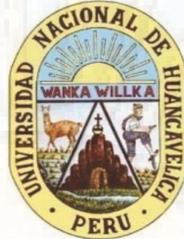


“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
TESIS

**CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EN LAS
GESTANTES CON ATENCIÓN PRENATAL
COMPLETA Y PSICOPROFILAXIS EN EL CENTRO DE
SALUD CONCEPCIÓN, JUNÍN, ENERO JUNIO 2018.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN: SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL

PRESENTADO POR: Obsta. Neira Hinojosa, Johana Rosario

HUANCABELICA – PERÚ
2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 02 días del mes de abril a las 12:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) egresada:

OBST. NEIRA HINOSTROZA JOHANA ROSARIO

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Secretario : Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE
Vocal : Mg. Ada Lizabeth LARICO LÓPEZ

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

" CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EN LAS GESTANTES CON ATENCIÓN PRENATAL COMPLETA Y PSICOPROFILAXIS EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCION JUNIN, ENERO JUNIO 2018 "

Presentado por el (la) egresada:

OBST. NEIRA HINOSTROZA JOHANA ROSARIO

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 014 - 2019 concluyendo a las 13:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: A PROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

Ninguno

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 02 de abril 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA

[Firma]
P.M. INSTITUTO DE GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
P.S.E. OBSTETRICIA

[Firma]
Obsta. Ada Lizabeth Larico López
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E OBSTETRICIA

[Firma]
SECRETARIO
Mg. Rossibel Juana Muñoz de la Torre

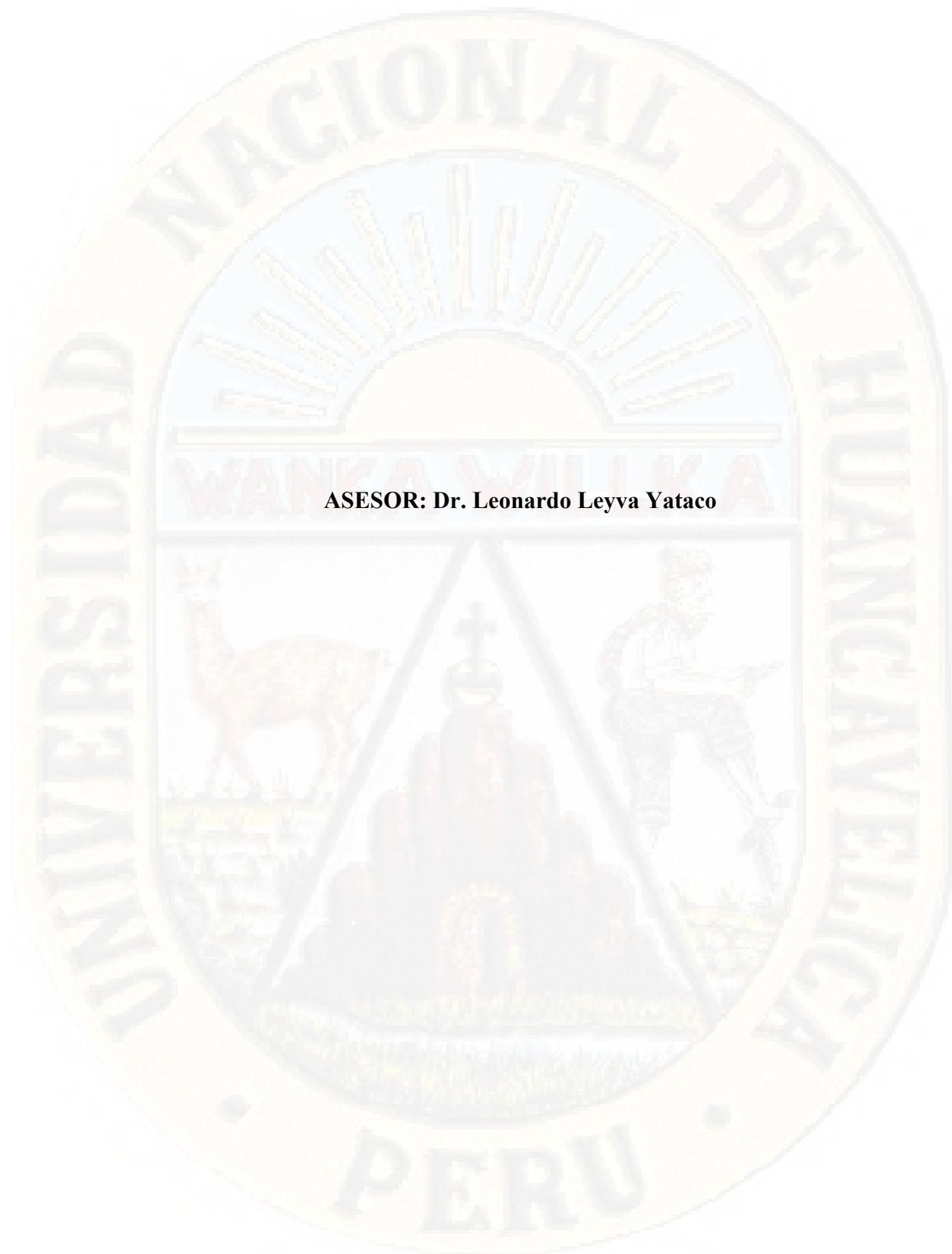


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

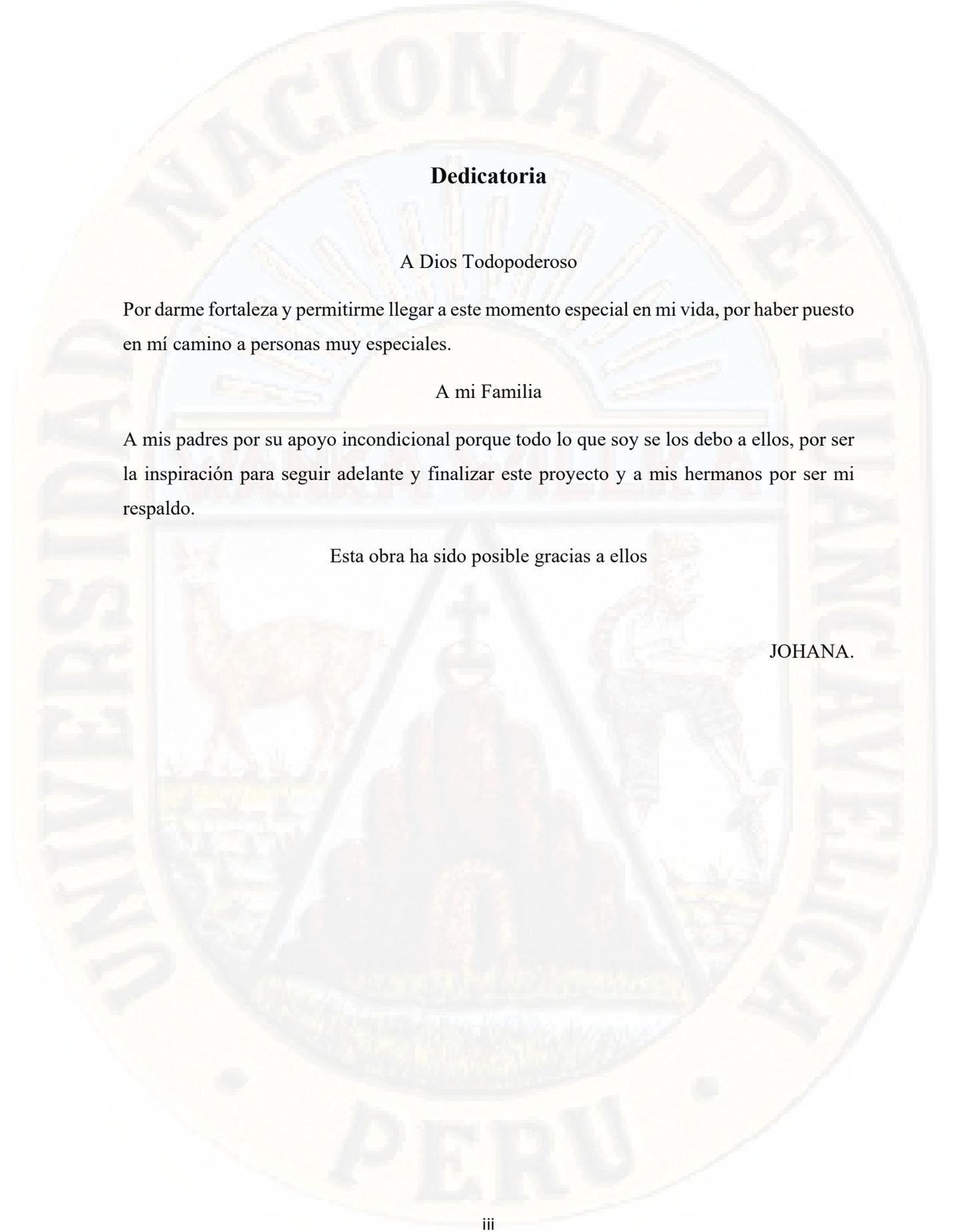
DECANATO
Vº Bº [Firma]
Mg. Tula Susana Guerra Olivares
DECANA



[Firma]
SECRETARIA
BOCENTE
Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N° 36759



ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

A Dios Todopoderoso

Por darme fortaleza y permitirme llegar a este momento especial en mi vida, por haber puesto en mí camino a personas muy especiales.

A mi Familia

A mis padres por su apoyo incondicional porque todo lo que soy se los debo a ellos, por ser la inspiración para seguir adelante y finalizar este proyecto y a mis hermanos por ser mi respaldo.

Esta obra ha sido posible gracias a ellos

JOHANA.

Agradecimiento

El desarrollo de esta tesis ha sido posible a la contribución de valiosas personas:

A los docentes de la especialidad, a mi asesor el Dr. Leonardo Leyva Yataco por sus conocimientos impartidos y apoyo sostenido a lo largo de toda la tesis.

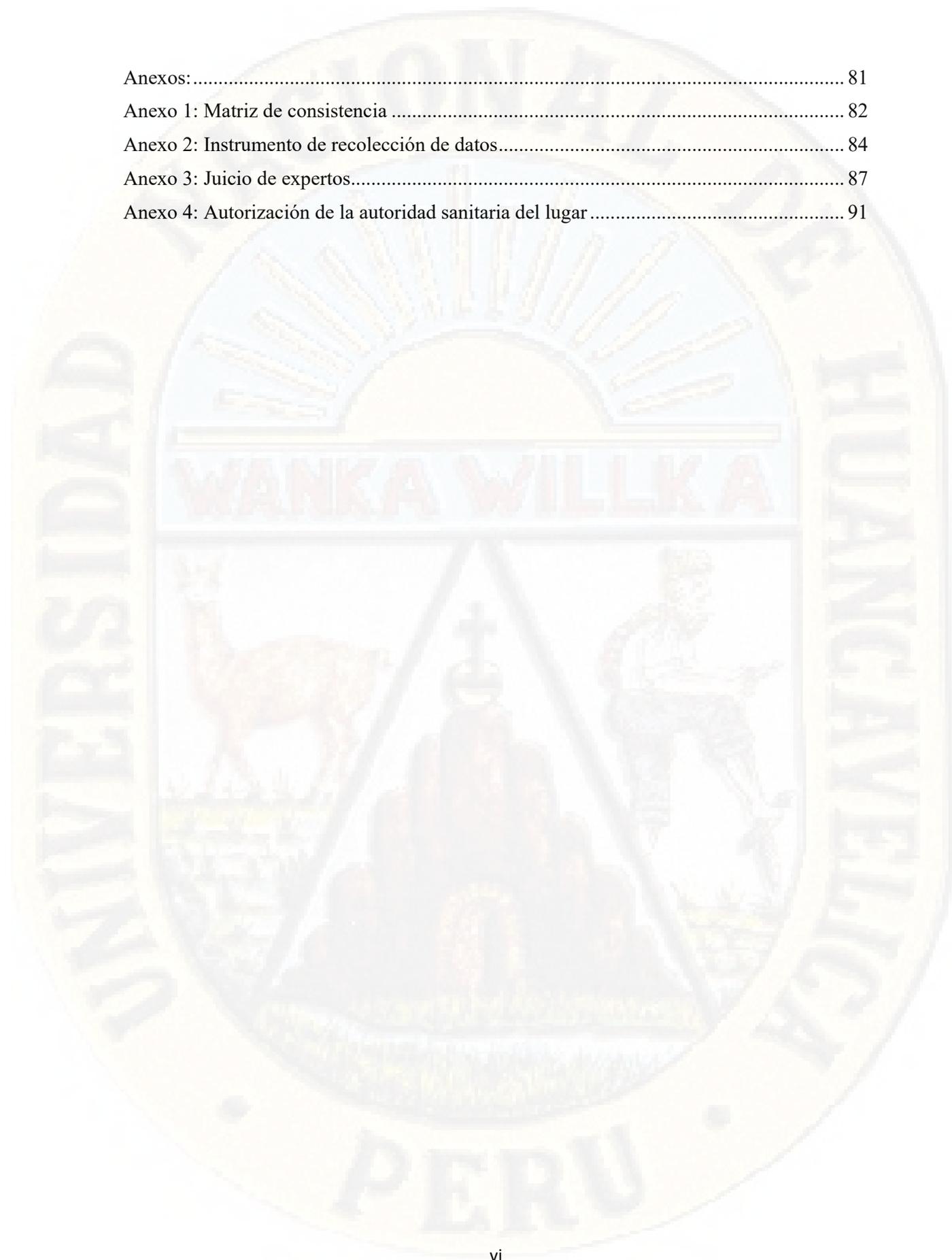
Al jefe y demás trabajadores del Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito y provincia de Concepción, quienes me abrieron las puertas para la realización de la presente investigación.

A mis compañeros de trabajo y amigos por su apoyo permanente y a todos aquellos que hicieron posible la realización de este trabajo.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I	
PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.4. Justificación	15
1.5. Limitaciones	16
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Variables de Estudio.....	55
2.4. Definición de términos	56
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito de estudio.....	58
3.2. Tipo de investigación	58
3.3. Nivel de investigación	58
3.4. Métodos de investigación	59
3.5. Diseño de investigación.....	59
3.6. Población, muestra y muestreo	60
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	60
3.8. Procedimiento de recolección de datos	61
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	61
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	63
4.2. Discusión	72
Conclusiones.....	75
Recomendaciones	76
Referencias bibliográficas	77

Anexos:.....	81
Anexo 1: Matriz de consistencia	82
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	84
Anexo 3: Juicio de expertos.....	87
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	91



Índice de tablas

Tabla 1.	Edad gestacional al momento del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	63
Tabla 2.	Nivel de instrucción en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	64
Tabla 3.	Estado civil en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	65
Tabla 4.	Número de gestación y número de partos (antes del embarazo actual) en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	66
Tabla 5.	Paridad en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	67
Tabla 6.	Edad materna, talla, peso e índice de masa corporal en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	68
Tabla 7.	Duración de la fase activa y periodo expulsivo en el trabajo de parto según paridad en la gestante con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	69
Tabla 8.	Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	70
Tabla 9.	Paridad y características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.	71

Resumen

Objetivo. Determinar las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018. **Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las mujeres con parto que tuvieron atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción, región Junín, de enero a junio 2018; según registros estadísticos fueron 70 mujeres. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados.** Del total de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis. La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 38.91 semanas, el 25% tuvieron menos de 38 semanas de gestación al momento del parto, el 4.3% (3) no tuvieron nivel de instrucción, el 12.9% (9) tuvieron primaria, el 62.9% (44) tuvieron secundaria, el 20% (14) tuvieron superior, el 71.4% (50) fueron convivientes, el 15.7% (11) fueron casadas y el 12.9% (9) fueron solteras. El promedio de gestaciones fue de 2.37 embarazos, el 25% tuvieron 2 o más partos. La edad materna promedio fue de 26.5 años. La talla promedio fue 1.50 metros, el peso promedio fue de 61.544 kilogramos. el 50% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 26.83. El 30% (21) fueron nulíparas, el 70% (49) fueron multíparas. La duración promedio de la fase activa fue de 3.8 horas en nulíparas y 3.6 horas en multíparas, en nulíparas la duración mínima fue de 2 horas y la máxima de 8.3 horas, en multíparas la duración mínima fue de 1 hora y la máxima de 7 horas. En el 50% de nulíparas la fase activa duro 4 horas o menos y en el 50% de multíparas duro 3.3 horas o menos. La duración promedio del expulsivo fue de 13.5 minutos en nulíparas y 12.2 minutos en multíparas, en el periodo expulsivo de las nulíparas la duración mínima fue de 4 minutos y la máxima fue de 23 minutos, en el periodo expulsivo de las multíparas la duración mínima fue de 2 minutos y la máxima fue de 70 minutos. En el 50% de nulíparas el periodo expulsivo duro 11 minutos o menos y en el 50% de multíparas duro 10 minutos o menos. El 44.3% (31) tuvieron episiotomías, el 15.7% (11) tuvieron desgarro perineal en el parto, el 1.4% (1) tuvieron parto prematuro. De las 31 episiotomías realizadas en parto vaginal, el 61.3% (19) fueron en nulíparas y el 38.7% (12) fueron en multíparas. el 100% (11) de desgarros perineales ocurrieron en las multíparas. El único parto prematuro encontrado ocurrió en el grupo de multíparas. **Conclusiones.** El parto en nulíparas se caracterizó por tener mayor duración en el periodo expulsivo y mayor proporción de episiotomías en comparación a las multíparas. El parto en multíparas se caracterizó por presentar desgarros perineales, episiotomías y parto prematuro.

Palabras clave: Parto, gestante, características del parto, nulíparas, multíparas, atención prenatal.

Abstract

Objective. To determine the characteristics of delivery in pregnant women with complete prenatal care and psycho-prophylaxis attended at the Concepción Health Center in the district of Concepción, Junín region, January June 2018. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population were all women with childbirth who had complete prenatal care and psycho-prophylaxis attended at the Concepción Health Center, Junín region, from January to June 2018; According to statistical records, there were 70 women. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument was the data collection card. **Results:** Of the total of pregnant women with complete prenatal care and psycho-prophylaxis. The average gestational age at delivery was 38.91 weeks, 25% had less than 38 weeks of gestation at the time of delivery, 4.3% (3) had no education level, 12.9% (9) had primary education, 62.9% (44) had secondary, 20% (14) had higher, 71.4% (50) were cohabiting, 15.7% (11) were married and 12.9% (9) were single. The average number of pregnancies was 2.37 pregnancies, 25% had 2 or more births. The average maternal age was 26.5 years. The average size was 1.50 meters, the average weight was 61,544 kilograms. 50% had a body mass index greater than 26.83. 30% (21) were nulliparous, 70% (49) were multiparous. The average duration of the active phase was 3.8 hours in nulliparous and 3.6 hours in multiparous, in nulliparous the minimum duration was 2 hours and the maximum of 8.3 hours, in multiparous the minimum duration was 1 hour and the maximum was 7 hours . In 50% of nulliparous the active phase lasted 4 hours or less and in 50% of multiparous lasted 3.3 hours or less. The average duration of the expulsive was 13.5 minutes in nulliparous and 12.2 minutes in multiparous, in the expulsive period of nulliparous the minimum duration was 4 minutes and the maximum was 23 minutes, in the expulsive period of multiparous the minimum duration was 2 minutes and the maximum was 70 minutes. In 50% of nulliparous women the expulsive period lasted 11 minutes or less and in 50% of multiparous women it lasted 10 minutes or less. 44.3% (31) had episiotomies, 15.7% (11) had a perineal tear at delivery, 1.4% (1) had premature labor. Of the 31 episiotomies performed in vaginal delivery, 61.3% (19) were in nulliparous and 38.7% (12) were in multiparous. 100% (11) of perineal tears occurred in the multiparous. The only premature birth found occurred in the multiparous group. **Conclusions:** The delivery in nulliparous was characterized by having a longer duration in the expulsive period and a higher proportion of episiotomies compared to the multiparous women. Perineal tears, episiotomies and premature labor characterized the multiparous delivery.

Keywords: Childbirth, pregnant woman, characteristics of childbirth, nulliparous, multiparous, prenatal care.

Introducción

El parto y su atención es un fenómeno complejo y es preciso insistir en que debe hacerse todo lo necesario para que tanto la madre como el recién nacido reciban la atención más segura posible (1, 2).

Unas 830 mujeres mueren cada día en el mundo por complicaciones durante el embarazo o el parto; la mayoría pueden evitarse con cuidados sanitarios de calidad. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas, púerperas y a los recién nacidos (4).

Cada año, 140 millones de mujeres dan a luz. La mayoría de estos partos ocurren sin complicaciones. Sin embargo, en los últimos 20 años los partos se han tratado más como un problema médico, que como un proceso natural (5).

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva, conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio (6).

En el Perú en el año 2017, la proporción de partos institucionales fue de 93,0%. La proporción de nacimientos por cesárea fue de 34,2%. Entre los años 2012 y 2017, se advierte un incremento en la atención de parto por un médico (de 53,9% a 66,6%) del mismo modo la atención de parto por una obstetra pasó de 65,2% a 69,3%. Asimismo, la atención por comadrona/partera empírica, bajó de 7,0% en el año 2012 a 3,4% en el año 2017. Sin embargo, a pesar del aumento de partos atendidos por profesionales de la salud, las mujeres sin educación (66,8%) presentan los menores porcentajes con respecto a los otros niveles de educación (7).

La cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país (7).

Existe escasa información sobre las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis. En la región Junín específicamente en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, no hay estudios que caractericen el parto; por lo cual es importante conocer estas características y a las pacientes desde el punto de vista de salud familiar relacionada a la clínica; las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre, la calidad de la atención, entre otros; para una intervención sanitaria integral; ya que el conocer las características del parto permitirán un manejo más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento a realizar.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El parto es un fenómeno complejo y es preciso insistir en que debe hacerse todo lo necesario para que tanto la madre como el recién nacido reciban la atención más segura posible. Las listas de verificación son instrumentos útiles para organizar procesos complejos e importantes como el parto y, desde hace mucho tiempo se han utilizado para ayudar a los proveedores de servicios a recordar tareas esenciales, a fin de prestar la mejor y más segura asistencia en diversas circunstancias (1, 2).

La atención del parto es un proceso complejo que involucra diversos pasos necesarios, en ocasiones difíciles, en otras ocasiones complicados, para conseguir que tanto la madre como el recién nacido reciban la mejor atención posible (3).

Unas 830 mujeres mueren cada día en el mundo por complicaciones durante el embarazo o el parto. La mayoría de estas muertes podrían evitarse con cuidados sanitarios de calidad. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas, púerperas y a los recién nacidos (4).

Cada año, 140 millones de mujeres dan a luz. La mayoría de estos partos ocurren sin complicaciones. Sin embargo, en los últimos 20 años los partos se han tratado más como un problema médico, que como un proceso natural. El parto es un proceso fisiológico normal que se lleva a cabo sin complicaciones en la mayoría de los casos. Sin embargo, los estudios muestran que una gran parte de las mujeres embarazadas sanas son sometidas al menos a una intervención clínica durante el parto. Según la OMS, esas intervenciones en muchas ocasiones son “innecesarias y potencialmente dañinas” (5).

En el parto la velocidad a la que el útero dilata no tiene ninguna importancia con respecto a la oportunidad de supervivencia del bebé, siempre y cuando haya progreso para determinar si un parto está progresando mal o simplemente es más lento que la media. La OMS considera que una vez el cuello del útero ha dilatado unos 5 centímetros, el trabajo de parto “normalmente” no debería prolongarse más de 12 horas en un primer nacimiento y 10 en un segundo. Durante ese tiempo, los expertos recomiendan monitorizar de cerca tanto a la madre como al bebé (5).

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el instituto mexicano del seguro social, conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio (6).

En el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el año 2017, la proporción de partos institucionales fue de 93,0%; porcentaje en aumento con el pasar de los años. Por área de residencia, el área urbana (97,7%) presenta mayor porcentaje que el promedio nacional. El área rural pasó de 57,6% en el 2009 a 79,1% en el 2017 (7).

En el año 2017, la proporción de nacimientos por cesárea fue de 34,2%. Por área de residencia, el área urbana (40,8%) presenta mayor porcentaje. Entre los años 2012 y 2017, se advierte un incremento en la atención de parto por un médico (de 53,9% a 66,6%) del mismo modo la atención de parto por una obstetra pasó de 65,2% a 69,3%. Asimismo, la atención por comadrona/partera empírica, bajó de 7,0% en el año 2012 a 3,4% en el año 2017. Sin embargo, a pesar del aumento de partos atendidos por profesionales de la salud, las mujeres sin educación (66,8%) presentan los menores porcentajes con respecto a los otros niveles de educación (7).

La cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país (7).

Existe escasa información sobre las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis. En la región Junín específicamente en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, no hay estudios que caractericen el parto; por lo cual es importante conocer estas características y a las pacientes desde el punto de vista de salud familiar relacionada a la clínica; las condiciones de salud materna, del entorno en que vive la madre, la calidad de la atención, entre otros; para una intervención sanitaria integral; ya que el conocer las características del parto permitirán un manejo más adecuado y enfocarnos con más pertinencia en la atención o procedimiento a realizar.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características del parto en las gestantes nulíparas con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018?
- ¿Cuáles son las características del parto en las gestantes múltiparas con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características del parto en las gestantes nulíparas con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018.
- Determinar las características del parto en las gestantes múltiparas con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018.

1.4. Justificación

El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis, atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018. La mayoría de los partos se desarrollan sin problemas; cuando se han realizado todas sus atenciones prenatales durante el embarazo y la gestación se ha desarrollado normalmente; sin embargo, hay complicaciones que pueden presentarse al momento del parto; por lo cual es muy importante conocer las características del parto que regularmente se presentan en el establecimiento de salud para mejorar las habilidades y destrezas en el manejo o procedimiento de la atención del parto, disminuir los posibles riesgos y prevenir complicaciones.

Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características del parto en nulíparas y múltiparas dentro de este contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención del parto. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias que contribuyan a fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una maternidad saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a una maternidad saludable. Así mismo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.

1.5. Limitaciones

El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis, atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018. La información obtenida de las historias clínicas, registros de seguimiento entre otros para la investigación dependió de la calidad de los registros y posibles subregistros de las fuentes secundarias; por ello para disminuir esta limitación la información fue verificadas en más de una fuente de información, pero, aun así, no se puede garantizar la calidad de la información al 100%.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Recio (8), realizó un análisis sobre La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. El parto es el motivo número uno de ingreso hospitalario en España. Después de parir, no es fácil salir ilesa del hospital, en el sentido de no haber sido sometida a una operación quirúrgica (cesárea), a un corte en la vagina (episiotomía), o a otras intervenciones invasivas. El objetivo de este artículo es cuestionar el modo en que la evidencia científica se integra en las decisiones médicas en torno al parto. Para ello, el artículo describe y analiza la variabilidad de la atención perinatal existente en España, que demuestra que el resultado de un parto depende mucho más de factores como la zona geográfica o de si el centro hospitalario es público o privado, que del propio proceso de parto de la mujer. Además, analiza la adecuación de las intervenciones a los estándares fijados por organismos como la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de Sanidad. En España el 25,3% de las mujeres es sometida a una operación cesárea durante el parto. En el 2012, la tasa de partos instrumentales en la Comunidad Valencia para hospitales públicos fue de 17.8% y en los hospitales privados fue de 37.4%; la tasa de episiotomías llegó a casi el 58% en la sanidad pública y al 72% en la privada; la tasa de partos inducidos fue del 25.1% en la sanidad pública y del 32.8% en la privada.

Aceituno (9), estudio la Tasa de partos instrumentales en España. Actualmente, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y diversos organismos nacionales e internacionales propugnan una asistencia al parto menos «medicalizada», más fisiológica. Sin embargo, la tasa de partos instrumentales en España es alta (23%) si la comparamos con otros países occidentales (media del 10%) y las indicaciones están poco fundamentadas, ya que en el 40% de los casos son profilácticas o

docentes. Asimismo, la proporción de fórceps (52%) en relación con el total de partos instrumentales también es alta (media del 20%). El parto instrumental, sobre todo con fórceps, es un factor de riesgo importante para los desgarros de grados III y IV, y estos, a su vez, para la incontinencia de heces y gases en la mujer, por lo que puede ser necesario optimizar la tasa de partos instrumentales y la relación de los fórceps con el total de estos en nuestro país.

Schneck et al (10). investigaron sobre los resultados maternos y neonatales en centro de parto normal peri-hospitalario y hospital. Objetivo: Comparar los resultados maternos y neonatales en mujeres de bajo riesgo atendidas en centro de parto normal peri hospitalario y hospital. Métodos: Estudio transversal con muestra representativa de mujeres de bajo riesgo atendidas en Sao Paulo, Sureste de Brasil, de 2003 a 2006. Se incluyeron 991 mujeres que realizaron el parto en el centro de parto normal y 325 que dieron a luz en el hospital. Los datos fueron obtenidos de los prontuarios. El análisis comparativo fue realizado para el total de mujeres y estratificado según la paridad. Se aplicaron las pruebas de chi-cuadrado y exacto de Fisher. Resultados: Hubo distribución homogénea de las mujeres según la paridad (45,4% de nulíparas y 54,6% de mujeres con uno o más partos anteriores). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a las siguientes intervenciones: amniotomía (más frecuente entre nulíparas del hospital), utilización de oxitocina en el trabajo de parto y utilización de analgésico en el postparto (más frecuentes en el hospital entre las mujeres de todas las paridades). La tasa de episiotomía fue mayor entre las nulíparas, tanto en el centro de parto como en el hospital. Hubo mayor frecuencia de intervenciones con el neonato en el hospital: aspiración de las vías aéreas superiores, aspiración gástrica, lavado gástrico, oxígeno por máscara abierta. También ocurrieron con más frecuencia en el hospital bolsa sero sanguínea, dificultad respiratoria e internación en la unidad neonatal. No hubo diferencia en los valores de Apgar en el quinto minuto ni en casos de muerte materna o perinatal. Conclusiones: La asistencia en el centro de parto normal fue realizada con menos intervenciones y con resultados maternos y neonatales semejantes a los del hospital.

Soto et al (11). Investigaron sobre la educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Objetivo: Aplicar una intervención educativa

durante la gestación y observar los efectos sobre el embarazo, parto y recién nacido. Método: Se realizó un estudio con diseño semi experimental de serie de casos con 40 primíparas normales, desde las 20 semanas de gestación en dos Centros de Salud Municipales de Concepción, Chile, desde 2001 a 2004. Se aplicó la intervención educativa en 8 sesiones a las gestantes con su pareja y doula. Los resultados se compararon con un grupo de referencia de 55 primíparas normales. Resultados: La tasa de cesárea fue de 7,5% en el grupo estudio y 27,3% en el grupo de referencia ($p<0,01$); hubo patología del embarazo en 17,5% versus 47,3% ($p<0,05$); uso de ocitocina en 40% versus 78,2% ($p<0,01$); episiotomía en 64,9% versus 100% ($p<0,01$). El Apgar <7 al primer minuto fue 5% grupo estudio y 5,4% grupo referencia, diferencia no significativa. Conclusiones: La educación en el control prenatal utilizando protocolos, reduce el número de intervenciones rutinarias e innecesarias durante el embarazo y parto.

Barbosa da Silva et al (12). Recientemente se verificó un esfuerzo gubernamental para reducir las tasas de cesárea en el sector público y cualificar la asistencia al parto normal. Así, se crearon los Centros de Parto Normal (CPN) destinados al acompañamiento de nacimientos fisiológicos, a cargo de enfermeras obstétricas. Este estudio descriptivo tuvo como objetivo caracterizar a las parturientas en cuanto a la edad materna, historia obstétrica, condiciones del parto y del recién nacido en un CPN, en la ciudad de São Paulo. Se utilizaron datos secundarios de registros de nacimientos atendidos por enfermeras obstétricas y se analizaron 1.860 registros de partos ocurridos en julio y agosto de 2001. Los resultados indican: edad media de 23,7 años; 44,4% de nulíparas; 79,0% de partos normales; peso medio de los recién nacidos de 3.174g; Apgar ≥ 7 en el primer y quinto minutos en 93,7% y 99,1% de los recién nacidos, respectivamente. Se concluyó que la atención al parto hecha por enfermeras obstétricas es importante para valorar la fisiología del parto y nacimiento, con indicadores obstétricos y neonatales de calidad.

A nivel nacional.

Maúrtua (13) investigo sobre la atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el hospital maría auxiliadora. San Juan de Miraflores: octubre 2016 a mayo 2017- lima. Objetivo:

Determinar si la atención prenatal reenfocada se relaciona con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años. Metodología: Estudio de tipo descriptivo retrospectivo, de diseño no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 260 gestantes, con atención del parto en el Hospital María Auxiliadora. Se aplicó la técnica de investigación documental y el instrumento fue una ficha que recogió datos sobre el análisis de la evaluación de la atención prenatal (APN) reenfocada, y complicaciones obstétricas durante el parto. Los resultados fueron analizados con el programa SPSS v.21. Resultados: Se evidenció que solo el 5% (13 gestantes) tuvieron una APN reenfocada adecuada y completa, encontrándose como única complicación obstétrica durante el parto al desgarro perineal de primer grado con un 15.4%. (2 gestantes). Por otro lado, el 95% (247 gestantes) tuvieron una APN reenfocada inadecuada e incompleta, encontrándose variadas complicaciones obstétricas siendo las de mayor frecuencia el desgarro perineal de primer grado con un 23.9% (59 gestantes) y anemia puerperal leve con un 13% (32 gestantes). Conclusión: Se ha demostrado que a un nivel de significancia de 0,05 si existe relación entre la APN reenfocada y las complicaciones obstétricas durante el parto. Se propone innovar en estrategias actuales con intervención del equipo de salud capacitado para el manejo adecuado de las gestantes que llegan por primera vez a su APN, brindar información y educación a la gestante sobre su importancia, además se debe reforzar el sistema de radar de gestantes para las visitas domiciliarias y captar aquellas que dejaron de asistir a las atenciones.

Calderón et al (14). Investigaron sobre el Parto vertical: Retornando a una costumbre ancestral. Objetivo: Determinar las ventajas del parto vertical frente al parto horizontal. Diseño: Estudio observacional, comparativo y transversal. Lugar: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú. participantes: Gestantes que tuvieron parto vertical o parto horizontal. intervenciones: Entre junio 2006 y junio 2007 se estudió 160 parturientas, 80 de las cuales tuvieron parto vertical (PV) y 80, parto horizontal (PH). Principales medidas de resultados: Tiempo de expulsivo, volumen de sangrado uterino, necesidad de episiotomía, complicaciones, percepción de la madre. Resultados: El tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min, respectivamente). El volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos (300 mL y 296,74 mL).

Considerando el uso y el no uso de oxitocina posparto, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el volumen de sangrado, siendo mayor cuando no se usó oxitocina. La maniobra de Kristeller casi fue innecesaria para el parto vertical (1,3%), mientras fue realizada en 16 pacientes con parto horizontal (20%). Se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% vs. 56,3%). Se necesitó instrumentación del parto en solo dos casos de parto horizontal (1 vacuum, 1 fórceps de salida). Se presentó un hematoma vaginal y una hemorragia posparto, para el parto horizontal, sin diferencia estadísticamente significativa. Hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical (en quienes no se realizó episiotomía), pero de poca profundidad (83% vs. 60%). Respecto a la percepción de la madre sobre el parto vertical, este fue percibido como más rápido, más cómodo y menos doloroso; la mayoría de las mujeres con parto vertical tuvo la satisfacción de ver la salida de su bebé (96,3% vs. 42,5%) y la mayoría de las mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las 160 mujeres). Conclusiones: El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Atención prenatal

Casi un siglo después de su introducción, la atención prenatal se ha convertido en uno de los servicios de salud más usados en Estados Unidos. En 2001 hubo alrededor de 50 millones de consultas prenatales, la mediana fue de 12.3 visitas por embarazo y muchas mujeres acudieron a 17 visitas o más en total. La información se recopila de certificados de nacimiento y se introdujo un formato revisado en 2003. Ahora se usa en 27 estados y en Puerto Rico, mientras que los 23 estados restantes todavía usan un formato de 1989. Por desgracia, no es posible hacer una comparación directa de los datos sobre el marco temporal de la atención prenatal entre estos dos sistemas (Osterman, 2011). Desde principios de la década de 1990, los grupos minoritarios son los que más se han beneficiado de la atención prenatal oportuna. Sin embargo, las disparidades continúan. De los 27 estados que usan el certificado de nacimiento revisado, el porcentaje de mujeres caucásicas, hispanas y

afroamericanas que no recibieron atención prenatal en 2008 fue 1.1, 2.7 y 3.3, respectivamente (Osterman, 2011). (15)

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento. (16)

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico. La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas. (17)

La atención prenatal (18) comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio. Sus principales objetivos son:

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.
- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.

- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.2. La atención integral de salud materna

2.2.2.1. Atención preconcepcional / pregestacional (19)

La atención es realizada por profesional calificado: médico gineco obstetra, médico cirujano, obstetra, según nivel de complejidad. Dentro de la atención integral materna, la enfermera participa en inmunizaciones, visita domiciliaria y educación para el autocuidado de la salud.

La intervención es predominantemente en la mujer con vida sexual activa en la anamnesis también debe incluir a la pareja. Se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo.

La atención incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología. La primera atención es de detección del riesgo gestacional y la segunda de seguimiento o mantenimiento. De acuerdo al caso, se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente.

Incluye:

- Evaluación clínica (realizado por el profesional médico), del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas (realizado por el profesional médico).
Incluye educación para el autoexamen.
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.

- Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.
- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.
- Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.
- Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc.).

Evaluación del riesgo gestacional:

Historia clínica:

Factores sociodemográficos:

- Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)
- Obesidad o delgadez extrema
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Violencia de género
- Actividad física o laboral de riesgo
- Nivel socioeconómico bajo
- Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales

Antecedentes reproductivos:

- Esterilidad previa
- Aborto o parto pre término a repetición
- Muerte perinatal
- Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos

Antecedentes reproductivos:

- Esterilidad previa

- Aborto o parto pre término a repetición
- Muerte perinatal
- Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos

Antecedentes médicos:

- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardíaca o renal
- Endocrinopatías
- Epilepsias
- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedades hematológicas o hepáticas

Evaluación nutricional

- Índice de masa corporal – IMC

Exploración física:

- Presión arterial
- Pulso
- Temperatura
- Examen cardiovascular
- Examen respiratorio
- Peso
- Talla

Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina/hematocrito
- Grupo y Factor Rh
- Orina completa
- Prueba rápida de sífilis
- Prueba rápida de VIH previa consejería
- Glucosa

2.2.2.2. Atención prenatal reenforcada (19)

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenforcada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad

materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.

- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos.
- La atención prenatal reenfocada debe ser realizada por el profesional de la salud: médico Gineco-Obstetra o médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En ausencia de estos profesionales podrá ser asistido por la enfermera.
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra.
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
- Promover y preparar para la lactancia materna.

- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.
- En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gineco-obstetra.
- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención.

2.2.2.3. Consultas en la atención prenatal reenfocada (19):

Aspectos específicos para la primera consulta:

Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo.

- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.
- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra.

- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio.
- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma.

Procedimientos de la primera atención prenatal

- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:
 - Anamnesis. Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal. Precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental.
 - Examen físico. Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos realizado por el médico (corazón, pulmones, abdomen, mamas, etc.).
 - Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho).
 - Tomar medidas antropométricas: peso (las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar) y talla. Valorar el estado nutricional. Graficar en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del Carné y la Historia Clínica Materno Perinatal. Aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso/talla para la edad gestacional. Si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal (IMC) pregestacional del CENAN.
 - Debido a que la mortalidad materna por causa de la enfermedad hipertensiva del embarazo es alta, el

profesional de la salud responsable que atiende a la gestante o puérpera, debe valorar el edema y los reflejos osteotendinosos:

Valorar el edema:

0: No presenta edema

1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto

2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores

3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara

4+: Anasarca con ascitis

Evaluar reflejos Osteotendinosos:

0: Arreflexia o ausencia de reflejos

1+: Hiporreflexia

2+: Normal

3+: Hiperreflexia

4+: Presencia de clonus.

- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA) $>140/90$ o presión arterial media (PAM) >106 , o presión arterial sistólica <140 y diastólica <90 mmHg, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM <106 mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales.
- Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE.
- Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados. En los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente.

- Examen obstétrico completo:
 - Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardíacos fetales y movimientos fetales.
 - Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS. Utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones.
 - Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou).
- Exámenes auxiliares basales
 - Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cualitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).
 - Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología.
 - Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas.
 - Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:

- Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas.
- Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas.
- Prueba de glicemia en ayunas:
 - Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105.
 - Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal.
- Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivos en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva).
- Prescripción de ácido fólico
Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13).
- Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso
Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.
- Prescripción de calcio

Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto

- Evaluación odontológica

De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios.

- Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional

La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna dt al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación.

Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación.

- Información para la gestante en la primera consulta:

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas.
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia.
- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre.
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.
- Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal.

- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita.
- Mantener los registros completos
 - Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal.
 - Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud.
 - Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Púerpera.
 - Registrar la atención en el formato de registro del HIS.
- Referencia en caso de complicación obstétrica:
 - Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata.
 - La referencia debe realizarse con el formato correspondiente.
 - Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gineco-obstetra.

Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

En todas las consultas siguientes:

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral.
Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.
- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.

- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.
- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.
- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas).
- Interpretación de exámenes auxiliares.
- Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas.

A partir de las 28 semanas:

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de latidos cardiacos fetales.
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.
- Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva. La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad.
- Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio.
- Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33.

A partir de las 35 semanas:

- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).
- Determinación del encajamiento fetal.
- Determinación de la presentación fetal.
- Reevaluación del estado general materno.
- Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde.
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso.
- Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales. Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación.
- Referir a establecimiento que cumplen FONE, los casos para cesárea electiva a fin de ser programada oportunamente.
- Se debe referir a las gestantes que no han tenido su parto hasta cumplidas las 40 semanas, a los establecimientos que cumplen FONE informándoles previamente el motivo de la referencia.
- En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional.

Signos y síntomas de alarma

Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según el caso para su atención:

- Náuseas y vómitos incoercibles.

- Disuria.
- Fiebre/escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación
- Alteraciones psicoafectivas.
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar (según gravedad).
- Complicaciones del embarazo.
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera).
- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el médico gineco-obstetra, obstetra, o médico de guardia.

Con el fin de cumplir con una atención prenatal reenfocada de calidad, toda gestante que llega al sexto control debe haber recibido el esquema básico de atención.

En zonas endémicas además se debe considerar:

- Tratamiento antiparasitario
- Protección contra la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa. Verificar efectos de insecticidas sobre el feto.
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas.

2.2.2.4. Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante (19)

- Educación en auto cuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.
- Informar a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
- Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
- Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet prenatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/consejería.
- Identificación de Violencia Basada en Género y Depresión.
- Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
- Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.

2.2.2.5. Plan de Parto (19)

De aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Primera Entrevista: se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.
- Segunda entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.

- Tercera entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas. La gestante con la tercera entrevista realizada se considera gestante con plan de parto completo.
- En caso sea atendida la gestante en un hospital, las entrevistas del plan de parto serán realizadas en dicho establecimiento de salud.

En el caso de gestante adolescente, previo consentimiento de la adolescente y en calidad de confidencialidad, la tercera entrevista se realiza en la institución educativa, con la participación del tutor o docente encargado del aula para asegurar: permanencia en la institución educativa, apoyo en caso de emergencia, para garantizar el parto institucional y la reinserción escolar después del mismo.

En el segundo y tercer nivel de atención, las entrevistas pueden realizarse durante la consulta pre natal

Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

2.2.2.6. PARTO

El parto es un proceso fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno. El concepto de parto es de fácil entendimiento, pero en el momento actual aún no se conoce con exactitud el momento puntual en que se inicia, ni tampoco sus causas. Sin embargo, sí se sabe que el parto se produce gracias a la aparición de las contracciones uterinas que de forma progresiva van aumentando en intensidad, frecuencia y

duración hasta conseguir unas modificaciones en el cuello uterino que permitan el paso del feto desde la cavidad uterina y a través del canal del parto su expulsión al exterior. El proceso del parto es un concepto dinámico que viene preparándose ya desde el inicio de la gestación, con las modificaciones morfológicas, estructurales y principalmente bioquímicas de la fibra uterina. Estos cambios se hacen más evidentes en la segunda mitad del embarazo y principalmente en la última fase del mismo, formándose el denominado segmento inferior a nivel del istmo uterino, para facilitar la acomodación de la presentación y la maduración del cuello uterino, paso previo a la dilatación cervical. Es imprescindible que, además de estas modificaciones, se inicien las contracciones uterinas. Sin esta actividad uterina el parto no se produciría; por eso, y desde el punto de vista clínico, se acepta que el parto se inicia cuando existe una actividad uterina rítmica, progresiva y de cierta intensidad, con un mínimo de dos contracciones uterinas perceptibles por la molestia que producen (intensidad superior a 30 mm Hg), cada 10 minutos y con un cuello borrado en más del 50% de su trayecto y con 2 cm de dilatación en la nulípara y 3 cm en la múltipara (16).

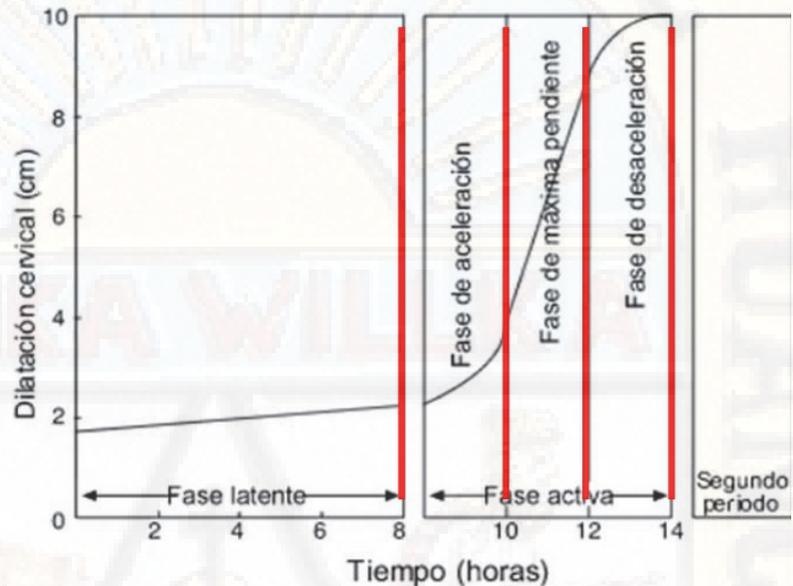
TRABAJO DE PARTO

Corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles y termina con la expulsión de la placenta. Respecto del modelo de fisiología de las contracciones uterinas, el Trabajo de Parto corresponde a la fase de estimulación miometrial (20).

FASES CLÍNICAS DEL TRABAJO DE PARTO (20)

Las fases clínicas del trabajo de parto fueron establecidas en el trabajo de Dr. Emanuel A. Friedman en el año 1954, quien presentó una representación gráfica de la progresión del trabajo

de parto: Partograma. En el partograma se dibuja el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación fetal, en función del tiempo. Si bien los conceptos clásicos que él describió deben ser conocidos, han cambiado algo en el último tiempo. El trabajo de parto se divide en tres etapas:



1. Primera etapa: dilatación. Se compone de dos fases:

- Fase latente: entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa. En promedio la duración de la fase latente se describió en: 4,8 horas en la nulípara y 6,4 horas en la múltipara. Se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en múltipara.
- Fase activa: se inicia en presencia de un cuello 100% borrado y con 3 cm de dilatación; y termina con la “dilatación completa” (10 cm). Friedman describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración; dando a la curva de partograma un aspecto sigmoideo. La velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, es

dependiente de la paridad, clásicamente se ha establecido que la velocidad de progresión es en promedio: 1.2 cm/h en nulípara y 1.6 cm/h en multípara.

Hoy en día sabemos, que en muchas mujeres que finalmente tienen un parto vaginal, la velocidad de progresión es más lenta que lo que Friedman describió. Adicionalmente, se ha observado que la dilatación del cuello es más rápida a medida que la dilatación progresa, es decir, no tiene la forma sigmoidea (con desaceleración) final como se pensó. En la fase activa, asociado a la dilatación del cuello uterino, se produce el descenso de la presentación fetal a través del canal de parto.

2. Segunda etapa: expulsivo.

Se inicia cuando la dilatación es completa (10cm) y termina con la salida del bebé. Dura máximo 2 h en nulípara sin anestesia y 1 h en multípara sin anestesia. Se ha demostrado que la anestesia peridural, prolonga la fase de expulsivo en una hora (3 h nulípara – 2 h multípara). Durante esta etapa se completa el descenso de la presentación fetal.

3. Tercera etapa: alumbramiento.

Corresponde al período desde la salida del bebé, hasta la salida de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulípara y 30 minutos en multípara.

2.2.2.7. ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL (19)

De la gestante, la familia y la comunidad:

- Reconocer los signos de alarma e identificar posibles complicaciones.
- Acudir o comunicar al establecimiento el inicio de labor de parto.
- Coordinar con la comunidad su participación para el apoyo por posibles complicaciones, según sea el caso.

- Coordinar con anticipación el transporte para un traslado oportuno y adecuado.
- Cumplir con las indicaciones del plan de parto.

Del establecimiento de salud:

- Contar con la infraestructura adecuada (ambientes de sala de dilatación y sala de partos) según capacidad resolutive y nivel para la atención del parto.
- Los establecimientos que no cuentan con casa de espera deben considerar el internamiento antes de los 4 cm de dilatación considerando las siguientes variables: distancia del establecimiento a la casa, la accesibilidad geográfica, el grado de estrés de la gestante (adolescente, pródromo prolongado, feto valioso, gestante no controlada, etc.) y otros factores de riesgo.
- La atención no debe estar condicionada si la gestante porta o no el carné perinatal, DNI, resultados de análisis y otros referentes a la atención prenatal
- El parto debe ser atendido a partir de establecimientos de salud con categoría I-4 y en establecimientos estratégicos I-3. En establecimientos de menor capacidad resolutive se realizará solo la atención del parto inminente
- El parto normal debe ser atendido por profesional calificado: médico gineco-obstetra o médico cirujano u obstetra, de acuerdo a su nivel de atención.
- Todo establecimiento debe garantizar que el 100% de los partos lo atenderá el profesional calificado.
- En situaciones de parto inminente y en ausencia de los profesionales antes mencionados, en el primer nivel de atención, este parto podría ser atendido por la enfermera u otro profesional de la salud o personal de salud capacitado.
- La atención del parto institucional horizontal o vertical será seleccionado por la usuaria, y consignado en el Plan de Parto.

En establecimientos de salud para atención del parto vertical con adecuación intercultural, se debe tomar como referencia la Norma Técnica vigente para tal fin.

- Asegurar un ambiente cálido, tranquilo, con luz tenue y libre de ruido o voz altisonante.
- El primer nivel de atención debe contar con el kit de medicamentos e insumos para el uso de clave roja, azul o amarilla tanto en la emergencia como en el centro obstétrico o sala de partos.

Del personal de salud:

- Verificar el plan de parto brindando el tipo de parto que la usuaria desea.
- Brindar orientación sobre el proceso de parto y las posibles complicaciones.
- Reconocer los signos de alarma, y diagnosticar y manejar las complicaciones que se presenten en forma apropiada y oportuna.
- Coordinar la referencia en caso necesario a un establecimiento con mayor capacidad resolutive para resolver la complicación.
- Evitar prácticas rutinarias que no favorecen la evolución normal del trabajo de parto y parto.
- Establecer un plan en caso de ocurrir una emergencia.
- Identificar y planificar quiénes serán los donantes de sangre y cómo proceder en caso de que sea necesaria una transfusión.
- Facilitar la presencia de un acompañante que elija la gestante, de preferencia el esposo.
- Cumplir con los estándares de bioseguridad.
- Respetar los derechos de la gestante y su recién nacido a una atención humanizada del parto.

Intervenciones:

Trabajo de parto, dilatación o primer periodo del parto:

- Durante el trabajo de parto normal se debe permitir:
 - El acompañamiento de la pareja o familiar.
 - Ropa adecuada según costumbre de la zona.
 - La ingesta de alimentos, mates o líquidos azucarados, toda vez que la gestante lo desee considerando la interculturalidad.
 - La deambulación y ducha con agua tibia
 - Que la gestante adopte la posición que le es más cómoda.
- Durante el trabajo de parto normal se debe tener en cuenta:
 - Brindar apoyo psicológico haciendo recordar las técnicas de relajación y respiración.
 - Elaborar el partograma de la OMS a partir de los 4 cm. de dilatación, controlando la evolución del trabajo de parto y funciones vitales.
 - Canalizar vía endovenosa solo cuando el caso lo amerita. Evaluación del descenso de la cabeza fetal (técnica de los quintos).
 - Cumplir con los criterios de estándares e indicadores de calidad según norma.
 - Acompañar a la gestante cuando desee ir al baño y verificar la micción
 - Si se detecta algún signo de alarma, coordinar la referencia inmediata a un establecimiento de mayor complejidad; de no ser ésta posible realizar el manejo según Guía de Práctica Clínica de Emergencias Obstétricas.
- Durante el trabajo de parto normal se debe evitar:
 - Realizar más de 4 tactos vaginales.
 - Realizar ruptura artificial de membrana
 - Rutinas innecesarias como: hidratación endovenosa, rasurado, enema evacuante.

- Realizar el tamizaje con prueba rápida para VIH y sífilis a toda gestante que no cuenta con resultados previos o con una antigüedad mayor de 6 meses.
- Usar el partograma modificado de la OMS (Guías Nacionales de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva).

Expulsivo o segundo periodo del parto:

El periodo expulsivo se realiza en la sala de partos, la que forma parte del centro obstétrico.

Durante el periodo expulsivo, sin complicaciones, se debe permitir:

- El acompañamiento de la pareja o familiar.
- La posición que la mujer solicite para atención de parto, vertical u horizontal
- Durante el periodo expulsivo normal, se debe tener en cuenta:
 - Ingresar a la gestante a sala de partos o expulsivo:
 - Primípara: dilatación 10 cm. y altura de presentación + 2
 - Múltipara: dilatación 10 cm. y altura de presentación 0
 - Gran múltipara: dilatación 8 cm.
 - Vigilar la presencia de globo vesical. Si la gestante no logra miccionar evacuar la vejiga a través de sonda.
 - Brindar apoyo psicológico haciendo recordar las técnicas de relajación y respiración.
- Verificar que el paquete de atención de parto se encuentre completo y estéril, y cuente como mínimo con 2 campos de tela de textura suave y absorbente tibios
- Controlar latidos fetales y verificar la presencia de líquido meconial en cuyo caso y si no hay progresión del expulsivo reevaluar condiciones materno fetales para posibilidad de cesárea.

- Higiene vulvo perineal según técnica y colocación de campo estéril encima del abdomen y bajo el periné o poncho ginecológico.
- Controlar las contracciones y solicitar a la mujer que jadee o realice pujos voluntarios (acompañando la contracción) a medida que se expulsa la cabeza del bebé. Evitar realizar maniobras de Kristeler
- Controlar la expulsión de la cabeza colocando la palma de la mano entre los parietales y el occipital, manteniendo la cabeza flexionada.
- Proteger el periné (con la otra mano) y restringir la episiotomía
- Una vez que ya expulsó la cabeza del bebé, pídale a la mujer que deje de pujar.
- Verificar si hay presencia de cordón alrededor del cuello. En caso de encontrarse cordón suelto deslícelo por encima de la cabeza y si está ajustado píncelo con dos pinzas y córtelo.
- Permitir que la cabeza del bebé rote espontáneamente.
- Parto del hombro: colocar las palmas de la mano a cada lado de la cabeza del bebé (sobre los parietales), dígame a la mujer que pujan suavemente con la próxima contracción para extraer el hombro anterior y luego el posterior.
- Sostener el resto del cuerpo del bebé, con una mano mientras éste, se deslice hacia afuera.
- Al culminar el periodo expulsivo, el personal que atiende el parto inicia la atención inmediata del recién nacido, que consiste en sostener el cuerpo del bebé, comunicar la hora de nacimiento, mencionar el sexo del recién nacido a la madre, y colocarlo inmediatamente sobre el vientre materno. En este momento el equipo de atención neonatal continúa con los procedimientos que corresponden a la atención inmediata del recién nacido.
- Inmediatamente después que el recién nacido es colocado sobre el vientre materno, el profesional que atiende el parto se

encargará de la administración de la oxitocina, previa verificación de que no existe un segundo producto (dentro del primer minuto después del parto) y del pinzamiento y corte del cordón umbilical (dentro de los 2 a 3 minutos después del parto o al dejar de latir el cordón). En recién nacidos de madre con VIH, se tiene que ligar el cordón umbilical (sin ordeñar) inmediatamente de producido el parto, de conformidad a la normatividad vigente.

- Simultáneamente el equipo neonatal que atienden al recién nacido, realiza el secado y la evaluación de signos de alarma del recién nacido/a (primeros 30 segundos): frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, llanto y color de la piel, valorando el Apgar al minuto. El resto de procedimientos se realizará según lo dispuesto en la Norma de Salud de Atención Integral de Salud Neonatal.
- En caso de recién nacido con complicaciones, el que atiende el parto deberá pinzar y cortar el cordón umbilical de inmediato y entregarlo al equipo de atención neonatal.
- Ambos equipos de atención materna y de atención neonatal deben realizar trabajo de equipo coordinado, garantizando las condiciones de seguridad de atención de salud de la madre y del recién nacido, respetando la normatividad vigente.
- La atención del Recién nacido debe hacerse de acuerdo con la norma técnica de atención integral de salud neonatal.
- En caso de óbito o natimuerto remitir con la placenta al servicio de patología disponible, para estudio anatomopatológico. Registrar la hora, sexo, peso y talla. La condición del natimuerto es verificada por el médico.

Alumbramiento o tercer periodo del parto:

El alumbramiento se realiza en la sala de partos.

Durante el alumbramiento sin complicaciones, se debe permitir:

- El acompañamiento de la pareja o familiar.

- Después de un parto vertical, la mujer debe acostarse para el alumbramiento

Durante el alumbramiento sin complicaciones, se debe tener en cuenta:

- Revisar el fondo uterino y asegurar que no haya un segundo bebé.
- Aplicar 10 UI de oxitocina intramuscular.
- Luego del corte del cordón umbilical continuar con la atención materna y el manejo activo de la tercera etapa del parto, revisión de la placenta y del canal del parto, según Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva.
- Realizar la maniobra de Brandt Andrews, que consta de una tracción controlada del cordón umbilical con una mano y con la palma de la otra mano realizar la contra tracción para evitar la inversión uterina.
- Luego de la expulsión de la placenta realizar su revisión: Comprobar la integridad de la placenta y las membranas.
- Revisar el canal del parto, verificando la necesidad de sutura.
- Realizar masaje uterino intenso comprimiendo externamente el útero con ambas palmas

Terminado el alumbramiento se debe continuar con la atención:

- En caso de complicaciones se procederá según las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas vigentes
- Identificación de la madre (impresión dactilar) y del recién nacido normal (impresión plantar) antes de salir de sala de partos.
- Registro claro y completo en el Libro de Registro de Atención de Partos.
- Elaboración del certificado de nacido vivo o de defunción fetal según corresponda.

- Mantenerse expectante y preparado para una referencia materna, según corresponda.

2.2.2.8. Psicoprofilaxis obstétrica

Es un conjunto de actividades para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio para lograr un recién nacido con potencial de desarrollo físico, mental y sensorial. Se considera 6 sesiones por gestante.

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal (21-23).

La gestación es una etapa especial para cada mujer, adaptación a los cambios físicos, emocionales y cognitivos, van a tener una respuesta diferente influenciada por las características psicológicas, las perspectivas, el entorno y la edad de la gestante, que podría ser una vivencia positiva y feliz, aún con una serie de expectativas y temores, o en otras situaciones, podría tratarse de una jornada negativa y llena de conflictos, como en el caso de las adolescentes. Se hace necesario que el sistema de salud cuente con un servicio de atención integral, de acuerdo a la clasificación de la Psicoprofilaxis Obstétrica en Situaciones Especiales, según ASPPO (Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica), reunirá

condiciones personales, médicas y socioculturales, las cuales por su naturaleza demandarán un programa de preparación integral especialmente dirigido para adolescentes, durante el embarazo parto y puerperio, en el que se pueda desarrollar el componente teórico, físico y psico-afectivo, según sus propias necesidades, para lograr una jornada obstétrica en las mejores condiciones con una experiencia saludable y positiva tanto para la madre como para el bebé, incluyendo como parte del proceso el vínculo afectivo de la familia (21, 22, 24).

2.2.3. Factor de Riesgo

Corresponde a la característica biológica, social o ambiental que al estar presente se asocia con un aumento de la probabilidad de que, tanto la madre como el feto y el recién nacido, puedan sufrir un daño. Desde el punto de vista médico, el daño es la morbimortalidad que puede experimentar un individuo como consecuencia de la acción del factor de riesgo. Durante la atención prenatal, mediante anamnesis, examen físico y evaluaciones de laboratorio e imágenes, se detectará la presencia de factores de riesgo. (20).

Riesgo obstétrico

El embarazo se considera tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, este evento debe considerarse como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto de la madre como del recién nacido.

Las gestantes de riesgo constituyen del 20-30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70-80 % de la mortalidad perinatal.

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. Se define como un embarazo de riesgo el que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo.

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no solo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

1. Relación causal: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Por ejemplo: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. Relación favorecedora: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Por ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.
3. Relación predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Por ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros no necesariamente los causan.

En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final

(daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no llegaría a ocurrir el daño. La detección y la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo.

2.2.4. Factores sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma. El factor social también permite, en ese sentido, ver el todo desde él como parte, es una ventana al todo, y el todo se refleja de cierta manera en él. La importancia desde el punto de vista nodal de un factor social, es que, debido a todas las conexiones con otros aspectos múltiples de la realidad de que forma parte y de otras realidades, se logra explicar esa realidad, aunque sea de manera parcial (25).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (25).

2.2.4.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado

edad fértil. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

2.2.4.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (26).

2.2.4.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (27).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás. Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos: Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona (28).

Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra.

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades.

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (29).

2.2.4.4. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico. Según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tienen una alta correlación con el aborto y mortalidad materna; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. Por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (30).

2.3. Variables de Estudio

2.3.1. Identificación de Variable

Variable: Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción.

Dimensión: Socio demográfica

Edad gestacional en el momento del parto en semanas

Nivel de Instrucción de la gestante

Estado civil de la gestante

Numero de gestación

Número de partos (antes del embarazo actual)

Paridad

Edad de la gestante en años

Talla en metros

Peso en Kilogramos

Índice de masa corporal pregestacional

Dimensión: Características del parto

Duración de la fase activa del trabajo de parto

Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto

Desgarro perineal en el parto vaginal

Episiotomía en el parto vaginal

Embarazo prolongado

Parto prematuro

Inducción del parto

Parto instrumental

Culminación del parto por cesárea

2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción.	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, demográfica, biomédica entre otros que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Análisis documental de las historias clínicas de las madres con parto que tuvieron atención prenatal completa y psicoprofilaxis.	Socio demográfica	Edad gestacional en el momento del parto	Edad gestacional en el momento del parto en semanas	Numérico
				Nivel de Instrucción de la gestante	Sin instrucción	1
					Primaria	2
					Secundaria	3
					Superior	4
				Estado civil de la gestante	Soltera	1
					Conviviente	2
					Casada	3
					Viuda	4
					Divorciada	5
			Numero de gestación	Numero de gestación	Numérico	
			Número de partos (antes del embarazo actual)	Número de partos antes del embarazo actual	Numérico	
			Paridad de la mujer antes del parto actual	Nulípara	1	
				Múltipara	2	
			Edad materna en años	Edad materna en años	Numérico	
			Talla en metros	Talla en metros	Numérico	
			Peso en Kilogramos	Peso en Kilogramos	Numérico	
			Índice de masa corporal pregestacional	Índice de masa corporal pregestacional	Numérico	
			Características del parto	Duración de la fase activa del trabajo de parto	Duración de la fase activa del trabajo de parto	Numérico
				Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto	Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto	Numérico
Desgarro perineal en el parto vaginal	Presencia de desgarro perineal en el parto vaginal	Si(1)/No(2)				
Episiotomía en el parto vaginal	Presencia de episiotomía en el parto vaginal	Si(1)/No(2)				
Embarazo prolongado	Registra embarazo prolongado	Si(1)/No(2)				
Parto prematuro	Registra parto prematuro	Si(1)/No(2)				
Inducción del parto	Registra inducción del parto	Si(1)/No(2)				
Parto instrumental	Registra parto instrumental	Si(1)/No(2)				
Culminación del parto por cesárea	Registra culminación del parto por cesárea	Si(1)/No(2)				

2.4. Definición de términos

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

Gestante. Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Características. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, médico, personal biológico, económico, físico entre otros.

Parto. El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares.

Atención prenatal. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

Psicoprofilaxis obstétrica. Es un conjunto de actividades para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio para lograr un recién nacido con potencial de desarrollo físico, mental y sensorial. Se considera 6 sesiones por gestante.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis se realizó en el Centro de Salud Concepción; ubicado en el distrito de Concepción, el cual es uno de los quince distritos que conforman la Provincia de Concepción del departamento de Junín, se encuentra ubicada a la margen izquierda del caudaloso río Mantaro. Limita por norte con el distrito de Matahuasi y 9 de Julio; por el sur, el distrito de San Jerónimo de Tunán; por el noreste, distrito de Santa Rosa de Ocopa; por el este, distrito de Quichuay; y por el oeste, distrito de Mito. El distrito se encuentra a una altitud de 3,283 m.s.n.m.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, retrospectivo porque recolecta y analiza la información que se produjo con anterioridad, los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), transversal porque todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas. Su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (31-33).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, busco especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Es decir, pretendió medir o recoger información de

manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (31, 34-36).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (37) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (37).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (33, 35, 36).

Donde:

M O

M: Gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción.

O: Características del parto

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las mujeres con parto que tuvieron atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción del distrito de Concepción, región Junín, de enero a junio 2018; según registros estadísticos fueron un total de 70 mujeres.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (33, 35, 38, 39).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las mujeres con parto que tuvieron atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, región Junín, enero junio 2018 (33, 35, 38, 39).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneraron los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió el análisis documental de las Historias Clínicas, registros de seguimiento, de los usuarios atendidos en el establecimiento de salud. La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, registro de seguimiento de los usuarios.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido.

La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Centro de Salud Concepción, el permiso o autorización es importante para el acceso a los registros de atención, historia clínica, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y registro en la ficha de recolección de datos.

Quinto: Con la debida autorización del director Centro de Salud Concepción, se tuvo una reunión con el responsable de los servicios de salud de obstetricia y la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información.

Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, historias clínicas, libro de seguimiento entre otros; se aplicó la ficha de recolección de datos a toda la muestra de estudio.

Sexto: Se codifico y tabulo los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exporto la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigaron las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Tabla 1. Edad gestacional al momento del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Estadísticos	Edad gestacional al momento del parto en semanas
Cantidad de gestantes	70
Media	38.91
Mínimo	36
Máximo	42
Percentil 25	38
Percentil 50	39
Percentil 75	40

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 1. Del total de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción. La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 38.91 semanas, la edad gestacional mínima al momento del parto fue de 36 semanas y la edad gestacional máxima fue de 42 semanas. El 25% tuvieron menos de 38 semanas de gestación al momento del parto, el 50% tuvieron menos de 39 semanas de gestación al momento del parto, el 25% tuvieron más de 40 semanas de gestación al momento del parto.

Tabla 2. Nivel de instrucción en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Nivel de instrucción de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin instrucción	3	4.3	4.3
Primaria	9	12.9	17.1
Secundaria	44	62.9	80.0
Superior	14	20.0	100.0
Total	70	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 2. Del 100% (70) de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, según el nivel de instrucción, el 4.3% (3) no tuvieron nivel de instrucción, el 12.9% (9) tuvieron primaria, el 62.9% (44) tuvieron secundaria, el 20% (14) tuvieron superior. El 82.9% (58) tuvieron nivel de instrucción secundario o superior.

Tabla 3. Estado civil en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	50	71.4	71.4
Casada	11	15.7	87.1
Soltera	9	12.9	100.0
Total	65	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 3. Del 100% (70) de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, el 71.4% (50) fueron convivientes, el 15.7% (11) fueron casadas y el 12.9% (9) fueron solteras. El 87.1% (61) fueron convivientes o casadas.

Tabla 4. Número de gestación y número de partos (antes del embarazo actual) en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Estadísticos	Número de gestaciones o embarazos	Número de partos (antes del embarazo actual)
Cantidad de gestantes	70	70
Media	2.37	1.40
Mediana	2.00	1.00
Mínimo	1	0
Máximo	6	5
Percentil 25	1	0
Percentil 50	2	1
Percentil 75	3	2

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 4. Del total de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción. El promedio de gestaciones fue de 2.37 embarazos, el 50% tuvieron más de 2 embarazos, el mínimo número de embarazos fue de 1 y el máximo de 6. El 25% tuvieron 1 embarazo o ninguno, el 50% tuvieron 2 o más embarazos, el 25% tuvieron 3 o más embarazos.

El promedio de partos antes del embarazo actual fue de 1.4 partos, la mitad de las gestantes tuvieron un parto o más antes del embarazo actual, el mínimo número de partos fue de 0 y el máximo fue de 5. El 25% no tuvieron partos, el 50% tuvieron 1 o más partos, el 25% tuvieron 2 o más partos.

Tabla 5. Paridad en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	21	30.0
Múltipara	49	70.0
Total	70	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 5. Del 100% (70) de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, el 30% (21) fueron nulíparas, el 70% (49) fueron múltiparas.

Tabla 6. Edad materna, talla, peso e índice de masa corporal en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Estadísticos	Edad materna	Talla	Peso	Índice de masa corporal pregestacional
Cantidad de gestantes	70	70	70	70
Media	26.50	1.50	61.544	27.30
Mediana	27.00	1.51	61.350	26.83
Moda	28.00	1.52	52,000 ^a	26.78
Mínimo	15.00	1.41	44.000	18.71
Máximo	40.00	1.64	90.900	35.67
Percentiles 25	21.75	1.46	56.000	25.38
Percentiles 50	27.00	1.51	61.350	26.83
Percentiles 75	31.00	1.54	66.850	30.27

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 6. Del total de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción. La edad materna promedio fue de 26.5 años, la mitad tuvo 27 años o menos, la edad que se repite con mayor frecuencia fue 28 años, la mínima edad materna encontrada fue 15 y la mayor 40 años. El 25% tuvo menos de 21.75 años, el 50% tuvo más de 27 años, el 25% tuvo más de 31 años. La talla promedio fue 1.50 metros, la talla mínima fue 1.41 metros y la máxima de 1.64 metros; el 25% tuvieron una talla menor a 1.46 metros, el 50% tuvieron una talla menor a 1.51 metros, el 25% tuvieron una talla mayor a 1.54 metros. El peso promedio fue de 61.544 kilogramos, el peso mínimo fue de 44 kilogramos y el máximo de 90.900 kilogramos, el 25% tuvieron menos de 56 kilogramos, el 25% tuvieron más de 66.850 kilogramos. El índice de masa corporal promedio fue de 27.3, el 50% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 26.83.

Tabla 7. Duración de la fase activa y periodo expulsivo en el trabajo de parto según paridad en la gestante con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Estadísticos	Duración de la fase activa del trabajo de parto (horas y minutos)		Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto (minutos)	
	Nulípara	Múltipara	Nulípara	Múltipara
Partos	21	49	21	49
Media	3.8	3.6	13.5	12.2
Mediana	4.0	3.3	11	10
Mínimo	2.0	1.0	4	2
Máximo	8.3	7.0	23	70

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 7. Del total de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción. La duración promedio de la fase activa fue de 3.8 horas en nulíparas y 3.6 horas en múltiparas, en la fase activa de las nulíparas la duración mínima fue de 2 horas y la máxima de 8.3 horas, en las múltiparas la duración mínima fue de 1 hora y la máxima de 7 horas. En el 50% de nulíparas la fase activa duro menos de 4 horas o menos y en el 50% de múltiparas duro 3.3 horas o menos.

La duración promedio del expulsivo fue de 13.5 minutos en nulíparas y 12.2 minutos en múltiparas, en el periodo expulsivo de las nulíparas la duración mínima fue de 4 minutos y la máxima fue de 23 minutos, en el periodo expulsivo de las múltiparas la duración mínima fue de 2 minutos y la máxima fue de 70 minutos. En el 50% de nulíparas el periodo expulsivo duro 11 minutos o menos y en el 50% de múltiparas duro 10 minutos o menos.

Tabla 8. Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Características del parto	Frecuencia	Porcentaje
Episiotomía en el parto vaginal	31	44.3
Desgarro perineal en parto	11	15.7
Parto Prematuro	1	1.4
Embarazo prolongado	0	0.0
Inducción del parto	0	0.0
Parto instrumental	0	0.0
Cesárea	0	0.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 8. Del 100% (70) de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, el 44.3% (31) tuvieron episiotomías, el 15.7% (11) tuvieron desgarro perineal en el parto, el 1.4% (1) tuvieron parto prematuro.

Tabla 9. Paridad y características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Características del parto	Paridad					
	Nulípara		Múltipara		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Episiotomía en el parto Vaginal	19	61.3%	12	38.7%	31	100.0%
Desgarro perineal en el parto	0	0.0%	11	100.0%	11	100.0%
Parto Prematuro	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

En la tabla 9. En las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud Concepción, se encontró que de 31 episiotomías realizadas en parto vaginal, el 61.3% (19) correspondieron a nulíparas y el 38.7% (12) correspondieron a múltipara. De los 11 desgarros perineales ocurridos en el parto, el 100% (11) ocurrieron en las múltiparas. El único parto prematuro encontrado ocurrió en el grupo de múltiparas.

4.2. Discusión

Del total de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción. La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 38.91 semanas, el 25% tuvieron menos de 38 semanas de gestación al momento del parto, el 4.3% (3) no tuvieron nivel de instrucción, el 12.9% (9) tuvieron primaria, el 62.9% (44) tuvieron secundaria, el 20% (14) tuvieron superior, el 71.4% (50) fueron convivientes, el 15.7% (11) fueron casadas y el 12.9% (9) fueron solteras. No se encontró estudios para contrastar estos resultados. De lo hallado podemos decir que una de cada cuatro gestantes tuvo su parto antes de las 38 semanas; lo cual es importante considerarlo en la atención que se brinda para mejorar los cuidados con involucramiento familiar y mejorar la calidad de atención para que los partos sean a término. El nivel instrucción hallado nos hace reflexionar que aún existe limitaciones para que las madres logren culminar su secundaria y tener en su mayoría estudios superiores lo cual redundara en su calidad de vida.

El promedio de gestaciones fue de 2.37 embarazos, el 50% tuvieron más de 2 embarazos, el 25% tuvieron 3 o más embarazos. El promedio de partos antes del embarazo actual fue de 1.4 partos, el mínimo número de partos fue de 0 y el máximo fue de 5, el 50% tuvieron 1 o más partos, el 25% tuvieron 2 o más partos. No se encontró estudios similares para contrastar este resultado, pero es importante considerar que tener más de partos es un factor de riesgo que debe ser considerado para tener mayor cuidado y seguimiento a la gestante y prevenir mayores complicaciones como lo menciona los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 (7).

El 30% (21) fueron nulíparas, el 70% (49) fueron multíparas. Resultados similares a lo hallado por Barbosa da Silva et al (12). Probablemente esto se debe a la casuística encontrada en los contextos de estudio; pero permite conocer cuáles son las características del parto en cuanto a la paridad; para mejorar los procesos de atención en los servicios obstétricos y realizar las actividades de atención primaria integral.

La edad materna promedio fue de 26.5 años, el 25% tuvieron menos de 21.75 años, el 50% tuvo más de 27 años, el 25% tuvo más de 31 años. La talla promedio fue 1.50 metros, la talla mínima fue 1.41 metros y la máxima de 1.64 metros; el 25% tuvieron una talla menor a 1.46 metros. El peso promedio fue de 61.544 kilogramos, el peso

mínimo fue de 44 kilogramos y el máximo de 90.900 kilogramos, el 25% tuvieron más de 66.850 kilogramos. El índice de masa corporal promedio fue de 27.3, el 50% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 26.83. no se encontró estudios para contrastar estos resultados. Pero es importante tener en cuenta esta información ya que una talla baja o sobrepeso y/o obesidad que se indica en los resultados pueden ocasionar complicaciones en el trabajo de parto; lo cual con una atención prenatal de calidad se puede prevenir y/o controlar los riesgos en el parto.

La duración promedio de la fase activa fue de 3.8 horas en nulíparas y 3.6 horas en multíparas, en la fase activa de las nulíparas la duración mínima fue de 2 horas y la máxima de 8.3 horas, en las multíparas la duración mínima fue de 1 hora y la máxima de 7 horas. En el 50% de nulíparas la fase activa duro menos de 4 horas o menos y en el 50% de multíparas duro 3.3 horas o menos. La duración promedio del expulsivo fue de 13.5 minutos en nulíparas y 12.2 minutos en multíparas, en el periodo expulsivo de las nulíparas la duración mínima fue de 4 minutos y la máxima fue de 23 minutos, en el periodo expulsivo de las multíparas la duración mínima fue de 2 minutos y la máxima fue de 70 minutos. En el 50% de nulíparas el periodo expulsivo duro 11 minutos o menos y en el 50% de multíparas duro 10 minutos o menos. La duración del expulsivo concuerda con lo hallado por Calderón et al (14); quienes encontraron un promedio similar en el parto horizontal. Los resultados hallados en cuanto a la duración del parto en cada fase estuvo, dentro de los valores normales, encontrándose en general una menor duración en las multíparas; por otra parte hubo valores extremos que requirió una conducta expectante, pero en este grupo de estudio no ocasiono mayores complicaciones al neonato. Probablemente por el manejo obstétrico adecuado del profesional de salud.

El 44.3% (31) tuvieron episiotomías, el 15.7% (11) tuvieron desgarro perineal en el parto, el 1.4% (1) tuvieron parto prematuro. De las 31 episiotomías realizadas en parto vaginal, el 61.3% (19) correspondieron a nulíparas y el 38.7% (12) correspondieron a multípara. De los 11 desgarros perineales ocurridos en el parto, el 100% (11) ocurrieron en las multíparas. El único parto prematuro encontrado ocurrió en el grupo de multíparas.

Sobre las episiotomías los resultados son similares a lo hallado por Recio (8), Soto et al (11), Calderón et al (14), quienes encontraron en sus estudios intervenciones

invasivas como la episiotomía; así mismo la mayor frecuencia de episiotomías en nulíparas concuerda con lo hallado por Schneck et al (10), esto probablemente porque es una práctica de rutina en muchos hospitales, instaurada en un inicio para para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto; aminorar los desgarros perineales, acortar el periodo del parto y por la fácil cicatrización; lo cual en la actualidad ya no es muy recomendable, por no haber demostrado muchos beneficios a la madre y por los resultados negativos posteriores.

En cuanto a los desgarros los resultados concuerdan con lo hallado por Maúrtua (13), quien encontró que a pesar que la gestante tuvo una atención prenatal reenfocada completa presento desgarros en un 15% como única complicación. En relación a los resultados en el estudio los desgarros ocurridos en multíparas, indicaría que probablemente los desgarros en el parto no solo se deban a causas obstétrica, sino también por las limitadas destrezas en el personal profesional que atiende el parto.

Conclusiones

- Primero. Del total de gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis; la edad gestacional promedio al momento del parto fue de 38.91 semanas, el 25% tuvieron menos de 38 semanas de gestación al momento del parto.
- Segundo. La edad promedio de las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis fue de 26.5 años, talla promedio fue 1.50 metros, el peso promedio fue de 61.544 kilogramos, el 50% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 26.83.
- Tercero. Aproximadamente dos de cada diez madres no tienen nivel de instrucción secundario, siete de cada diez fueron convivientes.
- Cuarto. La duración promedio de la fase activa fue de 3.8 horas en nulíparas y 3.6 horas en múltiparas, promedios muy similares en la fase activa del trabajo de parto
- Quinto. La duración promedio del expulsivo fue de 13.5 minutos en nulíparas y 12.2 minutos en múltiparas, en el periodo expulsivo de las nulíparas la duración mínima fue de 4 minutos y la máxima fue de 23 minutos, en el periodo expulsivo de las múltiparas la duración mínima fue de 2 minutos y la máxima fue de 70 minutos.
- Sexto. De las 31 episiotomías realizadas en parto vaginal, el 61.3% correspondieron a nulíparas y el 38.7% correspondieron a múltipara.
- Séptimo. Todos los desgarros perineales ocurridos en el parto fueron en las múltiparas.
- Octavo. El único parto prematuro encontrado en el estudio ocurrió al grupo de múltiparas.

Recomendaciones

Al gobierno regional, implementar e impulsar en su plan de desarrollo concertado el fortalecimiento de la oferta y cartera de servicios de salud a favor de una salud materna perinatal de calidad que involucre la salud familiar y comunitaria.

Seguir mejorando el acceso a la educación de la población brindando mayores oportunidades, ya que la educación permite una mejor comprensión de la educación para la salud, brinda mejores oportunidades para conseguir un trabajo mejor remunerado en bienestar de los miembros de la familia.

Al sector salud sensibilizar sobre la importancia de la atención oportuna y continua; a la población y al personal de salud, a fin de tener una actitud positiva hacia el bienestar de la mujer en su proceso reproductivo integrado a la familia.

Fortalecer el seguimiento a la gestante hasta el puerperio y brindar la atención pertinente con los cuidados necesarios para una maternidad segura con involucramiento familiar y mejorar la calidad de atención obstétrica para que los partos sean a término atendidos por profesionales competentes, sin complicaciones y sin deterioro de la salud sexual y reproductiva de la madre.

Se debe fortalecer las habilidades y destrezas de los profesionales de la salud especialmente la obstetra para disminuir las episiotomías y se utilice con criterios clínico y no de rutina; asimismo utilizar las técnicas pertinentes para disminuir los desgarramientos perineales en el parto.

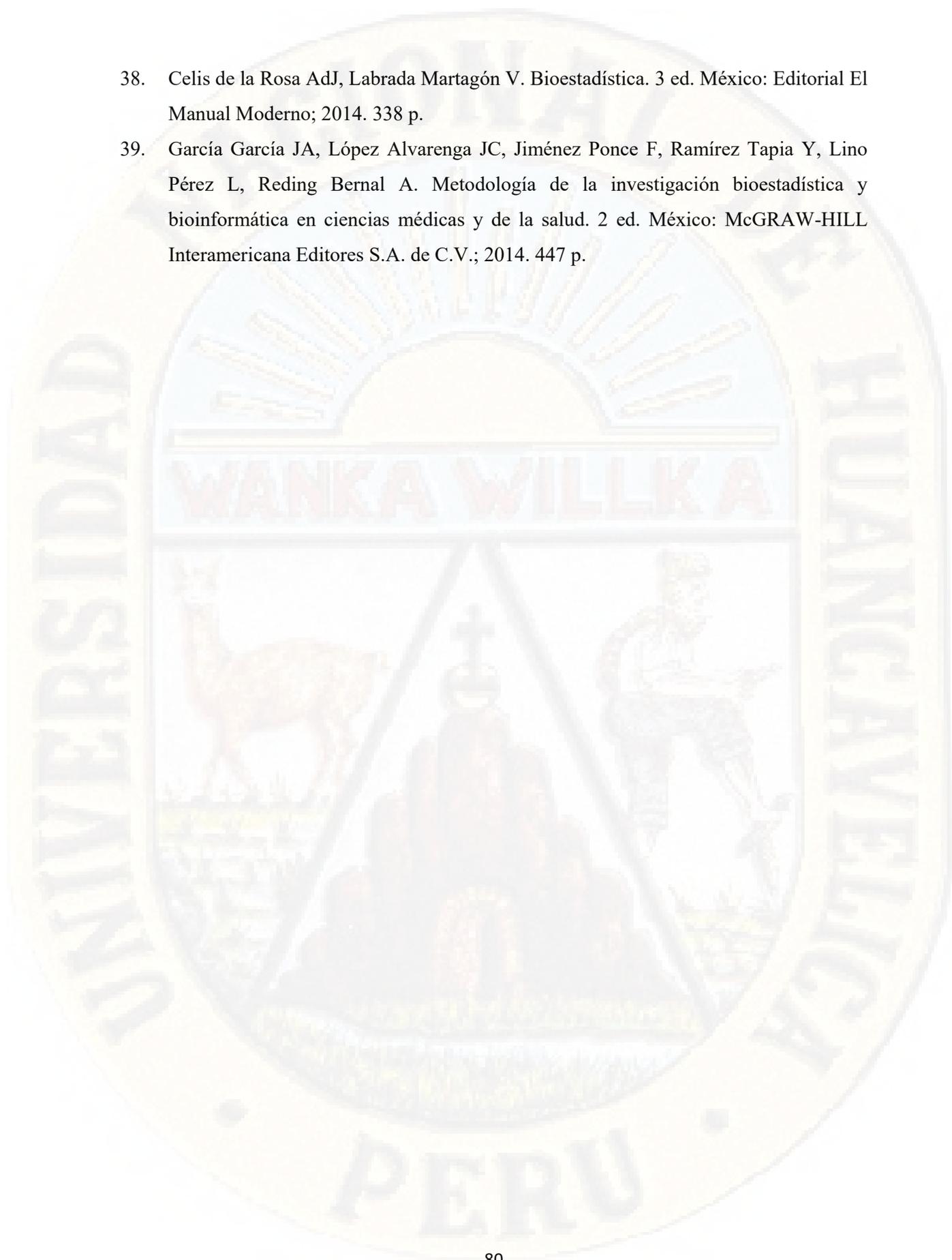
Referencias bibliográficas

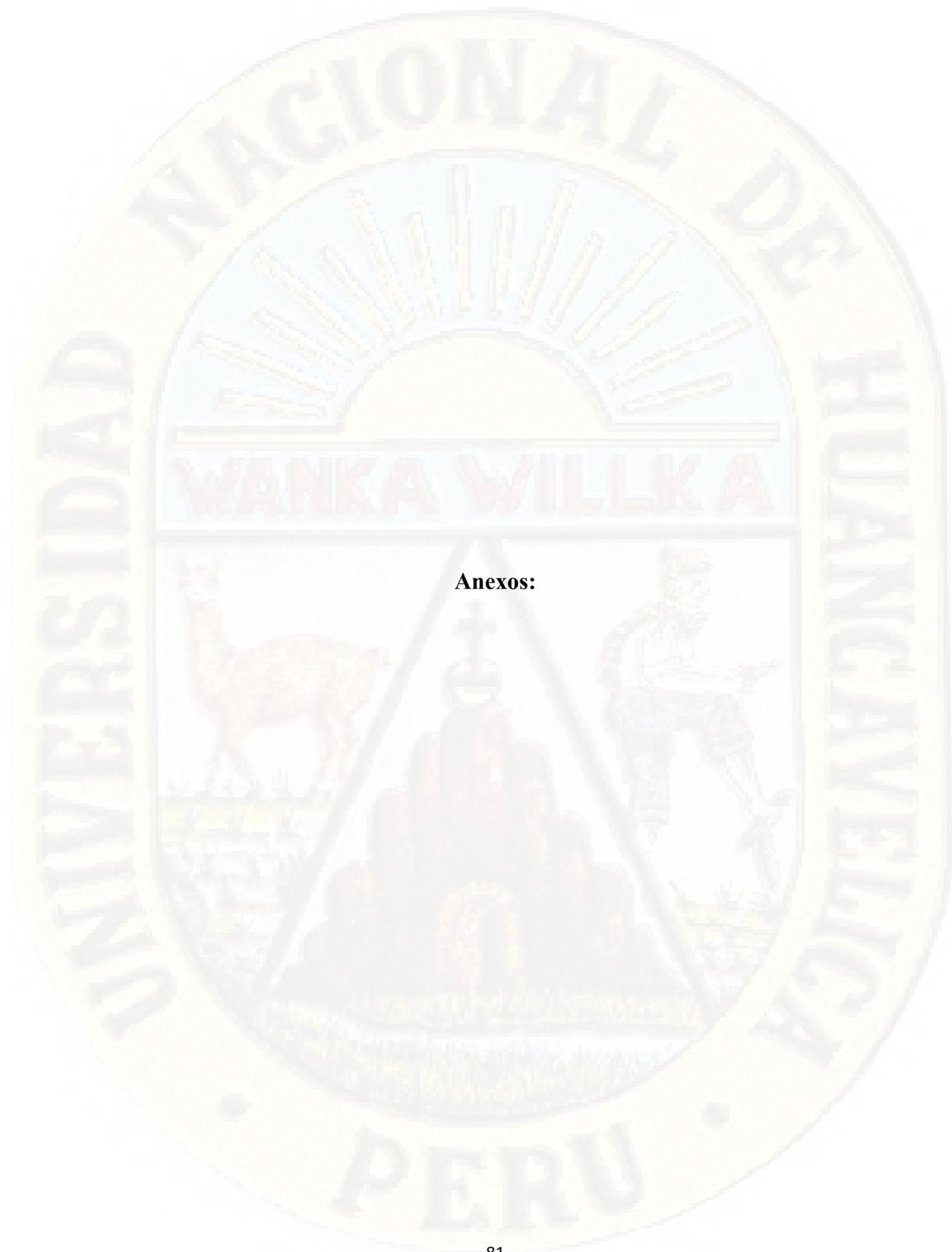
1. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. *PloS one*. 2012;7(5):e35151.
2. World Health Organization. Media Center, Maternal Mortality. Fact sheet. 2016(348).
3. Rosen D. The Checklist Manifesto: How to Get Things Right. *Jama: The Journal of the American Medical Association*. 2010;303(7):671-2.
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
6. Ferrer Arreola L, Alvarado de Luzuriaga E, Valdés Huevo B, Valenzuela Soto G, Santiago Cruz RM, Gómez Morales J. Guía para la atención prenatal en medicina familiar. Unidad de atención primaria a la salud. Coordinación de atención integral a la salud en el primer nivel. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. 26 p.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018. 398 p.
8. Recio Alcaide A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*. 2015(18):13-26.
9. Aceituno-Velasco L. Tasa de partos instrumentales en España. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2009;52(10):609-15.
10. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJVd. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46:77-86.
11. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2006;71:98-103.

12. Barbosa da Silva F, Koiffman M, Hitomi Osava R, Junqueira V. Centro de parto normal como estrategia de incentivo del parto normal: Estudio descriptivo. *Enfermería Global*. 2008;7(3):1-11.
13. Maúrtua Blancas NA. Atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el Hospital María Auxiliadora. San Juan de Miraflores: octubre 2016 a mayo 2017-Lima. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Privada Sergio Bernal, Facultad de Obstetricia; 2018.
14. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2008;54(1):49-57.
15. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetricia*. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
16. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
17. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
18. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
19. Ministerio de Salud del Perú. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA. NTS N° 105 - MINS/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
20. Carvajal J, Ralph C. *Obstetricia y Ginecologia*. 6 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2015.
21. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica. *Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica*. 3 ed. Lima: ASPPO, Perú; 2010.
22. Morales S. Psicoprofilaxis obstétrica con ciencia y calidad. *Boletín Científico ASPPO* 2012; 13(39): 4-5.
23. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Resolución Ministerial N° 361-2011-MINSA. 2011. Disponible En: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>.

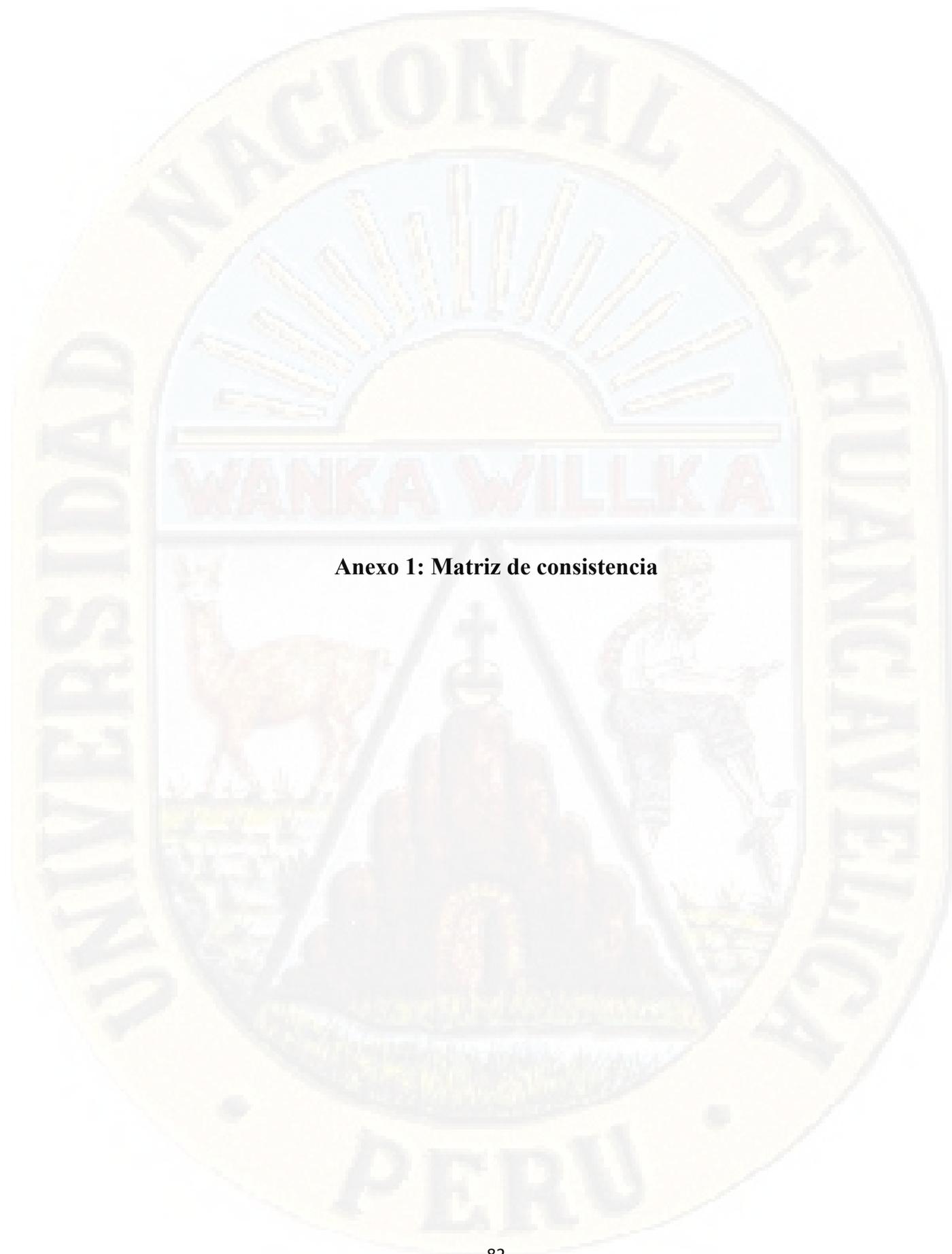
24. Morales S. Psicoprofilaxis Obstétrica – Guía práctica. 1 ed. Lima: ASPPO; 2012.
25. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
26. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
27. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
28. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
29. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernal, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
30. Rodríguez EC, Roura LC, Staff V, Martínez LA, Obstetricia SEdGy. Seño: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, 2 Tomos + Cd-Rom: Panamericana Editorial; 2003.
31. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
32. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
33. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
34. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
35. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
36. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
37. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.

38. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
39. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.





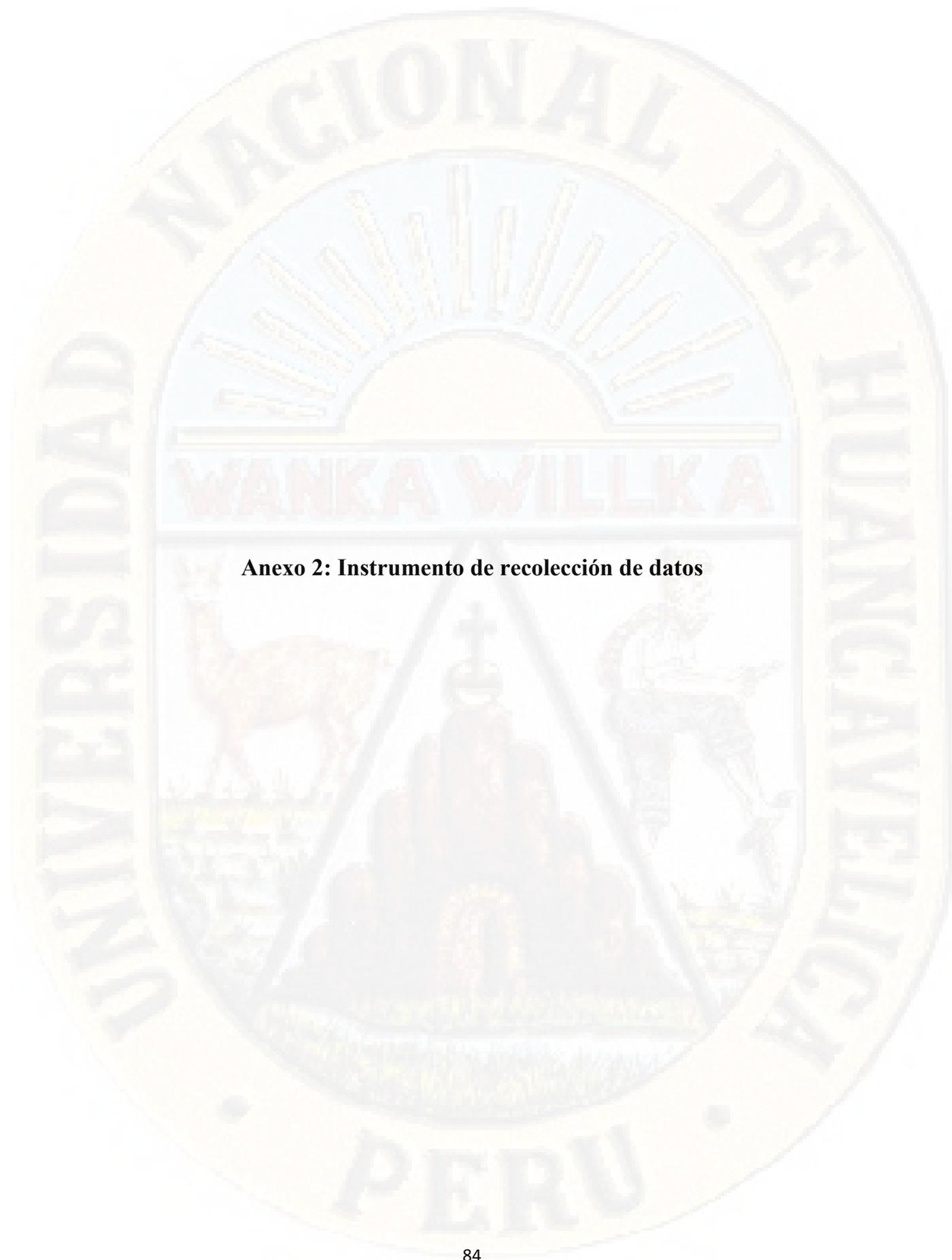
Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EN LAS GESTANTES CON ATENCIÓN PRENATAL COMPLETA Y PSICOPROFILAXIS EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN, JUNÍN, ENERO JUNIO 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuáles son las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características del parto en las gestantes nulíparas con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018.</p> <p>Objetivos específicos Determinar las características del parto en las gestantes nulíparas con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018.</p> <p>Determinar las características del parto en las gestantes multiparas con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018.</p>	<p>El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito de Concepción, región Junín, enero junio 2018. La mayoría de los partos se desarrollan sin problemas: cuando se han realizado todas sus atenciones prenatales durante el embarazo y la gestación se ha desarrollado normalmente: sin embargo, hay complicaciones que pueden presentarse al momento del parto: por lo cual es muy importante conocer las características del parto que regularmente se presentan en el establecimiento de salud para mejorar las habilidades y destrezas en el manejo o procedimiento de la atención del parto, disminuir los posibles riesgos y prevenir complicaciones.</p> <p>Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características del parto en nulíparas y multiparas dentro de este contexto sociocultural: a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención del parto. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias que contribuyan a fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una maternidad saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a una maternidad saludable. Así mismo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.</p>	<p>Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de Salud Concepción</p>	<p>Socio demográfica</p>	<p>Edad gestacional en el parto Nivel de instrucción de la gestante</p> <p>Estado civil de la gestante</p> <p>Numero de gestación Numero de partos (antes del embarazo actual) Paridad de la mujer antes del parto actual</p> <p>Edad materna en años Talla en metros Peso en Kilogramos Índice de masa corporal pregestacional Duración de la fase activa del trabajo de parto Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto</p> <p>Desgarro perineal en el parto vaginal Episiotomía en el parto vaginal Embarazo prolongado Parto prematuro Inducción del parto Parto instrumental Culminación del parto por cesárea</p>	<p>Número</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>Número Número</p> <p>1 2</p> <p>Número Número Número Número Número</p> <p>Sí/No(2) Sí/No(2) Sí/No(2) Sí/No(2) Sí/No(2) Sí/No(2)</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p>Tipo de investigación investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo.</p> <p>Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple, porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno</p> <p>Esquema: M O M: Gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito de Concepción O: Características del parto</p> <p>Población, muestra, muestreo La población: Todas las mujeres con parto que tuvieron atención prenatal completa y psicoprofilaxis atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte del distrito de Concepción, enero junio 2018; según registros estadísticos fueron 65. Muestra: El estudio fue censal, por lo que no fue necesario una muestra.</p>	



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

FORMATO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

Investigación: Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

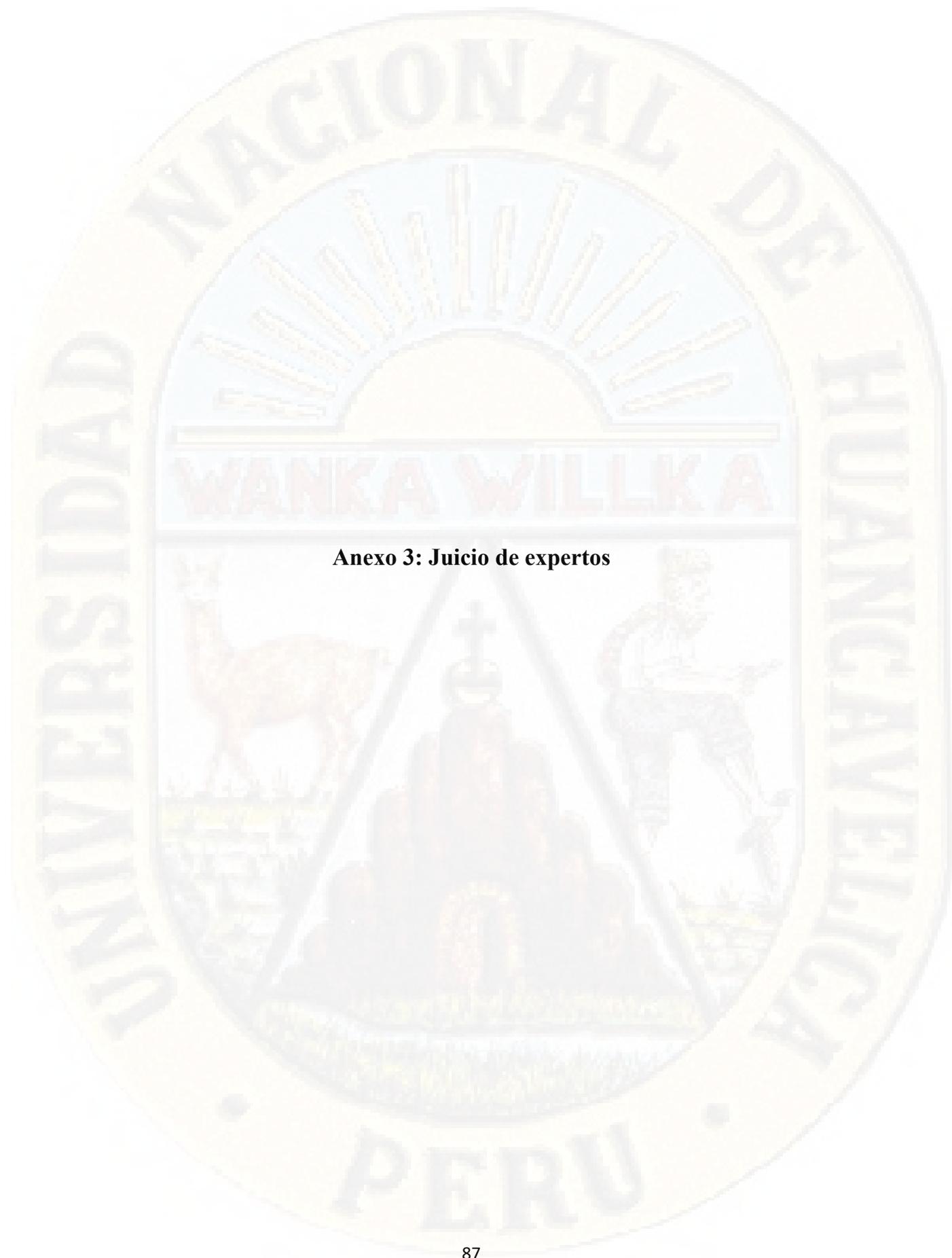
INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención e informes de visita domiciliaria; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____/____/201_. Hora del llenado: ____:____ horas
- 1.4. Provincia: _____
- 1.5. Distrito: _____
- 1.6. N° de historia clínica: _____
- 1.7. Edad gestacional en el parto: _____ semanas.
- 1.8. Nivel de Instrucción:
 - 1.8.1. Sin instrucción (1)
 - 1.8.2. Primaria (2)
 - 1.8.3. Secundaria (3)
 - 1.8.4. Superior (4)
- 1.9. Estado Civil:
 - 1.9.1. Soltera (1)
 - 1.9.2. Conviviente (2)
 - 1.9.3. Casada (3)
 - 1.9.4. Viuda (4)
 - 1.9.5. Divorciada (5)
- 1.10. Numero de gestación: _____
- 1.11. Número de partos (antes del embarazo actual): _____
- 1.12. Paridad: Nulípara (1) Multípara (2)
- 1.13. Edad materna en años _____
- 1.14. Talla _____ metros. Peso _____ Kilogramos

II. CARACTERISTICAS DEL PARTO (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

- 2.1. Duración de la fase activa del trabajo de parto: ____ horas ____ minutos
- 2.2. Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto: _____ minutos
- 2.3. Presencia de desgarro perineal en el parto vaginal: Si (1) No (2)
- 2.4. Presencia de episiotomía en el parto Vaginal: Si (1) No (2)
- 2.5. Registra embarazo prolongado: Si (1) No (2)
- 2.6. Registra parto Prematuro: Si (1) No (2)
- 2.7. Registra inducción del parto: Si (1) No (2)
- 2.8. Registra parto instrumental: Si (1) No (2)
- 2.9. Registra culminación del parto por cesárea: Si (1) No (2)



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Investigador: *Obsta. Neira Hinojosa, Johana Rosario*

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la "FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DEL PARTO" que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Dimensión: Socio demográfica						
1	Edad gestacional en el parto en semanas					
2	Nivel de Instrucción de la gestante					
3	Estado civil de la gestante					
4	Numero de gestación					
5	Número de partos (antes del embarazo actual)					
6	Paridad					
7	Edad de la gestante en años					
8	Talla en metros					
9	Peso en Kilogramos					
10	Índice de masa corporal pregestacional					
Dimensión: Características del parto						
11	Duración de la fase activa del trabajo de parto					
12	Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto					
13	Desgarro perineal en el parto vaginal					
14	Episiotomía en el parto vaginal					
15	Embarazo prolongado					
16	Parto prematuro					
17	Inducción del parto					
18	Parto instrumental					
19	Culminación del parto por cesárea					

Recomendaciones:

.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

_____ Firma

Lugar y Fecha

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

Investigación: Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓	↓	↓	↓	↓
	A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1x A + 2x B + 3x C + 4x D + 5x E}{50} = \text{-----}$

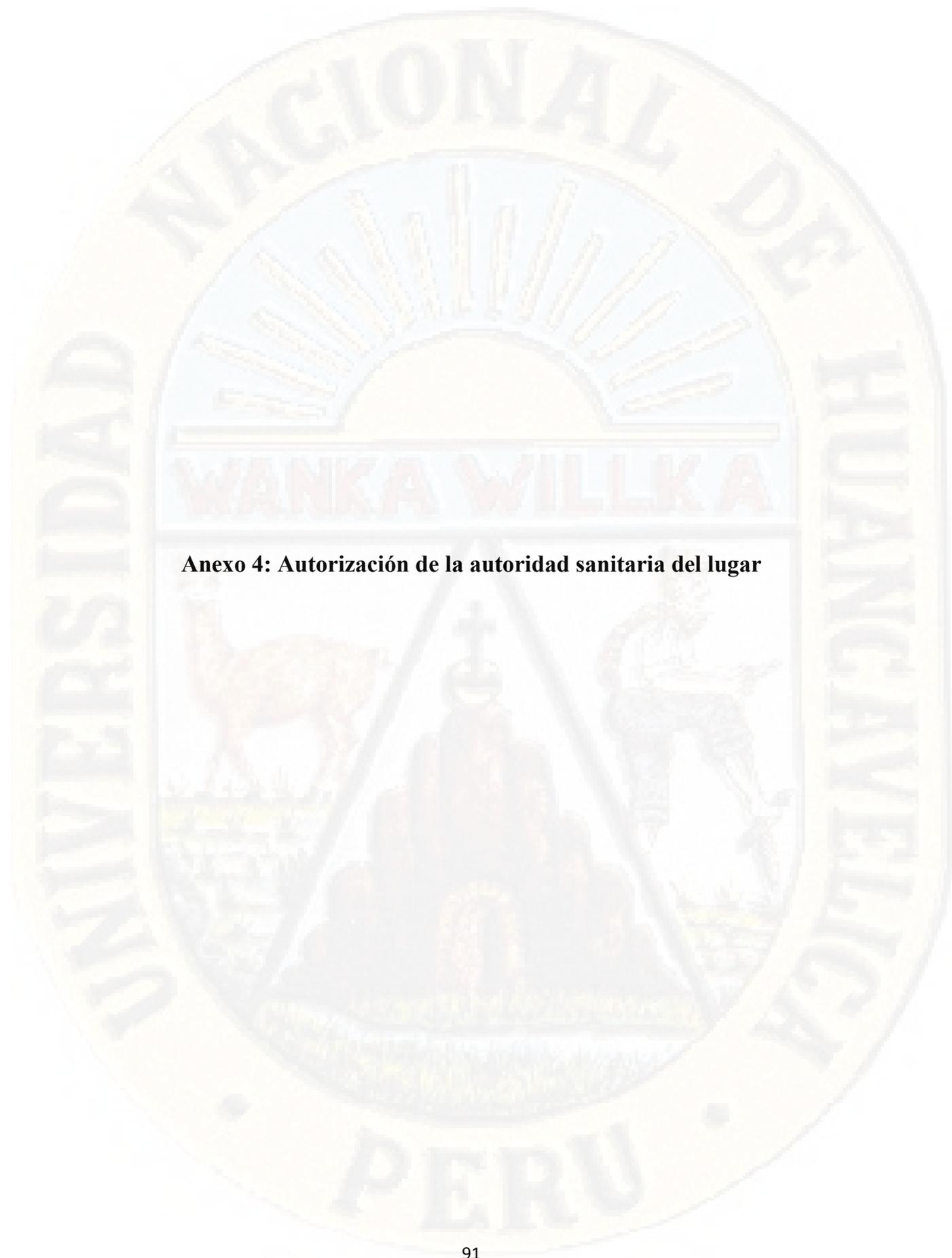
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....
.....

.....
Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE - JUNÍN

SD.

Yo, Obsta. Neira Hinostroza, Johana Rosario identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las Características del parto en las gestantes con atención prenatal completa y psicoprofilaxis en el Centro de salud Concepción, Junín, enero junio 2018.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Concepción, 3 de Enero del 2019.

Firma del Interesado