

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Segunda Especialidad en Estimulación Prenatal, Psicoprofilaxis
Obstétrica y del Climaterio



CUIDANDO MI CUERPO
SEGUNDA SESIÓN DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTE DE
ALTO RIESGO OBSTETRICO

Trabajo Académico presentado por la Obstetra:
Figueroa Núñez, Sandra Angie

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:
Estimulación Prenatal, Psicoprofilaxis Obstétrica y
del Climaterio

Asesora:

Dra. Cárdenas Núñez, Yenhny

AREQUIPA – PERU

2019



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, ... 25 de Junio 2019

INFORME DE CASO CLÍNICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

A : Mgter. *Ricardina Flores Flores*
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
DE : Mgter. *Ricardina Flores Flores*
Dra. *Yenhy Cárdenas Núñez*
Mgter. *Fabiola Meza Flores*
Dictaminadoras del Caso Clínico de 2da. Especialidad

TITULO DEL BORRADOR:

" Caso Clínico : " Cuidando mi cuerpo : Segunda Sesión de
..... psicoprofilaxis obstétrica en Gestante de Alto Riesgo Obstétrico "
..... "

PRESENTADO POR:

Lic. *Sandra Figueroa Núñez*

Para optar el título de Segunda Especialidad en " Estimulación Prenatal y "
" Psicoprofilaxis Obstétrica y del Climatario "

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO, se da el DICTAMEN favorable, para la sustentación del trabajo respectivo.

Debiendo elaborar la Tesis según el formato oficial del Reglamento de Investigación.

Atentamente,

Presidente

Vocal

Secretaria

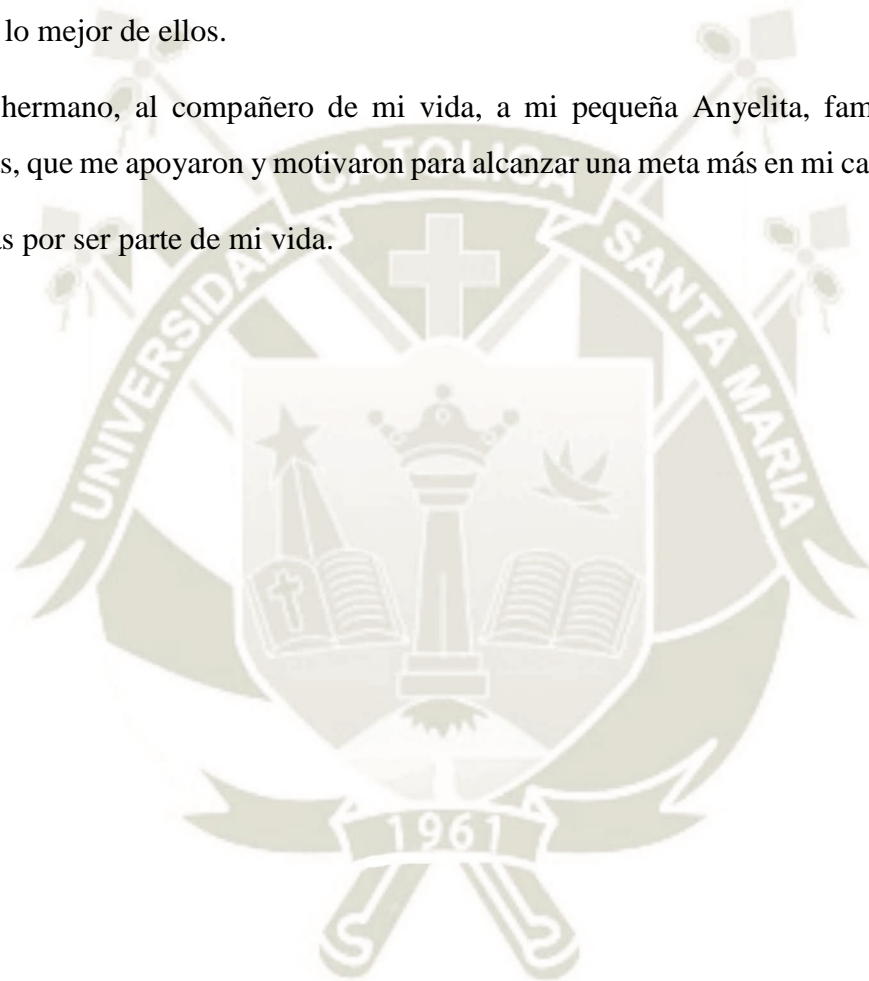
DEDICATORIA

A Dios que siempre está a mi lado, en cada etapa de mi vida llenándome de bendiciones.

A mis padres maravillosos que, con su amor incondicional, siempre se han esforzado por darme lo mejor de ellos.

A mi hermano, al compañero de mi vida, a mi pequeña Anyelita, familiares amigos y colegas, que me apoyaron y motivaron para alcanzar una meta más en mi carrera profesional.

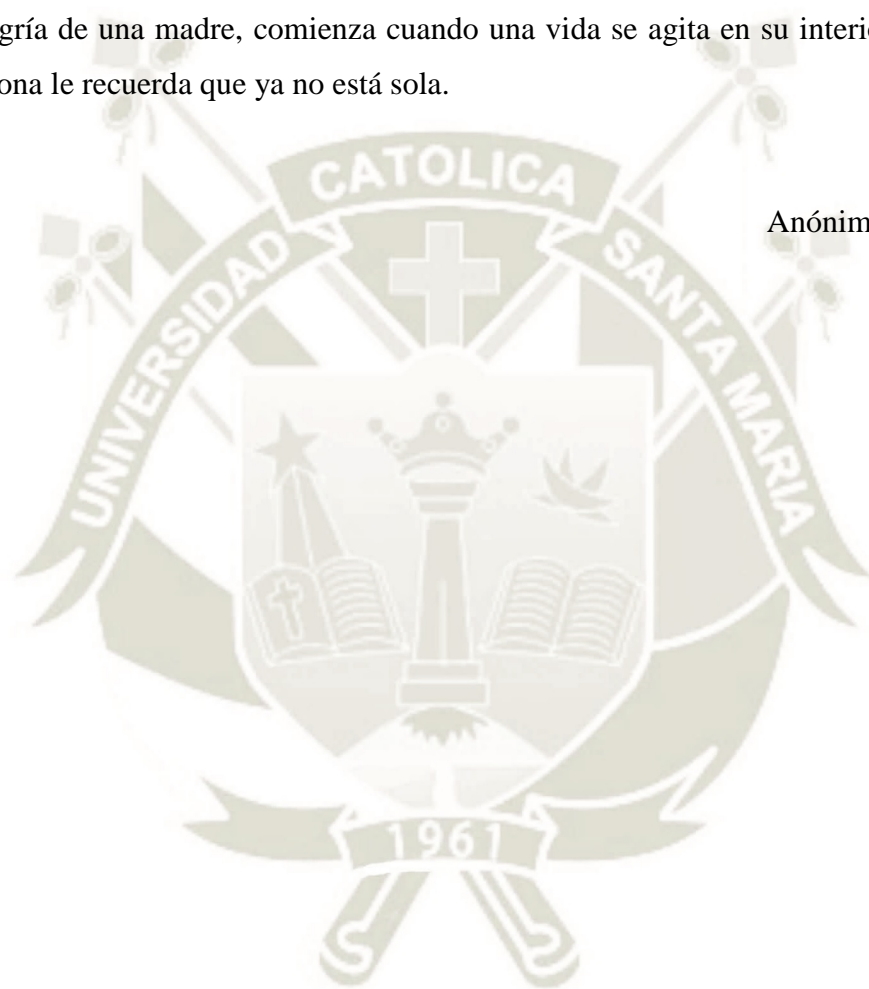
Gracias por ser parte de mi vida.



EPIGRAFE

La alegría de una madre, comienza cuando una vida se agita en su interior y una patadita juguetona le recuerda que ya no está sola.

Anónimo.



RESUMEN

A fin de contribuir con una maternidad segura y saludable, el presente trabajo académico a través de la psicoprofilaxis obstétrica, tiene por objeto educar y preparar a la mujer en el proceso de la gestación, ya que siendo considerada de alto riesgo obstétrico también puede desarrollar las sesiones dirigidas al caso.

El caso clínico se desarrolló en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, aplicándose la segunda sesión de psicoprofilaxis obstétrica correspondiente al caso de la paciente, que cursa con una gestación de 37 semanas y considerada de alto riesgo obstétrico por: presentar amenazas de aborto, amenaza de parto pretermino, tener antecedente de dos abortos y VIH positivo.

Dada la situación, observamos que la paciente al inicio de la sesión se mostró nerviosa y preocupada, básicamente por la enfermedad que presenta y las implicancias que podría tener en su niño por nacer luego del parto; sin embargo, al concluir la sesión se evidenció la tranquilidad y relajación de la paciente luego de ser educada y preparada para sobrellevar su embarazo, parto, puerperio y los cuidados que deberá tener con su recién nacido.

De esta manera obtenemos como resultado la efectividad de la aplicación de psicoprofilaxis en pacientes de alto riesgo obstétrico, y la importancia de educarlas y prepararlas sobre qué actitud deben tomar, ante situaciones de temor y estrés causadas por la complejidad del caso.

Palabras claves: Psicoprofilaxis Obstétrica – Alto riesgo obstétrico

ABSTRACT

In order to contribute to a safe and healthy motherhood, the present academic work through the obstetric psycho-prophylaxis, aims to educate and prepare the woman in the process of gestation, since being considered of high obstetric risk can also develop the sessions directed to the case.

The clinical case was developed in the Hospital Honorio Delgado Espinoza, applying the second session of obstetric psycho-prophylaxis corresponding to the case of the patient, who is pregnant with a pregnancy of 37 weeks and considered of high obstetric risk for: presenting threats of abortion, threat of childbirth preterm, having a history of two abortions and HIV positive.

Given the situation, we observed that the patient at the beginning of the session was nervous and worried, basically due to the illness she presents and the implications that could have on her unborn child after delivery; However, at the end of the session the tranquility and relaxation of the patient was evident after she was educated and prepared to cope with her pregnancy, delivery, puerperium and the care she should have with her newborn.

In this way we obtain as a result the effectiveness of the application of psycho-prophylaxis in patients of high obstetric risk, and the importance of educating them and preparing them on what attitude they should take, in situations of fear and stress caused by the complexity of their case.

Key words: Obstetric Psychoprofilaxis - High obstetric ris

INTRODUCCIÓN

La Psicoprofilaxis Obstétrica como herramienta fundamental en la atención integral, con certeza tiene un impacto relevante en la salud de las madres y bebés. Desde que el ilustre Profesor Doctor Roberto Caldeyro Barcia (Montevideo, 1921–1996), médico perinatólogo, impulsor y Director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP - OPS/OMS), Montevideo, Uruguay, demostró y difundió su valor, desde la década de los 70, no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos y perinatales que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica y que igualmente, beneficia al equipo de salud.

En un mundo globalizado, es necesario y conveniente uniformizar criterios, con la finalidad que el personal que integra el programa, pueda trabajar mejor, bajo los mismos conceptos, comprendiendo el mismo significado y objetivos de la psicoprofilaxis obstétrica, para lograr un trabajo en equipo, con calidad y de esta manera, conseguir el máximo beneficio para las madres, bebés y su entorno.

Todo ello, hace necesario que el sistema de salud cuente con un servicio de atención integral adaptado a esta situación especial, que de acuerdo a la clasificación de la Psicoprofilaxis Obstétrica en Situaciones Especiales, según ASPPO (Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica), reunirá condiciones personales, médicas y socio-culturales, las cuales por su naturaleza demandarán un programa de preparación integral especialmente dirigido para casos de riesgo obstétrico, 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.

INDICE GENERAL

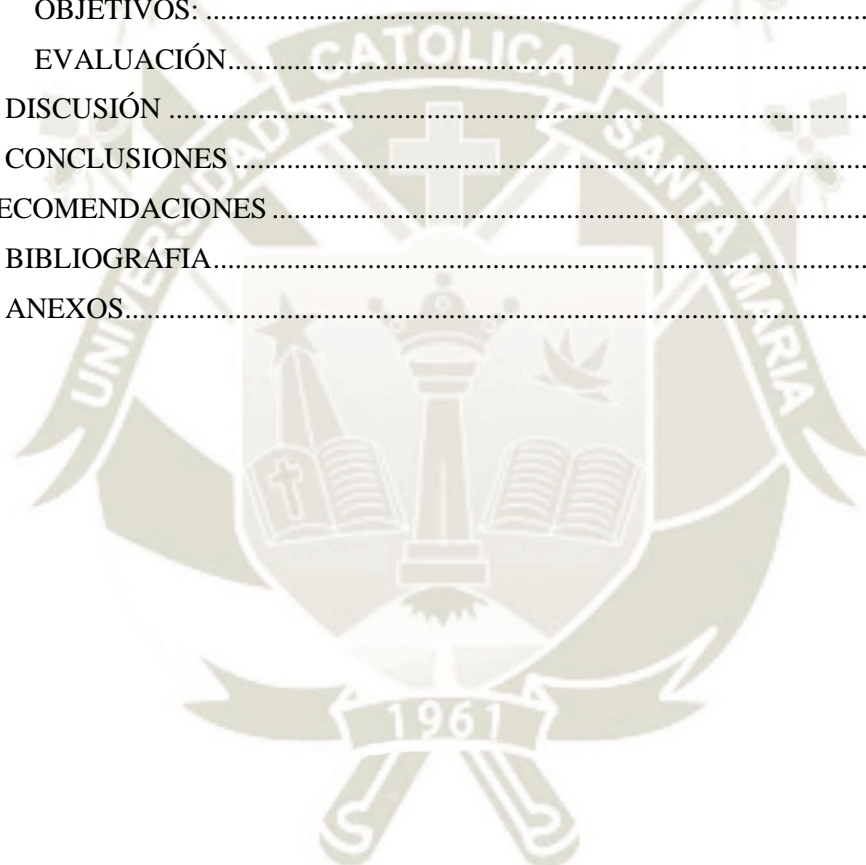
RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

I. MARCO CONCEPTUAL.....	1
1. DEFINICION DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (1)	1
2. IMPORTANCIA (1)	1
3. BASES CIENTIFICAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (1).....	1
4. BASES DOCTRINARIAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (2)	2
4.1. ESCUELA SOVIETICA: Platanov, Velvovsky, Nicolaiev	3
4.2. ESCUELA INGLESA: Granthy Dick Read. PARTO SIN TEMOR.	4
4.3. ESCUELA FRANCESA: Ferdinand Lamaze “PARTO INDOLORO”	6
4.4. ESCUELA ECLECTICA: FREDERICK LEBOYER, CAICEDO, GAVENSKY, Y OTROS (2).....	7
5. PSICOPROFILAXIS EN EL PERÚ (2)	8
5.1. DR. LUCIO CASTRO MEDINA	8
6. NORMA TÉCNICA DE PSICOPROFILAXIS – MINSA (12).....	9
6.1. OBJETIVOS	9
6.1.1. Objetivo general	9
6.1.2. Objetivos específicos.....	10
6.2. AMBITO DE APLICACIÓN.....	10
7. CONCEPTOS BÁSICOS (11)	10
8. CONCEPTOS GENERALES (3,4,5,6,7,8-9,10)	12
9. MÉTODOS Y TÉCNICAS (11)	13
10. MÉTODOS ALTERNATIVOS (11).....	14
11. REQUERIMIENTOS BÁSICOS (12)	15
11.1. RECURSOS HUMANOS	15
11.2. INFRAESTRUCTURA.....	16
12. DESCRIPCION DE PROCESOS (12)	16
12.1. PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA	16
12.1.1. OBJETIVO.....	16
12.1.2. BENEFICIOS.....	16
12.1.3. METODOLOGIA	17
13. VIH – SIDA EN EL EMBARAZO.....	20
13.1. DEFINICION DE VIH (13).....	20
13.2. DEFINICION DE SIDA (13).....	20
13.3. TRANSMISION DEL VERTICAL (14)	21

13.3.1. VIAS DE TRANSMISION DE LA MADRE AL HIJO (14)	21
13.4. CUIDADO PRENATAL (15).....	24
13.5. TRATAMIENTO EN EL EMBARAZO (15).....	25
II. MARCO METODOLÓGICO	27
1. DATOS GENERALES	27
1.1. DATOS DE LA PACIENTE Y OBSTETRICOS	27
1.2. CONFORMACION DEL GRUPO Y VALORACION DEL RIESGO OBSTETRICO DE LA GESTANTE.....	28
1.3. CONFIGURACIÓN METODOLÓGICA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	28
2. DESARROLLO DE LA SESIÓN DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.....	29
2.1. OBJETIVOS:	29
2.2. EVALUACIÓN.....	31
III. DISCUSIÓN	32
IV. CONCLUSIONES	33
V. RECOMENDACIONES	34
VI. BIBLIOGRAFIA.....	35
VII. ANEXOS.....	36



I. MARCO CONCEPTUAL

1. DEFINICION DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (1)

Según el MINISTERIO DE SALUD: "Es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal"

Es la preparación integral de la gestante para lograr un embarazo, parto y post parto sin temor y en las mejores condiciones.

Consta de una serie de sesiones teórico practicas con el fin de buscar el bienestar del binomio madre-hijo. Esta preparación se realiza educando a la gestante, estableciendo el aprendizaje y la adaptación a su nueva situación, además mitigando o eliminando emociones nocivas, angustia y tensión.

2. IMPORTANCIA (1)

La psicoprofilaxis obstétrica, tiene como objetivo la eliminación de los temores en la gestante, lo cual contribuirá con la disminución de la experiencia del dolor en el momento del parto y por ende en la disminución de las repercusiones negativas para la salud de la madre y el feto.

3. BASES CIENTIFICAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (1)

No hace muchos años, el prepararse para la llegada de un futuro hijo consistía simplemente en cuidar la alimentación y demás hábitos y esperar durante nueve meses hasta el momento del parto, sabiendo que el dolor que iba a acompañar dicho proceso iba a ser intenso.

En los últimos años esta situación ha cambiado ya que tanto los futuros padres y los profesionales de obstetricia nos hemos preocupado por abordar temas orientados a mejorar la salud materna, preparación física, psicológica y emocional para lograr la llegada de un hijo, y por adoptar una actitud positiva ante la nueva situación. Motivo por el cual se han reorientado los objetivos de los Programas de Psicoprofilaxis Obstétrica, de acorde al nuevo modelo de atención integral en salud (MAIS) que tiene como centro a la persona en todas sus dimensiones : biológicas, físicas, social, espirituales y psicologías y hoy la Psicoprofilaxis obstétrica es el conjunto de actividades, métodos y

técnicas ligadas a brindar atención integral a la mujer durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, con participación del padre y la familia.

La psicoprofilaxis Obstétrica, se considera mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al inicio. Con el tiempo se ha ido transformando en una profilaxis global para evitar los factores de riesgo del embarazo, el parto y puerperio; así como evitar riesgos en el feto y recién nacido.

Profilaxis: Deriva de la palabra “prevención” que viene:

Latín: “praevenire”, que quiere decir “adelantarse”

Griego: “prophylátto”, que significa “yo tomo precauciones”.

Por lo que Psicoprofilaxis significa: “prevenir o adelantar a la mente lo que va a ocurrir”. Los primeros métodos de psicoprofilaxis, apuntaron a mitigar el dolor, sin tener en cuenta que a la mujer le ocurren muchas otras cosas durante el embarazo y el parto, desde modificaciones en el cuerpo, hasta modificaciones en su psiquismo, que son totalmente normales, pero que despiertan nuevas sensaciones y emociones que hay que saber entender.

El avance de la ciencia y el progreso nos puso en contacto con muchos conocimientos por medio de los cuales podemos entender mejor los procesos biológicos y naturales que suceden en ese período tan hermoso que es el embarazo.

4. BASES DOCTRINARIAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (2)

Estudiosos de la Antropología Social observaron que hasta finales del siglo XIX, el interés del profesional de Obstetricia giraba solo alrededor del parto como proceso fisiológico.

Producto de la influencia cultural y de las ideas negativas acerca del parto y el desconocimiento de la mujer sobre el proceso en ella un estado de temor, angustia y tensión que la lleva a considerar el parto como doloroso.

Considerando al génesis del dolor y basados en estos conceptos se han considerado dos escuelas consideradas clásicas en la preparación para el parto:

- Escuela Soviética: que asigna mayor importancia a los reflejos condicionados
- Escuela Inglesa: que asigna mayor importancia al temor de la madre para enfrentar el parto

Estas escuelas clásicas sirvieron de base para la formación de nuevas escuelas consideradas eclécticas, que han ido incorporando métodos alternativos para la mejor atención en psicoprofilaxis obstétrica.

4.1. ESCUELA SOVIETICA: Platanov, Velvovsky, Nicolaiev

Postulado: El parto es un proceso fisiológico, en el cual los “dolores” no son congénitos y se les puede hacer desaparecer utilizando la palabra como estímulo condicionante.

La escuela soviética se desarrolló a partir del año 1923 utilizando medidas hipnosuggestivas para los “dolores del parto”; plantea que el dolor está condicionado por las referencias negativas y por la enseñanza a lo largo del tiempo, y que hay que desacondicionarlo por medio de la palabra, es decir educación especial de la mujer y la exclusión del dolor y del miedo, como resultado de una nueva actitud de la mujer hacia el parto.

El método se basa fundamentalmente en las investigaciones del fisiólogo ruso IVAN PAVLOV, sobre los:

- Reflejos condicionados: los cuales no aparecen espontáneamente se adquieren por el aprendizaje y la repetición;
- La aplicación terapéutica de la Hipnosis en general y para la analgesia del parto.

Los éxitos de la hipnosis habían demostrado que es posible obtener analgesia mediante sugestión verbal directa y eliminación del miedo, siendo aquí un periodo de transición hacia la psicoprofilaxis.

En 1936 Nicolaiev insiste en la importancia que tienen las consultas prenatales para modificar el psiquismo femenino, y se produce una toma de conciencia de la posibilidad de realizar la profilaxis del dolor y la necesidad de quitar el miedo.

A partir de esta época se comienza a sostener que la hipnosugestión es un método curativo antes que preventivo. Y el método psicoprofiláctico es creado con sus bases científicas, como sistema de medidas preventivas para la desaparición del dolor en el parto.

En 1947, los psiconeurólogos, Platonov, Velvovski y los obstetras Ploticher y Shugom, presentan en la ciudad de Kharkov el Sistema de “Psicoprofilaxis de los dolores del parto”

El método psicoprofiláctico perfectamente reglado y demostrado sobre bases científicas fue dado a conocer en 1951.

En 1956 cambia el nombre por “Preparación Psicoprofiláctica de las embarazadas para el parto”, a partir de la fecha el Ministerio de Salud Pública de Rusia hizo obligatoria la implantación del Curso de Preparación Psicoprofiláctica de las embarazadas para el parto en todas las maternidades y consultorios de la Unión Soviética y de forma paralela adoptado en la República de China.

Metodología:

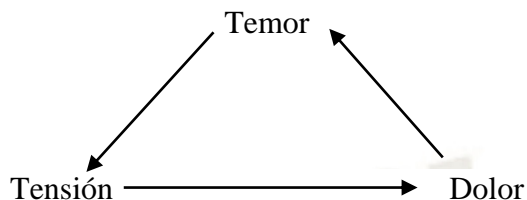
- a) Controles prenatales frecuentes (12 a 16), la preparación psicoprofiláctica se inicia a las 32 semanas.
- b) Se desarrolla en 06 sesiones una cada semana incluyendo en cada sesión exámenes médicos y obstétricos.
- c) Creación de nueva actitud de la embarazada hacia el parto (emociones positivas, alegría y satisfacción por la maternidad). Reemplazo de reflejos condicionados negativos por reflejos condicionados positivos.
- d) Se deben disipar los temores relacionados con el parto, reforzando el reflejo condicionado parto = contracción = respiración y relajación.
- e) Enseñanza de conocimientos generales de anatomía, fisiología, el mecanismo del parto, el parto, puerperio y atención del recién nacido.
- f) Lucha contra la pasividad de la mujer, que sufre sin reaccionar, sobre todo cuando ignora todo lo referente a su parto. Esta pasividad es sustituida por plena actividad (respiración, relajación, etc.).
- g) La parte práctica de método incluye la enseñanza de la respiración rítmica, masaje y maniobras de presión en las espinas iliacas anteriores.

4.2. ESCUELA INGLESA: Granthy Dick Read. PARTO SIN TEMOR.

Postulado: “El temor es el principal agente productor del dolor en el parto”

La escuela inglesa tuvo como máximo representante al médico inglés, Granthy Dick Read, considerado como el verdadero precursor de la psicoprofilaxis obstétrica, constato la existencia de un círculo vicioso “Miedo, temor – tensión – dolor”; siendo el miedo la primera causa del sufrimiento durante el parto, del que la mujer solo podría liberarse mediante una preparación previa y una asistencia adecuada desde el punto de vista técnico y psicológico.

Siendo clásico el esquema establece la triada (temor – tensión – dolor) que dibuja un triángulo círculo vicioso en el que el ángulo promotor es el temor, que origina después la tensión, y esta se expresa orgánicamente en forma de dolor. El temor surge ante una situación que frecuentemente hemos asociado con el peligro o con el dolor.



El organismo reacciona de diferentes maneras ante los fenómenos que pueden, implicar peligro, y una de ellas es aumento de la tensión tanto psíquica como física. Se sabe que la tensión mantenida, en un músculo, por ejemplo, puede llegar a ser dolorosa.

Read explicaba que los cambios que ocurren en la mujer al comienzo del parto; mediante su famoso círculo vicioso y basándose en ellos intenta anular las influencias negativas de esos tres componentes, asegurando que el temor al parto se puede combatir por medio de la educación, del conocimiento y comprensión de todos los procesos biológicos que ocurren en el organismo de la mujer: durante el embarazo, parto y puerperio, si bien es cierto no va conseguir experiencia pero si va a facilitar que físicamente no resute un fenómeno desconocido y aparezca de cierta forma familiar.

Read en 1933 publica su libro “Parto natural”, y en 1942 denominó “Parto sin Temor”.

Metodología:

El método constaba de instrucción en anatomía y fisiología, ejercicios gimnásticos prenatales y la técnica de relajación neuromuscular progresiva propuesta por Jacobson.

El método le dio gran importancia a la relación personal entre el ginecólogo y la embarazada.

Establece una jerarquía en orden de importancia. Educación-Respiración-Relajación-Gimnasia.

Considerada que la respiración es importante para el mejoramiento del estado general de la embarazada. Significa mayor ingreso de oxígeno para la madre y el feto.

La preparación física es sumamente importante, porque permite el reforzamiento de grupos musculares necesarios para el expulsivo.

Las clases sobre el trabajo de parto (dilatación, expulsión, alumbramiento) se proporcionan a las 33 o 35 semanas.

La preparación de la gestante consta de cuatro elementos:

Educación

Correcta respiración

Relajación

Gimnasia (Read introduce la preparación física)

4.3. ESCUELA FRANCESA: Ferdinand Lamaze “PARTO INDOLORO”

Postulado: La respiración “indolorizante”

La escuela francesa se desarrolló desde el año 1952 siendo su principal representante el ginecólogo francés Ferdinand Lamaze, quien viaja a Rusia en el año 1951 al lado de Nicolaiev y queda muy impresionado con la tranquilidad que tenían su parto las mujeres psicoprofilacticamente educadas.

De a regreso Francia introduce el método soviético y lo aplica en una pequeña maternidad de Paris, la maternidad del Policlínico Metalúrgico “Pierre Rouqués”, donde se ocupa durante 01 año de adiestrar a todo el personal, desde quienes en la portería reciben a la mujer hasta médicos y parteras.

En colaboración con el Dr. Pierre publica su primera obra “Parto sin dolor por el método psicoprofiláctico” difundiéndose la psicoprofilaxis obstétrica en Europa Occidental y América Latina, como técnica del parto indoloro y con modificaciones sobre todo en la metodología respiratoria.

Metodología:

- a) Recomienda 07 clases teórico practico.
- b) Antes de los 5 cm de dilatación se realiza respiraciones lentas y profundas.
- c) A partir de 5cm de dilatación se utiliza una respiración acelerada superficial y asociada a masajes suaves sobre la piel del hipogastrio.

- d) Se realizan ejercicios de control y reposo muscular. Las sesiones de relajación muscular pueden realizarse hasta en 12 clases.
- e) Hasta los 5cm, la paciente tiene mayor libertad para trabajos manuales, juegos, etc. Debe suspender con cada contracción, para aplicar relajamiento muscular y respiración lenta y profunda.
- f) La paciente se mantiene informada en todo instante. Como elementos terapéuticos utilizaron el oxígeno, el cardiazol y la glucosa como profilaxis y terapia de la asfixia intrauterina del feto.
- g) Los cursos son colectivos desde la primera sesión y agrupan de 10 a 12 mujeres.
- h) El curso comprende una conferencia preliminar para las parejas y siete conferencias para las gestantes.

4.4. ESCUELA ECLECTICA: FREDERICK LEBOYER, CAICEDO, GAVENSKY, Y OTROS (2)

Ecléctico: Individuo o escuela que profesa el eclecticismo, es decir que escoge de cada sistema, teoría, método, etc. lo mejor o verdadero.

FREDERICK LEBOYER

Postulado: “Parto sin dolor – Parto sin violencia”

Las primeras referencias del agua como un recurso para atenuar los efectos traumáticos del parto, fueron dados por el médico francés Frederick Leboyer, en 1975 iniciando una revolución imparable.

En su libro “Pour une naissance sans violence” (“Por un parto sin violencia”), Leboyer, hace un análisis exhaustivo, de “aquellos procedimientos obstétricos”, que resultan injuriosos para el recién nacido, sugiriendo entre otras cosas, sumergir al bebe en agua tibia inmediatamente después de su nacimiento, para amortiguar el shock que resulta del cambio brusco de temperatura, luz, sonidos, etc. Ofreciéndole por unos minutos un medio semejante al intraútero.

El Dr. Leboyer piensa que él bebe no debe entrar en contacto con otro material que no sea la piel humana. Lo ideal es colocar al bebe boca abajo sobre el abdomen de la madre y rodearlo con sus brazos. Se ha demostrado experimentalmente, aunque no lo ha hecho Leboyer, que este es un medio mucho más afectivo para conservar el calor del bebe que los calentadores artificiales. La investigación ha demostrado que el recién nacido puede expulsar más fácilmente la mucosidad de las vías respiratorias

cuando se encuentra boca abajo sobre el abdomen de la madre, que cuando se utiliza el tubo de succión. Leboyer sugiere también que las cortinas y las persianas de la sala de partos estén cerradas y que la luz sea mínima.

Metodología:

- a) Preparación adecuada de la mujer, para el parto.
- b) Atención del parto por personal obstétrico entrenado fondo musical suave, lenguaje a media voz, evitando ruidos innecesarios, ambiente tibio para el recién nacido.
- c) Inmediatamente después de la salida del niño y antes de cortar el cordón umbilical, introducirlo en un recipiente de agua tibia.
- d) Favoreció el momento adecuado, para el encuentro padre-madre-hijo.

RICARDO V. GAVENSKY

Medico argentino que recoge los principios de la escuela rusa, inglesa y francesa y los introduce masivamente en Argentina, los fundamentos y metodología de la preparación psicofísica para el parto.

En 1953/1955 Gavensky publica su libro “Parto sin Temor, Parto sin Dolor”, donde ambos métodos son diferenciados y fusionados al mismo tiempo, y por primera vez se hace alusión a las “deformaciones del método”, que luego en su libro “Psicoprofilaxis Obstétrica” (1967) vuelve a mencionar atribuyendo a las “preparaciones incorrectas” la declinación de los resultados.

Metodología:

- a) Precisa su propia metodología.
- b) Da a la psicoprofilaxis un enfoque más amplio, conectándolo con otras ramas de la medicina.
- c) Aporta nociones de psicología, de psicopatología y de hipnosis.

5. PSICOPROFILAXIS EN EL PERÚ (2)

5.1. DR. LUCIO CASTRO MEDINA

Medico peruano profesor de fisiología humana, de farmacología obstétrica y de psicoprofilaxis obstétrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos (1960).

Postulado: Refiere nociones sobre el dolor en general y del parto en particular, sobre los muy importantes reflejos condicionados para evitar con sencillez las complicaciones subjetivas que pudieran sobrevenir al final del parto.

Realizó muchas investigaciones en el campo de la medicina psicosomática aplicado a la obstetricia, escribiendo entre otras obras “Educación maternológica” considerada como la primicia de esos tiempos.

Metodología:

- a) Trata mediante las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica de formar conciencia en las madres a fin de prepararse para el parto natural y su progreso feliz, sin angustia, desesperación y el dolor que la vida moderna produce.
- b) Se prioriza la anatomía y la fisiología del aparato genital femenino, trabajo de parto, parto, puerperio, lactancia, higiene, puericultura, dietética, psicología y logoterapia elemental para la gestante.
- c) Utiliza métodos físicos como la Kinesiología Obstétrica y reflexología.
- d) El curso se realiza en 8 sesiones disipando las dudas y temores que las embarazadas tienen sobre el parto.
- e) Enseñanza de ejercicios de respiración y relajación, estableciendo la respiración jadeante para aliviar el dolor en el periodo expulsivo. (2)

6. NORMA TÉCNICA DE PSICOPROFILAXIS – MINSA (12)

Mediante Resolución Ministerial N°361-2011/MINSA, el Ministerio de Salud aprueba la “Guía Técnica para la Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal” dicha normatividad tiene como finalidad contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, mejorando la calidad de atención de la gestante y el recién nacido a través de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal en los establecimientos de salud.

6.1. OBJETIVOS

6.1.1. Objetivo general

Estandarizar las actividades de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, aplicándolas en sesiones teórico-prácticas, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos que contribuyan al logro de una maternidad saludable y segura.

6.1.2. Objetivos específicos

- a) Estandarizar los elementos conceptuales y metodológicos de los procesos de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal.
- b) Establecer el contenido de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, adecuándolo al contexto intercultural.
- c) Contribuir a mejorar los procesos de calidad de atención de la gestante, incorporando la participación activa de la pareja, familia y comunidad.
- d) Establecer las pautas para el monitoreo y evaluación de las actividades de la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal.

6.2. AMBITO DE APLICACIÓN

Lo establecido en la presente Guía Técnica de Salud es de aplicación en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional. Los demás establecimientos del sector (Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Clínicas y Otro del sub sector privado) pueden aplicarla o tomarla de referencia para la elaboración de sus propias guías.

7. CONCEPTOS BÁSICOS (11)

- **Psicoprofilaxis obstétrica (PPO):** 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.
- **PPO Prenatal (PPO-PN):** Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación. El mejor momento para iniciarla es entre el quinto y sexto mes prenatal; Sin embargo, hay que tener presente que nunca es tarde para realizarla.
- **PPO Intranatal (PPO-IN):** Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante el trabajo de parto. Por el período en que se realiza, priorizará la información técnica de ayuda a la madre y persona que le brinde el

acompañamiento, enfocado hacia una respuesta adecuada durante la labor. También es denominada PPO de emergencia.

- **PPO Postnatal (PPO-PTN):** Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda después del parto. Por lo general se da durante el período de puerperio mediato, pudiendo ampliarse hasta los primeros meses del período de lactancia exclusiva. Su finalidad es lograr la recuperación y reincorporación óptima de la madre promoviendo cuidados en su salud sexual y reproductiva.
- **Psicoprofilaxis de emergencia (PPO-EM):** Es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Es importante la adaptación de un programa o sesión intensiva teniendo en cuenta las prioridades. Busca esencialmente la tranquilidad, colaboración y participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La principal herramienta de la psicoprofilaxis de emergencia proviene de la escuela soviética ya que busca el "automatismo de la respuesta condicionada" para facilitar una mejor actitud, rol activo y experiencia obstétrica en la madre.
- **Psicoprofilaxis Obstétrica en situaciones especiales (PPO-SE):** Preparación prenatal integral que se da a las gestantes cuya gestación no reúne las condiciones normales y/o ideales, por lo que de acuerdo con cada situación especial (SE), requerirá una atención basada en las necesidades específicas de cada madre. Por su origen, la SE puede ser de tipo personal, médica o sociocultural.
- **Preparación física (PF):** Entrenamiento que se brinda a la gestante de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que obtenga beneficios corporales y mentales. La prepara para lograr una gestación, parto y recuperación en mejores condiciones. Ésta puede ser a través de ejercicios gestacionales, técnicas de actividad respiratoria, técnicas de relajación neuromuscular, posiciones antálgicas y/o masajes localizados, entre otros.
- **Preparación psicoafectiva (P-PA):** Apoyo emocional que se brinda a la gestante/pareja gestante, permitiéndole disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas, logrando en ellos tranquilidad, seguridad y bienestar permanentes. Ayuda también en el proceso de desligar el fenómeno de temor – tensión – dolor. La preparación psicoafectiva circunscribe la Estimulación Prenatal.
- **Preparación teórica (PT):** Información real y oportuna que se brinda a la gestante para que conozca y entienda aspectos relacionados con su jornada obstétrica, lo cual

la ayuda a tener tranquilidad y seguridad, empoderándola respecto de los cuidados de salud y generando en ella una cultura de prevención.

8. CONCEPTOS GENERALES (3,4,5,6,7,8-9,10)

- **Gestante:** Mujer en estado de gravidez, desde la fecundación hasta el parto.
- **Factores de riesgo:** Característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de probabilidades de padecer el daño, por ejemplo: la desnutrición en la gestante condiciona entre otras, niños de bajo peso al nacer, anemia materna; por lo tanto, la mal nutrición es un factor de riesgo que se asocia a patologías tanto materna como neonatales, resulta así ser un factor asociado que aumenta la probabilidad del daño.
- **Equipo didáctico básico de Psicoprofilaxis Obstétrica (KIT-PPO):** Denominado también Kit de Psicoprofilaxis Obstétrica, es el conjunto de herramientas, piezas, objetos o productos que constituyen el material didáctico básico para facilitar la sesión de PPO. Está constituido por una colchoneta, dos almohadas y un cojín.
- **Gimnasia gestacional (GG):** Actividad física a través de ejercicios gestacionales(EG) y movimientos generales y/o localizados que realiza la gestante para lograr bienestar general, entre ellos: refuerzo de músculos, elasticidad de tejidos, flexibilidad de articulaciones, mejor oxigenación tanto pulmonar como celular, comodidad, entre otros. La gimnasia gestacional se debe realizar con prudencia y de acuerdo a las condiciones de la gestante.
- **Movimiento (Mv):** Cambio de posición del cuerpo o alguna zona del cuerpo respecto de una postura anterior.
- **Posición inicial (PI):** Manera de acomodarse físicamente o postura adoptada antes de iniciar un movimiento, ejercicio o técnica.
- **Posiciones aconsejables (PAc):** Posturas recomendables para la madre por prevenir y reducir dificultades, incomodidades o perjuicios durante la evolución de su gestación.
- **Posiciones antálgicas (PAn):** Posturas que reducen las molestias, incomodidad o dolor en el cuerpo o algunas de sus partes.
- **Posiciones prohibidas (PPh):** Posturas no recomendables para la madre por sus probables riesgos o perjuicios.

- **Sesión de PPO (S#):** Unidad de medida de cada atención de un programa de PPO en la cual se desarrolla el contenido de la preparación integral a la gestante/pareja gestante. Se denomina también: Consulta de PPO, dado que implica un diagnóstico obstétrico y un tratamiento de PPO individualizado de acuerdo a las condiciones exhaustivas de cada gestante.

9. MÉTODOS Y TÉCNICAS (11)

- **Técnicas de relajación (TRj):** Son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda o progresiva (técnica de Jacobson y Shultz), utilizadas como técnicas básicas en sofrología, para un mejor autocontrol de las molestias.
- **Técnicas de respiración (TRs):** Son las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación pulmonar, la que a su vez mejora la oxigenación celular en la madre y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante o parturienta, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto.
- **Técnicas de vinculación prenatal (TVpn):** Acciones o dinámicas que buscan propiciar el lazo afectivo en la gestante/pareja gestante respecto de la llegada de su hijo o hija, para ésta sea asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto.
- **Calistenia (Cl):** Movimientos suaves, rítmicos y progresivos que se utilizan en especial al inicio de la preparación física de la gestante con la finalidad que logre un estiramiento natural para una mayor comodidad, elasticidad y flexibilidad durante los movimientos del entrenamiento físico.
- **Visualización:** Procedimiento mediante el cual se crea mentalmente imágenes construidas en base a la motivación y pensamientos especialmente durante la relajación, para lograr un estado emocional más agradable, placentero y reconfortante.

10. MÉTODOS ALTERNATIVOS (11)

- **Aromaterapia:**

Es un método alternativo mediante el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, estado que beneficia al bebé.

- **Esferodinamia:**

Es una modalidad de entrenamiento físico con el uso de una esfera o pelota de plástico inflada con aire, con la finalidad de facilitar algunos movimientos y posturas que faciliten la preparación física prenatal y postnatal en la madre.

- **Cromoterapia:**

Es el tratamiento de diferentes patologías utilizando como agente físico terapéutico la interacción de longitudes de onda en regiones seleccionadas del espectro electromagnético con los sistemas biológicos. Las regiones de interés son la ultravioleta cercana, visible e infrarrojo cercano, que constituyen las radiaciones electromagnéticas no ionizantes.

- **Masoterapia:**

Es un método alternativo mediante el uso de manipulaciones de los tejidos blandos del cuerpo ejercida especialmente con las manos, como modo más eficaz, cuya finalidad es lograr principalmente el alivio de molestias, relajación, mejorar la circulación y oxigenación, además de favorecer un descanso adecuado, el estado emocional y la disminución de la fatiga tanto física como emocional en la gestante o puerpera.

- **Matronatación Prenatal:**

Es el uso del agua como recurso para facilitar la preparación prenatal, en especial en el área física, y que, por sus características y beneficios, como la disminución de la gravedad, facilita los movimientos, flexibilidad y reduce el esfuerzo físico, asimismo, por el efecto de hidromasaje homogéneo en todo el cuerpo de la gestante, reduce molestias y genera sensación de bienestar integral, entre muchos otros beneficios. La matronatación, hay que indicarla con criterio clínico, considerando sus contraindicaciones relativas y absolutas.

- **Musicoterapia:**

Es un método alternativo terapéutico mediante el uso de estructuras musicales, tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación durante la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, logrando así un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante o púérpera y su pareja durante su preparación.

- **Sofrología:**

Es una escuela científica que estudia la conciencia, sus modificaciones y los medios físicos, químicos o psicológicos susceptibles de modificarla, con una finalidad terapéutica, profiláctica o pedagógica en medicina.

11. REQUERIMIENTOS BÁSICOS (12)

11.1. RECURSOS HUMANOS

Las actividades de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal son realizados por profesional de la salud obstetrix/obstetra.

En los establecimientos FONP se considera al mismo profesional obstetrix/obstetra que realiza las actividades de salud materna y perinatal.

En los establecimientos FONB se requiere de profesionales obstetrix/obstetra a dedicación exclusiva para las actividades de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, brindando atención diferenciada a las adolescentes.

En los establecimientos FONE y FONI se requiere de profesionales obstetrix/obstetra a dedicación exclusiva para cada una de las 2 áreas: psicoprofilaxis obstétrica y

estimulación prenatal, las que a su vez brindaran atención diferenciada para adolescentes. Cada área debe elaborar su guía técnica adecuada al nivel de atención.

11.2. INFRAESTRUCTURA

Los establecimientos FONP pueden adecuar los espacios con los que cuenta de acuerdo a la infraestructura, asegurando la comodidad y privacidad a las usuarias y sus familiares en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.

Los establecimientos FONB, FONE y FONI requieren de un ambiente exclusivo y adecuado a las necesidades según su capacidad resolutive a fin de cumplir con las actividades de psicoprofilaxis obstétrica y las actividades de estimulación prenatal.

Los ambientes deben ser amplios, iluminados, ventilados. contar con servicios higiénicos y adecuados a las necesidades de la actividad a realizar.

12. DESCRIPCION DE PROCESOS (12)

12.1. PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

12.1.1. OBJETIVO

Preparar a la gestante física, psicológica y socialmente a través, de actividades educativas, para lograr en ella conocimientos y actitudes adecuadas que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, postparto y lactancia.

Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica acorde él los factores de riesgo.

12.1.2. BENEFICIOS

- Menor grado de ansiedad en la madre. permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes.
- Mayor posibilidad de ingresar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto evitando innecesarias y repetidas evaluaciones previas.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva,
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor

- Menor uso de fármacos en general
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto.
- Ampliará las posibilidades de gozar de la participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto,
- Menor incidencia de partos por cesárea y partos instrumentados.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Mejora la lactancia sin complicaciones.
- Menor incidencia de depresiones post parto.

12.1.3. METODOLOGIA

DE LA ORGANIZACIÓN

- Profesional obstetrix/obstetra uniformada e identificado: polo blanco, pantalón buzo guinda y zapatillas o balerinas.
- Verificar que no haya pasado más de 1 hora en que la gestante ro ha ingerido alimentos
- Contar con los instrumentos necesarios para la psicoprofilaxis obstétrica con adecuación intercultural.
- Las sesiones pueden ser individuales e en grupo máximo de 10 personas.
- Las sesiones se brindan semanalmente hasta completar el mínimo de 06 sesiones en total.
- De preferencia las sesiones deben ser sucesivas y continuas, mas no es exigencia para la culminación de las mismas.
- Se debe reprogramar las sesiones faltantes, de no haber podido asistir a las mismas, de ser el caso.
- Las gestantes que acuden en el último trimestre. deben recibir un mínimo de tres sesiones.
- La actividad se realiza a través de sesiones teórico-prácticas, incluyendo la gimnasia obstétrica.
- La captación de las gestantes se realizará a través de los consultorios prenatales a partir de las 20 semanas de gestación.
- La selección de grupos se realizará teniendo en cuenta las antecedentes o factores de riesgo.

- Se otorgará a cada gestante una tarjeta de identificación, asistencia, y controles especiales.
- Contar con un formato de seguimiento postnatal donde se registrará la evaluación de los resultados, objetivando los beneficios e impacto de la actividad.
- En los establecimientos FONP, las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal se realizarán el mismo día, respetando la metodología para cada una de las actividades.

DE LAS SESIONES

- **Sesión 1: Cambios durante el embarazo y signos de alarma**

Conceptos básicos:

- Anatomía y fisiología del Aparato Reproductor
 - Menstruación, ovulación, fecundación, nidación, placentación y desarrollo fetal.
 - Cambios fisiológicos y emocionales en el embarazo.
 - Importancia y beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica.
 - Signos y síntomas de alarma.
- **Sesión 2: Atención prenatal y autocuidado**
 - Atención Prenatal: importancia (periodicidad, ex. Auxiliares, etc.)
 - Plan de parto con enfoque intercultural.
 - Derechos y responsabilidad compartida
 - VBG
 - Nutrición y alimentación suplementación de hierro y ácido fólico, revalorar alimentos locales. No drogas, alcohol, tabaco.
 - Cuidado durante el embarazo (preparación de pezones, higiene, recreación y descanso, RS, Mitos-creencias-costumbre.
 - **Sesión 3: Fisiología del parto**
 - Contracción uterina, relación temor-dolor
 - Inicio de labor de parto y signos de alarma.
 - Métodos naturales de control del dolor
 - Rol de la gestante, pareja y familia
 - Mitos, creencias y costumbres

- **Sesión 4: Atención del parto y contacto precoz**

- Tipos de parto:

Fisiológico: horizontal y vertical

Cesárea.

- Posturas para el parto:

Posición horizontal

Posición vertical y sus variedades

Posición instintiva

- Importancia y tipos de la relajación y la respiración.

Relajación: activo, pasiva, imaginación/visualización.

Respiración: superficial, profunda, jadeo durante la dilatación y el expulsivo.

- **Sesión 5: Puerperio y recién nacido**

- Cuidados en el puerperio (Normal y pos cesárea)

- Signos de alarma durante el puerperio

- Signos de alarma en el recién nacido.

- El baño y masajes en el recién nacido.

- Rol de la pareja y la familia como soporte emocional durante el puerperio y en la atención del recién nacido.

- Sexualidad en el puerperio.

- Maternidad y paternidad responsable, planificación familiar.

- Lactancia materna (técnicas, beneficios)

- Cambios psicológicos

- **Sesión 6: Reconocimiento de los ambientes**

- Visita guiada: Recorrido del área física integrando el proceso del parto vaginal o por cesárea, incluir exteriores de sala de operaciones y sala del recién nacido.

Alternativa visualización de video: Responder preguntas y orientación de referencia.

- Retroalimentación y satisfacción del usuario.

- Repaso de las rutinas anteriores.

13. VIH – SIDA EN EL EMBARAZO

13.1. DEFINICION DE VIH (13)

VIH es el nombre del virus que ataca el sistema inmunológico del cuerpo (las defensas).

V - Virus: esta es una partícula pequeña que causa la infección y se apodera de otras células para crecer y esparcirse.

I - Inmunodeficiencia: este virus debilita el sistema inmunológico y le dificulta la tarea de proteger el cuerpo contra bacterias, virus u otros gérmenes.

H - Humana: este virus en particular se encuentra solo en humanos.

El sistema inmunológico del cuerpo no puede combatir el VIH por sí solo. Para eso necesita la ayuda de medicamentos. Sin ellos, el VIH daña el sistema inmunológico y va produciendo daños más graves con el tiempo. En este punto, el VIH avanza y se convierte en SIDA.

13.2. DEFINICION DE SIDA (13)

El SIDA es la etapa avanzada de la infección del VIH, cuando el sistema inmunológico del cuerpo se daña. Las células inmunes (glóbulos blancos) son tan escasas que ya no pueden combatir las infecciones graves y algunos tipos de cáncer. Con frecuencia las personas con SIDA están gravemente enfermas y necesitan tratamientos médicos para evitar la muerte.

S- Síndrome: muchos síntomas comunes a una enfermedad específica.

I - Inmuno: afecta a las células y órganos del sistema inmunológico (el sistema del cuerpo que combate las infecciones).

D - Deficiencia: el sistema inmunológico del cuerpo no funciona bien, lo que lo pone en riesgo de contraer otras infecciones y algunos tipos de cáncer.

A - Adquirida: la infección después de estar expuesto al VIH a través de los fluidos corporales de una persona, en general sangre o fluidos sexuales como el semen. El VIH también puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo, el parto y la lactancia. Pero no es una enfermedad genética (no es de carácter hereditario).

13.3. TRANSMISION DEL VERTICAL (14)

Entendemos por transmisión vertical el paso del virus desde la madre seropositiva (es decir, infectada) al hijo. Aunque el 100% de los niños con anticuerpos frente al VIH (la IgG de la madre atraviesa la placenta y da

un resultado positivo en las pruebas serológicas de diagnóstico del SIDA), sólo de un 13 a un 40% están realmente infectados y a la larga desarrollarán la enfermedad. Esta enorme disparidad en los datos se debe fundamentalmente a dos motivos: diversidad metodológica en los estudios y heterogeneidad de las poblaciones estudiadas. Los trabajos con seguimientos cortos dan prevalencias más elevadas, puesto que muchos niños no infectados tardan más de 12 meses en perder los anticuerpos recibidos de la madre. La población estudiada también tiene gran importancia, ya que las condiciones sociales, higiénicas y raciales influyen en la transmisión. Así, por ejemplo, las tasas de transmisión son menores en Europa que en USA y son mucho más altas en África, continente que alcanza ese 40% de recién nacidos infectados. En este hecho influye de manera significativa (entre otros) la lactancia materna, de la que luego nos ocuparemos.

Es ya clásico un amplio estudio, llevado a cabo en diez grandes hospitales europeos (tres de ellos de nuestro país), en el que fueron controlados de forma prospectiva 600 hijos de madres VIH +. Tras un seguimiento largo,

superior a los 2 años, se constató que sólo en un 12,9% de los casos había transmisión del virus de la madre al niño. En todos los hospitales participantes la tasa de contagio no difería significativamente del porcentaje global alcanzado. No se registró ningún caso de la llamada "embriopatía asociada al VIH".

El Hospital del Mar de Barcelona ha hecho público que, en su experiencia, sólo un 10% de los niños nacidos de madres seropositivas desarrollan la enfermedad. En el Hospital Clinic Provincial de Barcelona esta cifra sube al 16%. Estos son los datos que podemos manejar en nuestro país. Al analizar los estudios publicados sobre este tema es importante evaluar el rigor del diseño y la metodología empleada antes de aceptar ciegamente un nuevo porcentaje.

13.3.1. VIAS DE TRANSMISION DE LA MADRE AL HIJO (14)

Los caminos por los que el virus de la inmunodeficiencia humana puede llegar desde la madre al niño:

INTRAUTERO: transplacentaria precoz y tardía

CANAL DE PARTO:

- Parto vaginal
- Cesarea (generalmente con bolsa rota)

POSPARTO:

- Lactancia Materna
- Contacto con la sangre de la madre
- Transfusiones

13.3.1.1. VIA TRAS PLACENTARIA

Inicialmente fue considerada como la principal vía de contagio, e incluso se llegó a describir un cuadro malformativo (embriopatía) que se atribuyó a la infección prenatal, en los primeros meses de gestación, por el propio VIH. La presencia del virus en tejidos fetales obtenidos en abortos "terapéuticos" parecía apoyar esta hipótesis. Sin embargo, varios hechos cuestionan esta posibilidad:

- Muy pocos recién nacidos presentan signos de infección intrauterina.
- Estudios posteriores en fetos abortados, aplicando criterios microbiológicos estrictos (para diferenciar contaminación de infección), no consiguen documentar la presencia del VIH.
- La menor frecuencia de infección por el virus en el segundo gemelo nacido por parto vaginal y / o por cesárea.
- La ausencia de transmisión trasplacentaria de la mayoría de las cepas del SIV (simian immunodeficiency virus), un virus con características biológicas muy similares al VIH.
- La fetopatía, inicialmente atribuida al VIH, puede explicarse por la propia drogadicción e ingesta de múltiples fármacos que suele ser la norma en muchas de las madres seropositivas. Por otra parte, es posible que muchos fetos infectados precozmente terminen en abortos espontáneos, pero tampoco sobre este extremo existe unanimidad.

De todas formas, teóricamente no es imposible que el VIH atraviese la placenta. Además, algunos niños, que evolucionan muy rápidamente hacia el

SIDA, presentan marcadores virales positivos (PCR) en sangre periférica en los primeros días del nacimiento. Por ello la mayoría de los autores continúa considerando esta posibilidad.

13.3.1.2. TRANSMISIÓN INTRAPARTO

En más del 70% de los casos la transmisión del virus de la madre al hijo ocurre durante el trabajo del parto. El VIH está presente en las secreciones y en la sangre que el niño encuentra a su paso en el canal vaginal; el contacto con estas sustancias, su aspiración y deglución pueden ser determinantes en la adquisición de la infección. Este hecho es similar a lo que ocurre con el virus de la hepatitis B (HBV) -muy parecido al VIH en sus mecanismos de transmisión- y el virus herpes simple (entre otros), que infectan al recién nacido por esta vía.

La menor frecuencia de infección en niños nacidos por cesárea, y los últimos trabajos sobre la eficacia del AZT, avalan la importancia de la transmisión intraparto.

Varios estudios han mostrado una reducción del 30 al 51 % del riesgo de transmisión del VIH-1 a los niños nacidos mediante cesárea. Para establecer la eficacia de la cesárea electiva, y si debe recomendarse de manera rutinaria a estas enfermas, se ha iniciado un estudio multicéntrico en Europa que concluirá próximamente.

13.3.1.3. LACTANCIA MATERNA

El virus de la inmunodeficiencia humana ha sido encontrado de forma libre en la leche materna y en el calostro, especialmente en su fracción celular compuesta por células mononucleadas e histiocitos. La situación de aclorhidria (falta de jugo gástrico que impide la inactivación del VIH por un pH ácido), y la inmadurez inmunológica de las células intestinales del recién nacido, facilitan el paso del virus desde la luz intestinal a la circulación sanguínea. Trabajos en Ruanda y Abidjan han demostrado que el virus puede ser eficazmente transmitido al recién nacido a través de la lactancia materna hasta en un 20% de los casos. En el momento actual se desaconseja la lactancia natural en las madres seropositivas en aquellos países donde ésta pueda ser sustituida por una alimentación artificial eficaz. En el Tercer

Mundo esta medida es inviable, pues equivaldría a un aumento inaceptable de la mortalidad infantil

13.4. CUIDADO PRENATAL (15)

La atención médica que se recibe durante el embarazo se llama cuidado prenatal, en él se debe asesorar a la mujer sobre su estado. En el caso concreto de la gestante seropositiva es importante tener en cuenta todos los aspectos relacionados con la enfermedad, la medicación y los estudios que han de hacerse durante el periodo de gestación. Pero también es importante que la embarazada tenga nociones sobre los cambios en la nutrición, el ejercicio o el estilo de vida, como ocurre con todas las mujeres embarazadas.

Los tres primeros meses son especialmente importantes por se el periodo de desarrollo de los órganos del niño. Una etapa en la que infecciones, fármacos o exposición a agentes nocivos pueden alterar el mismo.

Consideraciones que se deben tener en cuenta por trimestre:

Primer trimestre:

- Se deben realizar los exámenes prenatales habituales que se hacen a todas las mujeres embarazadas y que incluyen analítica básica con estudio de coagulación, serologías de otros virus o parásitos (rubéola, toxoplasma, sífilis, estreptococo), pruebas para detectar la presencia de enfermedades de transmisión sexual o hepatitis. También se hará un examen ginecológico, incluyendo citología. Además, se debe tomar la tensión y el peso.
- Por otro lado, se deberán hacer recuentos de células CD4+ y de la carga viral, para poder así evaluar la actividad del virus del VIH durante el embarazo.
- Se deben tomar suplementos de ácido fólico desde el primer momento del embarazo (si es un embarazo planificado se puede empezar a tomar incluso antes del mismo). Abandonar el tabaco y el alcohol si procede. Se consultará sobre el riesgo/beneficio de continuar con algunos de los medicamentos que la mujer estuviera tomando (deben mantenerse sólo cuando los fármacos sean imprescindibles o si suspenderlos pone en riesgo la vida de la madre).
- Se debe evitar durante todo el embarazo el consumo de carne cruda, especialmente si la paciente es toxoplasma negativo, por el riesgo de contagio. La toxoplasmosis también puede contagiarse por el contacto con excrementos

de gato, si estos son callejeros o salen a la calle con frecuencia, por lo que las pacientes con serología negativa deberán evitar el contagio con estos animales

Segundo Trimestre

- Se aconseja repetir los análisis de carga viral y recuento de CD4+ durante el segundo trimestre para ver si existen modificaciones que puedan inducirnos a cambiar el tratamiento que la mujer está recibiendo.
- El peso y la tensión arterial se controlarán periódicamente. También se harán curvas de glucosa, si es preciso, con el fin de detectar una posible diabetes gestacional.
- El ejercicio regular es útil durante el embarazo, para evitar un gran aumento de peso y para fortalecer los músculos y ayudar a la mujer a llevar el embarazo. Caminar y andar son los ejercicios más adecuados. También se debe vigilar el reposo, y se aconseja un mínimo de 8 horas de sueño, considerando que las gestantes tienden a dormir más de lo que lo hacían previamente.

Tercer Trimestre

- Se repetirán nuevamente estudios de carga viral y CD4+.
- Se debe preparar a la madre para el parto, en este momento se deberán tomar las decisiones sobre si éste será por vía vaginal o mediante cesárea. Es aconsejable que la mujer no se aleje demasiado de su lugar habitual de residencia cuando el parto esté cerca, puesto que es aconsejable que se dé a luz en el centro donde se siga habitualmente a la paciente.

13.5. TRATAMIENTO EN EL EMBARAZO (15)

En el primer trimestre, el riesgo de contagio es relativamente bajo, y las posibilidades de que los medicamentos produzcan problemas son mayores. Por ello, si no hay urgencia médica (por ejemplo, una infección difícil de controlar si no aumentan las defensas de la madre) puede resultar beneficioso retrasar su inicio hasta la semana 12-14 de embarazo. En caso de que la embarazada quiera iniciar el tratamiento de forma inmediata para reducir los riesgos de contagio no se debería negar esta opción.

Cuando la mujer se entera de que es seropositiva después del primer trimestre se aconseja comenzar el tratamiento de forma inmediata. Incluso en fases tardías del

embarazo (más allá de la semana 36), la terapia ha demostrado su utilidad, reduciendo el riesgo de contagio al niño.

No existen dudas de que el tratamiento antirretroviral es claramente beneficioso para la mujer embarazada. El riesgo de transmisión al bebé se reduce significativamente por lo que TODAS las mujeres embarazadas deben ser tratadas con medicamentos que tengan acción contra el virus de la inmunodeficiencia.

El único fármaco aprobado para el uso durante el embarazo es la zidovudina (AZT). Éste se da a la madre por vía oral durante todo el embarazo, por vía intravenosa en el momento del parto y en gotitas al recién nacido durante sus seis primeras semanas de vida. El estudio más importante realizado hasta ahora con este medicamento administrado de las tres formas consiguió disminuir la transmisión de un 25% a un 8% sin afectar negativamente al desarrollo de los niños.

Además, se han investigado otras estrategias, como dar nevirapina a la madre durante el parto y al recién nacido en sus primeras horas de vida. También puede usarse en mujeres que no han recibido tratamiento durante el embarazo por no haber consultado o por haber descubierto que eran seropositivas al final de la gestación. En los casos en los que la madre no recibe tratamiento durante el embarazo o el parto, se debe administrar al bebé justo después de nacer, lo que permitirá disminuir las posibilidades de contagio.

II. MARCO METODOLÓGICO

CUIDANDO MI CUERPO SEGUNDA SESIÓN DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO

1. DATOS GENERALES

El desarrollo de la presente sesión se realizó el día 24 de junio del 2019 a las 9:30am en el Consultorio de Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Previo a la cita y como parte de la preparación se verifica en el libro de registro y seguimiento si el grupo de pacientes citadas (05) posee factores de riesgo, y de ser el caso aplicarse la selección de pacientes con alto riesgo obstétrico.

De esta manera se identificó solo una paciente con alto riesgo obstétrico por ser código blanco; es en ese momento que se decide realizar la sesión que correspondía, pero de forma individualizada y enfocada al caso.

Se da la bienvenida y se felicita a la paciente por asistir responsablemente a su cita para continuar con la segunda sesión de psicoprofilaxis obstétrica, se registra su asistencia en el “Libro de registros de Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal”, en su carnet de psicoprofilaxis y en su ficha de recolección de datos.

Cabe mencionar que la paciente presentaba otros factores de riesgo: antecedente de dos abortos, amenaza de aborto en el II trimestre, y amenaza de parto pretermino lo que significa un niño por nacer muy valioso; y siendo esta situación la causante de preocupación y estrés para la paciente.

1.1. DATOS DE LA PACIENTE Y OBSTETRICOS

Nº	Nombres y Apellidos	Edad	Grado de instrucción	Estado civil	Ocupación	Formula Obstétrica	E.G.
01	NN	32 a.	Secundaria Completa	Conviviente	Ama de casa	22000	37 sem.

1.2. CONFORMACION DEL GRUPO Y VALORACION DEL RIESGO OBSTETRICO DE LA GESTANTE

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN	MODELO
Tipo de participantes	Gestante de alto riesgo obstétrico
Características del grupo	Gestante que se encuentra en el tercer trimestre del embarazo de alto riesgo obstétrico
Numero de sesiones	De acuerdo a normatividad RM. N°361-2011, corresponde 01 sesión de psicoprofilaxis
Periodicidad	Semanal
Duración de la sesión	01 hora

1.3. CONFIGURACIÓN METODOLÓGICA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

ACTIVIDAD	TIEMPO TOTAL
Recepción y Bienvenida	5 minutos
Parte administrativa: Registro de asistencia en el libro de registro y en el carnet de psicoprofilaxis de la paciente.	5 minutos
Desarrollo teórico: Conceptos básicos	30 minutos
Break	5 minutos
Desarrollo de la práctica: Ejercicios de calentamiento Técnicas de relajación, respiración y visualización.	15 minutos
Recomendaciones y tareas	5 minutos
Retroalimentación y evaluación	

2. DESARROLLO DE LA SESIÓN DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

II SESIÓN: ATENCION PRENATAL Y AUTOCUIDADO

2.1. OBJETIVOS:

- a) Resaltar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación activa de la familia y comunidad.
- b) Educar a la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma (retroalimentación en cada sesión) y su manejo oportuno en el establecimiento de salud.
- c) Identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y el niño/a por nacer.
- d) Brindar conocimientos a la gestante sobre VIH/SIDA, Transmisión vertical, prevención y cuidados del recién nacido después del parto.

ACTIVIDAD	TECNICAS - MÉTODOS	MATERIALES	TIEMPO
Recepción y bienvenida: - Integración del grupo y motivación. - Presentación de la responsable del programa.	- Fondo musical Colocación de batas - Identificación	- Celular - Internet - Batas - Solaperos	5'
Parte administrativa: - Registro de la asistencia. - Evaluación de factores de riesgo.	- Fondo musical (bajo volumen) - Dinámica y participativamente se realiza una pequeña entrevista a la paciente, sobre todo para saber cómo se ha sentido en los últimos días después de su ultimo CPN. - Expositiva.	- Celular - Internet - Libro de registro - Carnet de asistencia psicoprofilaxis	5'

<p>Desarrollo teórico:</p> <p>a. Presentación del programa. b. Dinámica: Mi nombre es c. Conceptos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención prenatal, importancia - Plan de parto con enfoque intercultural. - Derechos y responsabilidad compartida. - Violencia basada en género (VBG). - Nutrición y alimentación: suplementación de hierro y ácido fólico, revalorar alimentos locales. No drogas, alcohol, tabaco. - Cuidados durante el embarazo (preparación de pezones, higiene, recreación y descanso, RS mitos-creencias-costumbres. - VIH/SIDA, Trasmisión vertical, lactancia, prevención y cuidados del recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fondo musical - Técnica expositiva - Técnica participativa - Exposición dialogada 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de sonido - Memoria USB. - Rotafolio - Trípode 	<p>30 ‘</p>
<p>Break</p>			<p>5’</p>
<p>Desarrollo de la practica:</p> <p>a) Ejercicios de Calentamiento</p> <p>1. Relajación:</p> <p>a) Respiración b) Masajes c) Visualización</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fondo musical - Estiramiento de tórax: este movimiento ayuda a abrir el tórax y estirar los músculos pectorales. - Círculos con los brazos: movilizar los hombros alineados y no desplazarlos hacia atrás mientras describes los círculos - Rotación lateral: el movimiento debe ser continuo y fluido, relajar los brazos y seguir la línea del cuerpo al girar. - Estiramiento de la columna vertebral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de sonido - Memoria USB. - Pelotas - Colchonetas - Cojín - almohada 	<p>20’</p> <p>10’</p>

	<p>Fondo musical</p> <p>Técnicas Estiramiento de la columna apoyadas en la esfera sostenida en la colchoneta.</p> <p>Acompañado de masajes en la zona dorsal y lumbar.</p> <p>Recostadas en la colchoneta en decúbito lateral izquierdo se acompaña de visualización.</p>		
<p>Recomendaciones y tareas:</p> <p>Practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión.</p> <p>Facilitar por su participación y trabajo, además fijar el día y la hora de su próxima sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participativa - Dinámica 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficha de seguimiento - Carnet de asistencia 	5'

2.2. EVALUACIÓN

En relación a los objetivos y competencias programadas la evaluación se realiza al finalizar la sesión.

La retroalimentación es muy importante ya que nos permite evaluar los conocimientos que aprendió la gestante durante la sesión desarrollada, de esta manera se determinará cuáles han sido los factores que influyeron para lograr los resultados positivos.

Se recomienda a la gestante asistir a sus controles y cumplir con las indicaciones respecto la prevención y cuidados de su embarazo y de su niño por nacer.

III. DISCUSIÓN

El presente trabajo académico finalmente obtiene como resultado la efectividad y beneficios de la aplicación la psicoprofilaxis en pacientes de alto riesgo obstétrico, y la importancia de educarlas y preparadas en base a los factores de riesgo que presentan y también qué actitud tomar ante situaciones de estrés, mediante la práctica de las técnicas de relajación.

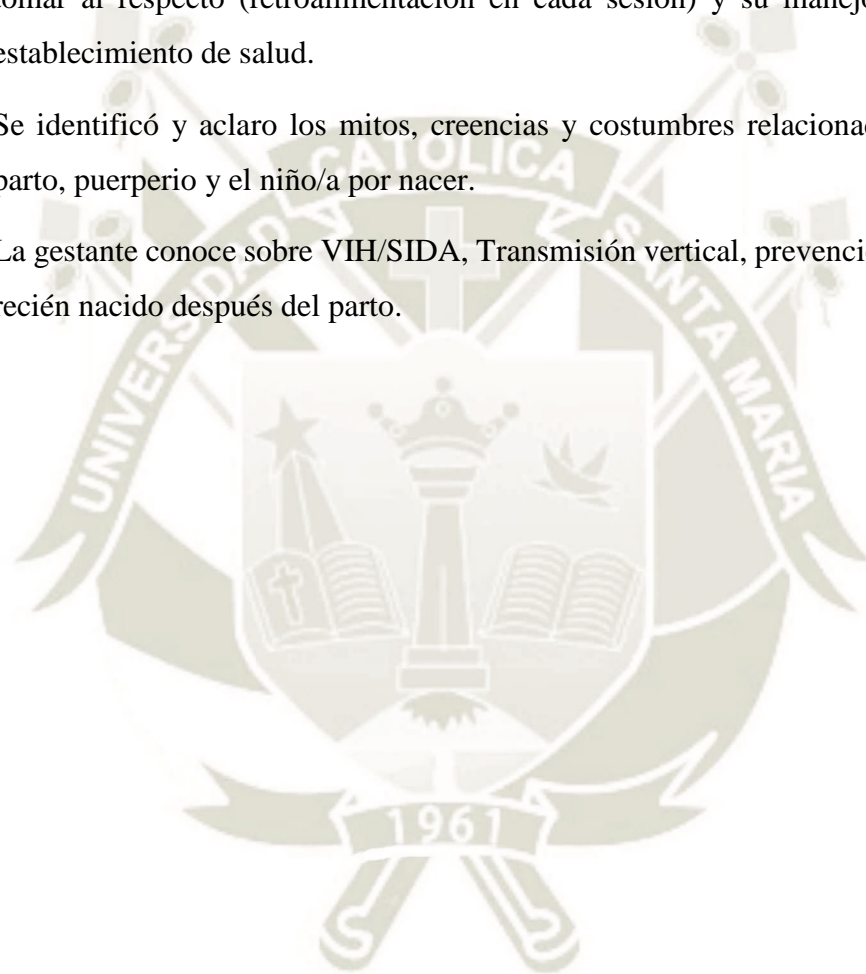
Al respecto consideramos importante comparar con la investigación de Maribel Yábar Peña, Lima abril/junio 2014, “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales” encontrando que las gestantes adolescentes que reciben psicoprofilaxis obstétrica mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control prenatal, es así que el 97.37% de ellas recibieron más de 7 controles prenatales, el 100% recibió al menos 6 de un total de 8 sesiones prenatales, 86.84% ingresaron en fase activa para su parto, el mismo porcentaje 86.84% tuvo parto vaginal, mientras que el 13.16% lo tuvo por cesárea. Asimismo, el 7.89% utilizó la epidural, el 92.11% optó por la lactancia materna exclusiva, el 39.47% tenía una actitud positiva ante la llegada del bebé al inicio de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, mientras que la esta cifra se invirtió al final de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, lográndose una actitud positiva ante la llegada del bebé en el 100% de las gestantes adolescentes.

A diferencia de la investigación de Benvinda Nereu Bjorn, Saul Neves de Jesús e Isabel Casado Morales, Madrid Julio 2013 sobre las “Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud”, encontró la eficacia de la relajación se ha mostrado como una herramienta útil para la reducción de los estados de ansiedad y depresión durante el embarazo y, por tanto, su uso puede ser un vehículo que favorezca estados adecuados de bienestar y emocionalidad positiva, una excelente herramienta para promover la vinculación afectiva de la madre gestante con el feto, un incentivo de bienestar físico y psicológico y una estrategia efectiva que ayude a afrontar y el estrés.

Reducir el estrés durante el embarazo mediante la aplicación de técnicas de relajación podría, así mismo, ser un buen método para prevenir las variables asociadas al padecimiento del estrés prolongado durante la gestación, como la posibilidad de un bebé con alto nivel de activación, irritable, con patrones irregulares de sueño y de alimentación, con movimientos excesivos en los intestinos, bajo peso al nacer o llanto persistente.

IV. CONCLUSIONES

1. La gestante conoce la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura, así mismo se le concientizo sobre la participación activa de la pareja, familia y comunidad.
2. La gestante aprendió a reconocer los signos y síntomas de alarma y sabe qué medidas tomar al respecto (retroalimentación en cada sesión) y su manejo oportuno en el establecimiento de salud.
3. Se identificó y aclaro los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y el niño/a por nacer.
4. La gestante conoce sobre VIH/SIDA, Transmisión Vertical, prevención y cuidados del recién nacido después del parto.



V. RECOMENDACIONES

1. Concientizar a los profesionales médicos y obstetras sobre la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica para que deriven a las pacientes gestantes al consultorio de la psicoprofilaxis del Hospital Honorio Delgado Espinoza.
2. Incentivar en las pacientes la participación del esposo o de algún familiar a las sesiones de psicoprofilaxis y de esta manera preparase para estar presente en el momento del parto.
3. Se recomienda a la Coordinadora del Servicio gestionar un ambiente adecuado para el desarrollo de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, que en lo posible cumpla con el requerimiento técnico del Ministerio de Salud; ya que por la ubicación no es fácil de encontrarlo, es un ambiente frígido, y tiene ventana hacia la calle por donde ingresa ruido y no permite el desarrollo adecuado de las sesiones e interrumpe la concentración de las pacientes.
4. El Hospital Honorio Delgado siendo un establecimiento de mayor complejidad debería fortalecer, promover y desarrollar la Psicoprofilaxis Obstétrica fundamentalmente en pacientes con Alto Riesgo Obstétrico, considerando que el hospital cuenta con obstetras especialistas en psicoprofilaxis obstétrica y de esta manera ampliar la demanda laboral.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <https://sites.google.com/site/psicoprofilaxislm/a-tema-1>
2. Heredia, L. 2005 Psicoprofilaxis Obstétrica
3. ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. 2010.
4. Equipo Técnico ASPPO. Preguntas y respuestas sobre la estimulación prenatal. Boletín Científico ASPPO 2006; 8(23):8.
5. MINSA. Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal. Lima. 2011.
6. Morales S. La Psicoprofilaxis Obstétrica como eje de la prevención prenatal, 1ª. ed. Lima: Cimagraf. 2004.
7. Gavensky R. Parto sin temor y parto sin dolor, 17ma. Ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1987.
8. Congreso de la República del Perú. Ley N°28124. El Peruano 16 de Diciembre 2003.
9. Morales S., García Y., Agurto M., Benavente A., La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. Horiz Med 2014; 14(1): 42-48.
10. Verny T. El vínculo afectivo con el niño que va a nacer. España: Urano; 2011.
11. Horiz. Med. vol.14 no.4 Lima oct./dic. 2014
12. Sabrina Morales Alvarado, Alex Guibovich Mesinas, Maribel Yábar Peña
13. Resolución Ministerial N°361-2011/MINSA, el Ministerio de Salud aprueba la “Guía Técnica para la Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal”
14. <https://espanol.womenshealth.gov/hiv-and-aids/hiv-and-aids-basics>
15. <http://aebioetica.org/revistas/1997/2/30/831.pdf>
16. <https://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2003/12/sida-embarazo/tratamiento-durante-embarazo.html>

VII. ANEXOS

1. DATOS GENERALES



Presentación del consultorio de psicoprofilaxis.

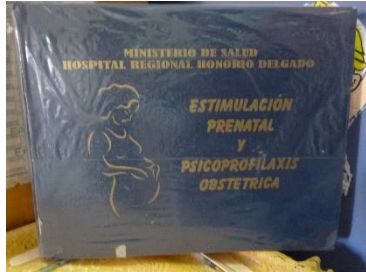


1. RECEPCION Y BIENVENIDA



2. PARTE ADMINISTRATIVA:

Registro de asistencia en el libro y carnet de la paciente



Registro de la ficha de datos



Evaluación de factores de riesgo



3. DESARROLLO DE LA TEORIA:



4. BREAK



A fin de motivar y de mostrarle un ejemplo un tipo de refrigerio que puede consumir mi paciente, tuve el detalle de prepararle un pequeño refrigerio saludable.

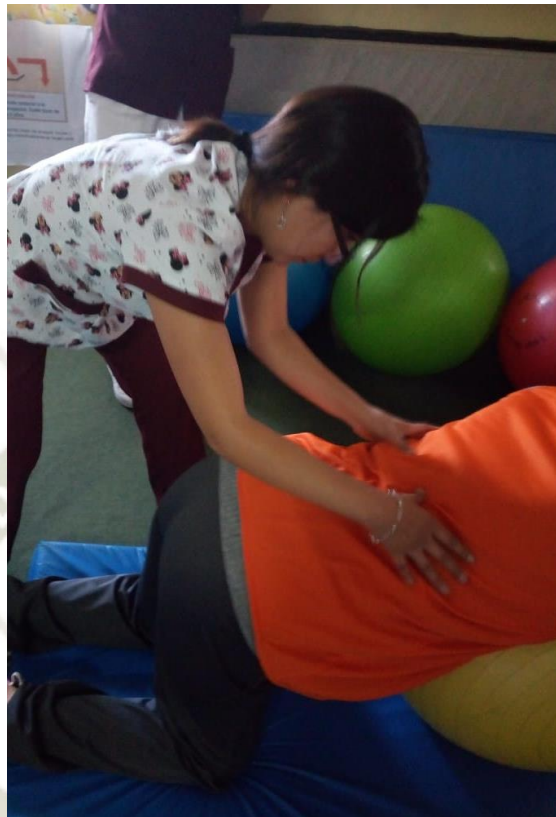
5. DESARROLLO DE LA PRACTICA:

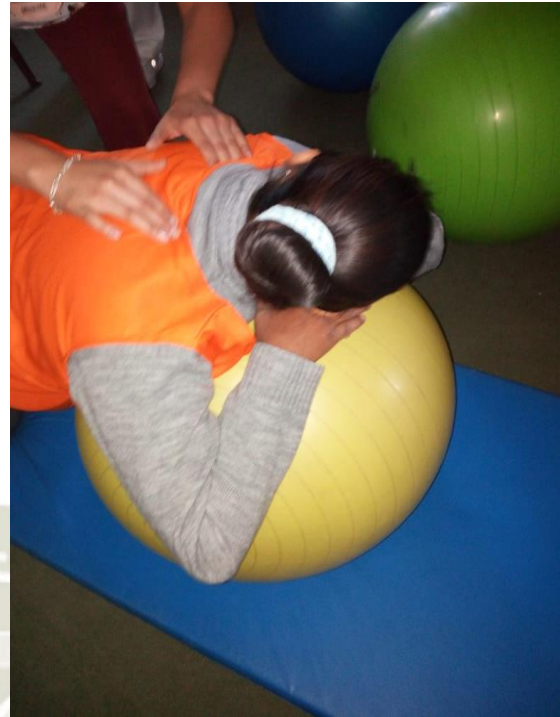
5.1.CALENTAMIENTO



6. RELAJACION

6.1.ACOMPAÑADO DE MASAJES

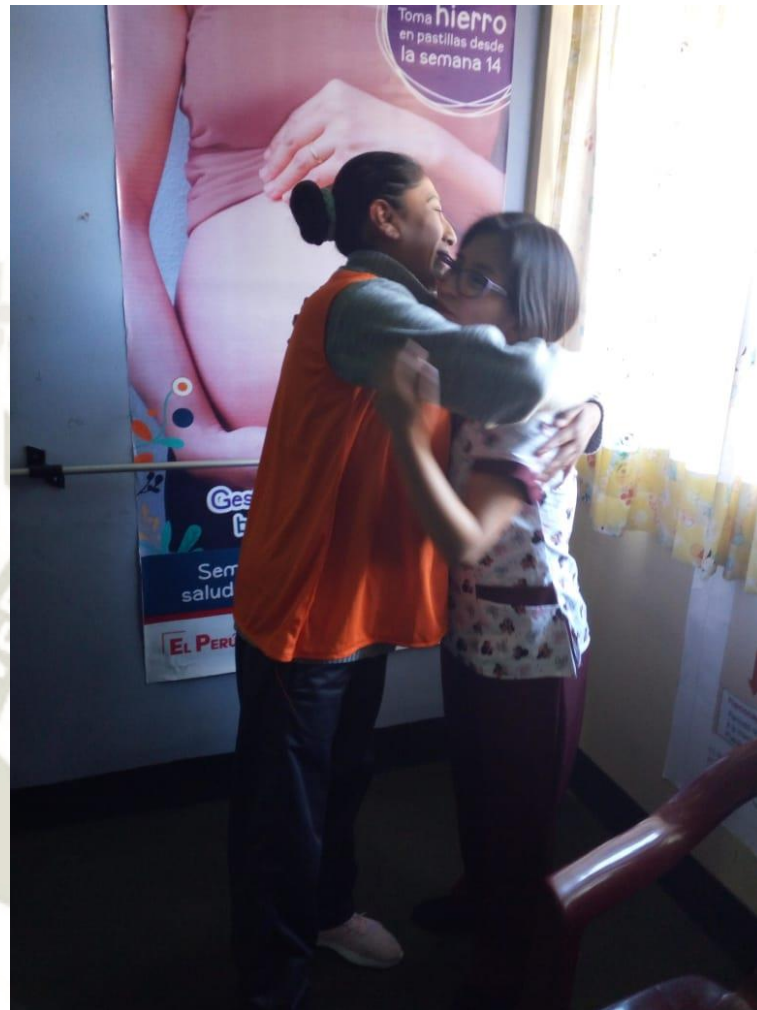




6.2. VISUALIZACIÓN



RECOMENDACIONES Y DESPEDIDA



Y la satisfacción, es lo contenta y muy agradecida que se despide nuestra paciente.

GRACIAS....