hernández Ortega, Ana Carolina
para optar el Título Profesional de:
Médico Cirujana

Asesor:

Dr. Turpo Prieto, John Willy

Arequipa – Perú

2020

I. PREÁMBULO

El parto, siendo una experiencia tan común e inherente a la condición humana, particularmente en las mujeres, plétórico de significados sociales y culturales loables, no está exento de temores, mitos, riesgos y situaciones, como el dolor, que merecen un control permanente, por ser un indicador de la evolución del mismo.

Aunque lo deseable es evitar el dolor, se ha preferido que prevalezca lo fisiológico que implica las contracciones uterinas durante el trabajo de parto, las cuales aumentan en frecuencia, duración e intensidad durante el trabajo de parto.

Desde hace varias décadas se promueven los programas conocidos como “psicoprofilaxis obstétrica o del parto”, la cual se define como un proceso educativo de preparación integral de la mujer gestante (física, cognoscitiva, social y psicológica), que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido; convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para la madre como para su bebe y su entorno familiar (1).

Se ha evidenciado que la psicoprofilaxis del parto contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto. Se define a una gestante preparada en psicoprofilaxis obstétrica, cuando dicha gestante ha recibido 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo (2).

En nuestra región Arequipa, en muchos establecimientos de salud, según nuestra experiencia en la práctica pre-profesional e internado, la mayoría de gestantes no participó de los programas de psicoprofilaxis obstétrica o no tuvieron continuidad en las sesiones por diferentes factores, por tal motivo, suelen ingresar a sala de partos presentando conductas no adecuadas, como el temor, no controlan la respiración y sus energías, algunas suelen exigir calmantes para el dolor y no tienen información sobre los síntomas de la evolución del trabajo de parto.

El problema de cómo reducir el miedo al parto es un gran desafío para el personal médico que prepara a las mujeres embarazadas para el parto y durante el trabajo de parto. La necesidad de encontrar formas efectivas de reducir el miedo al parto es cada vez más urgente debido al creciente número de partos por cesárea no justificadas por razones patológicas.

La cesárea se indica generalmente en forma programada debido a una variedad de complicaciones gestacionales como la placenta previa, la placenta ácreta, la ruptura uterina, la pérdida excesiva de sangre, la anemia e infección materna, entre otras razones. Pero, además de los riesgos y potenciales secuelas médicas, la cesárea también puede tener consecuencias psicológicas, como el estrés postraumático, dificultades con la lactancia materna y trastornos asociados con el desarrollo del vínculo con el niño (3).

A pesar de los riesgos involucrados, el número de cesáreas está aumentando en todo el mundo. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser de entre 5 y 15%; un porcentaje menor al 5% sugeriría una limitación en la realización de cesáreas, mientras que un porcentaje mayor de cesáreas al señalado no representaría beneficios adicionales. En los Estados Unidos de América, en el 2006 se alcanzó un récord histórico de cesáreas. En ese año, el porcentaje de nacimientos por vía abdominal fue del 31.1%, con un incremento del 50% en la última década. En América Latina existe un fenómeno semejante, Chile tiene el mayor porcentaje de cesáreas en la población general con el 40%,4 incrementándose hasta un 51% en instituciones privadas, mientras que en los segmentos de mayor ingreso económico de Brasil los nacimientos por cesárea alcanzan una proporción del 77%. Las investigaciones muestran que una de las razones importantes para solicitar la cesárea por las madres, es el miedo al parto, asociado a disfunción del proceso de trabajo y problemas psicológicos (4).

Habría sectores sociales y personas más sensible al dolor en el trabajo de parto, que tendrían acceso a solicitar algún procedimiento médico de analgesia e incluso, la cesárea. Un factor significativo que reduce la percepción del dolor durante el parto es una creencia de las mujeres de que ella es capaz de controlar el dolor y aplicar efectivamente tales métodos de control del dolor. Debido a que los factores cognitivos influyen en la percepción del dolor durante el parto, la preparación adecuada para el trabajo de parto puede ser un factor preventivo importante (5).

Entonces, al observar en nuestra experiencia que muchas gestantes, especialmente las primíparas, presentan situaciones de gran dolor y temor ante el trabajo de parto, es que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor en gestantes en trabajo de parto del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020?

Con los probables resultados de la investigación que desarrollaremos, se propondrá un programa de información y preparación para una experiencia satisfactoria del trabajo de

parto, que implique la disminución de la percepción del dolor. Este programa tomará en cuenta los factores de riesgo identificados en la presente investigación y podrá ser coordinado con los servicios de Medicina, Enfermería y Obstetricia del hospital.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos, de salud y personales con el dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020?

1.2. Descripción del problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gineco Obstetricia
- Línea: Programa concepcional, calidad de atención en salud, salud de la madre y el niño.

b) Operacionalización de variables e indicadores

a. VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Actitud familiar hacia la gestación

- Percepción de empatía de personal de salud
- Conocimiento sobre el trabajo de parto
- Relación de pareja (progenitor)
- Gestación deseada
- Edad gestacional
- Control prenatal
- Participación en un programa de psicoprofilaxis
- Afectación a la salud durante la gestación
- Antecedente patológico anterior a la gestación

b. VARIABLE DEPENDIENTE:

- Nivel de dolor

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variable	Definición operacional	Indicador	Categoría	Escala
Edad	Años	Fecha de nacimiento	≤ 19 , 20 – 24, 25 – 29, ≥ 30	Intervalo
Procedencia	Lugar de nacimiento	Distrito	Arequipa provincia, Arequipa otras provincias, Puno, Moquegua, Apurímac, etc.	Nominal
Estado civil	Relación conyugal	Estado civil o marital	Soltero, conviviente, casada, separada	Nominal

Grado de instrucción	Estudios formales	Último año aprobado	Primaria, secundaria, superior técnico y superior.	Ordinal
Ocupación	Actividad remunerada	Actividad laboral	Ama de casa, estudiante, obrera, empleada, profesional.	Nominal
Actitud familiar hacia la gestación	Opinión que implica información y sentimientos	Respuesta a cuestionario	Adecuado, inadecuado	Nominal
Percepción de empatía de personal de salud	Opinión que implica información y sentimientos	Respuesta a cuestionario	Adecuado, inadecuado	Nominal
Conocimiento sobre el trabajo de parto	Información sobre las etapas y cambios fisiológicos	Respuesta a cuestionario	Adecuado, inadecuado	Nominal
Relación de pareja (progenitor)	Aceptación de la paternidad, compromiso	Respuesta a cuestionario	Adecuado, inadecuado	Nominal
Gestación deseada	Deseo de ser madre, aceptación, haber planeado	Respuesta a cuestionario	Sí, no	Nominal
Edad gestacional	Semanas a partir de FUR	Semanas	Pretérmino, a término, Postérmino	Ordinal

Control prenatal	Asistencia al control y exámenes	Nº y actividades del control médico	Adecuado, inadecuado	Nominal
Participación en un programa de psicoprofilaxis	Actividades de información y preparación	Asistencia a mayoría de sesiones	Sí, no	Nominal
Afectación a la salud durante la gestación	Afecciones que alteran la salud	Síntomas y signos	Síndromes, afecciones	Nominal
Antecedente patológico anterior a la gestación	Afecciones que alteran la salud	Síntomas y signos	Síndromes, enfermedad	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Definición operacional	Indicador	Categoría	Escala
Nivel de dolor	Sensación subjetiva	Puntaje de la escala numérica	Bajo, medio, alto	Ordinal

1.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y el dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto?
2. ¿Cuál es la asociación entre los factores de salud y el dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto?
3. ¿Cuál es la asociación entre los factores personales y el dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto?

Tipo de investigación: de campo

Diseño de investigación: casos - controles

Nivel de investigación: relacional, prospectivo

1.4. **Justificación del problema**

✓ **Justificación científica:**

Existe evidencia científica que permite conocer la fisiología del trabajo de parto y del dolor. Además, hay estudios sobre las variaciones sociales y culturales asociadas a la percepción del dolor. Con base a lo anterior se ha constituido hace varias décadas los programas de psicoprofilaxis obstétrica, los cuales reportan resultados eficaces para un parto satisfactorio y los beneficios para la madre, el recién nacido y el entorno social.

Además, hemos adquirido el dominio básico de la metodología de investigación científica que nos permitirá abordar la interrogante de investigación con un diseño adecuado como es el de casos – controles.

✓ **Justificación social:**

Conociendo los beneficios del parto eutócico en gestantes sin riesgo que sobrepasa en mucho al parto distócico, así como las posibles complicaciones del parto distócico, el tiempo de recuperación reducido en el parto eutócico; y los tantos beneficios para el RN, madre y entorno familiar.

Reconocemos el gran valor social que tiene la maternidad y lo gratificante que puede ser esta experiencia si mejoran las sensaciones de dolor, que en algunas ocasiones puede llevar a desear interrumpir el trabajo de parto mediante una cesárea o recurrir a procedimiento farmacológicos de analgesia.

✓ **Factibilidad**

La factibilidad está dada por la disposición positiva de los directivos del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital y del respectivo personal de salud. Además, hemos explorado la aceptación que tendrían las parturientas para participar en la investigación, brindando la información que se les solicite.

También debemos reconocer que el uso de los instrumentos que hemos elegido para la presente investigación, tienen sustento científico y son fáciles de aplicar y analizar.

✓ **Justificación personal**

Observando la realidad de muchas gestantes en la actualidad, las cuales no reciben una preparación prenatal, que les permitiría tener un trabajo de parto más satisfactorio, así como respondiendo a nuestra formación ética como futuros profesionales de salud, las cual debemos ejercer siempre bajos los principios de buscar el beneficio del paciente, aliviar su sufrimiento, respetar su autonomía y con justicia, es que decidí hacer esta investigación.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. EL PARTO

2.1.1. Definición

El parto es un proceso natural y fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno.

En las últimas décadas la atención del parto se pasado a ser realizando principalmente en establecimiento de salud y por personal profesional de salud especializado. La mayoría de mujeres tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al profesional controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro, fundamentalmente para garantizar el bienestar del mismo, pero también se dicho que forma tradicional vertical de parir, tiene otras ventajas (6).

2.1.2. Fisiología del parto

Las últimas horas del embarazo humano se caracterizan por contracciones uterinas potentes y dolorosas que producen dilatación del cuello uterino y hacen que el feto descienda por el conducto del parto. Tanto el útero como el cérvix experimentan una preparación intensa mucho antes de que esto ocurra. En las primeras 36 a 38 semanas del embarazo normal, el miometrio se encuentra en un estado preparatorio, pero todavía sin respuesta. Al mismo tiempo, el cuello uterino comienza una primera etapa de remodelación denominada ablandamiento, aunque mantiene su integridad estructural. Después de esta quiescencia uterina prolongada, se observa una fase de transición durante la cual

se suspende la falta de respuesta miométrial y el cuello uterino experimenta maduración, borramiento y pérdida de la integridad estructural (7).

Los procesos fisiológicos que regulan el parto y el inicio del trabajo de parto todavía no se han definido. Sin embargo, es claro que el comienzo del trabajo de parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino. Éstos se deben a señales endocrinas y paracrinas que proceden de la madre y el feto. Sus aportaciones relativas varían entre distintas especies y son estas diferencias las que complican la dilucidación de los factores exactos que regulan el parto humano. Cuando el parto es anormal, puede haber trabajo de parto prematuro, distocia o embarazo postérmino. De éstos, el trabajo de parto prematuro es aún el principal factor que contribuye a la mortalidad y morbilidad neonatales en países desarrollados (7).

El parto requiere múltiples transformaciones en las funciones uterina y cervicouterina. El parto puede dividirse de manera arbitraria en cuatro fases superpuestas que corresponden a las principales transiciones fisiológicas del miometrio y el cuello uterino durante el embarazo: preliminar, preparatoria, parto y recuperación (7).

Otro autor divide el trabajo de parto en:

Fase 1 o latente: ocurre al final del embarazo hasta el inicio de las contracciones del trabajo de parto.

Fase 2 o activa: se compone de 3 períodos: el primero se inicia cuando comienza el trabajo de parto. Las contracciones uterinas tienen la intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir el borramiento y dilatación del cuello uterino hasta su dilatación completa. El segundo se inicia cuando el cuello uterino alcanzó la dilatación completa y finaliza cuando el feto es expulsado y el tercero comienza cuando se produce la expulsión fetal hasta la salida de la placenta (8).

El proceso del parto está apoyado en un concepto que es físico mecánico, basado en la existencia de una fuerza generada por las contracciones uterinas que propulsan el feto venciendo una resistencia que se le opone, en este caso el cérvix y las fuerzas antagonistas del canal del parto (9).

Los elementos y fuerzas que interactúan sincrónica y adecuadamente durante el trabajo de parto son cuatro:

- El canal o conducto (pasaje) del parto formado por las partes blandas y óseas de la pelvis materna.
- El feto (pasajero u objeto del parto).
- La placenta.
- Las contracciones que permiten la expulsión (motor del parto) (10).

A partir de los estudios publicados por Friedman, se reconocen que antes de producirse la dilatación franca ocurren una serie de fenómenos que afectan la dinámica uterina y que acortan y borran el cérvix. Friedman afirmó que las características clínicas de las contracciones uterinas, es decir, frecuencia, intensidad y duración, no pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni la normalidad del trabajo de parto, salvo por la dilatación cervical y el descenso fetal, ninguno de los rasgos clínicos de la paciente es útil para evaluar la progresión del trabajo de parto. La curva de dilatación cervical observada durante el trabajo de parto normal presenta una configuración sigmoidea y la del descenso principalmente en la división pélvica es hiperbólica (11).

A su vez esta primera unidad funcional de la dilatación cervical se divide en una fase latente o preparatoria y otra llamada fase activa. Esta fase activa se subdivide en una etapa de aceleración, otra de máxima pendiente y una tercera de desaceleración. Una vez completada la dilatación del cuello uterino (10 cm o más) comienza el segundo estadio del trabajo de parto a partir del cual el único indicador de la evolución del trabajo de parto es el descenso progresivo de la parte de la presentación fetal (10).

EL PERIODO DE PREPARACIÓN O FASE LATENTE del trabajo de parto, se inicia con contracciones uterinas que producen borramiento cervical, en tanto que, en el miometrio, sobre todo a nivel biomolecular y estructural, ocurren modificaciones destinadas a procurar una adecuada orientación, polarización y coordinación de las contracciones, haciéndolas eficaces para conseguir una

progresiva y continua dilatación cervical y vencer la resistencia del suelo pélvico (10).

La duración de la fase latente es variable y está sujeta a cambios provocados por factores exógenos y su duración afecta en escasa medida la evolución ulterior del trabajo de parto. Por consiguiente, la fase latente comienza como describimos anteriormente, con la percepción materna de las contracciones uterinas regulares acompañadas de dilatación cervical progresiva, aunque lenta, expulsión de flemas mucosas (limos) o tapón mucoso, además de caracterizarse clínicamente por disminución de la altura uterina y de poder coexistir con síntomas difusos como diarreas, vómitos, sudoración, edemas, dolor en bajo vientre y región lumbar. Dándose por terminada la misma cuando la dilatación alcanza de 3 a 4 centímetros, este umbral puede ser útil desde el punto de vista clínico porque define los límites de la dilatación cervical, entre la finalización de la fase latente y el inicio o comienzo de la fase activa de la dilatación del trabajo de parto (10).

La alteración de esta fase está dada por su prolongación, siendo aquella que supera las 20 horas de duración en la nulípara y las 14 horas en múltiparas, correspondiendo estos valores a periodos de máxima duración (95 percentil).

Entre los factores que inciden en la prolongación de la fase latente del trabajo de parto figuran: la sedación, la analgesia de conducción excesiva, las malas condiciones cervicales (cérvix largo, grueso, posterior y cerrado) y el falso trabajo de parto por contracciones irregulares e ineficaces (10).

FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO. Según la curva de Friedman la primera subdivisión de la fase activa se conoce como aceleración, etapa corta, cuando culmina la fase latente e inicia verdaderamente el trabajo de parto alcanzando de 3 a 5 centímetros de dilatación durante la misma, lo cual es indicativo de la regularización de las contracciones (dinámica uterina útil) en frecuencia, intensidad y duración para esta inicial etapa (10).

Una vez llegado a los 5 centímetros de dilatación comienza la etapa de pendiente máxima de dilatación en la cual puede ser indicativo en su inicio de amniorrexis artificial si no existe evidencia clínica y ecográfica de líquido amniótico disminuido u oligoamnios, es a partir de aquí (5 cm) hasta alcanzar los 8 centímetros en las siguientes 3 horas consecutivas, ya que las nulíparas dilatan a

una velocidad normal mínima de 1.2 cm por hora y las multíparas a 1.5 cm por hora. Lo cual Friedman considera que esta etapa de pendiente máxima es un indicador adecuado de la eficacia global del motor de la máquina del parto (las contracciones uterinas) (10).

La tercera subdivisión conocida como de desaceleración va de los 8 cm, a la dilatación completa 10 cm y continua de forma invisible, la retracción las fibras musculares del anillo cervical de la dilatación, sobre el polo fetal de la presentación que se ofrece, para que con su avance lograr rebasarlo totalmente, en esta fase se inicia conjuntamente el descenso de la presentación (División Pélvica) y refleja esta tercera etapa ser un indicador en mayor medida de las relaciones feto pélvicas (10).

La división pélvica se caracteriza porque en la misma ocurre el descenso, el cual comienza en el estadio más tardío de la dilatación activa, que se inicia con alrededor de los 8 cm en las nulíparas y se torna más rápido después de alcanzar dicha dilatación. Friedman subdividió los problemas de la fase activa en trastornos por prolongación y por detención. Además, definió la prolongación como una baja velocidad de la dilatación cervical menor a 1.2 cm/hora y para el descenso una velocidad normal a 1 cm/hora y en las pacientes multíparas como una velocidad de dilatación menor de 1.5 cm/hora y para el descenso menor de 2cm/hora. En cuanto al concepto de detención, llamó detención de la dilatación como un lapso de 2 horas sin cambios cervicales y a la detención del descenso como un lapso de 1 hora sin descenso fetal (10).

Se comprobó que el 30% de las pacientes con prolongación presentaban una DCP y en un 45% en aquellas que desarrollaban detención, entre los factores que contribuyen a la prolongación y detención de la dilatación y el descenso son la sedación, la analgesia de conducción y la mal posición de orientación fetal (ejemplo occipito posterior persistente). La conducta a seguir propuesta para los trastornos de prolongación fue un manejo expectante y para los relacionados con detención en ausencia de desproporción feto pélvica recomendaba el uso de oxitócica (10).

El segundo periodo comienza cuando se completa la dilatación cervical y termina con la expulsión del feto, su duración promedio es de 50 minutos a 1 hora para nulíparas y de 20 minutos para las multíparas, pero también es

sumamente variable para cada paciente de no haber afectación del bienestar fetal en esta etapa (10).

Es importante mencionar que en la división pélvica que ocupa la última subdivisión de la fase activa y todo el segundo periodo ocurre la mayor parte de los movimientos fetales de encajamiento, flexión, orientación y rotación (mecanismos del parto) los cuales son necesarios para que el feto pueda atravesar el canal del parto. En vista de los requerimientos mecánicos de estos movimientos fetales, resulta lógico que la desproporción entre el feto y la pelvis se ponga de manifiesto en el segundo periodo (10).

Hasta tiempos recientes existían normas para el manejo del segundo periodo que limitaban su duración. En nulíparas este periodo se limitaba a 2 horas y se extendía a 3 si se utilizaba analgesia regional. En las multíparas el límite era de 1 hora y se extendía a 2 en caso de uso de analgesia regional. La prolongación de estos límites de tiempo obligaba al obstetra a tomar una conducta más activa como abreviar el parto por medio de una instrumentación la cual podría ser precipitada al no haber afectación evidente del bienestar fetal, y de no ser posible realizar la misma, hacer la indicación de una cesárea por diagnóstico de descenso detenido de la presentación (10).

2.1.3. La atención del parto

La atención del parto centrada en el paciente abre una nueva perspectiva para mejorar la calidad de atención de los pacientes. En ese sentido, el reto es cómo cumplir este objetivo, sabiendo que el proceso de atención del trabajo de parto es uno en los que más eventos adversos reporta. Basados en recomendaciones de la OMS, se plantea un enfoque que consiste en generar una cultura de seguridad en los servicios de salud, involucramiento de todo el equipo del personal de salud, los médicos deben formarse de manera especializada y en constante actualización; la atención obstétrica debe ser basada en evidencias; la participación de la familia y la comunidad, pues el componente emocional que brinda la familia siempre es una columna fundamental (11).

La Organización Mundial de la Salud nos habla de la atención integrada del embarazo y el parto para reducir los riesgos del embarazo y del parto. Este

enfoque está dirigido a los sistemas de salud, a los profesionales sanitarios y a las familias y comunidades (12).

Por ejemplo, algunas prácticas que se ha revisado son las siguientes:

- Maniobra de Kristeller: normalmente se realiza para que el parto acabe antes, pero no por razones de verdadera emergencia. Si este fuera el caso, estarían indicadas otro tipo de intervenciones. Los asistentes deberían respetar los tiempos de la mujer, animarla a adoptar posturas que favorezcan el descenso del feto (verticalidad), permitirle beber para que reponga los líquidos perdidos y evitarle situaciones o intervenciones que pudieran estar aumentando su cansancio, procurándole confort físico y psicológico. No hay evidencia que justifique la maniobra de Kristeller; por el contrario, podría causar daños (13).
- Episiotomías: aunque se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, fue introducida sin evidencia científica sólida de su efectividad, actualmente es aceptable realizarla en 10 a 20% de los partos, mas no a todas las primigestas (13).
- Tactos vaginales: con más de cinco tactos vaginales, existe riesgo para desarrollar endometritis y además insatisfacción de la parturienta por la realización de los mismos. El tacto vaginal es siempre un procedimiento contaminado, incluso practicándolo en las mejores condiciones asépticas. La vagina contiene bacterias, una flora que es inocua en la vagina misma, pero los dedos, aún cubiertos por guantes estériles, arrastran bacterias hasta el cérvix y cavidad uterina. El trabajo de parto elimina las barreras naturales contra la infección, por tanto, solo debe ser realizado por personal experto, con manos limpias, cubiertas por guantes estériles y solo cuando es indispensable (13).
- Enema y rasurado: la OMS cataloga esta práctica de enema de limpieza y rasurado del vello púbico como claramente perjudiciales o ineficaces y que deberían ser eliminadas (13).
- Familia y comunidad: las creencias culturales de profundo arraigo en las familias y las comunidades tienen enorme impacto en la decisión de la mujer de buscar o no atención especializada durante el embarazo y el parto.

El acompañamiento continuo de alguna persona cercana o familiar a la paciente, cada vez más se incrementa en el ámbito hospitalario la participación de un familiar cercano en el momento del parto. Algunos lo consideran un derecho del paciente y muy favorable desde el punto de vista fisiológico (13).

2.2. EL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO

2.2.1. Definición

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial” (14).

2.2.2. Tipos de dolor

Según su duración

- Agudo: limitado en el tiempo, dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- Crónico: ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico.

Según su patogenia

- Neuropático: Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- Nocioceptivo: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral.

Según el curso

- Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.
- Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor.

Según la intensidad

- Leve: Puede realizar actividades habituales. (EVA 1 a 4)
- Moderado: Interfiere con las actividades habituales. (EVA 5 a 7)
- Severo: Interfiere con el descanso. (EVA 8 a 10) (14).

2.2.3. Fisiología

El dolor asociado al parto afecta a todas las mujeres embarazadas en diversos grados y su complejidad involucra alteraciones bioquímicas y fisiológicas que afectan no solamente a la madre sino también al feto, e interactúan interfiriendo con la evolución normal del trabajo de parto (15).

La experiencia del parto, así como la percepción del dolor, varía notablemente en cada mujer, se describe que el dolor surge como respuesta a una tensión que conlleva a la producción de adrenalina y a una disminución del aporte de oxígeno al útero, así como a una contracción tensionada de las fibras musculares del útero. La causa de esta tensión es el miedo al parto y al dolor, pero la misma tensión y producción de adrenalina también surge como consecuencia de no respetar los ritmos, circunstancias y demás requisitos que requiere el parto para transcurrir en condiciones fisiológicas normales (16).

Al ser la percepción del dolor durante la evolución del parto variable y única en cada mujer puede verse influida por diferentes factores tales como: El miedo, la tensión, la ansiedad y estos verse potenciados o mermados por: la existencia de una pareja, si es un embarazo deseado o no, información previa sobre el proceso, raza, religión, carácter y personalidad (17).

El dolor experimentado en la evolución del parto está asociado durante la primera etapa a las contracciones uterinas, dilatación cervical, y durante la segunda etapa a la dilatación vaginal y del piso pélvico en el proceso de descenso y expulsión fetal (17).

A medida que avanza el parto es posible distinguir tres tipos de dolor según el estadio de parto: visceral primario, somático profundo-visceral secundario y somático superficial. Además, presenta 3 tipos de patrones:

- Dolor abdominal asociado a las contracciones.
- Dolor en la región inferior de la espalda asociado también a las contracciones.
- Dolor continuo en la región inferior de la espalda (18).

Los dos primeros son de intensidad variable a medida que progresa el parto y el último es más intenso sin grandes cambios a lo largo del parto (18).

En el primer periodo del parto, el dolor está mediado por los aferentes nerviosos del útero a través del nervio simpático que penetra la médula espinal por los segmentos T10 a L1. Los nervios hacen conexiones a nivel medular con neuronas de la asta posterior y ascienden al sistema nervioso central (SNC) por medio de las vías espinotalámicas laterales.

En el segundo y tercer periodo, al ir descendiendo la cabeza fetal, se produce distensión del canal del parto inferior y del perineo. Este dolor se transmite a lo largo de aferentes somáticas que se originan en el plexo sacro, que comprenden porciones de los nervios pudendos, que acompañan a los vasos pudendos, y penetran a la médula espinal en los niveles S2, S3 y S4 (19).

En la fisiología de este proceso, “existen varias causas que explican el dolor asociado al trabajo de parto y parto, pero es importante destacar que el dolor también puede estar influenciado por las experiencias pasadas vividas, o transmitidas entre generaciones, en el entorno socio- cultural y las expectativas individuales ante este evento” (20).

El dolor del trabajo de parto produce efectos fisiológicos importantes entre los que destacan: Sufrimiento materno innecesario, hiperventilación materna sostenida y una elevada demanda de oxígeno, y si esta sostenido por periodos prolongados puede provocar, entre otras respuestas fisiológicas al dolor: un incremento dramático en la producción y liberación de Catecolaminas, que conlleva a la disminución de la efectividad de las contracciones, y por lo tanto una prolongación del primer período del trabajo de parto. El dolor intenso prolongado produce constricción arteriolar, incluyendo las arterias uterinas, ocasionando una hipoperfusión uterina, que puede derivar en hipoxia, acidosis fetal y taquicardia materna. De acuerdo a esto el dolor además de resultar una sensación 12 desagradable podría ocasionar consecuencias fatales tanto para la madre, el feto o ambos (21).

2.2.4. Tratamiento del dolor en el trabajo de parto

La observación de los aspectos fisiológicos y el foco en las necesidades de la mujer son conductas de primera elección en la asistencia al trabajo de parto. Las prácticas para estimular el parto normal pueden tener tres objetivos principales:

evitar intervenciones rutinarias, permitir el curso espontáneo del trabajo de parto, y promover la comodidad y minimizar el dolor (21).

Gran parte de las prácticas utilizadas durante la fase activa del parto buscan promover el bienestar y minimizar el dolor inherente al proceso de parto. Entre las ventajas de los métodos no farmacológicos está la menor incidencia de efectos colaterales, ya que los métodos como anestesia o analgesia de parto pueden resultar en disminución de la conciencia materna y de la vitalidad del recién nacido o pérdida del control de la mujer sobre el proceso del parto (22).

Estos métodos también pueden dificultar la colaboración de la parturienta en el caso de algunas emergencias, tales como distocia del hombro. Los métodos no farmacológicos son baratos y pueden posponer el uso de métodos farmacológicos, lo que reduce la exposición de la madre y el bebé a sus efectos adversos. Se sabe que, factores como el miedo, el estrés, la tensión, fatiga, frío, hambre, soledad, desamparo social y emocional e ignorar lo que está ocurriendo pueden intensificar la sensación dolorosa del parto, mientras que la relajación, la confianza, recibir informaciones correctas, el apoyo continuo de amigos y familiares, sentirse activa y descansada en un ambiente cómodo pueden reducir la percepción dolorosa (23).

2.3. MEDICION DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO

La intensidad del dolor es el aspecto que con mayor frecuencia se mide en la práctica clínica, a través de una serie de escalas que se ha desarrollado con este objetivo y que se describirán a continuación.

2.3.1. La escala de categoría verbal (ECV)

Es simple y fácil de utilizar. Se solicita al paciente que califique la magnitud del dolor que siente en uno de cuatro niveles: nada, leve, moderado o intenso, aunque se puede agregar más niveles, por ejemplo, casi nada o muy intenso. La ventaja de este tipo de escalas es que se pueden utilizar sin dificultad en la práctica clínica diaria, pero sólo miden una de las dimensiones del dolor y es difícil especificar si cada uno de los niveles está a la misma distancia que el anterior, es decir, si una disminución del dolor de intenso a moderado es lo mismo que una disminución de leve a nada (24).

2.3.2. La escala de categoría numérica (ECN)

Permite asignar un puntaje a la intensidad del dolor, de 0 a 10 ó de 0 a 100, si aumenta el puntaje, mejoraría la sensibilidad del método. Estas escalas se pueden presentar en forma horizontal o vertical y se correlacionan bien con la escala visual análoga (EVA), pero se recomienda que si el dolor es de columna no se presente la escala en forma vertical, ya que el paciente la puede asociar con el nivel vertebral (24).

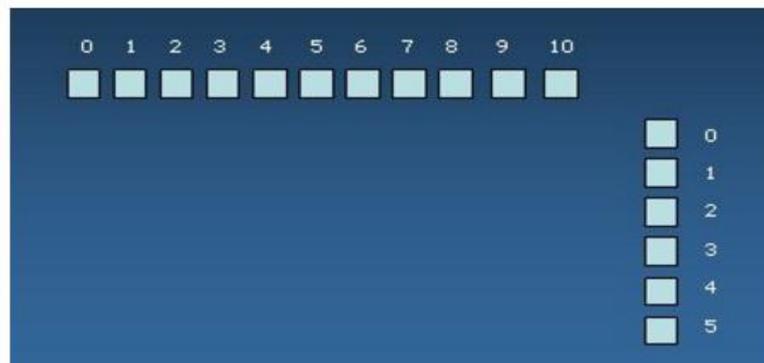


Figura 1. Escalas de categoría numérica (ECN) del dolor *¿Cuánto dolor ha sentido usted en la última semana?*

Fuente: Casillas, S.B., Zepeda, L.V. (2009).

Estos dos métodos se pueden combinar, como se hace en la encuesta de salud SF-36 (Short form - 36 health survey), que se comenta más adelante (24).

¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?
(Marque un solo número)

<input type="checkbox"/>	1	Ninguno
<input type="checkbox"/>	2	Muy poco
<input type="checkbox"/>	3	Poco
<input type="checkbox"/>	4	Moderado
<input type="checkbox"/>	5	Mucho
<input type="checkbox"/>	6	Muchísimo

Figura 2. Combinación de una escala de categoría verbal con una escala de categoría numérica en cuestionario SF-36.

Fuente: Casillas, S.B., Zepeda, L.V. (2009).

2.3.3. La escala visual análoga (EVA)

Es el instrumento que más se utiliza en los estudios clínicos para evaluar la intensidad del dolor. Se muestra al paciente una línea horizontal o vertical con

los extremos marcados para ausencia de dolor y peor dolor posible; se le solicita que marque un punto en la línea que refleje su dolor y luego se mide la distancia en milímetros desde el extremo de no dolor hasta el punto que marcó el paciente. La EVA sería más sensible que otros métodos porque tiene un número infinito de puntos entre los extremos, pero algunos autores han comunicado una agrupación de resultados alrededor de una zona que han denominado sección áurea, que se ubica a 6,2 cm de ambos extremos (24).

Se discute si cuando se aplican estas escalas, se debe mostrar al paciente sus evaluaciones previas; algunos dicen que esto introduce un sesgo a la evaluación, pero es recomendable hacerlo en estudios de larga duración. Otra situación es cuando el paciente marca el extremo de peor dolor y después experimenta un dolor aún mayor; en este caso se recomienda mantener la marca en el mismo lugar. La EVA tiene problemas de comprensión por parte de los pacientes y el uso de fotocopias de la escala, puede distorsionar su tamaño hasta en 1 cm y alterar las mediciones posteriores; pero se considera que la EVA es un buen instrumento, confiable, sensible y universal (24).

2.3.4. La escala de categoría gráfica (ECG)

Corresponde a una EVA modificada, con un descriptor verbal o numérico a un costado de la línea. Este sistema es más fácil de comprender para los pacientes, pero tiene la desventaja de que las respuestas tienden a acumularse en los lugares de los descriptores verbales o numéricos (24).

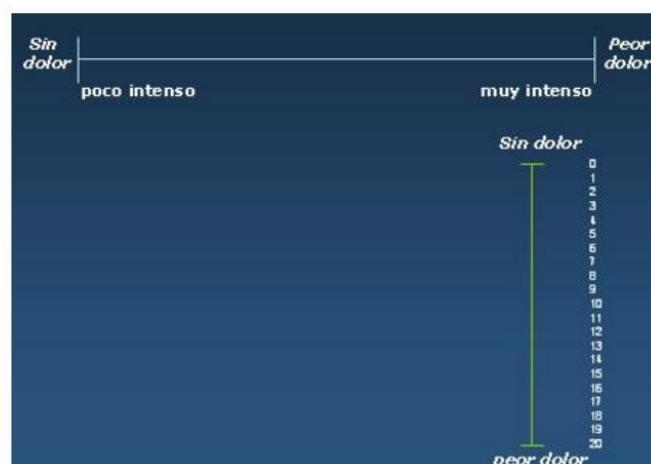


Figura 3. Escala de categoría gráfica para medición del dolor

Fuente: Casillas, S.B., Zepeda, L.V. (2009).

2.3.5. La escala continua análoga cromática (ECAC)

Es una regla graduada que muestra desde rosado pálido a rojo intenso. El paciente mueve un cursor indicando la intensidad de su dolor. Es una verdadera escala continua, posiblemente más sensible que la EVA. Su principal desventaja es la dificultad para reproducir en forma precisa los gradientes de color (24).

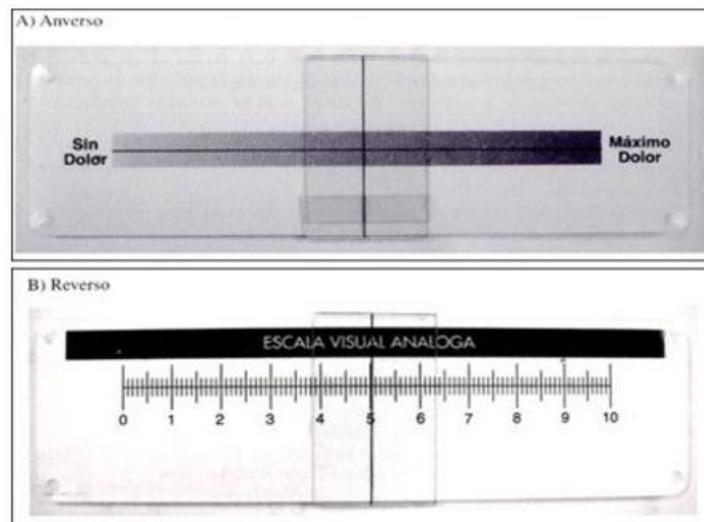


Figura 4. Escala continua análoga cromática para medición del dolor.

Fuente: Casillas, S.B., Zepeda, L.V. (2009).

2.3.6. La escala de rostros

Tiene seis a ocho categorías señaladas con dibujos que representan distintas expresiones faciales, asociadas a diversas intensidades de dolor. Resulta muy útil en pacientes con deterioro intelectual y en niños pequeños (24).



Figura 5. Escala de rostros para medición de la intensidad del dolor.

Fuente: Casillas, S.B., Zepeda, L.V. (2009).

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local:

- ✓ **Autor:** Luque Zárata, Madeleine Dyanne
- ✓ **Título:** Relación de la psicoprofilaxis obstétrica y trabajo de parto en las gestantes Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2017
- ✓ **Fuente:** <http://repositorio.ucs.edu.pe/handle/UCS/30>
- ✓ **Resumen.** El **OBJETIVO** fue estudiar la relación que existe entre el programa de psicoprofilaxis y el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Mariano Melgar en el año 2017. **MÉTODO:** estudio no experimental, transversal y prospectivo que se realizó en 70 madres gestantes a las cuales se aplicó una encuesta y se evaluó su comportamiento durante el trabajo de parto en una lista de cotejos. **RESULTADOS:** Las madres gestantes que tuvieron una asistencia por encima del promedio a las sesiones de psicoprofilaxis, mostraron una conducta colaborativa durante el trabajo de parto; en más de un 90%; el mismo que se desarrolló de forma adecuada y

teniendo un buen término, que se refleja en el APGAR de los recién nacidos y en la satisfacción de la experiencia por las parturientas. Conclusión: la Psicoprofilaxis Obstétrica tiene una relación directa con el desarrollo del trabajo de parto, en las gestantes, asistentes a dicho programa en el Centro de Salud de Mariano Melgar 2017 (29).

- ✓ **Autor:** Dávila Payano Aliz Fabiola, Lazo Del Carpio Lili Bianca
- ✓ **Título:** Efecto de la digitopuntura sobre la intensidad del dolor y la evolución del trabajo de parto en primigestas Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 17 de febrero al 15 de marzo Arequipa - Perú – 2016.
- ✓ **Fuente:** <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5339>
- ✓ **Resumen. OBJETIVO:** Identificar el efecto de la digitopuntura sobre la intensidad del dolor y la evolución del trabajo de parto en primigestas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo, experimental, transversal, observacional, el cual fue realizado en el periodo del 17 de febrero al 15 marzo 2016 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se trabajó con un grupo control de 33 primigestas y un grupo de casos de 34 primigestas, a quienes se les aplicó la Técnica de Digitopuntura, el grupo de casos fue subdividido según la forma de aplicación (periodos de 30 y 60 segundos, ambos con intervalos de 1 minuto), después de aplicada la técnica, se evaluó la intensidad del dolor, según Escala de Campbell y la evolución del trabajo de parto, datos que fueron registrados en una ficha de recolección de datos. **RESULTADOS:** La intensidad del dolor, según la escala de Campbell, en el 87.5% de las pacientes a quienes se les aplicó la técnica de digitopuntura durante 30 segundos, fue dolor “leve-moderado” y el 88.9% cuando la técnica se aplicó por 60 segundos; sin embargo el 75.8% tuvo dolor “muy intenso”, cuando la técnica no fue aplicada, La evolución del trabajo de parto, en el 56.3% de las pacientes a quienes se les aplicó la técnica de digitopuntura por 30 segundos, fue menor de 8 horas, el 100% cuando la técnica se aplicó por 60 segundos, comparado con el 75.8% que tuvo un parto con duración de más de 8 horas, cuando la técnica no fue aplicada. La frecuencia de las contracciones uterinas, en el

87.5% de las pacientes a quienes se les aplicó la técnica de digitopuntura por 30 segundos, fue de 2 - 3 contracciones en 10 minutos, el 90.9% cuando la técnica no fue aplicada; 8 sin embargo, el 66.7% tuvo de 4 -5 contracciones uterinas en 10 minutos, cuando se aplicó la técnica por 60 segundos. La intensidad de las contracciones uterinas, en el 75% de las pacientes a quienes se les aplicó la técnica por 30 segundos, fue mayor a 30 mmHg, en el 100% cuando se aplicó por 60 segundos, mientras que el 81.2% tuvo una intensidad menor de 30 mmHg cuando la técnica no fue aplicada. La duración e intensidad de las contracciones uterinas, en el 50% de las pacientes a quienes se les aplicó la técnica de digitopuntura por 30 segundos, fue >30 mmHg y > 30 segundos, el 100% cuando se aplicó la técnica por 60 segundos, mientras que el 60.6% de las primigestas a quienes no se les aplicó la técnica, sus contracciones uterinas fueron < 30mmHg y < 30 segundos (30).

3.2. A nivel nacional:

- ✓ **Autor:** Flores Miluska Nataly
- ✓ **Título:** Actitud de las gestantes sin y con preparación del programa de psicoprofilaxis durante los procesos de atención del parto en pacientes atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto en el año 2018
- ✓ **Fuente:** Tesis para optar el grado académico de: maestra en gestión de los servicios de la salud
- ✓ **Resumen: OBJETIVO:** comparar la actitud de las gestantes sin y con preparación del programa de psicoprofilaxis durante los procesos de atención del parto en pacientes atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto 2018. Asimismo, el estudio planteó como hipótesis que existe diferencia significativa en la actitud de las gestantes con y sin preparación del programa de psicoprofilaxis durante los procesos de atención del parto en pacientes atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto 2018. **MÉTODO:** investigación fue de tipo no experimental, con un diseño de estudio descriptivo comparativo. El estudio tuvo como muestra a 76 gestantes atendidas durante el proceso de parto en el Hospital II EsSalud Tarapoto 2018, de las cuales 46 recibieron preparación de parto y 30 no recibieron. El instrumento empleado fue la ficha

de observación. **RESULTADOS:** destaca la actitud de las gestantes (sin preparación) en un 40% de gestantes con una mala actitud en el proceso de parto y la actitud de las gestantes con preparación del programa de psicoprofilaxis, muestra que un 52% de las gestantes tuvieron una actitud buena y un 15% de gestantes tuvieron una mala actitud en el proceso de parto. Finalmente, el estudio concluye que existe diferencia significativa en la actitud de las gestantes con y sin preparación del programa de psicoprofilaxis durante los procesos de atención del parto con un T observado de (-4,033), el mismo es menor al T probabilístico de (-1.666) (31).

- ✓ **Autores:** Zorrilla Mechato, Gladys Katherine
- ✓ **Título:** Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores, Lima Perú 2016
- ✓ **Fuente:** Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia.
- ✓ **Resumen:** **OBJETIVO:** determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto junio – agosto 2015. **MÉTODOS:** población constituido por 200 gestantes atendidas y controladas; muestra fue de 53 gestantes que recibieron y no recibieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Se usó χ^2 . **RESULTADOS:** La dilatación en primíparas con preparación en psicoprofilaxis fue < 8 horas (82.4%) vs las que no llevaron preparación psicoprofiláctica (62.4%), que fue en un promedio de 8 a 12 horas. La duración en multíparas fue < 6 horas 89.5% vs a las multíparas sin preparación 42.9%. La duración del período expulsivo en primíparas fue < 50 min (88.2%), vs las no preparadas 13.6% en las multíparas fue < 20 min 94.7% vs 38.1 en las no preparadas. El 100% de los recién nacidos de las primíparas con preparación en psicoprofilaxis tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto min. de vida vs 62.5% de los recién nacidos de las primíparas sin preparación. El 100% de los recién nacidos de las multíparas con preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto min. vs

61.9% de los recién nacidos de las sin preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 7. Conclusiones: según la prueba de análisis de χ^2 la preparación psicoprofiláctica a las gestantes beneficia positivamente durante el proceso de trabajo de parto y al recién nacido a diferencia de las no preparadas. Palabras claves: Preparación psicoprofiláctica, trabajo de parto, recién nacido (32).

3.3. A nivel internacional:

- ✓ **Autores:** Raquel da Rocha Pereira, Selma Cristina Franco, Nelma Baldin
- ✓ **Título:** El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto
- ✓ **Resumen:** **OBJETIVOS:** comprender, por medio de la teoría de las representaciones sociales, las dimensiones socioculturales del dolor y su impacto en el protagonismo de la mujer en el parto. **MÉTODO:** Para la investigación, se usó la metodología cualitativa, con el referente teórico de la fenomenología y de la teoría de la representación social. Se hicieron 45 entrevistas semiestructuradas con embarazadas de los servicios público y privado de salud de Joinville, SC, con el mínimo de cuatro consultas de prenatal y que estaban en el tercer trimestre de gestación. **RESULTADOS:** Del análisis de contenido de los testimonios, surgieron tres categorías empíricas: miedos y preocupaciones, y vivencias e influencia sociocultural, que posibilitaron construir tres categorías interpretativas: modelo biomédico, falta de información y el rol de la mujer en la toma de decisión por el parto. Los hallazgos relatados en este artículo, indican el dolor como siendo uno de los elementos constitutivos de las representaciones sociales femeninas sobre el parto. Vimos también que el dolor influye en el comportamiento de la embarazada a partir del miedo y se convierte en la génesis de otros sentimientos de aversión y en preocupaciones que involucran el evento del parto. Conclusiones: En ese sentido, el dolor se revela como siendo uno de los principales constructores de las actuales representaciones sociales femeninas sobre el parto y contribuye para la curva ascendente en los indicadores de cesárea en Brasil (33).

- ✓ **Autor:** Juan Miguel Martínez G., Miguel Delgado R.
- ✓ **Título:** Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal.
- ✓ **Resumen: OBJETIVO:** Conocer la influencia de la educación maternal sobre el nivel de dolor que manifiesta la mujer durante el proceso de parto, la utilización de analgesia epidural y el uso de medidas analgésicas alternativas. **MÉTODO:** Estudio multicéntrico observacional, realizado en cuatro hospitales de Andalucía desde enero de 2011 a enero de 2012. La población estudio fueron mujeres primíparas que tuvieron su parto en alguno de estos centros. Se estudiaron diferentes variables sociodemográficas, nivel de dolor y uso de medidas analgésicas. Los datos se recogieron a través de una entrevista y de la historia clínica. En el análisis se estimaron Odds Ratios (OR) y comparación de medias, crudas y ajustadas. **RESULTADOS:** Participaron en el estudio 520 mujeres. No se detectó asociación entre la realización de educación maternal por parte de la mujer y el nivel de dolor que esta padeció durante el proceso de parto ($p>0,05$). Tampoco se detectó influencia con la utilización de medidas analgésicas alternativas ($ORa= 1,14$; $IC95\%: 0,70-1,83$), ni de la analgesia epidural ($ORa= 1,58$; $IC95\%: 0,96-2,63$). **Conclusión:** La educación maternal no es eficaz para el control del dolor que produce el proceso de parto, ni determina el uso de otras medidas analgésicas (34).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Conocer la asociación de los factores sociodemográficos, de salud y personales con el dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto del Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020.

4.2. Objetivos específicos:

- a. Conocer la asociación entre los factores sociodemográficos y la intensidad del dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto.
- b. Conocer la asociación entre los factores de salud y la intensidad del dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto.

- c. Conocer la asociación entre los factores personales y la intensidad del dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto.

5. HIPÓTESIS

Dado que el trabajo de parto normal es un proceso fisiológico donde confluyen diversas actitudes y condiciones personales de las parturientas y que el dolor asociado a las contracciones uterinas es percibido con diferente intensidad, es probable que la intensidad alta del dolor, esté asociada a diversos factores sociodemográficos, sociales y personales de la parturienta.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- **Técnicas:** para medir la intensidad del dolor se aplicará el test numérico visual del dolor en el trabajo de parto (Anexo 1) y para identificar la presencia de los factores de riesgo se aplicará un cuestionario semiestructurado elaborado con base a las variables independientes elegidas (Anexo 2).
- **Instrumentos:** se usará dos instrumentos: el test numérico visual del dolor en el trabajo de parto y una encuesta semiestructurada, los cuales se aplicarán durante la etapa activa del trabajo de parto.
- **Materiales de verificación:** se usarán los instrumentos mencionados arriba, luego se elaborarán los resultados con las respectivas pruebas estadísticas que evidenciarán la probable asociación significativa en los factores estudiados y el dolor de intensidad alta durante el trabajo de parto.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

- **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en la “Sala de Dilatación” del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Regional Honorio Delgado. MINSA -Arequipa. Ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión, Cercado.
- **Ubicación temporal:** El estudio se desarrollará en el periodo comprendido entre enero y marzo del 2020.

- **Unidades de estudio:** Gestantes en trabajo de parto activo que ingresen a sala de dilatación del Hospital III General Honorio Delgado – Arequipa.
- **Población:** La población estará constituida por todas las gestantes de un mes atendidas en el hospital Regional III Honorio Delgado. Para su estimación hemos recurrido al Boletín Estadístico del año 2018 (último disponible), en el cual se informa que durante ese año hubieron 2,664 partos normales, lo cual implica 222 partos al mes, dato con el cual se calculará el tamaño de muestra representativa (23).
- **Criterios de selección**
 - Criterios de Inclusión:
 - Gestante en trabajo de parto activo
 - Primípara
 - Producto único
 - Parto eutócico
 - Participación voluntaria
 - Criterios de exclusión:
 - Gestante que por razones de salud no pueda responder a los instrumentos.
 - Gestante con evolución patológica del trabajo de parto.

Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestral se usará la siguiente fórmula para una población finita y conocida:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: tamaño muestral

N: tamaño de la población

Z: valor correspondiente a la distribución de gauss, $Z_{\alpha=0.05} = 1.96$ y $Z_{\alpha=0.01} = 2.58$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar ($p = 0.3$)

q: $1 - p$ ($q = 0.7$)

i: error que se prevé cometer si es del 10 %, $i = 0.1$

$n = 140$

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

1. Someter el proyecto a evaluación por el comité Institucional de Ética de Investigación de la UCSM.
2. Una vez aprobado el proyecto, se procederá a solicitar la autorización del director del Departamento de Ginecología y Obstetricia, para poder acceder a las gestantes en trabajo de parto activo, para aplicarles los instrumentos como se indica en el procedimiento. Por razones éticas, las parturientas serán informadas por la autora de la investigación de los objetivos y procedimientos de la misma, y se les invitará a participar, firmando el consentimiento informado (Anexo 3).
3. Aplicación del programa estadístico SPSS 22.
4. Tabulación y análisis de cuadros estadísticos.
5. Informe Final.
6. Sustentación de tesis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Autora: Ana Carolina Hernández Ortega
- Asesor: Dr. John Willy Turpo Prieto
- Pacientes voluntarias
- Estadístico

b) Materiales

- Formatos de consentimiento informado, del test visual numérico del dolor y cuestionario.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado por la autora.

3.3. Validación de los instrumentos

La Escala de Análisis Visual (VAS), la Escala Numérica de Escala (NRS), la Escala de Clasificación Verbal (VRS) y la Escala de Dolor de Caras-Revisada (FPS-R) están entre los instrumentos más usados para medir la intensidad del dolor en contextos clínicos y de investigación. La evidencia apoya su validez como medidas de la intensidad del dolor, pero pocos estudios los han comparado con respecto a los criterios de validez crítica o los han comparado directamente. Los hallazgos apoyan la validez de cada escala, aunque el mayor apoyo es para el NRS por mostrar mayor sensibilidad y ser capaz de detectar las diferencias por sexo en la intensidad del dolor (24). Aunque todas las escalas de puntuación del dolor son válidas, fiables y apropiadas para su uso en la práctica clínica, la Escala Analógica Visual tiene más dificultades prácticas que la Escala de Calificaciones Verbal o la Escala Numérica. Para fines generales, la escala de calificación numérica tiene una buena sensibilidad y genera datos que pueden ser estadísticamente analizados (25).

3.4. Criterios o estrategia para el manejo de resultados

Con los datos obtenidos con el test numérico visual del dolor, se formarán dos grupos:

CASOS: parturientas que obtengan un puntaje alto (8 – 10 puntos).

CONTROLES: parturientas que obtengan un puntaje bajo (1 - 4 puntos), en la eventualidad que el número de controles sea menor al de los casos, se incluirá a quienes obtengan un puntaje mediano.

La identificación de los factores de riesgo se basará en la información proporcionada por el cuestionario (Anexo 2), la cual se organizará en forma dicotómica para cada factor, usando las siguientes definiciones operacionales de los factores:

- Edad: se propone dos formas de la edad de riesgo para presentar nivel de dolor alto: edad ≤ 19 años y ≥ 30 años.
- Procedencia: zonas altoandinas.
- Estado civil o marital: soltera.
- Grado de instrucción: menor a secundaria completa.
- Ocupación: no tener ocupación remunerada.
- Actitud familiar hacia la gestación: negativa, rechazo, desacuerdo.
- Percepción de empatía de personal de salud: negativa, inadecuada.
- Conocimiento sobre el trabajo de parto: desconocimiento de la duración aproximada, etapas, cambios fisiológicos, origen y evolución del dolor, posibles alteraciones, conductas necesarias.
- Relación de pareja (progenitor): negativa, inadecuada, desinterés.
- Gestación deseada: no deseada o planificada.
- Edad gestacional: pretérmino o postérmino.
- Control prenatal: frecuencia menor a 5, iniciado desde el primer trimestre.
- Participación en un programa de psicoprofilaxis: asumiendo que estos programas preparan a las gestantes para tener un trabajo de parto satisfactorio, que implica la disminución del dolor.
- Afectación a la salud durante la gestación: sobrepeso, hiperémesis gravídica, aumento de la glicemia, ITU, edemas excesivos, anemia, otros.
- Antecedente patológico anterior a gestación: enfermedades o síndromes que requirieron tratamiento.

3.5. Estadística

Se elaborará una base de datos en el programa Excel, para luego poder elaborar los resultados y calcular los estadísticos: Odds Ratio, chi cuadrado, intervalos de

confianza al 95% y el respectivo análisis de regresión logística con el programa SPSS 22; evaluando de esta forma la presencia y significación de los factores de riesgo para presentar una intensidad alta del nivel de dolor en el trabajo de parto.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Diciembre 2019				Enero 2020				Febrero				Marzo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Elección del tema													
Revisión bibliográfica													
Aprobación del proyecto													
Ejecución													
Análisis e interpretación													
Elaboración del informe final													

Fecha de inicio: 01 de diciembre 2019

Fecha de término: 5 de marzo 2020

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

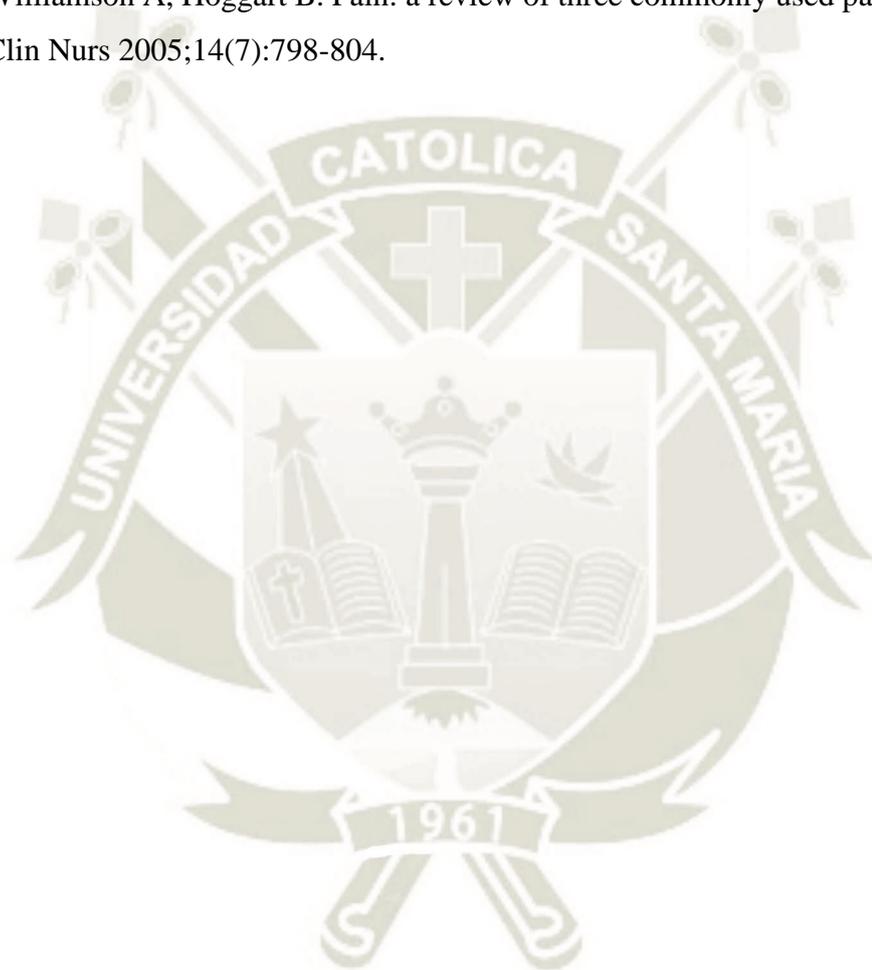
1. Ministerio de salud MINSA. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Lima. 2016.
2. Ministerio de salud MINSA. Norma técnica de salud para la atención del Parto vertical en el marco de los derechos Humanos con pertinencia intercultural. Lima 2016.
3. Nápoles-Méndez D, Piloto-Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN [Internet]. 2012 Oct [citado 2020 Feb 12] ; 16(10): 1579-1595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000013&lng=es.
4. De Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 17-32.
5. Actualidad en Psicología. ¿Qué es el locus de control? 16 mayo, 2018. Disponible en <https://www.actualidadenpsicologia.com/locus-de-control/> Consulta 18/01/2020.
6. Ministerio de salud MINSA. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Lima. 2016.
7. MINSA. Norma técnica de salud para la atención del Parto vertical en el marco de los derechos Humanos con pertinencia intercultural. Lima 2016.
8. Nápoles-Méndez D, Piloto-Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN [Internet]. 2012 Oct [citado 2020 Feb 12] ; 16(10): 1579-1595. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000013&lng=es.
9. De Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (13), 17-32.
10. Actualidad en Psicología. ¿Qué es el locus de control? 16 mayo, 2018. Disponible en <https://www.actualidadenpsicologia.com/locus-de-control/> Consulta 18/01/2020.

11. Lugones-Botell M, Ramírez-Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 Mar [citado 2020 Feb 12] ; 38(1): 134-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es.
12. Williams. *Obstetricia*, 25e. Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Ciudad de México 2018.
13. Andina E. Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* [Internet]. 2002;21(2):63-74. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91221202>., Fecha de consulta 11/01/2020.
14. Hinshaw, K, Simpson, S, Cummings, S, et al. A randomized controlled trial of early versus dlyed oxytocin augmentation to treat primary dysfunctional labour in nulliparous women. *BJOG* 2008, 115:1289.
15. Guzmán-Parrado R. Trabajo de parto: Fisiología y Alteraciones disfuncionales. Universidad Virtual de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Disponible en <http://uvsfajardo.sld.cu/trabajo-de-parto-fisiologia-y-alteraciones-disfuncionales>. Consulta 10/01/2020.
16. Vera Loyola Edy. Atención del parto centrada en el paciente. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2019 Ene [citado 2020 Feb 12] ; 65(1): 51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2152>.
17. Ministerio de Salud. Instructivo para el registro de datos de la Historia clínica materno perinatal. Primera edición febrero 2000.
18. Sheiner E, Mazor-Drey E, Levy A. Asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009;22(5):423-7. DOI: 10.1080/14767050802360783
19. Puebla-Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* [Internet]. 2005 Mar [citado 2020 Feb 12] ; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.

20. Celesia, M. (2003). Mitos y realidades de la analgesia para partos. Argentina. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 22(1): 22-27. Obtenido el 01/12/19, desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/912/91222106.pdf>.
21. García, C.L. (2010). Importancia del parto natural: El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. 7º edición. España. Obtenido el 01/12/19, desde http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf.
22. Smith, C.A., Collins, C.T., Cyna, A.M., Crowther, C.A. (2006). Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. The Cochrane Collaboration. 3. Obtenido el 06/01/19, desde http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/tratamientos_complementarios_y_alternativos_para_el_manejo_del_dolor_en_el_trabajo_de_parto.pdf.
23. Ramón, A.E., Díaz, B.I. (2008). Controversias del uso de analgesia epidural en el trabajo de parto. Nure Investigación. 37. Obtenido el 12/12/19, desde http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/comepipar.pdf.
24. Casillas, S.B., Zepeda, L.V. (2009). Analgesia obstétrica moderna. Anestesia en México. 21(1): 12-22 Obtenido el 20/12/19, desde <http://www.anestesiaenmexico.org/RAM9/RAM2009-21-1/005.pdf>.
25. Ministerio de Salud de Chile. (2008). Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Santiago: Gobierno de Chile.
26. Barbosa da Silva Flora Maria, Junqueira Vasconcellos de Oliveira Sonia Maria, Mota e Silva Lia, Fernandez Tuesta Esteban. Prácticas para estimular el parto normal. Index Enferm [Internet]. 2011 Sep [citado 2020 Feb 12] ; 20(3): 169-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200007>.
27. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC, Melo ES, Paiva CP, Vieira D et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. Rev Eletr Enf 2008; 10(3):600-609.

28. Pacheco-Rodríguez D. Medición del dolor en enfermedades musculoesqueléticas. *Medwave* 2008 Dic;8(11): e3658 doi: 10.5867/medwave.2008.11.3658. Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3658>. Consulta 20/01/2020.
29. Luque-Zárate MD. Relación de la psicoprofilaxis obstétrica y trabajo de parto en las gestantes Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2017 [Tesis para optar el título de bachiller]. Disponible en <http://repositorio.ucs.edu.pe/handle/UCS/30>. Consulta 10/01/2020.
30. Dávila-Payano AF, Lazo-Del-Carpio LB. Efecto de la digitopuntura sobre la intensidad del dolor y la evolución del trabajo de parto en primigestas Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 17 de febrero al 15 de marzo Arequipa - Perú – 2016 [Tesis para optar el título de bachiller]. Disponible en <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5339>. Consulta 04/01/2020.
31. Flores-Bazán MN. Actitud de las gestantes sin y con preparación del programa de psicoprofilaxis durante los procesos de atención del parto en pacientes atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto en el año 2018 [Tesis para optar el título de bachiller]. Disponible en <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/31555>. Consulta 05/01/2020.
32. Zorrilla-Mechato GK. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores. Junio – agosto 2015 [Tesis para optar el título de bachiller]. Disponible en <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/2275>. Consulta 11/01/2020.
33. Da-Rocha-Pereira R, Cristina-Franco S, Baldin N. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. *Revista Brasileira de Anestesiología*, Vol. 61, No 3, Mayo-Junio, 2011; 61: 3: 204-210. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf. Consulta 03/01/2020.
34. Martínez G Juan Miguel, Delgado R Miguel. Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2013 [citado 2020 Feb 12]; 78(4): 293-297. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400008>.

35. Ministerio de salud DIRSA/MINSA. Hospital Regional III Honorio Delgado. Boletín Estadístico 2018. Disponible en http://www.hrhdapq.gob.pe/pages/archivo_boletin_esta.php?id=11. Consulta 20/01/2020.
36. Ferreira Valente MA, Pais Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. Pain 2011;152(10):2399-404. DOI: 10.1016/j.pain.2011.07.005.
37. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005;14(7):798-804.



Anexo 1
GUÍA DE ENTREVISTA

Nº.....

C. DATOS GENERALES

Edad:..... años

Tiempo de gestación:..... Semanas

D. FACTORES DE RIESGO

d) Antecedentes de salud:

Afecciones en la gestación (síndromes, enfermedades, síntomas, signos)

NO

SÍ ¿Cuáles?.....

Control prenatal inadecuado (<5 controles desde el 1er trimestre, exámenes)

NO

SÍ

Participación en un programa de psicoprofilaxis

NO

SÍ

Antecedentes patológicos anteriores a la gestación

NO

SÍ ¿Cuáles?.....

e) Personales:

Relación de pareja insatisfactorio (progenitor)

NO

SÍ ¿Por qué?.....

Gestación no deseada

NO

SÍ ¿Por qué?.....

Grado de instrucción menor a secundaria completa

NO

SÍ Nivel alcanzado.....

No tener ocupación remunerada o ingresos propios

NO

SÍ

Conocimiento insuficiente del trabajo de parto

NO

SÍ

f) Sociales:

Personas con las que vive:.....

.....

Tipo de hogar: Nuclear Matrimonio Extendido Unipersonal Otro

Lugar de procedencia: Arequipa provincia Otras provincias de Aqp Puno
Moquegua Cusco Apurímac Tacna Otro

Actitud familiar negativa hacia la gestación

NO

SÍ ¿Por qué?.....

Percepción negativa de la empatía del personal de salud (maltrato)

NO

SÍ ¿Por qué?.....

Anexo 2

**ESCALA NUMÉRICA PARA MEDICIÓN VISUAL DEL DOLOR DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO**

Señale o indique, en la siguiente escala, el nivel de dolor que ha sentido por el trabajo de parto en la última hora, asumiendo que “1” es ausencia de dolor y “10” es un dolor insoportable.

Sin dolor Dolor insoportable




1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Primera medición	
Segunda medición	
Tercera medición	
PROMEDIO	

BAREMO

- Dolor leve : 1 – 4
- Dolor mediano : 5 – 7
- Dolor alto : 8 - 10

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, acepto dar información para la investigación “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD ASOCIADOS AL DOLOR POR CONTRACCIONES UTERINAS EN EL TRABAJO DE PARTO, HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2020”, cuya responsable es la Sta. estudiante ANA CAROLINA HERNÁNDEZ ORTEGA, la cual tiene como finalidad estudiar algunos aspectos relacionados al dolor durante el parto.

He sido informada que me hará preguntas que no afectarán mi salud. Se ha comprometido a que la información que dé, solamente será usada con fines de investigación, que nunca se mencionará mi nombre o mis datos personales.

Fecha:.....

Nombre y firma:.....

