

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**BIENESTAR MATERNO SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LAS
USUARIAS DEL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA
OCTUBRE –DICIEMBRE 2014**

Tesis presentada por:

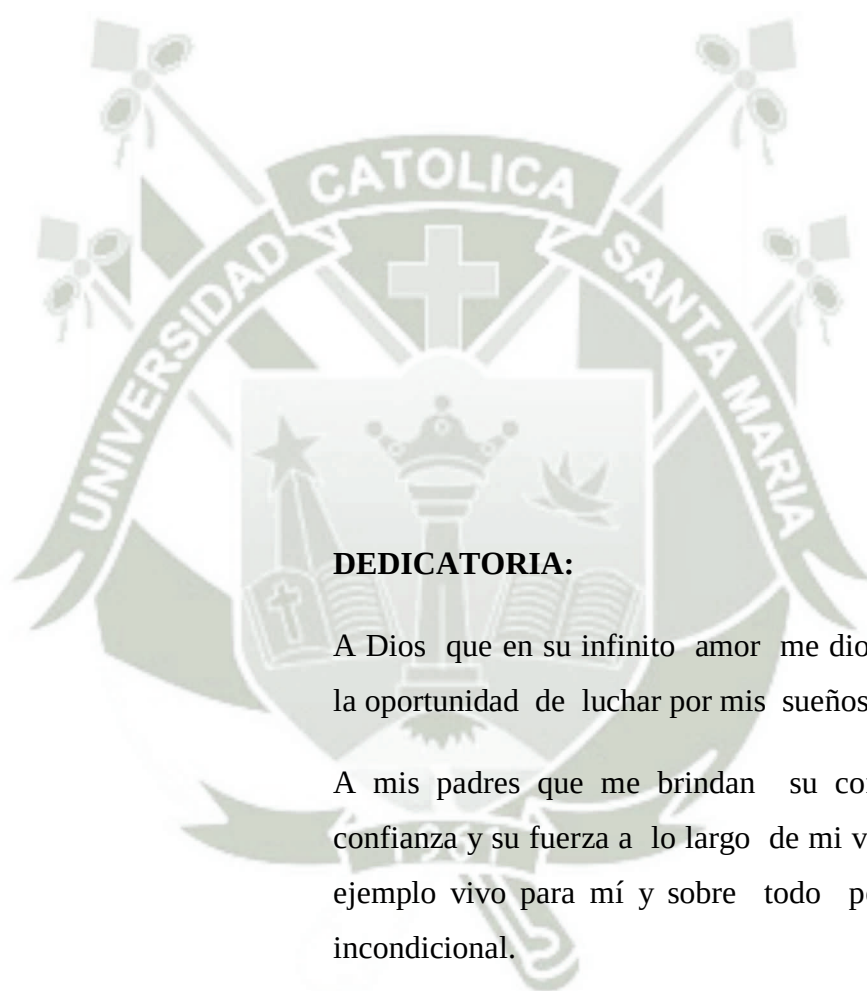
Bachiller: Shelby Katherine Rodríguez Mamani.

Para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA.

AREQUIPA –PERÚ

2015



DEDICATORIA:

A Dios que en su infinito amor me dio la vida y la oportunidad de luchar por mis sueños.

A mis padres que me brindan su compañía, su confianza y su fuerza a lo largo de mi vida, por ser ejemplo vivo para mí y sobre todo por su amor incondicional.

A mis hermanos que son mi motivación diaria para seguir adelante.

A mis docentes que me instruyeron y compartieron con paciencia y responsabilidad todas sus enseñanzas

Yo te mando a que seas fuerte y valeroso, no temas ni te acobardes, porque el señor tu Dios estará contigo donde quiera que vayas.

Josué 1,9



INDICE GENERAL

Dedicatoria	I
Epígrafe	II
Índice General	III
Resumen	V
Abstract	VI
Introducción	VII

CAPITULO I: Planteamiento Teórico

Planteamiento Teórico	8
1. Problema De La Investigación	9
1.1. Enunciado	9
1.2. Descripción Del Problema	9
1.3. Justificación	12
2. Objetivos	13
3. Marco Teórico	14
3.1 Marco Conceptual	14
3.1.1. Definición de bienestar	14
3.1.2. Calidad de atención en salud	14
3.1.3. Calidad de atención	15
3.1.4. Dimensiones de la calidad	15
A) Eficacia	16
B) Competencia profesional	17
C) Acceso a los servicios	18
3.1.5. Respeto profesional a la mujer como persona/usuario	18
3.1.6. Atención personalizada	19
A) Acompañamiento profesional	19
B) Atención una a una	20
3.1.7 Ambiente físico confortable	21
A) Limpieza	21
3.1.8 Nutrición durante el proceso de parto	22

3.1.9. Apoyo en el parto	25
3.1.10. Dolor durante el parto	28
A) Métodos no farmacológicos de alivio del dolor	29
3.1.11. Posición y movilidad de la madre durante el Periodo dilatante del trabajo de parto	32
3.1.12. Contacto madre e hijo intraparto	34
3.1.13. Proceso de parto	36
A) Parto	36
B) Trabajo de parto	36
C) Fenómenos del trabajo de parto	36
D) Periodos del trabajo de parto	38
E) Periodo expulsivo	39
F) Periodo de alumbramiento	39
3.2. Análisis de antecedentes investigativos	40
4. Hipótesis	46
 CAPITULO II: Planteamiento Operacional	
Planteamiento Operacional	48
1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de verificación	48
2. Campo De Verificación	48
3. Estrategias De Recolección	50
4. Estrategia Para Manejar Resultados	52
5. Cronograma De Trabajo	52
 CAPITULO III: Resultados	
III. Resultados	53
Discusión	64
Conclusiones	67
Recomendaciones	68
Bibliografía, Hemerográfica, Webgrafía	69
Anexos	72

RESUMEN

El bienestar materno durante el proceso de parto es la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad de la mujer atendida, representa un eje fundamental para el desarrollo adecuado del mismo. Los objetivos de este estudio fueron describir la percepción de la usuaria en cuanto al cuidado, respeto y atención profesional de calidad e identificar la opinión de las usuarias respecto al ambiente físico, oportunidad de desplazamiento, ingesta de líquidos y alimentos y definir la percepción general de bienestar materno durante el proceso de parto de las usuarias que acuden al centro obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de Octubre – Diciembre 2014. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, prospectivo, que incluyó una muestra de 227 mujeres atendidas de parto eutócico, evaluadas mediante la encuesta guiada previo consentimiento informado. Para el análisis estadístico se utilizó el X². El software utilizado para este fin SPSS 18.0. Un valor de $p < 0.05$. En los resultados se encontró que las dimensiones de atención profesional, de respeto y personalizada tuvo calificación como adecuada en un 85,9%; 82,8%; 72,2% respectivamente, la dimensión de ambiente físico confortable, es percibido por el 71,8% como adecuado por las mujeres encuestadas. En relación al indicador oportunidad de hidratación y alimentación fue calificado pobremente teniendo nivel mínimo con un 59,9%, tanto como el contacto intraparto con un 41,9% de calificación mínima. En el indicador compañía significativa durante el proceso de parto el 100% coincidió con un puntaje mínimo. El indicador de libertad de movimiento y desplazamiento fue calificado como adecuado por el 52,4% de las encuestadas. El bienestar materno percibido por las usuarias es adecuado en un 65,6%, el 23,8% de ellas lo calificaron como mínimo y el 10,6% como nivel óptimo. Se concluye que la población estudiada presenta un grado de bienestar adecuado, se recomienda que se refuercen los indicadores de compañía significativa, alimentación e hidratación, contacto intraparto durante el proceso de parto para llegar a un nivel óptimo. **Palabras Claves:** Bienestar materno, proceso de parto.

ABSTRACT

The maternal wellbeing during childbirth is the subjective perception of balance, harmony and vitality woman served, represents a cornerstone for the proper development. The objectives of this study were to describe the perception of the user in the care, respect and professional quality care and to identify the user's opinion regarding the physical environment, opportunity to travel, food and fluid intake and define the general perception of maternal wellbeing during childbirth of users who visit the obstetric ward of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza of Arequipa in the months of October to December 2014. Descriptive research, survey type, which included a sample of 227 women treated for vaginal delivery, as measured by the survey guided prior informed consent was conducted. For statistical analysis we used the X2. The software used for this purpose SPSS 18.0. A value of $p < 0.05$. The results found that the dimensions of professional care, respect and custom had qualification as adequate in 85.9%; 82.8%; 72.2% respectively, the dimension of comfortable physical environment is perceived by 71.8% as adequate by the women surveyed. Regarding the indicator opportunity to hydration and nutrition was rated poorly with having minimum 59.9% as much as the intrapartum contact with a 41.9% minimum rating. In the company significant indicator during the birthing process 100% coincided with a minimum score. The indicator of freedom of movement and displacement was rated as adequate by 52.4% of respondents perceived welfare Maternal users is adequate in 65.6%, 23.8% of them rated it as minimum and 10.6% as optimum. We conclude that the studied population presents an appropriate level of welfare, it is recommended that indicators of significant company, nutrition and hydration, reinforcing intrapartum contact during the birthing process to arrive at an optimal level. **Keywords:** Maternal Welfare birthing process.

INTRODUCCION

El presente estudio ha permitido recoger valiosa información sobre cómo perciben las usuarias el bienestar materno durante el proceso de parto en el centro obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Con el entendido de que dicha percepción constituye una realidad global experimentada por ellas, y que de hecho está influido por un conjunto de factores físicos, psicológicos y sociales.

Se ha elegido el tema, porque el bienestar materno durante el proceso de parto se relaciona directamente a una labor esencial e intrínseca de la obstetra. En los últimos años se ha establecido una corriente a favor de la recuperación del protagonismo y participación de la mujer en el proceso del parto humanizado. Es por ello la necesidad de poder evaluar el estado actual del mismo.

Los resultados han permitido proporcionar información sobre el bienestar vivido en el parto calificándolo como adecuado, se puede considerar bueno, sin embargo aún se debe seguir trabajando para poder llegar a un estado óptimo.

Por último como futura obstetra, considero que el tema tratado fue de interés debido a que el parto representa una experiencia psicosocial profunda que pone a prueba la feminidad de la mujer, limitando sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología, asegurando el bienestar materno durante el proceso, no sólo se obtendrá un buen resultado, sino también se asegura, la satisfacción de la materna.

Capítulo I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I .PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO

“Bienestar Materno según la percepción de las usuarias del Centro Obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa Octubre –Diciembre 2014”

1.2 DESCRIPCIÓN

A. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

- Área general: Ciencias de la Salud.
- Área específica: Obstetricia.
- Línea: Calidad de atención.

B. ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
BIENESTAR MATERNO DURANTE PROCESO DE PARTO	Atención profesional de calidad	Óptimo Adecuado Mínimo
	Respeto profesional a la mujer como persona/usuario	Óptimo Adecuado Mínimo
	Atención personalizada	Óptima Adecuada Mínima
	Ambiente físico confortable	Óptimo Adecuado Mínimo
	Oportunidad de ingesta e hidratación	Óptimo Adecuado Mínimo
	Contacto madre e hijo intraparto	Óptimo Adecuado Mínimo
	Compañía significativa durante el proceso	Óptimo Adecuado Mínimo
	Libertad de movimiento y desplazamiento	Óptimo Adecuado Mínimo

VARIABLE INTERVINIENTE : CARACTERISTICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO	Socioeconómicos	Edad Paridad Estado civil Lugar de procedencia Nivel económico Ocupación Grado de instrucción
--	------------------------	--

C. INTERROGANTES BÁSICAS

1. ¿Cuál es la percepción de la usuaria en cuanto al respeto, la atención profesional de calidad y personalizada, durante el proceso de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de Octubre – Diciembre 2014?
2. ¿Qué opinión tienen las usuarias respecto al ambiente físico, oportunidad de desplazamiento, ingesta de líquidos y alimentos y compañía significativa, contacto precoz, durante el proceso de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de Octubre – Diciembre 2014?
3. ¿Cómo es la percepción general de bienestar materno durante el proceso de parto vivido en usuarias que acuden al Centro Obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de Octubre – Diciembre 2014?

D. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada se encuentra clasificada dentro de las investigaciones de campo debido a que se aplicó una entrevista guiada a las usuarias que fueron atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de Octubre –Diciembre 2014.

E. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente corresponde a una investigación de tipo descriptivo, prospectivo.

1.3 JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio tiene **originalidad** específica debido a que se reconoce la existencia de otros trabajos de investigación, que contribuyen a determinar el bienestar materno durante el proceso de parto.

El estudio tiene una importante **relevancia social**, ya que determinando el nivel de bienestar materno aseguraremos la recuperación pronta de la usuaria y así tener un mejor acercamiento a la población.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se puede tomar datos en mujeres puérperas del Hospital Regional Honorio Delgado.

A la vez satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en la especialidad de la Obstetricia, logrando una importante **contribución académica** al campo de la salud reproductiva, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado, cumpliendo con la **política de investigación** de la universidad en esta etapa importante de mi desarrollo profesional.

2. OBJETIVOS

2.1 Describir la percepción de la usuaria en cuanto al respeto, atención profesional de calidad y personalizada durante proceso de parto en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de Octubre – Diciembre 2014.

2.2 Identificar la opinión de la usuaria respecto al ambiente físico, oportunidad de desplazamiento, ingesta de líquidos y alimentos contacto precoz y compañía significativa durante el proceso de parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de Octubre – Diciembre 2014.

2.3 Definir la percepción general de bienestar materno durante el proceso de parto de las usuarias que acuden al centro obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en los meses de Octubre – Diciembre 2014.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

3.1.1 DEFINICIÓN DE BIENESTAR:

Corresponde a la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad de la persona.¹

3.1.2 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

La calidad según la OMS : se define como un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del usuario e impacto final en la salud.²

M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS 1988: el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y la desnutrición .

W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total, propone la definición de calidad más integral y quizás la más simple: “hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”

1Leddy S. In: Leddy S, Hood L (eds). Leddy and Peppers conceptual basis of professional nursing. 8th ed.

USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.ce

2MINSA documento técnico de estándares e indicadores de atención materna perinatal en establecimientos que cumplen funciones obstétrica y neonatales . Lima 2005. Pag 25

Hablar de calidad significa según la real academia de la lengua española en su edición de 1995 “propiedad o conjuntos de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”

Calidad es un concepto relativo no es absoluto no es perfección puede ser buena o mala, puede o no satisfacer al usuario, la satisfacción del usuario es una consecuencia de la buena calidad.

3.1.3 CALIDAD DE ATENCIÓN:

Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología medidas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos: El grado de calidad es, por siguiente la medida que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgo beneficio.³

3.1.4 DIMENSIONES DE LA CALIDAD

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad, que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes puede encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del usuario aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión y estas proporcionan un marco

³Joan.C.March, MaAngeles, Prieto: “La calidad y salud pública: un reto hacia una salud publica Basada en evidencia Artículo de opinión .Rev. Calidad Asistencial 2001; 16 57 – 58

útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y con sus propias normas del programa. Las ocho dimensiones que consideramos constituyen una síntesis de ideas de varios peritos en materia de garantía de calidad, consideramos que se trata de dimensiones que son particularmente importantes, en el medio de los países en desarrollo, sin embargo cabe destacarse que no todas las ocho dimensiones merecen la misma importancia en cada programa, sino que tienen que considerarse a la luz de programas específicos y definirse dentro del contexto de las realidades locales.⁴

A) EFICACIA:

la calidad de los servicios de salud depende de la eficiencia de las normas de prestación de servicios y de las de orientación clínica. La evolución de la eficacia debe responder a las preguntas: ¿es el tratamiento adecuado? ¿Produce los efectos deseados? la eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden como aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales. Una vez que se determinan como se tienen que aplicar en una solución dada, se tienen que aplicar en una situación dada, se tienen que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico.

⁴CIES-UNAN; dossier de calidad en salud, compilado por el Dr.miguel Orozco valladares, maestría en Salud Publica 2007/2009 pág. 10.

B) COMPETENCIA PROFESIONAL

La competencia profesional se refiere a la capacidad y desempeño de las funciones de los grupos de salud, del profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar tareas, lo que debe hacer de forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no clínicos. Para los grupos de salud comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. Por ejemplo, la forma como una recepcionista responde a las solicitudes de información es un aspecto de la competencia profesional en el puesto, mientras que la persona encargada de la farmacia tiene que poseer competencia en logística y control de inventario.

La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de

importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.⁵

C) ACCESO A LOS SERVICIOS

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica. Social, organizacional, cultural o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y también otras barreras físicas que impidan que el usuario vaya a recibir la atención. Lo económico se refiere a la accesibilidad.⁶

3.1.5 RESPETO PROFESIONAL A LA MUJER COMO PERSONA / USUARIA

Una adecuada comunicación entre las mujeres y los profesionales responsables de su cuidado, contribuye de manera decisiva a que el parto sea para ellas y sus familias una experiencia positiva. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como elementos de la atención sumamente apreciados por las mujeres y que contribuyen de manera decisiva a su satisfacción con la experiencia del parto.

El cumplimiento de las expectativas de cada mujer, el sentirse implicada, poder decidir y mantener el control sobre el proceso del parto son factores que se relacionan con la satisfacción. Por ello, es

⁵ MINSA, proyecto 2000. Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria. Lima – 2000 , pág. 13

⁶RamírezSanchez T. J y Col.”percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México perspectivas de los usuarios” artículo original .Rev. de salud pública México . Vol 40 No 1. Enero febrero 1998. Pag 9.

importante que los profesionales conozcan esas expectativas, expresadas verbalmente o escritas en planes de parto, para satisfacerlas en la medida de lo posible y para, mediante un proceso de comunicación y de soporte emocional contribuir, cuando sea necesario, a limitar el desajuste que puede producirse entre las expectativas y el desarrollo concreto de cada parto.

Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que las atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados.⁷

3.1.6 ATENCION PERSONALIZADA

A) Acompañamiento del profesional

En el ámbito hospitalario, durante un parto normal, la mujer es atendida por matronas, aunque su presencia no es continuada, ya que cada profesional puede estar ocupándose de más de una mujer de parto. En algunos países, sin embargo, se está promoviendo un apoyo continuo y lo que se ha denominado cuidado una a una.

La evidencia muestra que las mujeres que recibían apoyo continuo profesional (matronas o doulas) durante el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y menor probabilidad

⁷Manual de Atención personalizada en el proceso reproductivo, MINSA Chile ,1ra edición, enero 2008 , pág. 192.

de recibir analgesia regional, tener un parto vaginal instrumental, tener un parto por cesárea e informar insatisfacción con la experiencia de parto.

B) Atención Una a Una

La utilización rutinaria de la Monitorización Electrónica Fetal a menudo con control central, y la analgesia neuroaxial, junto con el reconocimiento del derecho de las mujeres de parto a estar acompañadas por una persona de su elección, ha conducido a que las matronas se dediquen fundamentalmente a los procedimientos técnicos y permanezcan poco tiempo con las mujeres.

Muchas parturientas se sienten atemorizadas en el ambiente semiquirúrgico habitual de las salas de parto, solas a pesar de estar rodeadas de equipos técnicos que acaparan toda la atención y aisladas pero sin intimidad.

Ciertamente, nunca antes se ha controlado tan de cerca y de forma tan estrecha a las mujeres, pero desde tan lejos. Por otra parte, las personas acompañantes también necesitan recibir apoyo y orientación para poder proporcionar una compañía adecuada.

La importancia de un apoyo continuo, tanto emocional como informativo, físico y psicológico, proporcionado por las matronas, ha sido enfatizada a la luz de estudios que muestran que puede mejorar el resultado obstétrico y la satisfacción de las mujeres.

El contar con apoyo una a una durante todo el trabajo del parto se asoció con una menor probabilidad de utilizar analgesia y de parto

vaginal instrumentado, así como con una mayor probabilidad de tener un parto vaginal espontáneo.⁸

3.1.7 AMBIENTE FÍSICO CONFORTABLE

El entorno debe ser cuidado al máximo procurando un ambiente acogedor, con la menor tecnificación posible. Cuando sea necesario tener aparataje deberá ser cubierto con mobiliario doméstico. Se dispondrán cuadros con motivos relajantes (como recién nacidos lactando), lámparas domésticas, cojines.

A) Limpieza

La limpieza es un requerimiento fundamental, con independencia del lugar el parto. No es necesario el grado de esterilización usado normalmente en un quirófano, pero las uñas deben estar cortas y limpias, y las manos han de ser cuidadosamente lavadas con agua y jabón. Se debe poner gran atención en la higiene personal de la mujer, así como la limpieza de la habitación y de todos los materiales a usar durante el parto. En algunos países se usan máscaras y batas estériles para proteger a la mujer de infecciones.

Los instrumentos que vayan a ser usados de nuevo deben ser descontaminados apropiadamente de acuerdo con las pautas dadas por la OMS (1995). El equipo que entra en contacto con la piel intacta puede ser lavado, y los instrumentos que se ponen en contacto con las membranas mucosas o la piel no intacta deben ser esterilizados, hervidos o desinfectados químicamente.

⁸estrategia de atención al parto normal en el servicio extremeño de salud, SANTOS Redondo , pedro y AL-ADIB Mendiri Miriam , primera edición 2013 , México , pág. 28

Los instrumentos que penetran en la piel deben ser esterilizados. Estos métodos sirven para prevenir la contaminación de la mujer y de las matronas.

Algunas medidas se deben tomar en todos los partos para prevenir posibles infecciones de la mujer y/o de la matrona. Estas medidas incluyen el evitar contacto directo con sangre y otros fluidos corporales, y el uso de guantes durante el examen vaginal, al recibir el niño y al coger la placenta. Es importante reducir la posibilidad de infección restringiendo el uso de técnicas invasivas como la episiotomía al mínimo posible, y cuidando mucho el uso de agujas e instrumentos cortantes (por ejemplo durante la sutura).⁹

3.1.8 NUTRICIÓN DURANTE EL PROCESO DE PARTO

Los puntos de vista acerca de la nutrición durante el parto difieren enormemente entre una parte del mundo y otra. En los países desarrollados, el miedo a una aspiración de contenidos gástricos durante una anestesia general (síndrome de Mendelson) continúa justificando la norma del ayuno durante el parto. Para la mayoría de mujeres el ayuno prolongado durante el parto no supone ningún problema, pero muchas de ellas necesitan desesperadamente ingerir líquidos. En muchos países en desarrollo, y debido a creencias de tipo cultural, se les prohíbe cualquier ingesta de líquidos o sólidos durante el parto.

El miedo a que la ingesta de líquidos o sólidos durante el parto ponga a la mujer en riesgo de una aspiración del contenido gástrico durante una anestesia general es real y serio. Sin embargo, mantener una restricción de ingesta de comida o líquidos, no garantiza que el estómago vaya a

⁹Cuidados en el parto normal: una guía práctica, OMS, departamento de investigación y Salud Reproductiva, Ginebra 1996. pág. 23

estar vacío (Crawford 1956, Taylor y Pryse-Davies 1966, Roberts y Shirley 1976, Tettambel 1983, Mckay y Mahan 1988). Diversos experimentos encaminados a reducir los contenidos estomacales o la acidez, ya sea por medios farmacológicos o reduciendo la ingesta, no han sido capaces de establecer un efecto positivo en el 100% de los casos con cualquiera de los métodos. El margen de los valores de pH encontrados fue amplio y, por ello, los expertos dictaminaron que la administración rutinaria de antiácidos durante el parto no puede asegurar la prevención del síndrome de Mendelson, así como tampoco el volumen de contenidos gástricos.

El riesgo de aspiración está asociado con el riesgo de la anestesia general. Como no existe una garantía contra el síndrome de Mendelson, lo correcto de cara al parto sería una evaluación del riesgo de requerir una anestesia general. Una vez establecido, el parto natural puede llevarse adelante sin administración de antiácidos.

Un parto requiere una cantidad enorme de energía. Como la duración del parto y nacimiento no pueden ser previstos, las fuentes energéticas deben estar garantizadas de cara a lograr el bienestar materno y fetal. Una restricción severa de fluidos puede conducir a una deshidratación y cetosis. Este problema, comúnmente se trata con una infusión intravenosa de glucosa y fluidos. Los efectos maternos de esta terapia han sido evaluados en numerosos estudios (Lucas et al 1980, Rutter et al 1980, Tarnow-Mordi et al 1981, Lawrence et al 1982). El aumento de los niveles de glucosa media parece venir acompañados de un aumento de los niveles de insulina materna. A su vez se acompañan de un incremento de los niveles de glucemia fetal lo cual puede conllevar un descenso del pH sanguíneo de la arteria umbilical. Si una parturienta recibe más de 25 gramos de glucosa intravenosa durante el parto, esto puede producir un hiperinsulinismo fetal, lo cual puede conducir a una hipoglucemia fetal y niveles sanguíneos elevados de

lactato. El uso excesivo de soluciones intravenosas sin sal puede conducir a una hiponatremia, tanto en la madre como en el feto.¹⁰

Las complicaciones anteriormente mencionadas, especialmente la deshidratación y cetosis, pueden prevenirse dando fluidos orales durante el parto y dietas ligeras. Las infusiones intravenosas rutinarias interfieren con el proceso natural y restringen los movimientos de la mujer. Incluso la colocación de una cánula intravenosa profiláctica induce a intervenciones innecesarias.

En la situación de un parto domiciliario, no se da ningún tratamiento específico, no se prescriben antiácidos y no hay restricción ni de fluidos ni de sólidos. Muchas veces a la mujer se le avisa que la ingesta de líquidos o sólidos puede producir náuseas, pero como ellas están en su casa no se realiza control alguno acerca de lo que comen o beben. Cuando la mujer decide comer algo, habitualmente toma algo ligero y fácilmente digerible. Se puede afirmar con seguridad que para el parto normal, de bajo riesgo, no existe necesidad de restringir la ingesta. Sin embargo se precisa un análisis que determine si los efectos de intervenir en la nutrición materna durante el parto no son peores que los riesgos de un síndrome de Mendelson. Y todavía quedan muchas cuestiones por responder, como si hay algún estudio hecho acerca de partos con el estómago lleno, o si existe alguna diferencia entre beber un poco o nada, o si existen datos sobre los efectos de la restricción de alimentos y bebidas durante el parto en los países en vías de desarrollo, donde no hay medios para restituir la pérdida de energía en un parto largo.

¹⁰Cuidados en el parto normal: una guía práctica, OMS, departamento de investigación y Salud Reproductiva, Ginebra 1996. pág. 11

En conclusión, la nutrición es un asunto de gran importancia y a su vez de gran variabilidad. La manera más apropiada de abarcar el asunto parece ser, no interfiriendo con los deseos de la mujer respecto a la comida o bebida, porque en el parto normal debe existir una razón de peso para interferir con el proceso natural.¹¹

3.1.9 APOYO EN EL PARTO

Informes y experimentos realizados al azar acerca del apoyo ofrecido durante el parto por una persona, doulas, matrona o enfermera, demostraron que un apoyo continuado y físico supone grandes beneficios, como partos más cortos, un uso menor de medicación y analgesia epidural, un menor número de niños con test de Apgar inferiores a 7 y menos partos instrumentales (Klaus et al 1986, Hodnett y Osborn 1989, Hemminki et al 1990, Hofmeyr et al 1991).

Este informe identifica a una doula como una mujer que tiene una formación básica acerca del parto y que está familiarizada con una gran variedad de métodos de atención hacia las personas. Ofrece apoyo emocional mediante elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico con masajes en la espalda de la mujer y tomando sus manos, explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable. Aunque estas tareas también pueden ser realizadas por la matrona o enfermera, muy a menudo éstas necesitan llevar a cabo procedimientos tanto médicos como técnicos que pueden hacerles distraer de su atención a la madre. Sin embargo, todo el apoyo ofrecido por estas mujeres reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado, 24 horas después de haber dado a luz. A su vez, tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán dando pecho tras 6 semanas del parto.

¹¹ Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal 1ra edición 2010. pág. 22 - 25

La mujer de parto debe estar acompañada por las personas con las cuales ella se encuentre cómoda: su marido, su mejor amiga, la matrona o la doula. En algunos países desarrollados, también se puede incluir aquí un TBA. En general, serán personas a las que se ha conocido durante el embarazo. Las matronas profesionales deben estar familiarizadas con las tareas de apoyo y médicas y deben realizarlas con competencia y sensibilidad. Una de estas tareas consiste en ofrecer a la mujer toda la información que ella desee y necesite. La privacidad de la mujer en el lugar donde vaya a dar a luz debe ser respetada en todo momento. Una gestante necesita su propia habitación para dar a luz y el número de personas presentes debe estar limitado al mínimo necesario.

Sin embargo, en la práctica cotidiana las condiciones difieren considerablemente de la situación ideal descrita anteriormente. En los países desarrollados las mujeres, a menudo, se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional. En los países en desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de bajo riesgo que el apoyo personal y la privacidad resultan prácticamente imposibles. Los partos domiciliarios en estos países son muchas veces atendidos por personas inexpertas. Bajo estas circunstancias, el apoyo a la mujer gestante es deficiente e incluso inexistente, con un número considerable de gestantes dando a luz sin ningún tipo de atención.

Las consecuencias de las afirmaciones anteriores en cuanto al lugar del parto y el suministro de apoyo están lejos de alcanzarse, ya que implican que el personal sanitario que atiende el parto deba trabajar a escala mucho menor. La atención especializada para el parto debe ofrecerse preferentemente en o cerca del lugar donde vive la mujer, antes que trasladar a todas las mujeres a una gran unidad de obstetricia.

Las grandes unidades que atienden 50 ó 60 partos al día, necesitarían reestructurar sus servicios para poder atender las necesidades específicas de las mujeres. Los sanitarios tendrían que reorganizar sus programas de trabajo a fin de satisfacer las necesidades de las mujeres de una continua atención y apoyo. Esto también tiene implicaciones de coste y por eso llega a ser una cuestión política. Tanto los países en vías de desarrollo como los desarrollados necesitan ocuparse en resolver estas cuestiones según sus propios criterios. En conclusión, lo único que necesita el parto natural, asumiendo que es de bajo riesgo, es una continua supervisión por parte de una experta matrona que sepa detectar la aparición de cualquier tipo de complicación. No es necesaria intervención alguna a excepción del apoyo y los cuidados. Se pueden proporcionar unas directrices generales en cuanto a qué es lo que hay que establecer para proteger y apoyar el parto normal. No obstante, todo país que desee invertir en estos servicios necesita adaptar estas directrices a su propia situación específica y a las necesidades de las mujeres, así como garantizar que las bases están establecidas para poder atender adecuadamente a las mujeres de bajo, medio y alto riesgo y a las que tienen complicaciones.¹²

Es conveniente que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada por una persona elegida por ella: pareja, familiar, amiga. La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y por lo tanto nacen niños en mejores condiciones.

Sería ideal iniciar la preparación de la embarazada y su acompañante en forma conjunta durante el embarazo, para establecer claramente el

¹² FEDERACION DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA – el apoyo en el parto. Iniciativa parto normal, pag 26

rol a desempeñar por el acompañante en el trabajo de parto (tratar de mejorar el control de la madre verbalmente o con demostraciones afectuosas: sostener sus manos, masajear la espalda, acompañar su deambulaci3n), pero si no se ha podido realizar esta preparaci3n no debe ser un limitante para impedir el ingreso de un acompa1ante.¹³

Los estudios controlados y aleatorios, que involucran a m1s de 5000 mujeres llevan a las siguientes conclusiones.

El apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto y el nacimiento, reduce, la duraci3n de la labor de parto, el uso de anestesia, las ces1reas y aumenta la satisfacci3n de la mujer (biblioteca de salud reproductiva de la OMS).

Beneficios

- Trabajo de parto m1s cort3.
- Menor necesidad de oxit3tica y analgesia.
- Bebes m1s saludables (mejores 1ndices de apgar).
- Menor n1mero de ces1reas.
- Mayor satisfacci3n de la mujer.¹⁴

3.1.10 DOLOR DURANTE EL PARTO

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente. De acuerdo con experiencias cl1nicas, un parto anormal, prolongado o complicado por una distocia, inducido o acelerado por oxit3ticos, o

¹³Gu1a para la atenci3n del parto normal en maternidades centradas en la familia , direcci3n nacional de salud materno infantil MINSA, Argentina 2004 , p1g. 26

¹⁴Atenci3n humanizada del parto y nacimiento , carpeta de trabajo , 1ra edici3n ,2012 ,Pag 17

resuelto mediante un parto instrumental, parece ser más doloroso que un parto natural. De todas formas incluso un parto completamente normal también resulta doloroso.

A) MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR

Una tarea muy importante de la matrona es la de ayudar a la gestante a hacer frente al dolor. Esto puede lograrse con analgésicos, pero aún más fundamental e importante es el método no farmacológico, iniciado durante el período antenatal ofreciendo repetida información a la gestante y a su compañero, y si es necesario a su familia. Un buen apoyo durante el embarazo y el parto, por parte de la matrona y los acompañantes, puede reducir la necesidad de usar analgésicos y así mejorar la experiencia del nacimiento.

Aparte del apoyo durante el parto (el factor más importante) existen otros métodos de alivio del dolor. El primero es ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que ella prefiera, en o fuera de la cama. Esto significa que no tiene por qué estar necesariamente en la cama, y menos en posición supina, y que puede gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar, sin interferencia por parte de las matronas, especialmente en la fase de dilatación.

Existen diversos métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el parto. Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes dados por el acompañante. Lo mismo ocurre con los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor mediante técnicas para concentrar la atención, como técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras

estrategias, incluyendo prácticas psicosomáticas como hipnosis, música y retroalimentación biológica. Las mujeres encuentran útiles estas prácticas, son inofensivas y pueden ser recomendadas.

Los métodos específicos no farmacológicos de alivio del dolor en gestantes incluyen prácticas que activan los receptores sensoriales periféricos. Entre éstas se encuentra la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS). El carácter de auto-administración de esta técnica ha contribuido a su éxito entre muchas mujeres, pero su disponibilidad está limitada a zonas del mundo de altos recursos, y su eficacia no ha sido demostrada en pruebas aleatorias (Erkolla et al 1980, Nesheim 1981, Budsen et al 1982, Harrison et al 1986, Hughes et al 1986, Thomas et al 1988). Otras técnicas son el uso de calor y frío de superficie, la acupuntura, la inmersión en el agua, el uso de hierbas y la aromaterapia con fragancias, aunque la efectividad de estos métodos no ha sido todavía establecida por ningún estudio. Estas prácticas deberían pasar por un proceso de revisión y crítica, de la misma manera que el realizado para la analgesia farmacológica. Lo mismo se puede decir del método semi-farmacológico de inyecciones intradérmicas de agua estéril en cuatro lugares de la zona más baja de la espalda (Enkin et al 1995).

En conclusión, todas las culturas tienen su propio método de asistir y preparar a la mujer gestante; algunas explican sus procedimientos de un modo mágico y otras intentan ofrecer una explicación más lógica del sistema que emplean. Un rasgo característico de muchos de estos métodos es la gran atención que ponen en la mujer gestante y el parto; quizás sea por esto por lo que muchas mujeres encuentran estos métodos cómodos y útiles. Los informes de que las mujeres los encuentran cómodos son únicamente observacionales, pero aun así la

gran mayoría de ellos son inofensivos, y si la gestante experimenta alivio de su dolor con ellos, éstos están más que justificados.¹⁵

Inmersión en agua

La utilización terapéutica del agua es una constante a lo largo de la historia de la humanidad. La inmersión o la aplicación de agua caliente han sido utilizadas con éxito en múltiples procesos dolorosos. A finales de los años 70 se introdujo la bañera o piscina para partos en la maternidad del Hospital de Pithiviers, en Francia. En su experiencia, la inmersión en agua a la temperatura corporal durante el trabajo de parto produjo un inmediato alivio del dolor de las contracciones y facilitó la relajación y la movilidad de la madre.

Encontraron también una progresión de la dilatación mayor, lo que se ha atribuido a una mejor liberación de oxitócica al disminuir la ansiedad y el estrés como consecuencia de la inmersión en agua caliente.

Desde su introducción en las áreas de parto, las bañeras han recibido una desigual atención. El interés actual por realizar el mínimo de intervenciones posibles en el parto, obliga a tomar en consideración este método físico de alivio del dolor.

A este respecto la evidencia asegura que el uso de inmersión en agua con más de 5cm de dilatación reduce el dolor y el uso de analgesia regional.

La inmersión temprana con menos de 5cm de dilatación en agua aumenta el uso de analgesia epidural y de oxitócica.

Masaje

¹⁵ Cuidados en el parto normal. una guía práctica, OMS ,ginebra 1996 pág. 16 - 17

El masaje por la persona acompañante reduce el dolor y la ansiedad durante el parto y mejora el humor de la madre. El tacto tranquilizador reduce la ansiedad expresada durante el parto.

Pelotas de parto

En los últimos años, se han comenzado a utilizar en las áreas de parto, tratando de buscar el bienestar de las mujeres al proporcionarles un tipo de asiento cómodo que permite la movilización de la pelvis y el alivio consiguiente.

Por el momento, no se han identificado estudios de calidad en relación a la utilización de pelotas de parto como método del alivio del dolor.

Técnicas de relajación y respiración

Existe una falta de evidencia científica sobre la efectividad de las técnicas de respiración y relajación en la reducción del dolor medido durante el parto o en otros resultados clínicos.¹⁶

3.1.11 POSICIÓN Y MOVILIDAD DE LA MADRE DURANTE EL PERÍODO DILATANTE DEL TRABAJO DE PARTO

La duración del período dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan; también tienen más probabilidades de recibir menos analgesia peridural. Debido a que la revisión no encontró ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical, los profesionales de la salud y los centros de atención de la salud pueden alentar a las mujeres en trabajo de parto a adoptar posiciones en las que se sientan más cómodas.

¹⁶Estrategia de atención al parto normal en el servicio extremeño de salud, SANTOS redondo, pedro y AL-ADIB mendiri Miriam, primera edición 2013 pág. 58

Cada vez más mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, tienen el parto en centros de atención de la salud, habitualmente en cama en posiciones en decúbito. La posición de la mujer durante el trabajo de parto tiene una impronta cultural importante: en sociedades que no están influenciadas por la cultura occidental, las mujeres avanzan en el período dilatante en una posición vertical y cambian a otras posiciones según la necesidad.¹⁷

Estudios clínicos muestran que la posición supina durante el primer período del trabajo de parto afecta el flujo sanguíneo en el útero, dado que el peso del mismo puede causar la compresión aortocava, reduciendo el flujo sanguíneo y comprometiendo así la condición fetal. También la posición supina reduce la intensidad de las contracciones (Flynn 1978, McManus y Calder 1978, Williams 1980, Chen 1987) y esto interfiere en el progreso del trabajo de parto. En cambio, en posición de pie y en decúbito lateral, las contracciones son de mayor intensidad facilitando así el progreso del trabajo de parto.

A pesar de que se conoce la evidencia sobre el efecto positivo de las distintas posiciones que puede adoptar la mujer en el primer período del trabajo de parto, la posición supina prevalece sobre otras, dado que la libertad de movimiento se ve limitada por el uso indebido de vías intravenosas y el equipamiento en la monitorización. Esto impide que las mujeres puedan caminar, pararse, sentarse, tomar una ducha relajante, etc.¹⁸

¹⁷ Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia 1ra edición 2004 pág. 28 – 30.

¹⁸ Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia , dirección nacional de salud materno infantil MINSA, Argentina 2004 , pág. 32



3.1.12 CONTACTO MADRE E HIJO INTRAPARTO

La convención sobre los derechos del niño (a) reconoce que cada niño (a) tiene derecho inherente a la vida, y a asegurar su supervivencia y desarrollo. Por su parte, las madres tienen derecho a estos conocimientos, a no ser separadas de sus hijos y recibir la ayuda necesaria para el inicio de la Lactancia Materna (LM) en los primeros minutos o las primeras horas de la vida, el contacto piel a piel inicia en ese momento, es una acción que entre otros beneficios ayuda a las madres y a los niños/as a alcanzar la LM óptima (paso 4 de los diez pasos de la IHAN iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia).

Cada año, nuevas evidencias científicas y epidemiológicas contribuyen a nuestro conocimiento sobre la función de la lactancia en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños, así como en la salud y el bienestar de la madre. Los beneficios que brinda el contacto piel a piel, como el tacto, el olor y la temperatura, pueden favorecer el inicio exitoso de la lactancia. Por tanto esa práctica debe considerarse una intervención sanitaria beneficiosa, económica y factible, especialmente, en lugares que carecen de agua potable y de

¹⁹WHO, integrated management of pregnancy on childbirth.IMPAC, Geneva WHO, 2000

condiciones de salubridad donde la lactancia puede salvar vidas. Organismos internacionales e investigadores han demostrado que el contacto piel a piel en la primer hora posterior al nacimiento es trascendental en la vida del ser humano documentando el efecto de la primera puesta al pecho del recién nacido sobre la mortalidad infantil. Por ejemplo, un estudio reciente realizado en Ghana mostró que el fomento del inicio temprano en la lactancia ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del milenio respecto a la sobrevivencia del niño. El estudio señala que se podría evitar el 16 % de las muertes neonatales si se amamantara a todos los neonatos a partir del primer día de vida y el 22 % si lo hiciera dentro de la primera hora.²⁰

Los neonatos, sanos colocados sobre el abdomen o pecho materno (contacto piel a piel) inmediatamente después del nacimiento demuestran capacidades notables: están alertas, son estimulados por la caricia de sus madres realzando las sensaciones de afecto, pueden reptar a través del abdomen de su madre y alcanzar el pecho para alimentarse, huelen y tocan el pezón de su madre estimulando su formación y la producción de la leche materna.

Este primer contacto piel a piel también produce un potente estímulo vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna produciendo incremento de la temperatura de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido que es especialmente importante para los niños pequeños y de bajo peso. Mejorando la regulación de la temperatura. El tocar y succionar el pecho y la consiguiente liberación de la oxitocina materna también favorece las contracciones uterinas, ayuda a la expulsión de la placenta y reduce el sangrado materno después del parto. La oxitocina también estimula a otras hormonas favoreciendo la relajación en la madre. El contacto piel a piel

²⁰ Revista peruana de pediatría, vol 2 ,Pag 21 ,Enero – Abril 2006

inmediato favorece entonces la adaptación del neonato, quien está más tranquilo y protegido.²¹

3.1.13 PROCESO DE PARTO

A) PARTO:

El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto.

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional.

Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones.²²

B) TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto se divide en tres periodos:

Periodo de borramiento y dilatación del cuello uterino.

Periodo expulsivo.

Alumbramiento.

C) FENÓMENOS DEL TRABAJO DE PARTO

FENÓMENOS ACTIVOS

²¹ Práctica clínica del contacto piel a piel en neonatología. Lic. Armida Gil pág. 4-5

²² Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, dirección nacional de salud materno infantil MINSA, Argentina 2004, Pag 22

Se denomina fenómenos activos a las contracciones uterinas y los pujos.

CONTRACCIÓN UTERINA

Es el síntoma más característico del trabajo de parto, al comienzo estas son percibidas en forma aislada como un endurecimiento pasajero de la pared uterina, no acompañado de dolor.

TIPOS DE CONTRACCIÓN

TIPO A: son contracciones de poca intensidad (2-4 mm/hg), confinada a pequeñas áreas del útero.

TIPO B: son las contracciones de Bretón – picos que tienen una intensidad mayor (10-15 mm/hg) y se propagan a una área más grande del útero.

ESFUERZO DE PUJO

Los pujos son fuertes contracciones de los músculos espiratorios de las paredes torácica y abdominal, durante el periodo expulsivo los pujos refuerzan la propulsión fetal causada por las contracciones uterinas.

Pujos espontáneos: estos pujos causan una rápida y breve elevación de la presión abdominal, la que se transmite a través de la pared uterina y se suma a la presión ejercida por el biometría.

Pujos dirigidos: son conducidos por quien dirige el parto.

FENÓMENOS PASIVOS:

Desarrollo del segmento inferior: el cuerpo y el segmento inferior del útero unido y dilatado forman el canal cervico segmentario o canal de Braun.

Borramiento y dilatación del cuello: son dos fenómenos característicos el trabajo de parto.

Dilatación de la inserción cervical de la vagina: durante el curso del borramiento el anillo vaginal que rodea al cuello en forma circular sufre una dilatación progresiva, cuando el periodo de borramiento termina, el anillo vaginal alcanza 3 a 4 cm de diámetro.

Expulsión de los limos: es la perdida por la vulva de una sustancia espesa de aspecto herrumbroso.

Formación de la bolsa de las aguas: las contracciones uterinas del trabajo de parto actúan sobre el polo inferior del huevo. Este polo con estas características que se insinúa sobre el cuello, se denominan bolsa de agua.

D) PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO:

Periodo de dilatación: se extiende desde el comienzo del parto hasta que la dilatación del cuello del útero alcanza 10 cm de diámetro desapareciendo el cuello uterino de la vagina.

Se puede distinguir varias subfases en todo el proceso del parto:

Fase de latencia:

Se produce el reblandecimiento y borramiento del cuello uterino (se acorta hasta que desaparece) y se inicia la dilatación. La dilatación del cuello uterino progresa de forma lenta hasta alcanzar 2-3 cm, esta fase puede durar hasta 12 horas. Normalmente una vez que el cuello uterino alcanza a los 3 cm está totalmente borrado.

Fase activa:

Las contracciones son más frecuentes (2/10 minutos) y dolorosas. Es una fase de duración variable que está en relación a la paridad (es

más rápida en las multíparas dilatan 1,5 cm / hora, mientras que las primigestas dilatan 1 cm / hora)

E) PERIODO EXPULSIVO

El segundo periodo continúa a la dilatación completa y termina con el nacimiento del producto. Durante el periodo expulsivo se cumplen las siguientes etapas clínicas:

Acomodación, la presentación busca un diámetro para él.

Descenso del canal del parto.

Rotación interna, adaptando su mayor diámetro al antero posterior de la madre.

Extensión, la presentación apoyándose en el pubis se desprende.

Rotación externa, se produce para encajar los hombros, rotándolos en el antero posterior materno.

La duración es variable en nulíparas y multíparas, en las primeras dura un aproximado de dos horas y en las multíparas media hora. El diagnóstico del tiempo es importante a fin de tomar parte activa cuando se prolonga el periodo expulsivo.

F) PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

Este periodo se inicia desde que nace el niño hasta la expulsión de placenta, cordón umbilical y membranas.

El tiempo que considera necesario para ello es de cinco a quince minutos, mientras tanto en la cavidad uterina se forma un hematoma retro placentario que hace el despegamiento de la placenta de la decidua basal conjuntamente con las membranas.

3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTE INVESTIGATIVOS

TÍTULO: ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO DE ADOLESCENTES
¿NORMA, DESEO O REALIDAD?

REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA 2008; VOL.73
(3); PAG 185 – 191.

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD DE FORTALEZA, BRASIL.

AUTORAS: ÁLIDA ANDRADE SAMPAIO, ANGELA REGINA DE
VASCONCELOS SILVA, ECOLASTICA REJANE FERREIRA MOURA.

CONCLUSIONES

- El estudio demostró que el enfermero está perdiendo oportunidades para construir su identidad profesional junto a las embarazadas, cuando se resalta que el campo de la Obstetricia es vasto a la actuación de estos profesionales.
- En relación a las necesidades y expectativas de las adolescentes acerca de la atención recibida, se identificó que éstas solicitan solamente satisfacer sus necesidades afectivas (cariño, atención, afecto y comprensión) y de desarrollo (aprendizaje), lo que pueden ser realizadas por la enfermera, percibiendo el cuidado de enfermería con enfoque holístico. En este contexto, las mujeres ampliaron sus sentimientos, deseando que esa iniciativa fuera generalizada y expandida a todos los servicios de sanidad. En ese caso, hay aún mucho a ser conquistado para alcanzar la meta pretendida con la atención humanizada del parto.
- Cambios son sugeridos partiendo de una nueva política a ser implementada en las maternidades, con profesionales sensibilizados y comprometidos con la cuestión de la mejoría de la calidad de la atención del parto y su humanización, promoviendo efectivamente una

atención humanizada, para la autonomía de las embarazadas, sin sumisiones, ofreciendo el cuidado que las mujeres necesitan, esperan y sueñan.

**TÍTULO: EL CUIDADO PERCIBIDO DURANTE EL PROCESO DE PARTO:
UNA MIRADA DESDE LAS MADRES**

REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA 2008; VOL.73
(3); PAG 179 - 184

UNIVERSIDAD: PONTÍFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

AUTORAS: PAULINA BRAVO V, CLAUDIA URIBE T, AIXA CONTRERAS
M.

CONCLUSIONES:

- El análisis desde la percepción del cuidado, que tiene las protagonistas del proceso, sustentando en dos componentes principales. El componente técnico, se refiere a la experiencia que la mujer reconoce, en los procedimientos efectuados por los profesionales. El componente relacional, al que asignan el valor principal, indica que el uso de palabras suaves, el aporte de información, la presencia de un familiar, el apoyo y respaldo de las madres, son considerados elementos fundamentales para que la mujer en situación de parto, pueda vivirlo satisfactoriamente, traducándose el buen cuidado, en eje de bienestar y valoración personal, permitiéndoles sentirse participes de su experiencia.
- Lo anterior, permite afirmar que los objetivos profesionales deben considerar como eje organizador del cuidado, el desarrollo de

habilidades interpersonales, sin olvidar la permanente actualización del componente técnico del cuidado.

TÍTULO : CALIDAD DE ATENCION SEGÚN LA PERCEPCION DE LAS USUARIAS EN EL CENTRO OBSTETRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA – 2011

TESIS PARA EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.

AUTORAS: FLORES CHOQUE, CLAUDIA MORAYMA Y JARA TENORIO, FRANCESCA SUELIN

CONCLUSIONES

- La opinión de las usuarias en cuanto al indicador accesibilidad, los resultados porcentuales obtenidos en cuanto a los indicadores encontramos para tarifas y ubicación adecuado, y no así para el tiempo de espera que se consideró “mucho”, respecto a la eficacia, los resultados porcentuales de los sub indicadores evidencian que no se realizó un examen físico completo, contacto piel a piel, ni lactancia precoz mientras que el único sub indicador aceptable fue el de la vigilancia periódica de los LCF. En relación al indicador seguridad los sub indicadores es aceptable por las usuarias fueron al respeto hacia su privacidad, la adecuada limpieza del servicio, la comodidad de los ambientes y el apoyo del personal de salud. Los sub indicadores que obtuvieron una respuesta negativa fueron la señalización del servicio y la presencia de un familiar durante la atención.
- La percepción de la usuaria en cuanto al indicador trato; de acuerdo a los resultados porcentuales, de los sub indicadores confianza a la paciente, la aclaración de dudas, comprensión por parte del personal,

regaños, críticas y respeto a la creencias de las pacientes, nos damos cuenta que estos fueron calificados positivamente, mientras que el subindicador saludo amable del personal fue calificado negativo por el 59.70%. Por ultimo en lo que refiere al indicador informacion las paciente aseguran haber recibido la explicación de los procedimientos y exámenes a realizarles, la consejería en cuanto la lactancia de la relajación, respiración y manera de pujar, cerca de su salud y la de su bebe, y la informacion de los cuidados posteriores al parto. Sin embargo el 99.40% de las pacientes refirieron que no les permitió elegir una posición para atender el parto.

- Las opiniones de las usuarias en relación a la calidad de la atención del parto en el centro obstétrico del Hospital Regional Delgado Espinoza, fueron consideradas de regular a buena en un 66.57% y 32.24 % respectivamente excelente para el 0.30% y mal para el 0.89%.

TÍTULO CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO EN SUS DIFERENTES ÁREAS, PERCIBIDAS POR LA USUARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA – AREQUIPA - 2005.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA.

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

AUTORA: RUTH, SOLORZANO.

CONCLUSIONES

- La atención percibida por la usuaria es regular o mala según la opinión final del 71,5% de sus usuarias, la instalación mejor calificada fue tópico, seguido de dilatación, sala de partos y finalmente puerperio.
- Las mujeres adolescentes constituyen el 13,6 % y las añosas 11,6%, el grado de instrucción más frecuente es el de secundaria 61,7%, el quechua es el idioma materno en el 15,1% y el Aymara el 4,5%, la mayor proporción de ellas son convivientes 60,5%, luego están las casadas (24,6%) y las solteras 28,6%, la mayoría de las madres refiere como ocupación su casa (75,1%), el 54% han tenido su primer parto y el 45,4 % son multíparas, el 54,6% de los partos fueron atendidos en el horario diurno, la episiotomía se practicó en 65,9%, el 20,5% conservo el periné intacto y el 13,6% tuvo un desgarro. En dilatación existe diferencia en cuanto a la percepción de las usuarias donde la atención es considerada muy buena cuando son atendidas por lo internos de medicina e internas de obstetricia y menos favorable cuando son atendidas por obstetras.
- Las adolescentes y añosas, las mujeres con grado de instrucción superior, aquellas cuyo idioma materno es el castellano, las mujeres primíparas y las que se atienden en el horario diurno, las que presentaron desgarros perciben la calidad de atención menos favorable.
- La percepción de la calidad de atención también es relacionada al respeto que se les brindó a las pacientes, la limpieza y la instalación y comodidad de ambientes en los que se atiendan.

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

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA.

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.

AUTORA: CECILIA MARÍA ORIA VICHARRA.

CONCLUSIONES

- El acompañamiento durante el trabajo de parto constituye una opción saludable particularmente beneficiosa para el binomio madre- niño.
- Fueron estadísticamente significativos la diferencia entre los factores sociodemográficos entre ambos grupos.
- El inicio espontáneo del trabajo de parto fue significativamente mayor en el grupo de gestantes acompañadas (90%).
- La acentuación de trabajo de parto fue ínfima en el grupo de acompañamiento (10%).
- No se presentaron casos de necesidad de inducción del trabajo de parto en el grupo de gestantes acompañadas.
- La diferencia en la duración del trabajo de parto del grupo de gestantes acompañadas (7h 40 min) en comparación con el grupo control (10h 8min), fue de 2h 30 min aprox.
- La terminación del parto fue preponderantemente vaginal en el grupo casos (90%).
- El índice de cesáreas fue menor en el grupo de cesáreas acompañadas (10%).

- La necesidad de episiotomía fue menor en el grupo con acompañamiento, siendo estadísticamente significativa en nulíparas.
- Existió un menor número de complicaciones en el grupo que conto con acompañamiento.
- El índice de Apgar en el recién nacido fue estadísticamente significativo al evidenciarse el máximo número en la gran mayoría de los casos al minuto y más aun a los cinco minutos.
- El color claro del líquido amniótico fue mayor en el grupo con acompañamiento, resultado significativo.

4. HIPOTESIS:

DADO QUE:

El bienestar materno es la percepción subjetiva de equilibrio, armonía y vitalidad durante el proceso del parto.

ES PROBABLE:

Que el bienestar materno de las usuarias que acuden para la atención de parto al Hospital Regional Honorio Delgado, sea óptimo.



Capítulo II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 técnica :

1. Entrevista guiada.

1.2 instrumento:

1. Cédula de entrevista.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

2.2 Ubicación temporal

Cronología: Octubre-Diciembre 2014.

Visión Temporal: Prospectiva.

Corte Temporal: Transversal.

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo

A. Universo cualitativo

Puérperas inmediatas de parto eutócico.

a. Criterio de inclusión:

- Usuarías que hayan recibido atención de parto eutócico en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Lúcidas y orientadas en tiempo espacio y persona.

b. Criterios de exclusión:

- Mujeres de parto distócico.
- Mujeres que no deseen responder.

B. Universo cuantitativo

Durante los meses de Setiembre-Octubre del año 2014, acudieron 525 pacientes aproximadamente.

2.3.2. Muestra

Para un margen de confianza del 95.5 % y un margen de error del 5 %. Se realizarán las encuestas por un mes (30 días), tratando de encuestar al mayor número de pacientes posible.

$$N = \frac{N \times 400}{N + 400}$$

$$N = 227$$

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización:

Se entrevistó a las usuarias que cumple el criterio de inclusión antes mencionados.

La entrevista se realizó en la sala de hospitalización de puerperio tomando en cuenta solo la atención del personal obstétrico.

A. Procedimiento de la entrevista:

- Breve explicación de la investigación.
- Conocimiento y firma del consentimiento informado.
- Se realiza la entrevista a las aceptantes.
- No influir en la respuesta de la usuaria.
- Se agradecerá a la usuaria por su participación.

- Se utilizó una encuesta validada.

Nombre de la encuesta: investigación bienestar materno durante el proceso de parto.

Autores: Claudia Uribe T, Aixa Contreras M, Luis Villarroel D, Soledad Rivera M, Paulina Bravo, Mariela Cornejo A.

Rev. Chile. Obstet. Ginecol. v.73 n.1 Santiago 2008

3.2 Validación del instrumento:

- Se realizó una prueba piloto a 6 pacientes.

3.2 Recursos:

- Humanos:

Investigadora: Shelby Katherine Rodriguez Mamani.

Asesora: Jannet Escobedo.

- Físicos: Infraestructura del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Financieros: Recursos propios.
- Materiales y equipos: Computadora, impresora, fotocopidora, útiles de escritorio.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1 Plan de procesamiento : Los datos recolectados por medio de las encuestas realizadas a la usuarias del centro obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, serán procesados mediante el conteo de las respuestas.

4.2 Plan de análisis : Los datos obtenidos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS 18.0.

5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE
	1	2	3	4	1	2	3	4	1
Elaboración de proyecto de investigación	x	x							
Recolección de datos			x	x	x	x			
Análisis de resultados							x	x	
Presentación e informe									x



Capítulo III

III. RESULTADO

III. RESULTADOS

TABLA N°. 1

**EDAD DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO**

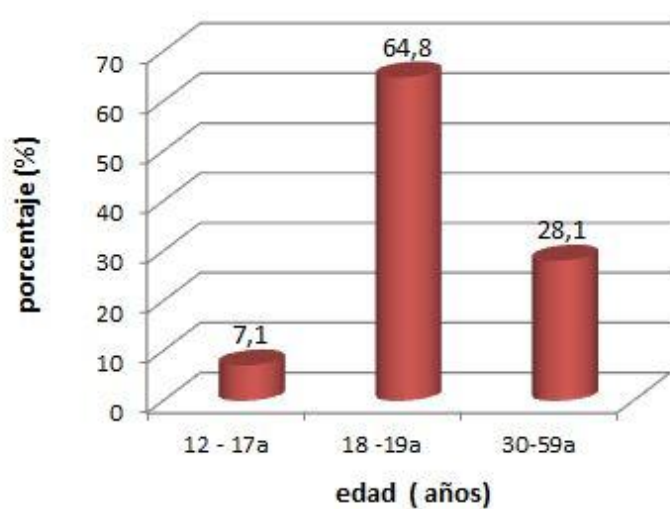
EDAD	N°.	%
12-17	16	7,1
18-29	147	64,8
30-59	64	28,1
TOTAL	227	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 1, nos enseña que 64,8% de las usuarias tienen 18 a 29 años, el 28,17% de ellas presentaron 30 a 59 años y el 7,1% de ellas presentaron 12 a 17 años.

GRÁFICO N°. 1

**EDAD DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO**



Fuente: Elaboración personal

TABLA N°. 2

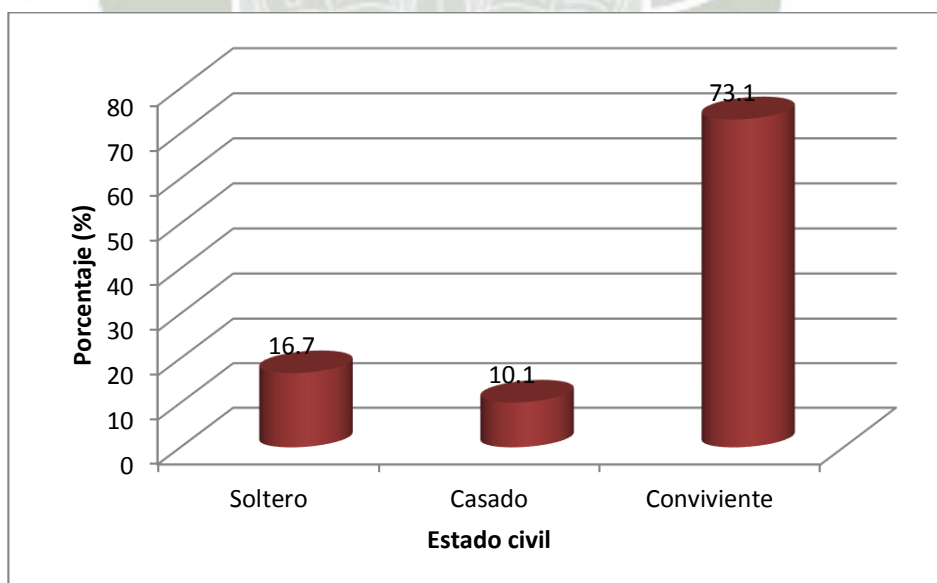
**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO**

ESTADO CIVIL	N°.	%
Soltero	38	16,7
Casado	23	10,1
Conviviente	166	73,1
TOTAL	227	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 2, evidencia que 16,7% de las gestantes son solteras, el 10,1% de ellas son casadas y 73,1% de las gestantes son convivientes.

GRÁFICO N°. 2

**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO**


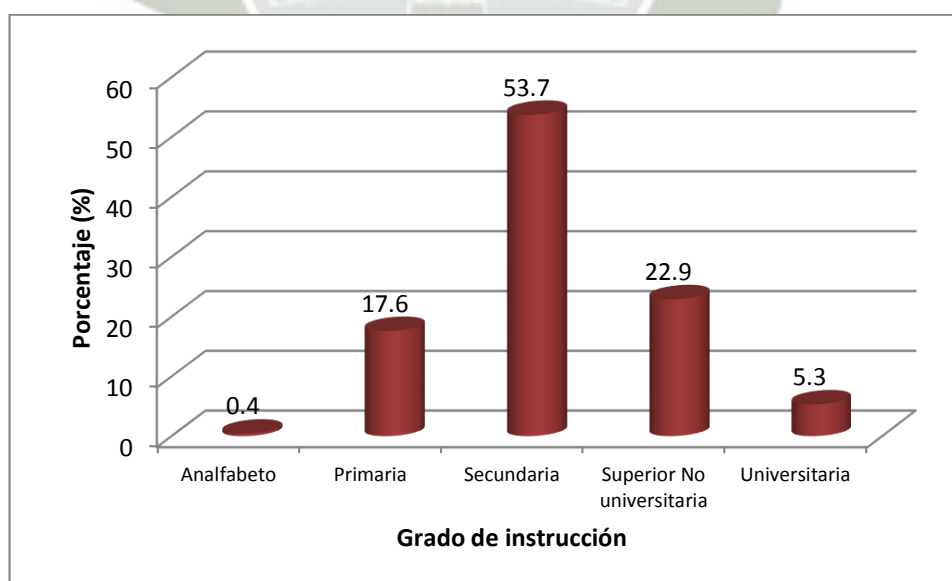
Fuente: Elaboración personal

TABLA N°. 3
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO**

GRADO DE INSTRUCCION	N°.	%
Analfabeto	1	0,4
Primaria	40	17,6
Secundaria	122	53,7
Superior No universitaria	52	22,9
Universitaria	12	5,3
TOTAL	227	100

Fuente: Elaboración personal

En la tabla N°. 3, según los resultados el 53,7% de las gestantes tienen un grado de instrucción secundaria, el 22,9% de ellas tienen un grado de instrucción superior no universitaria y solo el 0,4% de las gestantes son analfabetas.

GRÁFICO N°. 3
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO**


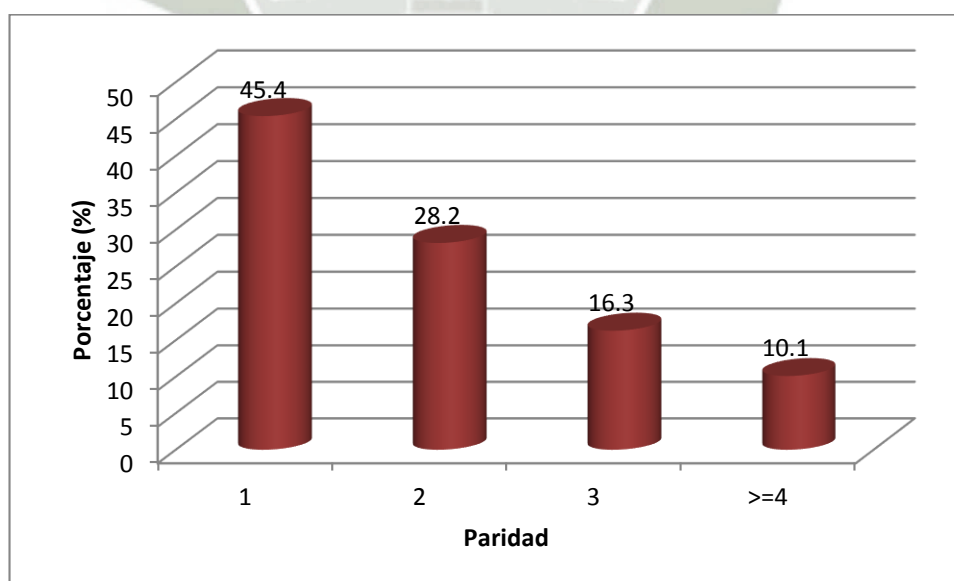
Fuente: Elaboración personal

TABLA N°. 4
**PARIDAD DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO**

PARIDAD	N°.	%
1	103	45,4
2	64	28,2
3	37	16,3
>=4	23	10,1
TOTAL	227	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 4, muestra que el 45,4% de las gestantes tienen un hijo, el 28,2% de ellas tienen dos hijos y solo el 10,1% de las gestantes tienen 4 a más hijos.

GRÁFICO N°. 4
**PARIDAD DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO**


Fuente: Elaboración personal

TABLA N°. 5

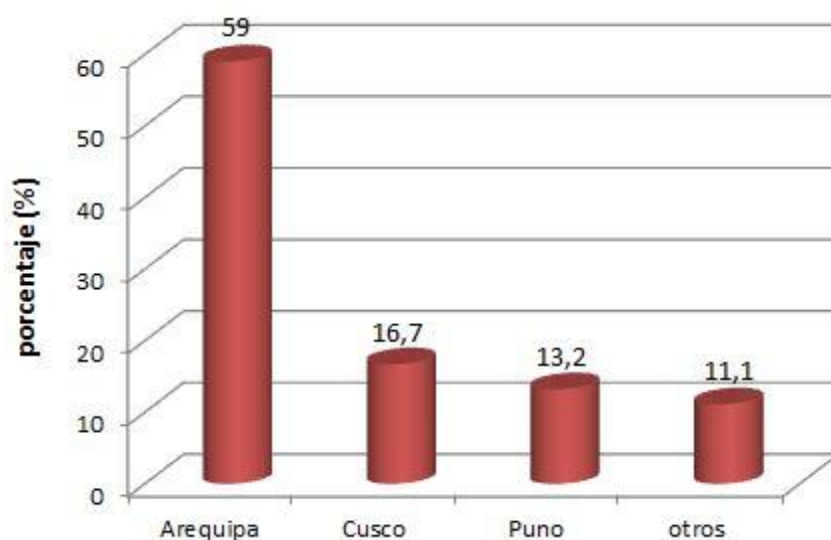
**LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO**

LUGAR DE NACIMIENTO	N°.	%
Arequipa	134	59,0
Cusco	38	16,7
Puno	30	13,2
otros	25	11,1
TOTAL	227	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 5, encontramos que el 59,0% de las gestantes han nacido en Arequipa, el 16,7% de ella son natales de Cusco y el 13,2% nacieron en Puno.

GRÁFICO N°. 5

**LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO**


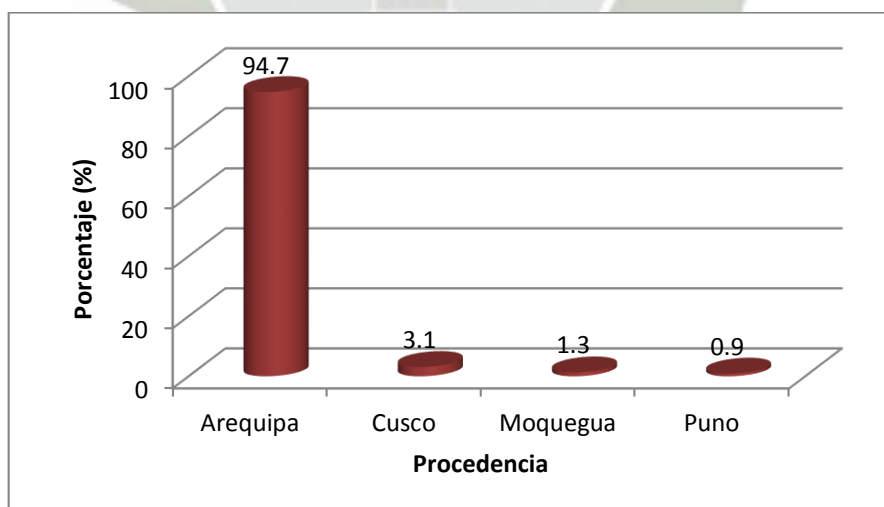
Fuente: Elaboración persona

TABLA N°. 6
**PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO**

PROCEDENCIA	N°.	%
Arequipa	215	94,7
Cusco	7	3,1
Moquegua	3	1,3
Puno	2	0,9
TOTAL	227	100

Fuente: Elaboración personal

La tabla N°. 6, nos enseña que el 94,7% de las gestantes proceden Arequipa, el 3,1% de ella son de Cusco y solo el 0,9% son de Puno.

GRAFICO N°. 6
**PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO**


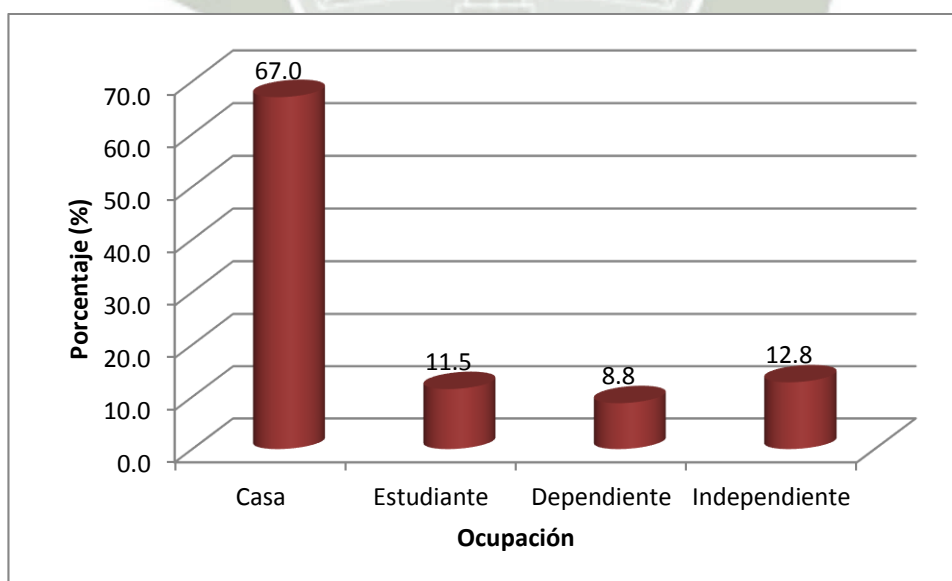
Fuente: Elaboración personal

TABLA N°. 7
OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

OCUPACIÓN	N°.	%
Casa	152	67,0
Estudiante	26	11,5
Dependiente	20	8,8
Independiente	29	12,8
TOTAL	227	100

Fuente: Elaboración personal

En la tabla N°. 7, observamos que el 67,0% de las gestantes se dedican a su casa, el 12,8% son independientes, el 11,5% de ella son estudiantes y solo el 8,8% son dependientes.

GRÁFICO N°. 7
OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO


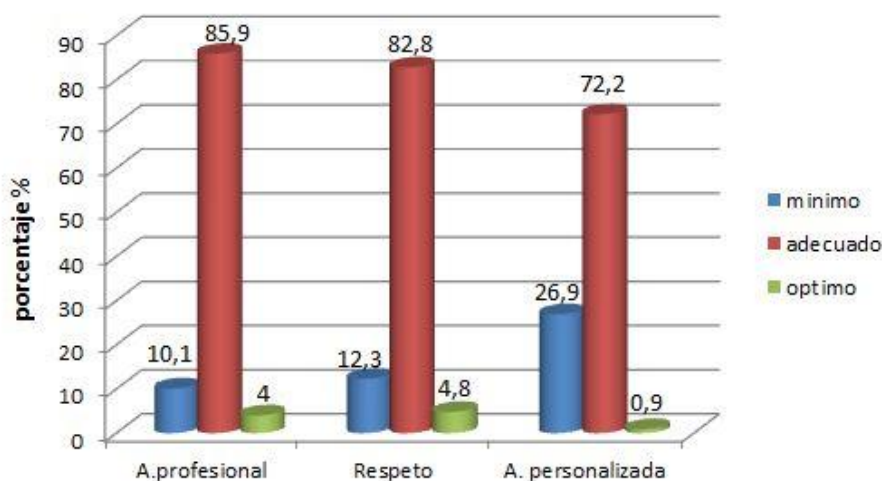
Fuente: Elaboración personal

TABLA N°. 8
**DIMENSIONES DEL BIENESTAR MATERNO SEGÚN LAS USUARIAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Bienestar materno						
Dimensiones del bienestar materno	Mínimo		Adecuado		Óptimo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atención Profesional	23	10,1	195	85,9	9	4
Percepción de respeto	28	12,3	188	82,8	11	4,8
Atención personalizada	61	26,9	164	72,2	2	0,9

Fuente: Elaboración personal

En la tabla N°. 8, podemos apreciar que 85.9% de las usuarias presentaron un nivel adecuado en la atención profesional, el 82.8% de ellas tuvieron una percepción de respeto adecuada, el 72,2% de ellas tienen un nivel adecuado de atención personalizada.

**DIMENSIONES DEL BIENESTAR MATERNO SEGÚN LAS USUARIAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**
GRÁFICO N°. 8


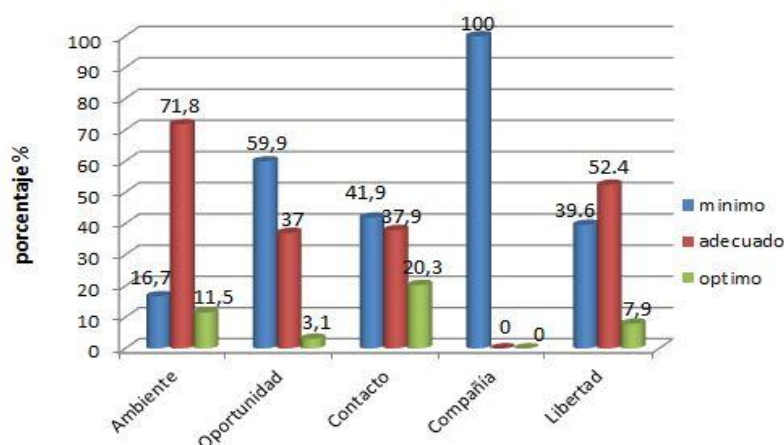
Fuente: Elaboración personal

TABLA N°. 9
**DIMENSIONES DEL BIENESTAR MATERNO LAS USUARIAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**

Bienestar materno						
Dimensiones del bienestar materno	Mínimo		Adecuado		Optimo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ambiente confortable	38	16,7	163	71,8	26	11,5
Hidratación oportuna	136	59,9	84	37	7	3,1
Contacto piel a piel	95	41,9	86	37,9	46	20,3
Compañía significativa	227	100	0	0	0	0
Libertad de desplazamiento	90	39,6	119	52,4	18	7,9

Fuente: Elaboración personal

La tabla N° 9 muestra que el 71,8% de las usuarias tienen un nivel adecuado del ambiente. Asimismo el 59,9% de ellas tienen un nivel mínimo de oportunidad, el 41,9% de ellas tienen un nivel mínimo de contacto y el 100% de ellas también presentaron un nivel mínimo de compañía

GRÁFICO N°. 9
**DIMENSIONES DEL BIENESTAR MATERNO LAS USUARIAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO**


Fuente: Elaboración personal

TABLA N°. 10

BIENESTAR MATERNO SEGÚN LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL

REGIONAL HONORIO DELGADO

Bienestar materno	N°.	%
Mínimo	54	23,8
Adecuado	149	65,6
Optimo	24	10,6
TOTAL	227	100

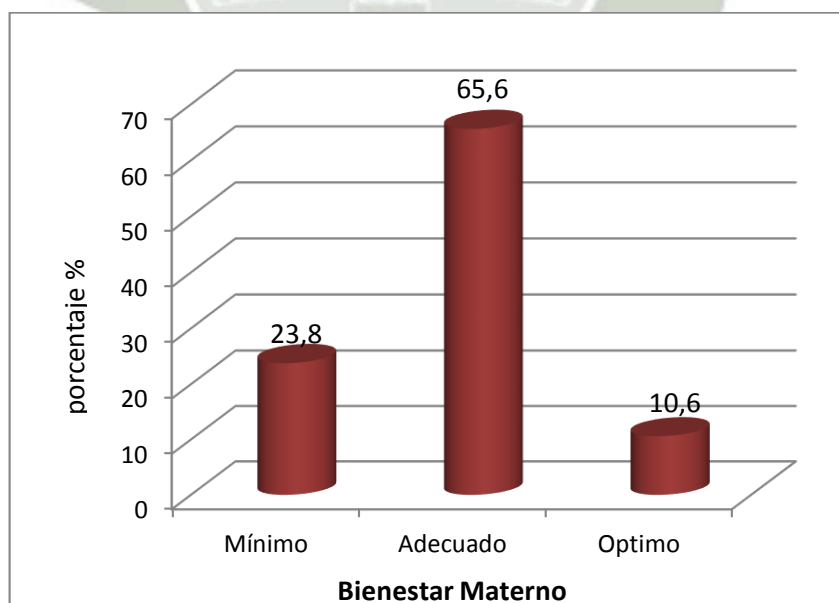
Fuente: Elaboración personal

Según los resultados la tabla N°. 10, se muestra que el 65,6% de las pacientes perciben un bienestar adecuado, el 23,8% de ellas tienen un bienestar materno mínimo y el 10,6% de ellas experimentan un nivel óptimo de bienestar materno.

GRÁFICO N°. 10

BIENESTAR MATERNO SEGÚN LAS GESTANTES EN EL HOSPITAL

REGIONAL HONORIO DELGADO



Fuente: Elaboración personal

DISCUSIÓN

En el estudio se develó que el de la mayoría de la población de madres que dió a luz en el centro obstétrico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con un 53.3 % se encontraba en el rango de edad entre 18 -29 años, en cuanto al estado civil el 73.1% refirió ser conviviente, 16.7 % Soltero y 10.1% casado. Esto datos son similares a los presentados en la última encuesta ENDES 2013 (21).

En cuanto al nivel educativo de las unidades de investigación el 53,7% de las mujeres atendidas en el centro obstétrico habrían cursado estudios secundarios. Si bien se puede pensar que el nivel de educación puede influir sobre el grado de bienestar; MENDOZA Aldana (15) afirma que la satisfacción del usuario, no tiene ninguna correlación de los niveles de satisfacción de los usuarios de un centro de salud con el nivel de educación ni con el estado marital, ocupación o número de hijos.

Referente a la percepción de la usuaria sobre LA ATENCIÓN PROFESIONAL el mayor porcentaje representa el 85,9 % de un nivel adecuado, en tanto 10,1 % represento el mínimo y 4 % optimo, BRAVO Paulina (10) afirma que los objetivos profesionales deben considerar como eje organizador del cuidado, el desarrollo de habilidades interpersonales, sin olvidar la permanente actualización del proceso de atención asistencial.

En relación al indicador RESPETO PROFESIONAL A LA MUJER COMO PERSONA /USUARIO, el trato que se brindó durante la atención del parto a las pacientes encuestadas fue calificados como adecuado por el 82,8 % de las mismas y un 12,3 % lo calificó como mínimo, evidenciándose que la mayoría de paciente estuvieron a gusto con el respeto presentado por los profesionales, ANDRADE Álida (9) concluye que los cambios son sugeridos partiendo de una nueva política a ser implementada en las maternidades, con profesionales sensibilizados y comprometidos con la cuestión de la mejoría de la calidad de la

atención del parto y su humanización, promoviendo efectivamente una atención humanizada, para la autonomía de las embarazadas, sin sumisiones, ofreciendo el cuidado que las mujeres necesitan, esperan y sueñan.

Haciendo referencia a la ATENCIÓN PERSONALIZADA, el 72,2% de las encuestadas evidenciaron un nivel adecuado, por otro lado el 26,9 % percibió un grado mínimo y un 0,9% óptimo, la atención personalizada hace referencia a la compañía de parte del personal durante todo el proceso, responder las preguntas de las usuarias, BRAVO Paulina (10) refiere el componente relacional, al que asignan el valor principal, indica que el uso de palabras suaves, el aporte de información, la presencia de un familiar, el apoyo y respaldo de las madres, son considerados elementos fundamentales para que la mujer en situación de parto, pueda vivirlo satisfactoriamente, traduciéndose el buen cuidado, en eje de bienestar y valoración personal, permitiéndoles sentirse partícipes de su experiencia.

EL AMBIENTE FÍSICO CONFORTABLE fue calificado como adecuado por el 71,8% durante la atención, SOLORZANO Ruth (18) afirma que la calidad de atención también es relacionada al respeto que se les brinda a las pacientes y a la limpieza, instalación y comodidad de los ambientes en donde se atienden el 100% de la pacientes afirmó que no contó con compañía significativa durante el proceso de parto, en este caso ORIA Cecilia (17) concluye que El acompañamiento durante el trabajo de parto constituye una opción saludable particularmente beneficiosa para el binomio madre- niño y en la investigación realizada, existió un menor número de complicaciones en el grupo que contó con acompañamiento, es por ello que se debería tomar mayor énfasis en la aplicación de este indicador.

En relación al indicador CONTACTO MADRE E HIJO INTRAPARTO la mayoría de encuestadas 41,9 % lo calificó como mínimo 20,3% óptimo, 37,9% adecuado, según Cochrane (21) indica que el contacto piel a piel puede

producir un efecto positivo sobre la lactancia a largo plazo y sobre la temperatura del neonato.

LA LIBERTAD DE MOVIMIENTO Y DESPLAZAMIENTO estuvo calificada de la siguiente manera 39,6% la considero como mínimo, 7,9% como optimo y 52,4 % como adecuado, sin embargo en el estudio de calidad realizado por FLORES Claudia (14) afirma que en un 99,40% de pacientes atendidas en el mismo lugar no se les permitió elegir una posición para atender el parto.

En cuanto a la OPORTUNIDAD DE INGESTA E HIDRATACIÓN el 59,9% considero a esta como mínima, 3,1% como optima 3,1% y el 37 % como adecuada.

Finalmente el 65,6 % de encuestadas coincidieron en que el bienestar vivido fue adecuado, FLORES Claudia (14) concluye que la calidad de atención del parto en el Centro Obstétrico, fue considerado de regular a buena en un 66,57% y 32,24%.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La percepción del cuidado profesional de calidad fue adecuada en un 85,9%, la percepción en cuanto al respeto profesional fue calificada como adecuado en un 82,8 % y la atención personalizada fue adecuada en un 72,2%.

SEGUNDA

La calificación en cuanto al ambiente físico confortable fue en un 71,8% como adecuado por las mujeres encuestadas. En relación al indicador oportunidad de hidratación y alimentación fue calificado pobremente teniendo nivel mínimo con un 59,9%, tanto como el contacto intraparto con un 41, 9% de calificación mínima, la compañía significativa durante el proceso de parto el 100% coincidió con un puntaje mínimo. El indicador de libertad de movimiento y desplazamiento fue calificado como adecuado por el 52,4 % de las encuestadas

TERCERA

Finalmente se evidencia que el 65,6 % de ellas percibieron el nivel de bienestar adecuado, según los resultados se disprueba la hipótesis.

RECOMENDACIONES

- Seguir contribuyendo con el bienestar materno durante el proceso de parto capacitando al personal de salud y de la institución, con regularidad sobre las relaciones humanas y trato a las usuarias.
- Se debe cumplir con el principio de autonomía, realizando una adecuación intercultural en la atención.
- Brindar la opción a las pacientes para poder desplazarse, movilizarse y escoger la posición que ellas deseen para la atención de parto.
- Permitir a la madre el contacto piel a piel con su recién nacido de acuerdo a las normas establecidas por la OMS y MINSA.

BIBLIOGRAFÍA

1. CASTRO Santoro René, GONZALES Opaco Mirian, MINSAL Chile, Manual de Atención personalizada en el proceso reproductivo, 1ra edición, enero 2008, pág. 192.
2. FEDERACION DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA – el apoyo en el parto. Iniciativa parto normal, pág. 26.
3. GONZALES Correa, Rosa Isabel, Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal 1ra edición 2010. pág. 22 – 25.
4. LEDDY S. In: Leddy S, Hood L (eds). Leddy and Peppers conceptual basis of professional nursing. 8th ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.ce.
5. OMS, Cuidados en el parto normal: una guía práctica, departamento de investigación y Salud Reproductiva, Ginebra 1996. pág. 23.
6. OROZCO Valladares Miguel CIES-UNAN; dossier de calidad en salud, compilado, maestría en Salud Publica 2007/2009 pág. 10.
7. SANTOS Redondo Pedro, Estrategia de atención al parto normal en el servicio extremeño de salud, y AL-ADIB Mendiri Miriam, primera edición 2013, México, pág. 28.
8. URANGA Alfredo, URMAN Jorge, LOMUTO Celia, MINSA, Argentina, Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, dirección nacional de salud materno infantil, 2004, pág. 26.

HEMEROGRAFÍA

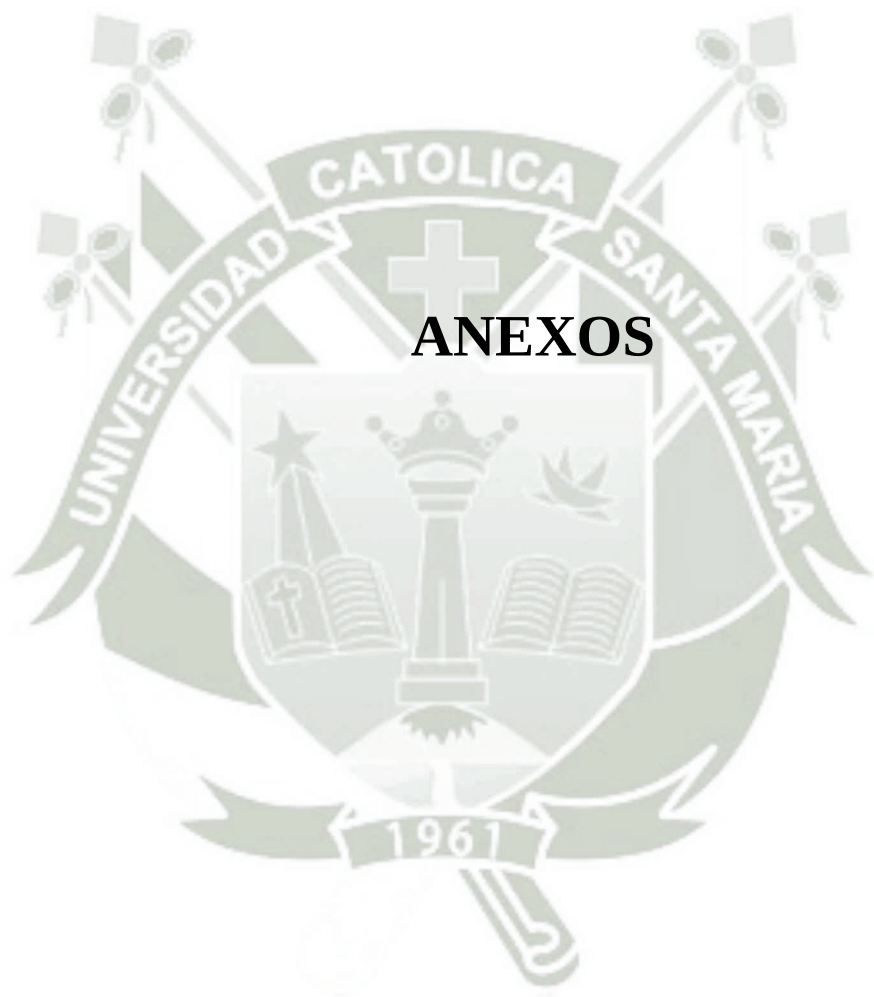
9. ANDRADE Sampaio Álida, DE VASCONCELOS Silva Ángela Regina, FERREIRA Moura Ecolastica Rejane, revista chilena de obstetricia y ginecología 2008; vol .73 (3); pág. 185 – 191, atención humanizada del parto de adolescentes ¿norma, deseo o realidad?, universidad de fortaleza, Brasil.
10. BRAVO V. Paulina, URIBE T Claudia., CONTRERAS M Aixa, revista chilena de obstetricia y ginecología 2008; vol .73 (3); pág. 179 – 184: el cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres, pontifica universidad católica de chile.
11. C.MARCH Joan, MaAngeles, Prieto: “La calidad y salud pública: un reto hacia una salud publica Basada en evidencia Artículo de opinión. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16 57 – 58.
12. DAVILA Agüero Gerardo, MARTINEZ La Rosa Josilu, Revista peruana de pediatría vol 2, Pag 21, Enero – Abril 2006.
13. FIGUEROA Maria Elena, TAPIA Marcela, MINSA, proyecto 2000. Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria. Lima – 2000, pág. 13.
14. FLORES Choque, Claudia Morayma, JARA Tenorio, Franchesca Suelin, calidad de atención según la percepción de las usuarias en el centro obstétrico del hospital regional Honorio delgado Espinoza, Arequipa – 2011.
15. MENDOZA Aldana J, Piechulek H, al-Sabir A. Client satisfaction and quality of healthcare in rural Bangladesh. Bull World Health Organ. 2001;79 (6):512-7.
16. MINSA documento técnico de estándares e indicadores de atención materna perinatal en establecimientos que cumplen funciones obstétrica y neonatales. Lima 2005. Pág 25.

17. ORIA VICHARRA, Cecilia Maria; influencia del apoyo del acompañante en el proceso del trabajo de parto en el instituto nacional materno perinatal RAMÍREZ Sánchez T. J y Col. “percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México perspectivas de los usuarios” articulo original. Rev. de salud pública México. Vol 40 No 1. Enero febrero 1998. Pag 9.
18. SOLORZANO Ruth, calidad de atención del parto eutócico en sus diferentes áreas, percibidas por la usuaria en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa -2005
19. ZUMARAN Jibaja, Adriana, Atención humanizada del parto y nacimiento, carpeta de trabajo, 1ra edición, 2012, Pág. 17.

WEBGRAFIA

20. http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html
21. <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003519>
22. WHO, integrated management of pregnancy on childbirth. IMPAC, Geneva WHO, 2000

ANEXOS



Anexo 1

INVESTIGACION BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PROCESO DE
PARTO
FICHA DE ENTREVISTA

Nombre: _____ **Nro.Ficha** _____
Edad: _____ **Estado civil** _____ **Paridad** (Nro. De hijos) 1-2-3-4-5 a más
Lugar de nacimiento: _____ **Lugar de procedencia:** _____
Profesión u Ocupación _____ **Nivel Económico** Alto Medio Bajo
Grado Instrucc.: Analfab, Primaria, Secund, Sup. No universit, Superior universit
Estado civil Solt Casada Conviviente Viuda

El siguiente recoge el nivel de bienestar de las madres que han vivido el proceso de parto. En él, usted encontrará algunas afirmaciones que representan situaciones que usted pudo vivir; desde que llegó a la maternidad hasta que tuvo a su hijo, situaciones que le hicieron “sentirse bien” o “sentirse mal”.

Con cada una de estas afirmaciones, usted puede estar desde muy de acuerdo (puntaje 5), hasta muy en desacuerdo (puntaje 1). Le rogamos marcar con una X el grado de acuerdo que usted tiene. Marque para cada afirmación una sola respuesta. Si marca más de una, la respuesta se eliminará.

Siéntase en completa libertad para responder. El éxito de esta evaluación dependerá de que sus respuestas reflejen lo que usted realmente vivió en esta experiencia. En el caso de no entender alguna de las situaciones expresadas en el cuestionario, solicitamos consultar a la persona encargada.

	Muy De acuerdo	De acuerdo	Más o menos	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	5	4	3	2	1
1. Durante todo el proceso de parto los profesionales me orientaron, me dijeron qué hacer y me animaron.					
2. Me sentí siempre acompañada por algún profesional.					
3. Sentí que algunas atenciones fueron bruscamente realizadas por algún miembro del personal.					
4. Cada vez que lo necesité pude estar con mi pareja o con otra persona importante para mí.					
5. Me sentí tratada en forma autoritaria; “fueron mandones conmigo”.					
6. Creo que fui bien atendida, de manera muy profesional.					
7. Pude disponer de analgésicos cuando lo necesité.					
8. Observé orden y limpieza en cada uno de los lugares donde estuve.					
9. Sentí que las atenciones que me realizaron fueron hechas correctamente.					
10. El trato que recibí fue cariñoso; ellas o ellos me hablaban con palabras suaves que me calmaban.					
11. Pude expresar libremente mis dudas y temores relacionados con mi salud y la de mi hijo(a).					

12. Previo al parto pude beber líquidos o comer cuando lo necesité.					
13. En cualquier etapa del proceso facilitaron la entrada de mi pareja u otra persona importante para mí.					
14. Las personas que me atendieron se relacionaban bien conmigo.					
15. Sentí que las personas que me atendieron conocían y hacían bien su trabajo.					
16. Se preocuparon de cuidar mi intimidad y la de las otras mujeres que vivieron la experiencia de parto junto conmigo.					
17. Pude relajarme, rezar, o meditar sin dificultades en el momento que lo necesité.					
18. Fui informada cada vez que se me administraba algún medicamento.					
19. Constantemente recibí información de mi estado de salud y el de mi hijo o hija.					
20. Los profesionales estuvieron “pendientes de mí” durante todo el proceso del parto.					
21. Me sentí siempre respetada y participando de las decisiones que los profesionales tomaban respecto a mi proceso de parto.					
22. En el momento que mi guagua nació pudimos estar juntos todo el tiempo que fue necesario.					
23. Durante mi permanencia en el parto el personal se preocupó por el tiempo que yo llevaba sin alimentarme.					
24. Cuando mi guagua nació los profesionales fueron respetuosos con el tiempo que necesitábamos estar juntos.					
25. El personal estaba preocupado por respetar nuestra intimidad durante el nacimiento.					

26. Las máquinas, monitores, aparatos para la presión u otros se veían seguros, en buen estado y funcionando bien.					
27. Las personas que me atendieron fueron respetuosas de mis valores o creencias religiosas.					
28. Durante mi permanencia en el parto tuve la posibilidad de recibir algún tipo de alimento cuando tuve hambre.					
29. En cada momento del proceso fui atendida a tiempo por el personal de la maternidad.					
30. Siento que se realizaron procedimientos que no corresponden al proceso de un parto natural.					
31. Muchas veces evité expresar el dolor, mis malestares o incomodidades, por temor a que las personas del equipo de salud se molestaran conmigo.					
32. Mientras estuve en el parto tuve la oportunidad de levantarme libremente de la cama, caminar o sentarme en una silla.					
33. Sentí que me atendían en un hospital antiguo y en malas condiciones físicas.					
34. Para que me sintiera cómoda en el parto se me ofreció distintas alternativas de descanso; aparte de estar acostada en una cama.					
35. Independiente de cómo me portara yo, los profesionales siempre me trataron bien.					
36. La limpieza de los baños, y el funcionamiento de las duchas eran las adecuadas para un hospital.					
37. Hubo momentos en que me sentí abandonada, como si mis necesidades le fueran indiferentes al personal.					

38. Siempre se notó el trato respetuoso de parte del personal de salud.					
39. Sentí siempre la presencia prudente y respetuosa del profesional, sin que ésta me invadiera en los momentos que quería estar tranquila.					
40. Al ingresar a la maternidad, sentí que tuve que esperar mucho para ser Atendida.					
41. Pude sentir la preocupación de parte del personal para que me sintiera, cómoda, limpia y con la ropa de cama seca.					
42. Hubo ocasiones en que sentí un trato diferente hacia las madres .					

PTJE OBTENIDO _____

**** Para análisis de los resultados invertir puntaje en preguntas: 3-5-30-31-33-37-40-42**

PUNTAJES:

- Nivel óptimo (score > 172);
- Nivel adecuado (score 152 a 172)
- Nivel mínimo (score < 152).

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN.

Investigadora responsable:

SHELBY KATHERINE RODRIGUEZ MAMANI.

Título del Proyecto: “BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PROCESO DE PARTO”

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito conocer el nivel de bienestar que experimentan las mujeres en situación de parto.

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora Responsable del proyecto:

3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.

4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.

5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

.....
INVESTIGADOR RESPONSABLE

FIRMA

.....
USUARIA PARTICIPANTE

FIRMA

Anexo 3



Matriz de datos

Anexo 4

nro	edad	E. civil	paridad	L.nac	L.proc	ocup.	Grado I.	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26	p27	p28	p29	p30	p31	p32	p33	p34	p35	p36	p37	p38	p39	p40	p41	p42	total				
1	20	S	1	1	1	C	N	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	2	1	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	147		
2	17	S	1	1	1	C	S	4	4	2	1	2	4	2	4	4	4	4	2	1	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	142		
3	24	CV	2	1	1	C	S	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	157		
4	21	S	1	1	1	C	U	4	4	3	1	3	3	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	5	5	5	5	2	4	2	2	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	156			
5	23	CV	2	2	2	1	S	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	2	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	5	1	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	158			
6	18	CV	1	1	1	E	N	4	4	4	1	1	5	1	4	4	4	4	2	4	5	5	4	4	1	2	4	4	4	4	4	2	2	4	5	2	5	4	1	1	4	1	5	5	4	4	5	4	4	4	5	144		
7	36	CV	6	1	1	C	S	4	4	4	1	4	4	2	4	2	3	4	2	1	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	4	2	4	2	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	129		
8	39	C	5	1	1	C	S	2	2	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	148		
9	30	CV	2	1	4	C	N	4	4	4	1	4	4	2	4	4	3	4	2	1	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	131		
10	24	CV	2	1	1	1	N	4	4	4	1	4	4	2	3	4	4	4	3	1	4	4	4	4	4	2	4	4	4	3	2	2	4	4	2	4	2	4	2	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	140		
11	18	CV	1	2	1	C	N	4	4	4	1	4	4	2	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	134	
12	29	CV	5	1	1	1	S	4	4	2	1	4	3	2	4	3	4	4	2	1	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	114	
13	21	CV	1	4	1	C	N	4	2	3	1	2	4	2	2	2	2	4	1	3	4	4	4	4	3	2	4	4	2	2	2	2	4	3	2	2	4	4	4	4	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	123	
14	19	CV	1	1	1	E	S	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	2	1	4	4	4	2	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2	4	4	4	2	4	2	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	140		
15	23	CV	2	3	1	C	S	4	2	2	1	2	3	2	4	4	3	4	2	1	3	3	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	4	2	2	4	1	2	4	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	105
16	38	CV	3	1	1	C	S	4	4	2	1	4	4	3	3	4	4	4	2	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	140
17	37	S	3	3	1	1	S	1	4	3	1	4	3	1	4	3	4	2	2	1	4	4	2	4	2	4	4	4	2	2	2	2	4	5	4	2	1	1	1	1	1	4	2	4	5	4	4	4	4	4	4	4	124	
18	43	C	3	4	1	1	N	4	4	4	1	4	4	2	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	2	4	4	4	1	2	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	138	
19	21	CV	2	1	1	C	N	4	4	4	1	4	4	2	4	4	3	4	2	1	4	4	4	3	1	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	145	
20	22	CV	2	1	1	C	S	4	2	2	1	2	2	2	4	4	2	1	1	1	2	2	2	4	2	2	1	1	2	2	2	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	105
21	29	CV	3	1	1	C	S	4	2	4	1	4	4	2	3	4	4	4	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	140

Anexo 4

84

Anexo 4

58

Anexo 4

[illegible]

Anexo 4

97		CV	1	1	1	C	S	5	3	5	1	5	1	5	1	1	1	1	3	5	5	1	3	5	5	1	5	5	4	1	2	5	1	5	5	5	5	154
98	24	S	1	1	1	C	S	5	5	1	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	186	
99	39	S	3	1	1	I	S	5	5	3	1	3	5	1	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	152	
100	33	CV	4	1	1	I	P	1	1	1	1	5	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	128	
101	20	S	1	1	1	E	N	5	5	1	1	5	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	3	5	1	3	3	1	3	1	5	5	5	5	102	
102	26	CV	2	1	2	C	S	5	5	5	1	5	3	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	3	5	5	146	
103	34	C	1	1	1	I	U	5	5	1	1	3	3	1	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	5	1	5	5	1	5	5	3	5	5	5	5	158	
104	30	CV	2	1	1	C	N	1	5	1	1	5	5	1	3	5	1	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	3	5	5	5	5	132	
105	24	S	1	4	4	C	S	5	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	3	5	5	5	5	170	
106	25	CV	2	2	1	C	S	1	5	5	1	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	170	
107	31	CV	3	2	1	C	P	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	5	3	5	3	3	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	158	
108	19	S	1	1	1	E	N	5	1	1	1	5	5	5	5	5	1	5	3	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	136	
109	22	CV	3	1	1	C	S	5	3	3	1	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	152	
110	23	CV	2	3	1	C	S	5	5	5	1	3	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	168	
111	23	CV	1	2	1	C	S	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	202	
112	28	S	2	1	1	D	N	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	160	
113	24	CV	3	1	2	C	S	1	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	152	
114	25	CV	2	1	1	I	S	5	5	5	1	2	5	1	5	5	3	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	175	
115	24	C	2	1	1	C	N	5	5	1	1	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	164	
116	35	C	3	1	1	C	S	5	5	3	1	5	3	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	136	
117	43	CV	5	1	1	C	P	5	1	1	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	146	
118	34	C	3	1	1	I	N	5	2	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	145	
119	24	S	1	3	1	C	N	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	152	
120	31	CV	2	1	1	D	S	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	92	
121	36	S	1	4	1	E	N	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	180	

Anexo 4

[illegible]

Anexo 4

[illegible]

Anexo 4

90

Anexo 4

91

Anexo 4

[illegible]

S : SOLTERA
C : CASADA
CV: CONVIVIENTE

1: AREQUIPA
2: CUSCO
3: PUNO
4: OTROS

C: CASA
D: DEPENDIENTE
E: ESTUDIANTE
I: INDEPENDIENTE

P: PRIMARIA
S: SECUNDARIA
N : S. NO UNIVERSITARIA
U : UNIVERSITARIA