



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Calidad de Vida en Primíparas Postparto Vaginal y Postparto Cesárea del Hospital Santa

Rosa de Piura, Enero – Marzo 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Justiniano Tello, Grecia Maricielo (ORCID: 0000-0003-4973-5158)

ASESORA:

Mg. Romina Takayama Sandoval (ORCID: 0000-0003-2390-091X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

PIURA - PERÚ

2020

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme las fuerzas necesarias para afrontar cada obstáculo que se me presentó durante mi carrera, por ser mi soporte y compañía.

A mi papá Eddie y a mi mamá Maribel, por su apoyo incondicional y confianza en este largo camino, por ser mi motivo e inspiración en las aspiraciones que tengo y por ser quien soy.

A mi hermano Paúl, mi motivo de darme fuerzas y apoyo a través del tiempo

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero Agradecer Al Hospital Santa Rosa De Piura, Por Brindarme La Oportunidad De Realizar El Presente Estudio, Así Mismo A Mi Asesora, Dra. Romina Takayama, Por Su Apoyo Y Consejos.

Además, Agradezco A Todas Las Personas Que Contribuyeron Para La Realización De Mi Estudio.

## PÁGINA DEL JURADO

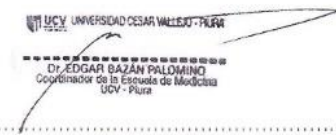
 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 4
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **JUSTINIANO TELLO GRECIA MARICIELO** cuyo título es:


**CALIDAD DE VIDA EN PRIMÍPARAS POSTPARTO VAGINAL Y POSTPARTO CESÁREA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, ENERO – MARZO 2019 "**

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15.....(número)  
Quince.....(letras).

Piura.....03.....de.....02.....del 2019..

  
UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA  
Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura  
 .....  
**PRESIDENTE**

  
Carmen Heredia Calvión  
MÉDICO ANESTESIOLOGA  
C.O. 3321 - R.N.E. 27342  
 .....  
**SECRETARIO**

  
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
REGISTRO DE SALUD U.C.C.  
Hospital Santa Rosa, Sta. Mercedes - Piura  
Michela  
.....  
**VOCAL**  
CMP: 059607 - RNE: 60864

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

### DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Grecia Maricielo Justiniano Tello, identifico con DNI 72883086, alumna de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad César Vallejo, presento la tesis titulada "Calidad de Vida en Primíparas Postparto Vaginal y Postparto Cesárea del Hospital Santa Rosa de Piura, Enero-Marzo 2019" y declaro bajo juramento que:

La tesis es de mi autoría.

- He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- La tesis tampoco ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse algún tipo de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Piura, 03 de febrero del 2020



.....  
Grecia Maricielo Justiniano Tello  
DNI N° 72883086

## ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del jurado.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Índice .....	vi
Índice de tablas .....	viii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	x
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MÉTODO .....	9
2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	9
2.2. TIPO DE ESTUDIO .....	9
2.3. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	9
2.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	9
2.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	10
2.4.1. Población.....	10
2.4.2. Muestra.....	10
2.4.3. Criterios de inclusión .....	10
2.4.4. Criterios de exclusión.....	11
2.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	11
2.6. ANÁLISIS DE DATOS .....	11
2.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	11
III. RESULTADOS.....	13
IV. DISCUSIÓN .....	18
V. CONCLUSIONES .....	20
VI. RECOMENDACIONES .....	21
REFERENCIAS .....	22
ANEXOS .....	26
ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	26
ANEXO N° 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
ANEXO N° 3: ACTA DE ORIGINALIDAD.....	35

ANEXO N° 4: PORCENTAJE DE TURNITIN .....	36
ANEXO N° 5: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV .....	37
ANEXO N°6: AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....	38

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1</b> .....	13
<b>TABLA 2</b> .....	14
<b>TABLA 3</b> .....	16
<b>TABLA 4</b> .....	17



## RESUMEN

Determinar la calidad de vida de las primíparas postparto vaginal y primíparas postparto cesárea del Hospital Santa Rosa de Piura periodo enero-marzo del 2019. La evaluación de la calidad de vida es importante para mejorar la calidad de vida posparto y mejorará la calidad de vida de las madres, los niños, los individuos y la comunidad. El diseño de estudio corresponde a ser observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. El instrumento de estudio fue el cuestionario SF36 y la técnica fue la encuesta. La población de estudio estuvo constituida por todas las puérperas primíparas cuyo parto sea atendido en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa de Piura en el periodo 01 de enero al 31 de marzo del 2019. La muestra fue conformada por 154 puérperas. Del total, 69,5% fueron parto vaginal y el 30,5% parto por cesárea, respectivamente. 24% estuvieron entre 25 – 29 años, 22,7% estuvieron entre 20 – 24 años. 40,3% tenían secundaria completa. 47,4% eran rurales. Se concluye que la calidad de vida en relación a la función física, el rol físico salud general, dolor corporal y rol emocional, fue mejor en puérperas de parto vaginal. Mientras que la función social y mejor salud mental fue mejor en puérperas de parto por cesárea. La vitalidad fue similar en ambos grupos.

**Palabras claves:** Calidad de vida, Parto Vaginal, Cesárea

## ABSTRACT

The aims of this study was determining the quality of life of the vaginal postpartum primiparous and cesarean postpartum primiparous at the Hospital Santa Rosa- Piura period January-March 2019. The evaluation of the quality of life is important to improve the quality of postpartum life and improve the quality of life of mothers, children, individuals and the community. The study design corresponds to being observational, descriptive, transversal, prospective. The study instrument was the SF36 questionnaire and the technique was the survey. The study population consisted of all the primiparous puerperal women whose delivery is attended in the Support Hospital II - 2 Santa Rosa de Piura in the period January 1 to March 31, 2019. The sample was made up of 154 puerperal women. Of the total, 69.5% were vaginal delivery and 30.5% were cesarean delivery, respectively. 24% were between 25 - 29 years, 22.7% were between 20 - 24 years. 40.3% had full secondary. 47.4% were rural. It is concluded that the quality of life in relation to physical function, physical role, general health, body aches and emotional role, was better in vaginal delivery. While social function and better mental health was better in postpartum caesarean section. Vitality was similar in both groups

**Keywords:** Quality of life, Vaginal Delivery, Cesarea.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Aunque el nacimiento es un proceso natural, el parto es muy complejo y varía ampliamente entre las mujeres, los cambios hormonales subyacentes se entienden de manera incompleta. El parto vaginal es un proceso natural que se ha convertido gradualmente en un procedimiento médico. La solicitud materna de una cesárea electiva en ausencia de una indicación materna o fetal puede plantear consideraciones de riesgo-beneficio y preocupaciones éticas para un proveedor de atención médica. El número de cesáreas que se realizan se está incrementando en todo el mundo, con un aumento en las complicaciones asociadas, como hemorragia mayor, sepsis, lesión orgánica y reoperaciones a corto plazo, y placentación anormal con hemorragia posterior, histerectomía obstétrica y rotura de cicatriz uterina en embarazos posteriores.

Los riesgos de estas complicaciones aún más graves, como la muerte materna, son desproporcionadamente mayores en entornos con pocos recursos que en entornos ricos en recursos, lo que lleva a un enorme sufrimiento humano. En la literatura científica se informan muchas razones dudosas para las cesáreas, como la reducción del líquido amniótico, los bebés grandes, la ruptura prematura de membranas, los gemelos, el trabajo de parto obstruido con membranas fetales intactas y la presentación de un feto en nalgas.

Es esencial el asesoramiento adecuado del paciente sobre los riesgos y beneficios de proceder con una cesárea sin indicación médica. Los proveedores deben tener un conocimiento claro de los riesgos y beneficios de proporcionar una cesárea electiva sin indicaciones médicas en comparación con los riesgos y beneficios de apoyar un intento de parto vaginal, para que el paciente pueda llegar a una decisión informada. Debe respetarse el principio de autonomía del paciente, pero deben tenerse en cuenta otros principios éticos durante el proceso de asesoramiento (5).

A nivel nacional no hay estudios para estimar los riesgos maternos y neonatales en cesárea electivas por solicitud materna. A menudo, los estudios sobre cesáreas antes del inicio del parto se utilizan como sustitutos para determinar los riesgos y beneficios.

Godoy M, Rodríguez R. 2017. Cuenca. Con su investigación enfocada en valorar la calidad de vida de pacientes histerectomizadas, realizó un estudio descriptivo que incluyó a mujeres entre 30 – 65 años a las que se les aplicó el test SF 36. Entre los resultados se evidenció que 43% referían muy buena calidad de vida, 99% de raza mestiza, 58% procedencia urbana, 99% con grado de instrucción primaria y 79% con trabajo de ama de casa (6).

Briceño J. 2017. Llevo a cabo una investigación sobre la casuística e indicaciones de parto por cesárea en el Hospital Isidro Ayora. La muestra estuvo conformada por todas las gestantes cuyo embarazo finalizó dentro de la institución, se registraron 632 pacientes con parto abdominal. Se encontró una incidencia del 43,05%. Entre las indicaciones de cesárea se encontró: antecedente de cesárea previa (45.4%), alteración del bienestar fetal (21,9%), preeclampsia severa (4,9%) y desproporción cefalopélvica (7,8%). Las gestantes de 20 a 24 años fueron a las que con mayor frecuencia se les practicó una cesárea (35,4%) (7).

Mozo E. 2014. Madrid. Llevó a cabo una investigación sobre la morbilidad materno-fetal, estancia hospitalaria, reingreso por el servicio de emergencia, dolor crónico y grado de satisfacción del parto vaginal o cesárea iterativa en pacientes con antecedente de cesárea previa. De una muestra de 110 puérperas evaluadas, hubo 68 puérperas de parto vaginal, de las cuales, 55 gestantes terminaron con parto vaginal exitoso y 13 con cesárea de emergencia con trabajo de parto en proceso (8).

Lozano E. 2018. Lima. Realizó una investigación con el fin de valorar al grado de satisfacción en puérperas postcesárea sobre los cuidados de enfermería en el Hospital Daniel Alcides Carrión. Entre sus resultados encontró que 56% se encontraban satisfechas y 44% insatisfechas. Al evaluar la condición fisiológica, cerca del 65% manifestaban estar satisfechas y 35% insatisfechas; del mismo modo 56% se encontraban satisfechas y 44% insatisfechas en el componente emocional (9).

Carrión R, Horna K. 2017. Trujillo. Ejecutaron una investigación con la intención de valorar el grado de satisfacción en puérperas de 16 a 41 años, parto por cesárea, para lo cual, aplicó la entrevista a personas del sexo femenino. Encontrando que la cesárea es una cirugía sencilla, con menor dolor postoperatoria y recuperación más rápida. Del mismo modo, no se logró identificar otras complicaciones más allá de la infección de herida operatoria (10).

Rodríguez R. 2017. Arequipa. En su estudio sobre “Frecuencia de Cesáreas Según el Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017” determinó que del total de nacimientos (1744 partos), 481 (27.58%) nacieron por cesárea. Lo que se observó con mayor frecuencia fue: grupo etario comprendido entre 19 a 35 años, grado de estudios universitario, conviviente y con trabajo. Las indicaciones de cesárea más frecuentes: cesareada anterior y distocia feto-pélvica. Los grupos de Robson más observados fueron el grupo 5 y el grupo 2 (11).

Kohler S. 2018. India. Con la finalidad de evaluar la calidad de vida posparto y su asociación con el modo de nacimiento. Se llevó a cabo un estudio en un centro de salud en Gujarat o Madhya Pradesh. La calidad de vida se midió durante tres entrevistas dentro de los 30 días posteriores al nacimiento utilizando el cuestionario EQ-5D-5L. Se utilizó regresión multivariada para ajustar las características basales seleccionadas. Entre los resultados se encontró: Cuarenta y seis mujeres con cesárea y 178 con parto vaginal. La comparación entre partos vaginales y cesáreos indicó que el grupo de parto vaginal tuvo una mayor calidad de vida (0-3 días después del parto: 0.28 vs. 0.57, 3-7 días después del parto: 0.59 vs. 0.81;  $P < 0.001$ ) y era más probable que informara problemas leves o nulos en 4 de 5 dimensiones de salud (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor o molestias;  $P \leq 0.04$ ). Si bien la mayoría de las mujeres no informaron problemas al final del primer mes posparto, la diferencia en la capacidad de realizar las actividades habituales persistió ( $P = 0.001$ ). Como resultado, las mujeres del grupo de cesáreas lograron menos QALD entre el día 1 y el día 21 posparto (13.1 vs. 16.6 QALD;  $P < 0.001$ ). El análisis de subgrupos mostró que haber tenido una episiotomía durante el parto vaginal también se asoció con una reducción de la calidad de vida posparto, pero en menor medida que la cesárea. Concluyendo que los partos vaginales, incluso con episiotomía, se asociaron con una mayor calidad de vida posparto que los partos por cesárea entre las mujeres indias del estudio (12).

Espinoza J. 2014. Lima. En su estudio realizado en el Hospital San Juan de Lurigancho con la finalidad de evaluar la percepción de la calidad de atención del parto en enero del 2014, aplicó el cuestionario modificado del Service Performance (SERVPER) a 80 púerperas para valorar la percepción de calidad en atención del parto y encontró una percepción insatisfactoria (88,75%) en la calidad de atención del parto (13).

La OMS define el parto normal como un embarazo de bajo riesgo que conduce a un parto espontáneo de vértice entre las 37 y 42 semanas de embarazo que da como resultado una madre y un niño sanos (14). Las cesáreas (CS) son partos quirúrgicos y, por lo tanto, conllevan los riesgos asociados con la cirugía y la anestesia. Una gran serie canadiense que compara la morbilidad materna a corto plazo después de CS electiva primaria para presentación de nalgas (> 46 000 pacientes) con la de parto vaginal planificado (> 2 millones de pacientes) mostró un aumento en OR para morbilidades a corto plazo en el grupo CS (16). Además, los CS están asociados con hospitalizaciones más largas en comparación con los partos vaginales. Esta hospitalización más prolongada afecta no solo al paciente sino también al sistema de atención médica, especialmente cuando la tasa de CS en Canadá ha aumentado a 27.9% (16).

Declercq (17) en una encuesta nacional descubrió que las puérperas de parto por cesárea referían mayor sensación dolorosa en comparación a las puérperas de parto vaginal (80% vs 48% respectivamente). Además, se reportó una persistencia del síntoma hasta por 6 meses en las puérperas de parto por cesárea. Existen riesgos a largo plazo asociados con los partos por cesárea que no afectan el índice de embarazo pero que pueden complicar los embarazos posteriores.

La evolución del parto por cesárea como un procedimiento seguro con tasas de mortalidad materna y fetal extraordinariamente bajas es uno de los desarrollos más importantes en la medicina perinatal moderna. En las primeras décadas del siglo XX, se produjeron varias innovaciones importantes en la atención quirúrgica, incluida la técnica aséptica, la anestesia confiable y el control de la hemorragia mediante la sutura adecuada de los planos del tejido, así como la ligadura de los vasos sanguíneos cortados. La introducción de la incisión de segmento bajo, que permite la exclusión de la herida uterina de la cavidad peritoneal, disminuyó drásticamente el riesgo de peritonitis postoperatoria como complicación de la endometritis puerperal (18).

La disminución de la morbilidad materna asociada con el parto por cesárea convirtió la operación en una alternativa razonable para el parto de fetos con mayor riesgo de asfixia o trauma por parto y parto vaginal. Esta disminución, junto con métodos más sofisticados de

detección de sufrimiento fetal crónico y agudo, cambió las indicaciones y la frecuencia de la cesárea para el parto.

Antes de 1960, los partos por cesárea comprendían menos del 5% de los nacimientos y se realizaban principalmente para indicaciones maternas como placenta previa, DPC documentada radiográficamente, fracaso de la inducción del trabajo de parto en preeclampsia grave y parto por cesárea repetida. Después de 1960, con la aparición de las técnicas de diagnóstico y monitoreo fetal, las tasas de parto por cesárea aumentaron gradualmente en todo el mundo y se realizaron con mayor frecuencia para las indicaciones fetales. La tasa y la duración del aumento variaron; en los Estados Unidos, la tasa de parto por cesárea alcanzó un pico del 23.5% en 1988. Se encontraron cuatro indicaciones que explican el 90% del aumento en los Estados Unidos: distocia, parto por cesárea repetida, presentación de nalgas y sufrimiento fetal. Aunque las nuevas indicaciones para el parto por cesárea, como las anomalías de la pared espinal o abdominal fetal y la prevención de la transmisión vertical de ciertas enfermedades infecciosas, desempeñaron un pequeño papel en este aumento, un efecto más importante fue un umbral más bajo para las indicaciones estándar.

En algunos países, como Brasil y Chile, el aumento en la tasa de partos por cesárea ha ido mucho más allá de lo que podría explicarse por indicaciones obstétricas o médicas. En estos países, el aumento se produjo en gran medida como resultado de un aumento en la cesárea electiva previa al parto, presumiblemente para la conveniencia de pacientes o médicos. Este fenómeno se ha producido principalmente, aunque no exclusivamente, entre mujeres en niveles de ingresos superiores. Existe un debate sobre si esto ha resultado de una población de pacientes que está bien educada en los riesgos y beneficios del parto vaginal versus cesárea y está ejerciendo el derecho de autonomía del paciente, o una población de pacientes que ha sido excesivamente influenciada y sesgada por la atención médica. proveedores para elegir la cesárea.

En la década de 1990, surgió el interés en el papel del parto por cesárea para prevenir la disfunción del piso pélvico que se ha atribuido al parto vaginal. El riesgo de incontinencia urinaria a los 6 meses después del parto es dos veces mayor para las mujeres que tienen un parto vaginal espontáneo que para las que tienen un parto por cesárea. En un ensayo

multicéntrico, prospectivo, aleatorizado y controlado de parto por cesárea prelaborizado planificado en comparación con el parto vaginal planificado en mujeres con una presentación de nalgas a término, la incontinencia urinaria fue menos común a los 3 meses después del parto por cesárea (riesgo relativo = 0.62; intervalo de confianza del 95% [IC], 0,41 a 0,93).

En un gran estudio basado en la población en Australia, MacLennan y sus asociados encontraron que la incidencia de disfunción del piso pélvico a largo plazo, incluida la incontinencia urinaria, fue mayor en las mujeres que tuvieron partos vaginales quirúrgicos que en aquellos que tuvieron cesáreas. Sin embargo, no hubo diferencias en la incidencia de disfunción del piso pélvico con cesárea versus parto vaginal espontáneo.

Con respecto a la incompetencia anal, Sultan y sus colegas encontraron que el parto con fórceps y la episiotomía eran factores de riesgo para laceraciones del esfínter anal, mientras que el parto asistido por vacío y la cesárea eran protectores. Otros estudios encontraron que el parto por cesárea se asoció con una menor incidencia de incontinencia fecal si se realizó antes del inicio de la segunda etapa del parto. Las asociaciones entre el método de parto y la función del esfínter anal a largo plazo son menos claras.

El período posparto es un período crítico desde el punto de vista fisiológico, emocional y social para la mujer que dio a luz y también para su familia. Para que las mujeres pasen su período posparto sin ningún problema, puedan cuidarse a sí mismas y tengan una calidad de vida no afectada, necesitan atención de calificada, integral e integradora. Aunque el parto por cesárea es un procedimiento quirúrgico razonablemente seguro, generalmente se considera que está asociado con mayores riesgos de morbilidad y mortalidad que el parto vaginal. Es evidente que los riesgos de morbilidad y mortalidad con el parto por cesárea están influenciados por las complicaciones médicas asociadas en el paciente que requiere parto abdominal y la habilidad del equipo médico que realiza el procedimiento. Se producen complicaciones intraoperatorias graves en aproximadamente el 2% de los partos por cesárea e incluyen accidentes de anestesia (p. Ej., Problemas de intubación, reacciones farmacológicas, neumonitis por aspiración), hemorragia, lesión intestinal o vesical, embolia de líquido amniótico y embolia gaseosa. 274



Con frecuencia, la cesárea debe realizarse en condiciones de emergencia poco después de que el paciente ingresa en el hospital. La ansiedad del paciente, la obesidad, el estómago vaciado de forma incompleta, la hemorragia aguda por un accidente placentario, el bajo volumen de sangre y el espacio vascular restringido en asociación con la hipertensión inducida por el embarazo y la hipotensión secundaria a la vena caval y la compresión aórtica por el útero embarazado son solo algunos de los problemas que se encuentran con frecuencia en pacientes que requieren cesárea de emergencia.

Las lesiones del tracto urinario, que ocurren en 1 o 2 de cada 1000 partos, son 10 veces más comunes en los partos por cesárea que en los partos vaginales operativos. 275 La mayoría de las lesiones que ocurren con el parto por cesárea son laceraciones simples de la vejiga que se identifican y reparan rápidamente sin secuelas. Las lesiones intestinales a menudo se asocian con adherencias intraabdominales de partos por cesárea anteriores u otras cirugías abdominales. Algunas complicaciones intraoperatorias, como el síndrome de embolia de líquido amniótico y la embolia de aire, son extremadamente raras y generalmente no se pueden prevenir.

Ante la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la calidad de vida de las primíparas postparto vaginal y primíparas postparto cesárea del Hospital Santa Rosa de Piura periodo enero-marzo 2019?

Al finalizar una gestación, ya sea por vía vaginal o cesárea, existen múltiples factores que influyen en la salud de la madre y el neonato. La calidad de atención y satisfacción se convierten en datos de suma importancia a tener en consideración para la evaluación general de salud materno fetal. Para la selección de la vía del parto, es de su importancia la adecuada comunicación con el profesional a cargo, a fin de brindar la información pertinente sobre los beneficios, riesgos y consecuencias de cada conducta médica, a fin de evitar ideas equivocadas sobre estas alternativas de parto. En base a lo descrito, se busca ahondar en los resultados sobre la calidad de vida que tienen las pacientes primíparas al finalizar su gestación por alguna de estas vías del parto, ya que se viene observando un incremento descontrolado de cesáreas en la región sin una justificación médica que sustente el riesgo materno-fetal. Del mismo modo, se pretende fomentar los beneficios del parto por vía vaginal que permitan concientizar a futuras gestantes a fin de disminuir la tasa de cesáreas a solicitud de las mismas.

Como objetivo general hemos planteado: Determinar la calidad de vida de las primíparas postparto vaginal y primíparas postparto cesárea del Hospital Santa Rosa de Piura periodo enero-marzo del 2019. Para lograr dicho objetivo nos apoyaremos en.

1. Señalar las principales características sociodemográficas de las puérperas cuyo parto fue atendido en el Hospital Santa Rosa.
2. Determinar en nivel de calidad de vida de las puérperas primíparas cuyo parto fue atendido por vía vaginal.
3. Determinar en nivel de calidad de vida de las puérperas primíparas cuyo parto fue atendido por vía cesárea.

## II. MÉTODO

### 2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se desarrolló una investigación no experimental, limitada a valorar la realidad recogiendo datos necesarios a través de una ficha de recolección sin necesidad de manipular variables.

### 2.2. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue: descriptivo, analítico, prospectivo y transversal.

### 2.3. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

#### 2.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>CALIDAD DE VIDA EN PRIMÍPARAS POSTPARTO VAGINAL Y POSTPARTO CESÁREA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA ENERO-MARZO 2019</b>				
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>TIPO VARIABLE</b>
<b>PARTO</b>	Suma de eventos fisiológicos que conllevan a la salida del recién nacido y de los anexos fetales del vientre materno	Vaginal: nacimiento por canal vaginal	Si No	Cualitativa Nominal
		Cesárea: nacimiento mediante una incisión en la pared abdominal y uterina		
<b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>	Edad: Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte de una persona	Años cumplidos registrados en historia clínica	Años cumplidos	Cuantitativa Discreta
	Grado de instrucción: Nivel que se alcanza al superar determinado grado de estudio	Grado de estudios alcanzado según historia clínica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ilustrada</li><li>• Primaria</li><li>• Secundaria</li><li>• Superior</li></ul>	Cualitativa Nominal
	Estado conyugal: Situación jurídica de un individuo	Condición marital según historia clínica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soltera</li><li>• Casada</li><li>• Viuda</li><li>• Conviviente</li></ul>	

	Procedencia: Área de origen de una persona	Lugar de origen de la puérpera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbano</li> <li>• Rural</li> <li>• Urbanomarginal</li> </ul>	
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental	Cuestionario SF 36	Cualitativa Nominal

## 2.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 2.4.1. POBLACIÓN

En la presente investigación, la población objetivo fue conformada por la totalidad de pacientes primíparas cuyo parto fue atendido en el Hospital Santa Rosa de Piura de enero a marzo del 2019 y que acudieron a su control a los 30 días.

### 2.4.2. MUESTRA

Por la temporalidad del presente estudio, se incluyó a la totalidad de puérperas meditas que acudieron a su control a los 30 días postparto. La muestra final estuvo constituida por 107 puérperas de parto vaginal y 47 de parto por cesárea. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

### 2.4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Todas las puérperas primíparas cuyo parto fue atendido en el Hospital Santa Rosa de Piura, separadas en dos grupos: el primero conformado por puérperas primíparas de parto vaginal y el segundo por puérperas primíparas de parto cesárea.
2. Pacientes que deseen participar del estudio

#### **2.4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Pacientes gestantes primíparas con comorbilidades que predispongan a un parto por cesárea.
2. Pacientes gestantes con discapacidad física o mental.
3. Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
4. Paciente que al momento de la aplicación del instrumento se encuentren con algún proceso judicial con el Hospital.

#### **2.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se confeccionó una ficha donde se incluye el perfil sociodemográfico de la paciente, datos del parto y puerperio.

Se aplicó una encuesta en su último control de puerperio, a los 30 días, en el consultorio de obstetricia. Se utilizó un instrumento de 36 preguntas basadas en 6 principales componentes: salud mental, salud general, función física, vitalidad, rol emocional y dolor corporal. Esta encuesta ya tiene una validez previa al castellano del SF-36. La puntuación final varía entre 100 como salud óptima y 0 mal estado de salud.

#### **2.6. ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis e interpretación de datos se efectuó mediante el uso de porcentajes para variables cualitativas. Así mismo, se usaron las representaciones gráficas y tablas correspondientes.

Para el análisis de asociación entre vía de parto y calidad de vida, se aplicó el estadístico chi cuadrado, siendo significativo cuando el p valor fue menor a 0.05.

#### **2.7. ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki y fue evaluado por el comité de investigación de la Universidad César Vallejo. La información obtenida de las entrevistas e historias clínicas de las pacientes en estudio fue tratada de forma confidencial de acuerdo con los principios éticos actualmente vigentes. Esta tesis tiene como beneficio, conocer los niveles de calidad de vida que tiene un grupo de pacientes que son sometidas a

un procedimiento. A pesar de la naturaleza prospectiva del presente estudio, éste no implica riesgo alguno para los participantes, ya que el método de selección está basado en una aplicación de un formulario.

No se afectó ninguna norma de privacidad, derechos legales, derechos humanos, dado que las fichas de recolección de datos aplicados a cada paciente seleccionado fueron codificadas salvaguardando su identidad.

Se contó con el permiso respectivo, previa explicación de los objetivos de la presente investigación, para la ejecución de la misma, por lo que se solicitará el beneplácito del director del Hospital Santa Rosa Piura, así como del Jefe del Servicio de Ginecoobstetricia.

Del mismo modo se contó con el consentimiento informado de los pacientes seleccionados que hayan aceptado participar en la investigación para la ejecución del presente proyecto.

De esta manera se cumplió con los principios básicos de protección de sujetos humanos en la investigación como lo es el código de Nuremberg y el informe de Belmont.

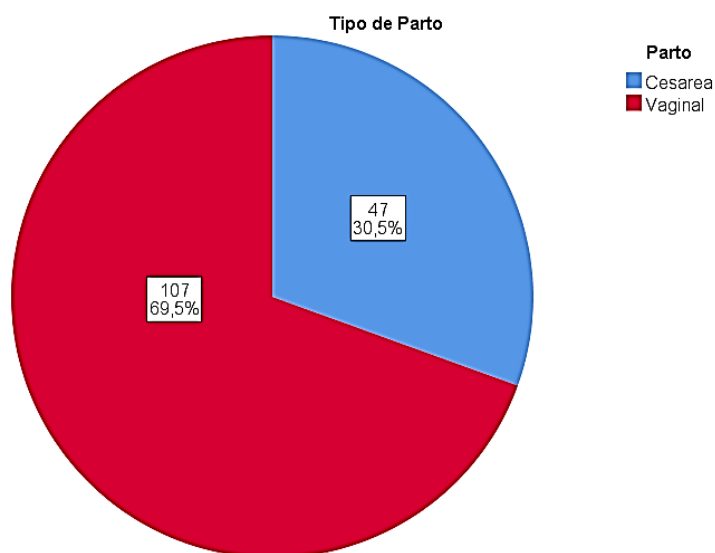
### III. RESULTADOS

**TABLA 1**  
**TIPO DE PARTO EN LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA PERIODO ENERO-MARZO DEL 2019.**

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	107	69.5
Cesárea	47	30.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos

**GRÁFICO 1. TIPO DE PARTO EN LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA PERIODO ENERO-MARZO DEL 2019**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla 1 y figura 1 se observa que 69.5% de la muestra fueron púerperas de parto vaginal y 30.5% púerperas de parto por cesárea.

**TABLA 2**  
**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL**  
**HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA: ENERO-MARZO DEL 2019.**

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad materna</b>		
14 – 19 años	12	7.8
20 – 24 años	35	22.7
25 – 29 años	37	24
30 – 34 años	25	16.2
35 – 39 años	27	17.5
≥ 45 años	18	11.8
<b>Grado de estudios</b>		
Iletrada	11	7.1
Primaria	29	18.8
Secundaria	62	40.3
Superior	52	33.8
<b>Estado conyugal</b>		
Soltera	35	22.7
Casada	51	33.2
Viuda	5	3.2
Conviviente	63	40.9
<b>Procedencia</b>		
Urbano	55	35.7
Rural	73	47.4
Urbanomarginal	26	16.9

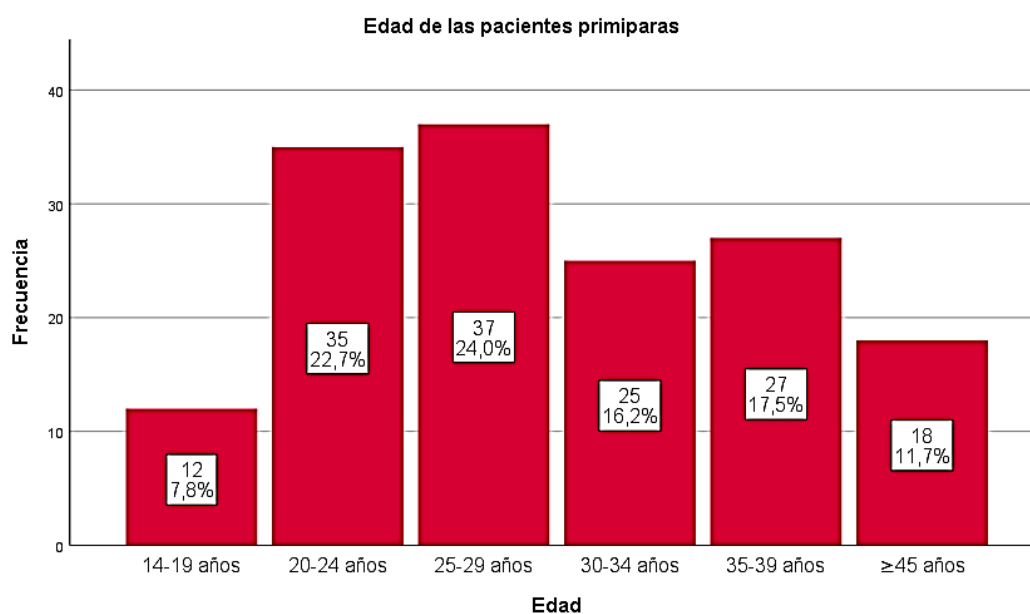
Fuente: **Instrumento de recolección de datos**

En la Tabla 2 se muestra el perfil sociodemográfico de las pacientes primíparas atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura durante enero-marzo del 2019. En relación a la edad, el grupo etario mayoritario fue el de 25 – 29 años con 37 pacientes, siendo el 24% del total. Seguido por el de 20 – 24 años con 35 pacientes, siendo 22.7%. De 35 – 39 años hubieron



27 y representó 17.5%. Según grado de estudios, se encontró que 11 (7.1%) fueron iletradas, 29 (18.8%) tuvieron como grado máximo primaria, 62 pacientes (40.3%) tuvieron hasta secundaria, y 52 (33.8%) tuvieron grado superior. Respecto al estado conyugal, 35 (22.7%) fueron solteras, 51 (33.2%) fueron casadas, 5 (3.2%) fueron viudas y 63 (40.9%) fueron convivientes. En la procedencia, 55 (35.7%) fueron urbanas, el grupo de rurales fue 73 (47.4%) y solo 26 (16.9%) fueron de procedencia urbanomarginal

**GRÁFICO 2. EDAD DE LAS PACIENTES PRIMÍPARAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA PERIODO ENERO-MARZO DEL 2019.**



Fuente: **Instrumento de recolección de datos**

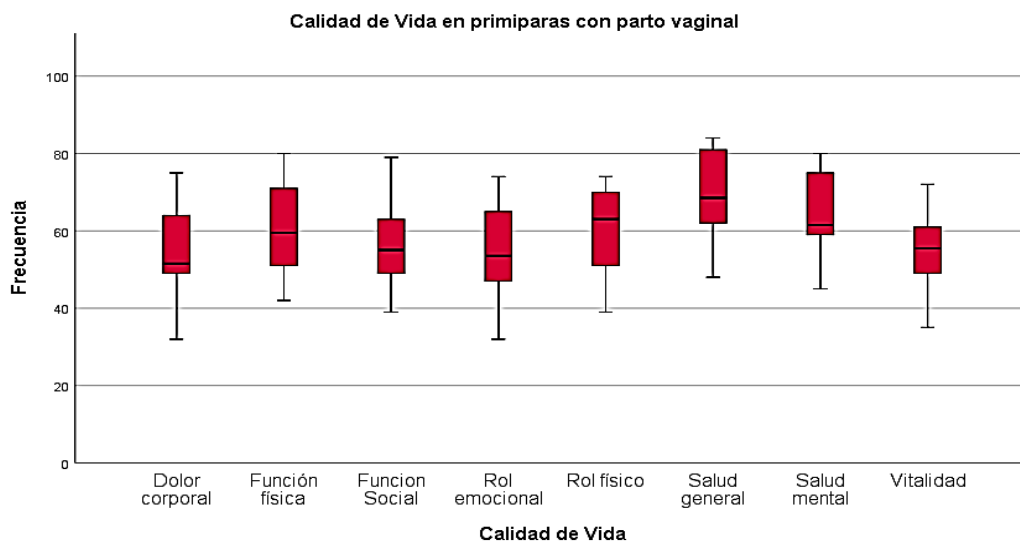
El Gráfico 2 muestra un gráfico de barras de acuerdo a los rangos de edad utilizados en este estudio. Se puede apreciar que la mayor cantidad de pacientes pertenecieron al grupo de 25 – 19 años con 24% seguido del grupo de 20 – 24 años con 22,7%. Ambos grupos llegan al 46,7%.

**TABLA 3**  
**CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES PRIMÍPARAS CON PARTO**  
**VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA PERIODO**  
**ENERO-MARZO DEL 2019.**

Calidad de vida	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<b>Dimensiones</b>				
Función física	60.5	13.7	42	80
Rol físico	60.1	12.9	39	74
Dolor corporal	53.8	14.6	32	75
Salud general	68.7	13.9	48	84
Vitalidad	53.9	18.5	35	72
Función social	56.7	20.1	39	79
Rol emocional	54.7	21.1	32	74
Salud mental	63.7	12.6	45	80

Fuente: **Cuestionario SF-36**

**GRÁFICO 3. CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES PRIMÍPARAS CON PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA PERIODO ENERO-MARZO DEL 2019.**



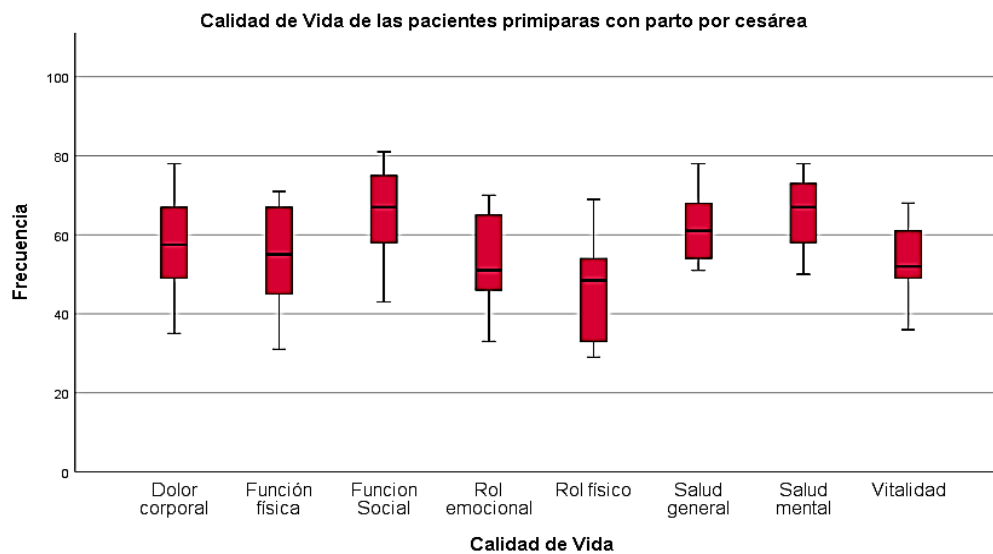
Fuente: **Instrumento de recolección de datos**

**TABLA 4**  
**CALIDAD DE VIDA DE LAS PACIENTES PRIMÍPARAS CON PARTO POR**  
**CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA PERIODO**  
**ENERO-MARZO DEL 2019.**

Calidad de vida	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<b>Dimensiones</b>				
Función física	54.3	14.7	31	71
Rol físico	47.2	16.3	29	69
Dolor corporal	57.3	21.7	35	78
Salud general	62.8	14.6	51	78
Vitalidad	53.3	16.9	36	68
Función social	65.1	20.4	43	81
Rol emocional	52.7	19.4	33	70
Salud mental	65.1	14.9	50	78

Fuente: **Cuestionario SF-36**

**Gráfico 4. Calidad de vida de las pacientes primíparas con parto por cesárea atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura periodo enero-marzo del 2019.**



Fuente: **Instrumento de recolección de datos**

#### IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio se incluyeron 154 gestantes primíparas que fueron atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2019, con una frecuencia de parto vaginal de 69.5% y de cesáreas de 30.5%. En un estudio realizado 632 puérperas ecuatorianas, se reportó una frecuencia de cesaría de 43.1% (29). En otro estudio realizado en un hospital de Madrid, en el que se incluyó 110 mujeres, se reportó que el 38.2% de estas optó por realizarse parto por cesárea (7). En pacientes peruanas se ha reportado en un estudio realizado en 1744 partos de la ciudad de Arequipa, que la tasa de mujeres que se someten a cesáreas es de aproximadamente el 27.6% (10). En otro estudio, realizado en el Hospital Dos de Mayo de Lima-Perú se determinó que el 57.5% de partos se culminó a través de cesárea (31). En resumen, se puede apreciar una gran variabilidad en la frecuencia de cesáreas, lo que está influido por las características de las gestantes, la forma de recolección de información o la calidad de los registros de los cuales se obtienen los datos, siendo la frecuencia reportada en este estudio un valor que se encuentra cercado a lo reportado por la literatura.

Respecto al perfil sociodemográfico de las primíparas incluidas en este estudio, se identificó que la edad más frecuente de estas fue el rango de edad entre 20-24 años (22.7%) y 25-29 años (24%). En el estudio realizado por Briceño Granda J (29) en puérperas ecuatorianas sometidas a parto vaginal o cesaría, se encontró que la edad más frecuente de estas fue de 20 a 24 años en 35.4%, mostrando una disminución marcada en la frecuencia de partos después de los 35 años similar a lo encontrado en este estudio. Resultados similares, fueron reportados por Rodríguez-Chávez et al (32) en un estudio que incluyó a 345 mujeres que optaron por parto vaginal o cesárea, en el cual se encontró que el mayor número de parto se dio entre mujeres con edades entre 29-38 años (62.6%).

El grado de instrucción que presentó la mayoría de las mujeres incluidas en este estudio fue el grado de estudios secundarios en 40.3%. De forma similar, un estudio realizado en 233 primíparas ecuatorianas reportó que el grado de instrucción en la mayoría de las mujeres correspondió al nivel secundario (65,7%) (33). En el estudio mencionado, la mayoría de las primíparas estudiadas tuvieron como estado civil ser casadas (30,9%) y convivientes (54.5%), similar a lo reportado en el presente estudio donde encontramos que el estado conyugal de las mujeres fue ser casada (32.2%) y conviviente (40.9%) en la mayoría de las

primíparas. De forma similar a esto, un estudio realizado en gestantes de la ciudad de Lima, reporto que en su mayoría estas eran casadas (59.4%) o convivientes (29.6%) (32). Respecto a la procedencia se encontró que la mayoría de las mujeres estudiadas provino de áreas rurales (47.4%) y urbanas (35.7%).

Al evaluar la calidad de vida entre las primíparas con parto vaginal los puntajes promedio más altos se alcanzaron en las dimensiones función física (60.5), rol físico (60.1), salud mental (63.7) y salud general (68.7); mientras que en las primíparas con parto por cesárea los puntajes más altos se obtuvieron en las dimensiones salud general (62.8), función social (65.1) y salud mental (65.1). Respecto a la evaluación de la calidad de vida en las gestantes, diversos autores han realizado estimaciones sobre su relación con los diferentes modos de parto (34-39). Un estudio realizado en gestantes inglesas reveló que el perfil general de calidad de vida relacionado con la salud de las mujeres en la cohorte del estudio se ajustaba ampliamente al de la población adulta inglesa (40). Sin embargo, el modo de parto se asoció con diferencias en los resultados de calidad de vida relacionados con la salud a los 12 meses después del parto.

El estudio realizado por Petrou S et al (40) reveló que una proporción significativamente mayor de mujeres que dan a luz por cesárea informan algo de dolor o molestia moderada, severa o extrema a los 12 meses después del parto que las mujeres sometidas a parto vaginal espontáneo (40). Otro estudio demostró que las mujeres que dan a luz por cesárea tienen puntuaciones significativamente peores en la dimensión del dolor del Perfil de salud de Nottingham a las 1-2 semanas posparto que las mujeres que dan a luz por vía vaginal (41). Sin embargo, otros estudios han reportado puntajes de componentes físicos más pobres en el SF-36 en mujeres que dan a luz por cesárea, aunque en estos estudios no separó los puntajes de dolor dentro de los puntajes de componentes físicos (35, 42-44). Además, estos estudios difieren en su representatividad de todas las mujeres que dan a luz y su duración de seguimiento. Además de ello, también debe considerarse que los puntajes de calidad de vida más bajos en mujeres con parto por cesárea pueden estar mediada por complicaciones operativas, riesgos elevados de morbilidad materna y resultados adversos en embarazos posteriores (45).

## V. CONCLUSIONES

1. Se identificó que las principales características sociodemográficas de la muestra estudiada fueron: grupo etario de 20 a 24 años, grado de instrucción secundaria, estado conyugal conviviente y procedencia rural.
2. Se determinó que la calidad de vida de las pacientes puérperas de parto vaginal tiene una media de  $59.01 \pm 15.9$  puntos. En relación a la función física y el rol físico, se encontró mejor calidad de vida en las pacientes de parto vaginal. También se encontró mayor salud general y rol emocional en las pacientes puérperas de parto vaginal.
3. Se determinó que la calidad de vida de las pacientes puérperas de parto cesárea tiene una media de  $57.22 \pm 17.3$  puntos. Hubo mayor dolor corporal, función social y mejor salud mental en puérperas de parto por cesárea. En relación a la vitalidad, se encontró que ambos grupos tenían valores parecidos en ese subitem de calidad de vida

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda el adecuado llenado de historias clínicas con la finalidad de no perder información importante y necesaria que permiten el desarrollo de los objetivos planteados.
2. Desarrollar investigación con parámetros rigurosos que permitan asociar estadísticamente el parto vaginal con una mayor calidad de vida de las pacientes puérperas.
3. Plantear charlas enfocadas en las pacientes puérperas orientadas en la mejoría de algunos factores modificables con el fin de mejorar la calidad de vida en relación al físico y emocional. Asimismo, este trabajo constituirá una fuente importante de información para futuros trabajos sobre el tema, así como para re-establecer protocolos de manejo de pacientes gestantes primíparas en la unidad de gineco-obstetricia de hospitales de nuestra región.

## REFERENCIAS

1. Dietz H, Exton L. Natural childbirth ideology is endangering women and babies. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2016; 56(5): 447-9.
2. Degani N, Sikich N. Caesarean Delivery Rate Review: An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2015; 15(9):1-58.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra: Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. [internet]. 2015. [citado 02 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>.
4. La República. Lima: Mucha precaución por las cesáreas innecesarias. [internet]. 2017. [citado 02 octubre 2018]. Disponible en: <https://larepublica.pe/politica/1153442-mucha-precaucion-por-las-cesareas-innecesarias>.
5. Poradzisz M, Florczak K. Quality of life: input or outcome?. *Nurs Sci Q.* 2013; 26(2): 116-20.
6. Godoy M, Rodríguez R. Calidad de vida de personas hysterectomizadas entre 30 y 65 años de edad en el servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Vicente Corral Moscoso 2014, Cuenca-Ecuador. [tesis de grado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.
7. Mozo E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. [tesis de grado]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014.
8. Lozano E. Nivel de satisfacción de la puérpera post cesárea sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2017. [tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
9. Carrión R, Horna K. Percepción sobre la cesárea como vía de culminación del embarazo en pacientes mujeres de 17 a 40 años que se atienden en el servicio de planificación familiar. Junio 2017. [tesis de grado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
10. Rodríguez R. Frecuencia de Cesáreas Según el Modelo de Clasificación de Robson, en el Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa; 2017. [tesis de grado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2017.
11. Espinoza J. Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del Centro Obstétrico del Hospital San Juan de Lurigancho enero 2014. [tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
12. Kohler S, Sidney K, Diwan D, et al. Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1): 427.
13. Schoorel E, Vankan E, Scheepers H, et al. Involving women in personalised decision-making on mode of delivery after caesarean section: the development and pilot testing of a patient decision aid. *BJOG.* 2014; 121(2): 202-9.



14. Liu S., Liston R, Joseph K, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2017; 176: 455-460
15. Abdollahian S, Ghavi F, Abdollahifard S, et al. Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Glob J Health Sci.* 2014; 6(3): 219-26.
16. Liu Y, Liu Y, Huang X, et al. A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 160.
17. Sadat Z, Taebi M, Saberi F, et al. The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health related quality of life. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013; 18: 499-504.
18. Kearney L, Kynn M, Craswell A, et al. The relationship between midwife-led group-based versus conventional antenatal care and mode of birth: a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 39.
19. Ekéus C, Lindgren H. Induced Labor in Sweden, 1999-2012: A Population-Based Cohort Study. *Birth.* 2016; 43(2): 125-33.
20. Abdul A, Grainge M, West J, et al. Impact of risk factors on the timing of first postpartum venous thromboembolism: a population-based cohort study from England. *Blood.* 2014; 124(18): 2872-80.
21. Rooeintan F, Borzabad P, Yazdanpanah A. The Impact of Healthcare Reform Plan on the Rate of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Shiraz (Iran) in 2015. *Electron Physician.* 2016; 8(10): 3076-80.
22. Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth.* 2014; 41(2): 122-37.
23. Owens L, Koch R. Understanding quality patient care and the role of the practicing nurse. *Nurs Clin North Am.* 2015; 50(1): 33-43.
24. Emmanuel E, Sun J. Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *J Clin Nurs.* 2014; 23(11-12): 1611-9.
25. Małus A, Szyluk J, Galińska B, et al. Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(6):1135-46.
26. Diaz J; Catalan D; La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit* [online]. 2011, vol.25, n.6, pp.483-489. ISSN 0213-9111.
27. Álvarez B. Demasiadas Cesáreas un mejor uso de instrumentos de ayuda intraparto y la mayor formación de los ginecólogos evitaría el exceso de cesáreas que se practican en la actualidad. Disponible en: [\\_sanitaria/2006/11/07/157033.php](http://sanitaria/2006/11/07/157033.php) Citado Marzo 29, 2010.
28. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG.* 2015 Aug 24. doi: 10.1111/1471-0528-13592.

29. Quispe A, Santivañez A, Leyton I, Pomasunco D. Cesareas en siete hospitales públicos de lima: análisis de tendencia en el periodo 2001 – 2008. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(1): 45-50.
30. Briceño J. Incidencia e Indicaciones de Cesárea de las Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora, Universidad Nacional de Loja; 2017 Disponible en <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18311/1/TESIS%20JIMMY%20BRICE%C3%91O%20GRANDA.pdf>
31. Centeno E. Características De Las Pacientes con Indicación de Cesárea en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Médica Previsional Asunción Minsa, Juigalpa – Chontales, Nicaragua. Enero – diciembre 2016. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.
32. Medina J. Factores Asociados a la Indicación de Cesárea en el Hospital Nacional Dos De Mayo. Universidad Ricardo Palma, Lima; 2015. Disponible en, <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/555>. 2015
33. Rodríguez-Chávez S, De La Cruz-Vargas J, Roldán-Arbieto L, Terukina-Terukina R, Placencia-Medina M, Moncada-Catalán R. Nivel de satisfacción de gestantes atendidas según tipo de parto en la clínica Good Hope, febrero–abril 2016. *Revista De La Facultad De Medicina Humana*. 2017;17(1):19-25.
34. Genesis Monserrat P. Relación que existe entre la primiparidad, peso y perímetro cefálico del recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en posición vertical, en pacientes atendidas en la Maternidad de Corta Estancia Carapungo 2, en el periodo de mayo a diciembre de 2015 [Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Magister en Salud Sexual y Reproductiva]. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2016.
35. Lorén Guerrero L. Evaluación de la salud percibida durante el puerperio inmediato tras un parto hospitalario [Tesis doctoral]. España: Universidad de Zaragoza; 2015.
36. Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC, Essink-Bot ML, Beckers EA, Karsdorp VH, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(5):579-84.
37. Hutton EK, Hannah ME, Ross S, Joseph KS, Ohlsson A, Asztalos EV, et al. Maternal outcomes at 3 months after planned caesarean section versus planned vaginal birth for twin pregnancies in the Twin Birth Study: a randomised controlled trial. *Bjog*. 2015;122(12):1653-62.
38. Kavosi Z, Keshtkaran A, Setoodehzadeh F, Kasraeian M, Khammarnia M, Eslahi M. A Comparison of Mothers' Quality of Life after Normal Vaginal, Cesarean, and Water Birth Deliveries. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015;3(3):198-204.
39. Prick BW, Bijlenga D, Jansen AJ, Boers KE, Scherjon SA, Koopmans CM, et al. Determinants of health-related quality of life in the postpartum period after obstetric complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;185:88-95.
40. Carlander AK, Andolf E, Edman G, Wiklund I. Health-related quality of life five years after birth of the first child. *Sex Reprod Healthc*. 2015;6(2):101-7.

41. Petrou S, Kim SW, McParland P, Boyle EM. Mode of Delivery and Long-Term Health-Related Quality-of-Life Outcomes: A Prospective Population-Based Study. *Birth*. 2017;44(2):110-9.
42. Baghirzada L, Downey KN, Macarthur AJ. Assessment of quality of life indicators in the postpartum period. *Int J Obstet Anesth*. 2013;22(3):209-16.
43. Jansen AJ, Essink-Bot ML, Duvekot JJ, van Rhenen DJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. *J Psychosom Res*. 2007;63(3):275-81.
44. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC pregnancy and childbirth*. 2009;9(1):4.}
45. Sadat Z, Taebi M, Saberi F, Kalarhoudi MA. The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health related quality of life. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2013;18(6):499.
46. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *Bmj*. 2007;335(7628):1025.

**ANEXOS**

**ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“CALIDAD DE VIDA EN PRIMÍPARAS POSTPARTO VAGINAL Y POSTPARTO CESÁREA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, ENERO-MARZO 2019”**

Solicito a Usted su participación voluntaria, en el estudio que llevaremos a cabo sobre CALIDAD DE VIDA EN PRIMIPARAS DE PARTO VAGINAL Y CESAREA.

Antes de tomar una decisión sobre su participación conozca lo siguiente:

- I. Se aplicará un cuestionario para evaluar el índice de función sexual femenina.
- II. Toda la información que Usted nos ofrezca es considerada CONFIDENCIAL y solo será utilizada con fines de la investigación.
- III. En caso de no desear participar puede hacerlo y puede retirarse sin que esto implique ningún prejuicio actual ni futuro para su persona.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles,

YO:....., con DNI.....

Domiciliado en: ....., ACCEDO A PARTICIPAR Y DAR MI CONSENTIMIENTO en el presente estudio según las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha.....

Firma de participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**PARTO:** Vaginal (    )    Cesárea (    )

### **INSTRUCCIONES**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

#### **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- a. Mucho mejor ahora que hace un año
- b. Algo mejor ahora que hace un año
- c. Más o menos igual que hace un año
- d. Algo peor ahora que hace un año
- e. Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
- Sí, me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- Sí, me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- Sí, me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- Sí, me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- Sí, me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- Sí, me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- Sí, me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- Sí, me limita mucho
  - Sí, me limita un poco
  - No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- a. Sí, me limita mucho
- b. Sí, me limita un poco
- c. No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- a. Sí
- b. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Sí
- b. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- a. No, ninguno
- b. Sí, muy poco
- c. Sí, un poco
- d. Sí, moderado
- e. Sí, mucho
- f. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- a. Nada
- b. Un poco
- c. Regular
- d. Bastante
- e. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.



23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
- Siempre
  - Casi siempre
  - Muchas veces
  - Algunas veces
  - Sólo alguna vez
  - Nunca
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
- Siempre
  - Casi siempre
  - Muchas veces
  - Algunas veces
  - Sólo alguna vez
  - Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- Siempre
  - Casi siempre
  - Muchas veces
  - Algunas veces
  - Sólo alguna vez
  - Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- Siempre
  - Casi siempre
  - Muchas veces
  - Algunas veces
  - Sólo alguna vez
  - Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- Siempre
  - Casi siempre
  - Muchas veces

- d. Algunas veces
  - e. Sólo alguna vez
  - f. Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- a. Siempre
  - b. Casi siempre
  - c. Muchas veces
  - d. Algunas veces
  - e. Sólo alguna vez
  - f. Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
- a. Siempre
  - b. Casi siempre
  - c. Muchas veces
  - d. Algunas veces
  - e. Sólo alguna vez
  - f. Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
- a. Siempre
  - b. Casi siempre
  - c. Muchas veces
  - d. Algunas veces
  - e. Sólo alguna vez
  - f. Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
- a. Siempre
  - b. Casi siempre
  - c. Muchas veces
  - d. Algunas veces
  - e. Sólo alguna vez
  - f. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo alguna vez
- e. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

## ANEXO N° 3: ACTA DE ORIGINALIDAD

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE ORIGINALIDAD</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	-----------------------------	---

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“CALIDAD DE VIDA EN PRIMÍPARAS POSTPARTO VAGINAL Y POSTPARTO CESÁREA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, ENERO - MARZO 2019 ” del (de la) estudiante **JUSTINIANO TELLO GRECIA MARICIELO** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 22 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 20 de Enero de 2020



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO  
UCV  
ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA  
PIURA  
UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO - PIURA  
Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura

Firma

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

## ANEXO N° 4: PORCENTAJE DE TURNITIN

Feedback Studio - Google Chrome  
turnitin.com/app/carta/.../o=1245904286&lang=es&a=180x=1073626325

feedback studio Tesis24.01 /0

Resumen de coincidencias X


**22 %**

Rank	Source	Percentage
1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	11 %
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2 %
3	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1 %
4	Entregado a Carlos Tes... Trabajo del estudiante	1 %
5	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %
6	www.taiss.com Fuente de Internet	1 %
7	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %

Página: 8 de 24 Número de palabras: 5388 Text-only Report High Resolution Activado

Como objetivo general hemos planteado: **Determinar la calidad de vida de las primiparas postparto vaginal y primiparas postparto cesárea del Hospital Santa Rosa de Piura periodo enero-marzo del 2019.** Para lograr dicho objetivo nos apoyaremos en.

1. Señalar las principales características sociodemográficas de **las puerperas cuyo parto fue atendido en el Hospital Santa Rosa.**
2. Determinar en nivel **de** calidad de vida de **las puerperas primiparas cuyo parto fue atendido por vía vaginal.**
3. Determinar en nivel de calidad de vida de **las puerperas primiparas cuyo parto fue atendido por vía cesárea.**





## ANEXO N°6: AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

*JUSTINIANO TELLO GRECIA MARICIELO*

INFORME TITULADO:

*CALIDAD DE VIDA EN PRIMÍPARAS POSTPARTO VAGINAL Y POSTPARTO CESÁREA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, ENERO – MARZO 2019*

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

*MEDICO CIRUJANO*

SUSTENTADO EN FECHA: *03 de Febrero 2020*

NOTA O MENCIÓN: QUINCE (15)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACION